

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/269407790>

La formulación psicodinámica del caso (FPC)

Article · October 2014

CITATIONS

4

READS

741

7 authors, including:



Berta Varela

Universidad de la República de Uruguay

5 PUBLICATIONS 8 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Rosario Oyenard

Universal

1 PUBLICATION 4 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Luis Villalba

Asociación Psicoanalítica Internacional. Asociación Psicoanalítica del Uruguay

1 PUBLICATION 4 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Rosa Zytner

1 PUBLICATION 4 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Psychoanalytic interpretation [View project](#)



Bio-psycho-social model [View project](#)

La formulación psicodinámica del caso (FPC)

Trabajo original

Resumen

La formulación psicodinámica del caso (fpc) parte de la perspectiva psicoanalítica para formular un caso clínico. Se refiere a la hipótesis del clínico tratante sobre los principales problemas del paciente, los factores que lo condicionan, el tratamiento planteado y su evolución. Las preguntas básicas a las que debe responder una formulación son los interrogantes básicos de la clínica: 1) ¿qué le pasa al paciente (dimensión diagnóstica); 2) ¿a qué se debe? (dimensión etiopatogénica); 3) ¿cómo se trata? (dimensión terapéutica), y 4) ¿con qué resultados? (dimensión evolutiva). Debe incluirse como un anexo a la historia clínica de entre 500 y 1.000 palabras. En este trabajo se destacan los elementos de la teoría psicoanalítica que mejor permiten responder a estas preguntas. Se toman contribuciones que reflejan avances actuales del conocimiento psicoanalítico, sostenidos por una fuerte evidencia clínica y empírica, el Manual de diagnóstico operacionalizado, OPD2, el Manual de diagnóstico psicodinámico, pdm y la escala de niveles de funcionamiento de la personalidad (lpfs) de la Sección iii del DSM-5. Estos aportes convergentes son de utilidad para la fpc y han sido tomados como base para este trabajo. Se propone una guía para la formulación psicodinámica del caso que orienta en los contenidos que deben ser incluidos.

Summary

The psychodynamic case formulation (PCF) is based on the grounds of the psychoanalytic perspective to formulate a clinical case. It refers to the hypothesis of the treating clinician about the main problems of the patient, the factors that influence it, the proposed treatment and its evolution. The basic questions that should be answered by a formulation are the basic clinic enquiries: 1) What happens to the patient? (diagnostic dimension); 2) Why is it? (etiopathogenic dimension); 3) How is it treated? (therapeutic dimension), and 4) With what results? (prospective dimension). It should be included as an attachment to the patient's clinical record, of between 500 and 1,000 words. This work highlights the elements of psychoanalytic theory that allow better answers to these questions. Several contributions are taken into account, specially those reflecting current progress of psychoanalytic knowledge, supported by strong clinical and empirical evidence, namely: the Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD2), the Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM) and the Level of Personality Functioning Scale (LPFS) of section III of the DSM-5. These converging outlooks are useful for the fpc and they have been taken as bases for this work. Guidance for a psychodynamic formulation of the case is suggested, thus orienting about the contents that should be included.

Autores

Berta Varela

Licenciada en Psicología. Profesora Agregada Departamento Psicología Médica Facultad de Medicina, Udelar, Uruguay.

Laura de Souza

Psicóloga. Prof. Adjunta Instituto de Psicología Clínica. Facultad de Psicología, Uruguay.

Delfina Miller

Doctora en Psicología. Prof. directora del Departamento de Psicología Clínica y coordinadora académica de la maestría en psicología clínica de niños y adolescentes de la Ucdal, Uruguay.

Rosario Oyenard

Médica psiquiatra. Psicóloga, psicoterapeuta habilitante de Audepp, docente de IUPA.

Luis Villalba

Médico psiquiatra. Psicoanalista. Ex-Prof. Adj. Clínica Psiquiátrica. Facultad de Medicina, Udelar, Uruguay.

Rosa Zytner

Licenciada en Psicología. Prof. Agregada Instituto de Psicología Clínica. Facultad de Psicología, Uruguay.

Ricardo Bernardi

Médico psiquiatra, psicoanalista, doctorado en la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Prof. Emérito de la Facultad de Medicina, Uruguay.

Correspondencia:

Berta Varela

bvarela@hc.edu.uy

Palabras clave

Formulación psicodinámica de caso
Plan psicoterapéutico
Conflicto
Estructura
Defensas
Etiopatogenia
Relaciones interpersonales

Key words

Clinical case formulation
Psychotherapeutic plan
Conflict
Structure
Defenses
Etiopathogenesis
Interpersonal relationships

Introducción

Hablamos de formulación psicodinámica del caso (FPC) cuando se parte de una perspectiva psicoanalítica para formular un caso clínico. Se trata, pues, de un caso particular de la formulación clínica del caso (FCC), que se refiere a la hipótesis del clínico tratante sobre la situación del paciente: los principales problemas que lo aquejan, los factores que condicionan a esos problemas, el tratamiento planeado y su evolución. Los diversos autores que se ocuparon del tema coinciden en que estos son los principales puntos que debe incluir una FCC.¹ En la formulación del caso se combinan aspectos de ciencia y arte, de teoría y práctica,² que reflejan la perspectiva teórica y el estilo terapéutico de cada clínico.

La FPC se caracteriza por apoyarse en la teoría psicoanalítica, lo que determina una particular actitud del psicoterapeuta. Como señala N. McWilliams,³ «Formular un caso [psicoanalíticamente] es un proceso subjetivo, especulativo, individualizado, y comprensivo. Requiere alcanzar el sentido de la vida interior [...] del mundo privado [...] poniéndose en la piel de la persona [...] permitiendo que la psicología del paciente tenga un impacto en la nuestra». También la guía clínica para la FCC de la Sociedad Británica de Psicología (2011) recomienda prestar atención a los aspectos transferenciales y contratransferenciales.⁴ Como señala R. Leiper,⁵ «La formulación [...] es la lucha continua del psicoterapeuta para hacer significativo —mentalizar o simboli-

zar— lo que aparece confuso y sin forma en la experiencia» (p. 63).⁵

Las preguntas básicas a las que debe responder una formulación son los interrogantes básicos de la clínica: 1) ¿qué le pasa al paciente (dimensión diagnóstica); 2) ¿a qué se debe? (dimensión etiopatogénica); 3) ¿cómo se trata? (dimensión terapéutica), y 4) ¿con qué resultados? (dimensión evolutiva). Perry et al.⁶ aconsejan responder a estas preguntas en forma sucinta. Si bien la formulación puede tener distintos formatos y usos, conviene pensarla como un anexo a la historia clínica de no más de 1.000 palabras.

Esta concisión se logra cuando el clínico comunica sus hipótesis operativas en un lenguaje sencillo y directo, no teórico, transmitiendo los conocimientos que tiene incorporados en su práctica, como ocurre en una conversación informal entre colegas. Cuando esto se hace de forma crítica y reflexiva se logra convertir en conocimiento declarativo compartible^{7, 8} muchos aspectos intuitivos y procedimentales del saber clínico. Estos últimos suelen quedar aislados como un conocimiento implícito o personal que no se incorpora al saber de la disciplina.

Un mismo enfoque psicoterapéutico (por ejemplo, psicoanalítico, cognitivo-conductual, etc.) puede dar cabida a distintas formulaciones del caso dado que dentro de un mismo enfoque coexisten distintas orientaciones. Dentro del psicoanálisis y las terapias de inspiración psicodinámica existen terapeutas que prefieren trabajar con una mayor expli-

citación de los focos del tratamiento, es decir, de los factores que generan o mantienen los problemas. Otros, en cambio, prefieren resaltar el aspecto de lo nuevo y sorprendente que tiene cada individualidad, dejando que la marcha misma del tratamiento vaya configurando la forma en que este se desarrolla. Ambas posturas son válidas, e incluso pueden en parte complementarse. Sin embargo, no pueden llevarse a un extremo; por ejemplo, aunque se prefiera no establecer focos, los estudios del proceso psicoanalítico muestran que este tiende a organizarse en torno a ciertos problemas centrales, que son los que paciente y terapeuta están trabajando en ese momento, y focos que van cambiando a medida que el tratamiento progresa.⁹

En este trabajo tampoco hemos destacado las distintas perspectivas teóricas posibles, como es el caso de las corrientes freudianas, kleinianas, winnicottianas, lacanianas u otras, sino que hemos puesto el acento en los elementos comunes a todas ellas, aquellos que aparecen cuando nos mantenemos en un nivel de abstracción menos teórico y más próximo a los conceptos que reflejan la experiencia clínica. Nuestro interés es destacar los elementos de la teoría psicoanalítica que mejor permiten responder a las preguntas mencionadas más arriba, que son las que guían una formulación psicodinámica. Para ello buscamos apoyarnos en aquellas contribuciones que reflejan avances actuales del conocimiento psicoanalítico, sostenidos por una fuerte evidencia clínica y empírica.

En el campo del diagnóstico la aparición reciente del *Manual de diagnóstico operacionalizado*¹⁰ y del *Manual de diagnóstico psicodinámico*¹¹ permitió utilizar los conceptos clínicos clásicos del psicoanálisis con un mayor grado de validez, confiabilidad y utilidad práctica gracias a su operacionalización.^{12, 13} Al mismo tiempo estos manuales (y en especial el eje estructura del OPD-2) tienen una marcada coincidencia con la escala de niveles de funcionamiento de la personalidad (LPFS) de la Sección III del DSM-5.^{14, 13} Estos aportes convergentes son de utilidad para la FPC y han

sido tomados como base para este trabajo, en especial los del OPD-2.

En cuanto a la etiología, la propuesta generalizada de que una formulación clínica debe incluir los factores precipitantes, perpetuantes y predisponentes, así como los protectores, coincide en líneas generales con la concepción freudiana de las «series complementarias».¹⁵ La actual teoría psicoanalítica del trauma, enriquecida por las investigaciones sobre el apego y el desarrollo temprano, ofrece un sólido apoyo para explorar estos factores. Existen estudios en nuestro medio que muestran el efecto de las situaciones de privación familiar y social sobre el desarrollo intelectual,¹⁶ y afectivo-social de los niños.¹⁷

En relación con el tercer punto —el tratamiento—, en el psicoanálisis actual se impone cada vez más, junto con tratamientos clásicos, la búsqueda de enfoques más específicos, procurando responder a las preguntas de qué tratamiento es más útil, para qué paciente y en cuáles circunstancias. Estas son las preguntas que busca responder la FPC.

Por último, la FPC incluye la evolución del paciente desde el punto de vista clínico. Esta visión clínica se complementa con el amplio campo de estudios que existe sobre los efectos de los tratamientos psicoanalíticos, tanto desde el punto de vista empírico¹⁸⁻²⁶ como desde el punto de vista clínico.²⁷ La investigación de resultados es la base para poder realizar una auditoría de psicoterapias. La formulación del caso sirve para el proceso de monitoreo, pero sobre todo es una ayuda para que el psicoterapeuta pueda progresivamente ajustar mejor sus hipótesis a cada paciente a través de un proceso reflexivo, compartido con sus colegas. En ese sentido la FPC lleva a una atención más personalizada en un doble sentido: no solo busca dar un lugar a la singularidad de cada paciente, sino también tomar en cuenta la del psicoterapeuta que realiza el tratamiento.

Guía para la FCC

Toda FCC —y por tanto también la FPC— no es solo un informe o resumen, sino también un proceso que refleja algo co-construido entre paciente y terapeuta.²⁸

Este proceso incluye las cuatro dimensiones básicas ya mencionadas:

1. Aspectos diagnósticos (¿Qué le pasa al paciente?)
2. Aspectos etiopatogénicos (¿A qué se debe?)
3. Aspectos terapéuticos (¿Cómo tratarlo?)
4. Aspectos evolutivos (¿Cómo lo está ayudando el tratamiento?)

Expondremos el contenido de estas dimensiones, tomando en cuenta los puntos que pueden resultar más útiles para una FCC. Sin embargo, debemos tomar en cuenta que la FPC no debe necesariamente incluirlos a todos, sino solo los que resultan más útiles y significativos para la comprensión del caso que se trate. Para ejemplificar esto último discutiremos como ejemplo clínico la FCC de Diego.

Caso clínico

Historia clínica resumida de Diego
(Inspirado en Messer & Wolitzky 2007, modificado.)

Identificación

Diego XX, 25 años, casado hace 5 años, estudiante avanzado de computación. Trabaja como corredor de seguros. Dice que esto lo estresa ya que los viajes al interior le dificultan sus estudios.

Motivo de consulta

Consulta porque se «quedó en blanco» en un examen. En ese momento pensó: «Nunca voy a poder; no sirvo para esto». Después

del examen se dio cuenta de que si bien el profesor era demasiado exigente, él sabía lo que le estaban preguntando.

Sabe que la institución asistencial donde consulta provee hasta un año de psicoterapia pero no sabe si es lo que él necesita.

Padecimiento actual

«Ya me pasó dos veces de quedarme en blanco. Tengo un primo con epilepsia, no sé si será algo parecido. Yo me tengo confianza, pero hay momentos en que me quedo confuso o como congelado.» «Soy perfeccionista, lógico, ordenado (mi esposa dice que exagero). No me gusta que las cosas estén fuera de control, soy exigente conmigo y con los demás. Yo cumplo, pero me duele cuando los otros no.» «Soy pacífico, pero a veces tengo miedo de perder el control. Por ejemplo, de reírme en la cara del jefe cuando dice que se preocupa por los empleados.» «A veces tengo miedo de explotar. Pero eso les pasa a todos.» «Tal vez necesite tomar pastillas. O aprender a controlarme más. Usted dirá.» «Otros problemas no tengo.» «Sí, como Ud. dice, por dentro llevo mucha amargura, pero supongo que la vida no es fácil para nadie.»

«¿Qué quiere usted decir con eso de manejar los sentimientos de otra forma? ¿Es que la hay? Si usted lo dice, estoy dispuesto a probar con la psicoterapia» (ambivalente).

Historia personal y familiar

Diego es el mayor de cuatro hermanos. Los padres viven, son obreros. No conoció a sus abuelos paternos porque el padre estaba peleado con ellos. Para Diego su padre «siempre estuvo un poco loco. Quería ser el dictador en casa y que todos fuéramos esclavos». «Podía llegar a ser muy violento. En casa no, porque todos le seguíamos la corriente. Yo primero lo hacía por cariño, después por miedo. Yo quedaba paralizado. Era humillante.» «Él se burlaba de los sentimientos.» «Mi madre nos

* El OPD-2 incorpora la perspectiva del paciente sobre las razones de la consulta y la descripción de su enfermedad si la tuviera, bajo lo que se denomina «experiencia subjetiva de la enfermedad y prerrequisitos para el tratamiento».

dijo una vez que ella no se separó por miedo a la reacción de él, podía pegarse un tiro. A ella no le perdono que siempre lo puso a él primero. Nos decía que éramos todo para ella, pero no nos defendía.»

«Apenas pude, hace 4 años, me casé y me fui. Ahora casi no los veo, para no amargarme.»

«Laura [esposa] es posesiva. Me gusta hacerle el gusto, pero a veces termina decidiendo por mí, sobre todo cuando yo estoy indeciso. Nos queremos, pero peleamos mucho por celos. La vida sexual es buena, pero yo a veces necesito ver pornografía para excitarme, empecé a hacerlo de niño con revistas o películas que tenía mi padre.» «Trato de ser diferente a mi padre. Trato de llevarme bien con toda la gente, pero los demás no lo aprecian; son egoístas y termina creándose tensión.» «Me gustan mucho los libros, la música, pero no puedo dedicarme a eso. Lo mío es la lógica y la programación.»

Descripción de la entrevista

Diego impresiona como un joven formal (aunque con toques de desaliño), inteligente y bien dispuesto para la entrevista. Mantiene siempre el control, no hay ideas depresivas, pero transmite una vivencia interna angustiosa e irascible. Cuando se le pregunta por sus sentimientos los minimiza, racionaliza o los explica por las actitudes de los otros.

El entrevistador (hombre) siente a Diego ambivalente. Por un lado le pide ayuda, pero en forma latente lo desvaloriza o desafía. Presiente que el tema de la competencia no será fácil de manejar.

Formulación psicodinámica del caso de Diego

La FPC debe resumir en dos carillas (500-1.000 palabras):

1. Diagnóstico

– A quién (datos filiatorios salientes)

- le está pasando qué (motivo de consulta) y cómo lo vive,
- con qué diagnósticos (a nivel biológico, psicológico y social) y
- con qué nivel de funcionamiento mental e interpersonal.

2. Etiopatogenia

- Con qué historia personal y familiar (factores predisponentes)
- En qué momento y circunstancias de su vida (factores desencadenantes)

3. Tratamiento (plan terapéutico)

- Qué abordaje(s) terapéutico(s) (sucesivos o combinados)
- Para atender qué focos (reformulación del motivo de consulta)
- Con qué resultados esperables (alianza terapéutica y fortalezas y vulnerabilidades para el cambio)

4. Evolución

- Aspectos en los cuales hubo cambios positivos, negativos o sin cambio.
- Otros tratamientos recibidos o indicados.

En el documento anexo se encuentran las preguntas-guía que resultan de utilidad para la elaboración de la formulación.

1. Aspectos diagnósticos

¿Qué le pasa al paciente?

A. Datos filiatorios

La FPC comienza identificando al sujeto que realiza la consulta a través de sus datos filiatorios más salientes e imprescindibles para la comprensión del caso: edad, ciclo vital, ocupación, integración familiar, nivel socioeco-

nómico y cultural, origen étnico y religión. Se continúa con los aspectos diagnósticos a partir del contexto subjetivo y social del paciente. Para una FPC es necesario tener en cuenta varias áreas, para cuya presentación resulta muy útil el orden que propone el OPD-2. Es necesario también integrar los aportes del PDM y de la LPFS del DSM-5.

B. Motivo de consulta

A continuación se consignan la vivencia subjetiva y el contexto vincular y social del paciente. La persona que solicita ayuda concurre en general con un sufrimiento y una idea sobre lo que le pasa; esto es lo que se denomina motivo de consulta. El motivo de la consulta puede describirse consignando lo manifestado por el propio paciente, y también lo inferido a partir de la contratransferencia, es decir, a partir del efecto que produce en el entrevistador. La reformulación del motivo de consulta por parte del clínico forma parte de la FPC, e incluye la observación y el análisis clínico del caso siguiendo el modelo conceptual psicoanalítico.

C. Experiencia subjetiva de la enfermedad

La perspectiva del paciente sobre lo que le está sucediendo, su visión singular de su padecimiento y de las causas de este suelen no ser suficientemente consideradas por diferir de las hipótesis que se va formulando el clínico. Es importante que la FPC incorpore la perspectiva del paciente sobre lo que le ocurre, así como sus teorías explicativas sobre su experiencia.* Aun cuando el paciente tenga ya un diagnóstico y lo conozca, su interpretación de la afección es importante, pues puede ser muy diferente de la definición científica. Es, por lo tanto, pertinente investigar las creencias que tiene el paciente sobre lo que le sucede y sobre la forma en que llegó a padecerlo. Esta perspectiva o vivencia que el paciente tiene de su padecimiento determinará también su actitud frente a lo que le ocurre y al tratamiento. Esta vivencia puede llevarlo a pensar

que todo lo que le sucede se debe a una causa externa y que él no tiene participación ni responsabilidad en ello. También lo opuesto es verdadero: alguien puede atribuirse exagerada responsabilidad o culpa en lo que le ocurre, negando factores del contexto. La exploración de la vivencia subjetiva de la enfermedad, de las vías por las cuales la persona cree que enfermó y la forma como espera curarse (tipo de tratamiento que espera) permite formular con mayor claridad los focos del tratamiento y en qué consistirá este.

También incluiremos en la FPC nuestra evaluación de la medida en que el paciente está comprometido o motivado para la realización del tratamiento: ¿cuánto contamos con él? Interrogarnos sobre cómo el paciente vive y afronta su padecimiento nos orienta sobre su participación en la génesis y mantenimiento de este. En grandes líneas, podemos decir que su actitud puede ser activa (buscando los cambios) o pasiva (esperando que los brinde el terapeuta). La primera lo ayudaría a iniciar el tratamiento; la segunda puede generar una actitud negadora o evitativa que dificulte su realización. Entre estas dos posturas extremas puede aparecer una gama de formas de afrontamiento.

La persona que consulta tiene también sus propias ideas sobre cómo debería ser tratado, de acuerdo con su propia teoría explicativa de cómo contrajo la enfermedad. Evaluaremos entonces en qué medida el paciente siente que la causa de su sufrimiento es psíquica (por factores internos o interpersonales), social o somática. El concepto de enfermedad se vincula con el de cambio y con el tipo de tratamiento que espera recibir. La evaluación del tipo de tratamiento tomará tanto en cuenta esto como la gravedad del problema o de la enfermedad. Para la formulación del caso tendremos en cuenta, entonces, los prerequisites para el tratamiento (motivación, personalidad, soporte social, capacidades psicológicas, limitaciones internas, datos relevantes sobre posibles obstáculos o factores que favorezcan o entorpezcan el comienzo de un tratamiento),

considerándolos el aquí y ahora del paciente, a los efectos de determinar las características de la intervención. Luego consignaremos los distintos diagnósticos presentes en el paciente a nivel biopsicosocial.

D. Diagnóstico de trastorno y de nivel de funcionamiento

Trastornos

Incluiremos después los distintos diagnósticos que podemos realizar en la persona que consulta.

En primer lugar se debe describir el estado de salud del paciente, consignando si es portador de una enfermedad crónica o si tiene alguna condición aguda. Junto con esto se describirán los distintos tratamientos que esté realizando y medicación que pueda estar recibiendo.

El segundo paso será consignar los diagnósticos psicológicos y psiquiátricos; esto incluye los diagnósticos categoriales, sindromáticos y descriptivos, y/o los distintos diagnósticos diferenciales si se está en una etapa de incertidumbre diagnóstica. De igual forma que en las enfermedades somáticas se consignará la medicación psiquiátrica recibida.

A continuación se incluirán los aspectos sociales del paciente, se describirá la red social en la que está inserto y, por ejemplo, se buscará conocer si es objeto de marginación, discriminación, *bullying*, estrés laboral, etc. Es importante también describir la calidad de la asistencia que está recibiendo para sus problemas.

Estos diagnósticos de orientación predominante sintomática o descriptiva se complementarán con el enfoque psicodinámico que haremos de ellos.

Diagnóstico de nivel de funcionamiento

Los diagnósticos clásicos buscaban establecer categorías de pacientes, por ejemplo, neurosis (de angustia, histérica, fóbica, obsesiva), perversión, psicosis. El DSM-5 mantuvo esa

tendencia y conservó las categorías del DSM-IV para los trastornos de funcionamiento. Sin embargo, se vio que la gravedad de la perturbación del funcionamiento mental era lo que mejor predecía la evolución futura y la posibilidad de que fuera acompañado por otros trastornos. Por esa razón, sin negar el valor de las categorías clásicas, damos especial valor al nivel de funcionamiento mental del paciente.

Esta sección deberá incluir un diagnóstico de su nivel de funcionamiento, tanto en relación consigo mismo como en relación con los otros, y responder a la pregunta de si se trata de funcionamiento saludable, neurótico, fronterizo, o francamente psicótico. Una vez establecido esto se señalará hacia dónde se orientará la psicoterapia; en grandes líneas, esto podrá ser hacia los conflictos, hacia las vulnerabilidades, hacia los déficits estructurales, o una combinación de estos aspectos vinculados con el conflicto y estructura.

E. Diagnóstico de relaciones interpersonales

La formulación del caso deberá incluir la descripción de las pautas de relacionamiento en las relaciones interpersonales. A través de viñetas relevantes de la entrevista identificaremos las dinámicas relacionales que se repiten en distintas situaciones y a través del tiempo, sobre todo aquellas que producen sufrimiento psíquico en los vínculos que implican cercanía e intimidad. Desde las primeras consultas se activa la experiencia relacional del sujeto que realiza la consulta y de esta manera podremos anticipar el juego relacional.

La observación de los patrones relacionales permite también inferir el tipo de conflicto o conflictos presentes en el sujeto, así como su nivel estructural. Este análisis va desde lo observable y descriptible en la relación con los otros hasta los niveles transferenciales y contratransferenciales. El tipo de conflicto presente y el nivel estructural se expresan en la organización relacional y determinan la flexibilidad y la rigidez de los patrones relacionales.

En el diagnóstico de la conducta relacional se describirá la dinámica de los deseos y angustias activadas en la relación con los otros.²⁹ Los episodios relacionales descritos por el paciente permiten ver cómo se pone en juego la conducta habitual en las relaciones interpersonales y si esta es funcional o disfuncional, flexible o rígida. ¿Establece relaciones variadas y diferenciadas, o estas son rígidas y disfuncionales? ¿Las limitaciones defensivas estructuran las relaciones de forma prestablecida, o son maduras y variadas?

La formulación psicodinámica del caso incluirá la descripción de los patrones relacionales; estos suelen tener un carácter circular, ya que incluyen el interjuego de la vivencia subjetiva y la respuesta del entorno. Para hacerlo intentaremos responder a la siguiente pregunta: ¿cómo son las pautas de relacionamiento, en especial en los vínculos que implican cercanía e intimidad? Esto se puede analizar mejor viéndolo paso a paso:

– ¿Cómo experimenta el paciente a los otros y cómo se experimenta a sí mismo en la relación con los otros? En este caso describimos los comportamientos, proyecciones y asignaciones de rol repetitivos.

– ¿Cómo experimentan los otros al paciente y cómo se experimentan a sí mismos en relación con el paciente (por ejemplo, la contratransferencia)? Es importante saber si el paciente es capaz de darse cuenta de las reacciones que provoca.

En el caso clínico que mostramos vemos cómo Diego busca complacer y conformar a todos pero siente que los otros no actúan de la misma forma; siente, así, que los demás abusan o se aprovechan de él.

En la relación con el terapeuta el paciente transfiere también el escenario relacional repetitivo actual y central. El psicoterapeuta utiliza como fuente de información sus vivencias y reacciones a la oferta relacional del paciente (contratransferencia). La formulación psicodinámica de caso considerará qué papel asigna el paciente al psicoterapeuta y

qué deseos, impulsos, temores y defensas se ponen en juego en relación con este. En este caso los otros sienten que la complacencia de Diego no es del todo real, y en forma latente sienten su desafío y hostilidad.

Es a través del diagnóstico relacional que se va generando el material que nos permite visualizar tanto los conflictos como los diferentes niveles de funcionamiento estructural.

F. Diagnóstico de conflictos y fantasías inconscientes y defensas: ¿cuáles son los conflictos predominantes?, ¿cómo se presentan los conflictos?

Conflictos

La idea del conflicto en tanto característico del psiquismo humano es una idea central en el psicoanálisis.

Es bien conocida la conceptualización psicoanalítica de la psicopatología en torno al conflicto intersistémico, que se refiere a la tensión entre fuerzas que forman parte de distintas instancias o sistemas. Este conflicto se basa en una diferenciación estructural (ello/yo/superyó)³⁰ y en una diferenciación entre la representación del sí mismo y la representación del objeto. El principal mecanismo de defensa es la represión; otros mecanismos intervienen cuando este no ha sido suficiente. Las defensas son activadas por el conflicto intrapsíquico provocado por las pulsiones.

A través de este diagnóstico buscaremos describir deseos, pensamientos, representaciones y afectos que representan diferentes grupos motivacionales contrapuestos. Describiremos cuáles son los conflictos centrales del paciente, si esto sucede a nivel del apego, de la independencia, del deseo de poder, de la culpa, a nivel edípico, o de la autoestima, narcisismo, control de los otros, o de la identidad. El OPD propone siete conflictos que considera fundamentales: autonomía versus dependencia, sumisión-control, deseo de protección-autarquía, conflicto de autovaloración, de culpa, conflicto edípico e identidad. Entendemos que el conflicto forma parte del funcionamiento psíquico general,

pero tomaremos un enfoque más dimensional para diferenciar las tensiones conflictivas, los conflictos y los esbozos de conflicto. Las tensiones conflictivas no afectan mayormente el funcionamiento mental y se dan en forma ocasional por general motivadas por situaciones externas. Distinguiremos: a) si se trata de estas tensiones o de conflictos que protagonizan las dificultades del paciente de forma repetitiva y clara, típico del conflicto neurótico, de b) los esbozos de conflicto cuando estos aparecen poco delimitados, observándose que pueden aparecer varios al mismo tiempo o que se van sucediendo sin tener ninguno una primacía clara, reflejo de la falta de cohesión del yo. En el caso que nos ocupa observamos claramente la presencia de más de un conflicto en Diego. En relación con su padre se juega una relación de poder, el conflicto se da en torno al control/sumisión: se trata en él de someterse a la voluntad o bien de ser él quien tenga el poder de controlar la situación y de rebelarse y burlarse de las figuras de autoridad. También muestra sus necesidades de protección y afecto, y lo podemos observar directamente en esta forma o en su reverso. Sus necesidades de protección y afecto insatisfechas en la infancia, que llegan a su vida adulta, se tornan en lo contrario: su autosuficiencia.

El modelo dimensional nos permitirá diferenciar entre las tensiones conflictivas normales, los conflictos neuróticos relevantes desde el punto de vista clínico y los esbozos de conflicto en estructuras psíquicas inhibidas o poco integradas.

Existen situaciones que impiden la evaluación del conflicto; estas son la falta de colaboración del paciente, resistencia consciente, carencias estructurales que impiden que los conflictos puedan delimitarse, defensas excesivas, casos en los que el paciente está viviendo una situación de crisis vital o de gran estrés.

Detallaremos en la formulación la forma en que se expresan los conflictos, lo cual se puede inferir a partir del relato de las relaciones interpersonales, y también desde la transferencia y la contratransferencia. Los

conflictos pueden expresarse de un modo activo, pasivo o mixto.

Por ejemplo, en el caso de Diego los conflictos relacionados con la necesidad de protección pueden observarse en su expresión contraria, la autosuficiencia. Desde su historia infantil vemos que Diego lucha con la presencia de un padre despótico y con sus sentimientos de humillación; el conflicto se establece en torno a la sumisión y el deseo de cambiar la polaridad de la relación. En sus relaciones laborales las figuras de autoridad se vuelven tiránicas, y él transforma sus sentimientos de humillación en burla hacia las figuras de autoridad o en una agresividad latente permanente. Diego se muestra por momentos autosuficiente y niega o no deja ver sus necesidades afectivas, lo que puede ser exactamente el reverso de sus necesidades de afecto insatisfechas.

Defensas

¿Son predominantemente adecuadas y flexibles, o disfuncionales, distorsionando o restringiendo las experiencias internas y externas?

La utilización de determinadas defensas muestra cómo está funcionando el sujeto; estas se evalúan de acuerdo con su flexibilidad, efectividad y adaptabilidad. En este sentido no alcanzaría con identificar la defensa, sino que debemos mostrar de qué forma esta altera el funcionamiento mental o interpersonal. Defensas como la escisión y la identificación proyectiva distorsionan la imagen del *self* y del objeto, y perturban las relaciones interpersonales. En estas la defensa se juega más a nivel interpersonal que intrapsíquico. En el caso de Diego, la utilización de defensas tales como la intelectualización, la racionalización y el aislamiento se ponen en juego para bloquear sus emociones y alteran su funcionamiento mental.

G. *Funcionamiento mental (estructura)*

Junto con el diagnóstico de conflicto haremos el de nivel de funcionamiento de las estructuras psíquicas que permiten que los conflictos tengan una organización estable. En este nivel de diagnóstico se deberá consignar la estabilidad de la estructura, que también puede evaluarse en un continuo que va desde la disponibilidad de las funciones y capacidades a las limitaciones o fallas de estas funciones o vulnerabilidades en algunas áreas.

El concepto de estructura se usa en un sentido amplio, en tanto conjunto de elementos que poseen un funcionamiento integrado en el psiquismo. Dichos elementos son las funciones o capacidades psíquicas que nos permiten organizar la experiencia con nosotros mismos y con los demás. Estas capacidades se pueden definir como aquellas que permiten una adecuada percepción de la realidad —externa e interna—, regulan nuestros afectos y autoestima, y permiten controlar los impulsos y desarrollar vínculos sociales e íntimos. Esta estructura es dinámica y evoluciona con el desarrollo evolutivo de los individuos, estabilizándose con la edad adulta. Cuando el desarrollo es adecuado también lo serán la adecuación a la realidad y la regulación afectiva y el control de impulsos; esto garantizará la capacidad de relacionarse satisfactoriamente. Las funciones implican a su vez otras nociones psicoanalíticas, como las de conciencia, preconsciente e inconsciente, o las de yo, superyó y ello. Pero la FPC, más que teorizar sobre estas nociones, intenta mostrar cómo a partir de ellas se dan los problemas que se manifiestan en la clínica a través de la forma en que el paciente logra percibirse, regularse, simbolizar y construir vínculos, determinando su funcionamiento en relación consigo mismo y a los demás.

Las capacidades estructurales nos permiten definir diferentes niveles de organización con características específicas. Para la evaluación de la estructura puede seguirse el modelo del OPD-2, o también el PDM como el diagnóstico de funcionamiento mental planteado en el

DSM-5 en la Sección III; ambos describen situaciones similares vinculadas a la gravedad de la afectación de capacidades mentales.

En la formulación del caso importa establecer si existen limitaciones estructurales que no le permiten al sujeto mantener relaciones interpersonales estables, qué tan vulnerable es a los factores de sobrecarga debido a fallas en la regulación o a otros factores, etc. La forma que adopte el conflicto evidenciará también la calidad de la estructura, dando lugar a una formación neurótica del síntoma que se contrapondrá a la diversidad y variabilidad sintomática en estructuras frágiles.

Tanto el OPD-2 como la escala de funcionamiento mental del DSM-5 toman muy en cuenta la polaridad *sí mismo/otros*. En este sentido es importante mostrar el desarrollo del sentimiento de identidad y su estabilidad en relación con las circunstancias vitales, la forma en que se representa a sí mismo y a los demás, y su diálogo interno. El diagnóstico incluye también la descripción de la capacidad del paciente para la regulación afectiva y la regulación de su autoestima. En la formulación del caso de Diego deberemos señalar su dificultad para el logro de la regulación afectiva. Él manifiesta que teme perder el control sobre sí mismo o «explotar» ante situaciones relacionadas con su historia infantil o ante figuras de autoridad. Las identificaciones con las figuras parentales, y en especial con la figura del padre, perturban el paso a la configuración de la identidad adulta.

Es importante evaluar también la capacidad de reflexionar sobre el propio mundo interno y sobre los otros, y la capacidad de comunicar esta experiencia, que es clave para una psicoterapia de orientación psicodinámica, así como también lo es para la calidad de su vida onírica, para la posibilidad de fantasear y para la creatividad.

Los diferentes sistemas diagnósticos pueden ser utilizados como guía para redactar la formulación. Con relación a la estructura, los tres sistemas establecen criterios de gravedad, desde un enfoque dimensional del

déficit estructural que va desde lo normal a lo más desintegrado.

La relación entre conflicto, defensas y capacidades estructurales, que se mencionaron en los puntos anteriores, es compleja y merece ser examinada con detención en la FPC. El OPD-2 compara la relación entre conflicto y estructura con la que existe entre una pieza de teatro (conflicto) y el escenario que sostiene la representación (estructura).³¹ Los conflictos (conscientes, pero sobre todo inconscientes) llevan a repetir una y otra vez el mismo argumento dramático (compulsión a la repetición). Pero cuando hay problemas a nivel de las funciones estructurales del yo esta puesta en escena tiene características especiales, porque el escenario es inestable y los hilos argumentales quedan entrecortados o se enredan (son esbozos de conflictos). Por eso los pacientes con un nivel bajo de integración estructural dejan muchas veces en el terapeuta una sensación de desconcierto, de estar intentando explorar un determinado conflicto cuando el paciente ya está en otro, sin que ninguno de ellos llegue a clarificarse suficientemente ni a dar cuenta de la inestabilidad emocional.

La noción de conflicto ha sido utilizada en el sentido clásico en psicoanálisis (oposición entre exigencias internas contrarias).³² El concepto de estructura es más difícil de definir debido a que en la literatura psicoanalítica se han descrito muy diversos tipos de fallas o limitaciones en el funcionamiento mental. Para mencionar algunas de ellas: alteraciones del yo,³³ patología del déficit,³⁴ detenciones del desarrollo,³⁵ alexitimia,³⁶ pensamiento operatorio y depresión esencial,³⁷ fallas en la mentalización.³⁸ En nuestro medio se suele hablar de pacientes con estructura a predominio dual, para referirse a modos de funcionamiento primitivos en los que resulta clave la falta de la función estructurante del tercero edípico. En el psicoanálisis clásico era también usual hablar de estructuras preedípicas o pregenitales. Estos distintos conceptos no se superponen ni teórica ni clínicamente, pero todos ellos apuntan a cuadros clínicos

en los que está en primer plano el aspecto deficitario de determinadas funciones. El yo, que debería mediar entre el ello, el superyó y la realidad, aparece desbordado en sus funciones: el jinete (el yo), para utilizar la metáfora de Freud, no logra dominar al caballo (el ello), ni tampoco al superyó. Frente a esta diversidad conceptual, nos pareció adecuado desde el punto de vista práctico apoyarnos en los conceptos operacionalizados que propone el OPD-2, que toman en cuenta las funciones de percepción, regulación, simbolización y vínculo, referidas tanto al propio *self* como al otro. La limitación o falla de una de estas funciones suele correlacionarse con fallas en las otras (coeficiente de correlación 0.80).³⁹ Desde una perspectiva clínica es importante tener en cuenta que estas fallas pueden ser efecto de la dificultad transitoria para hacer frente a condiciones estresantes, configurando una vulnerabilidad estructural; pueden también estar presentes en forma habitual debido a diferenciaciones o integraciones de funciones que no tuvieron lugar durante el desarrollo, dando lugar a un déficit o trastorno estructural.⁴⁰

En este trabajo se les ha dado también un lugar especial a los mecanismos de defensa y afrontamiento, a los que OPD-2 no toma en cuenta separadamente.⁴¹ Corresponde, por tanto, referirnos ahora a la forma en que se articulan los tres elementos: conflicto, defensas y estructura.

Vemos que Diego, que presenta un nivel neurótico de funcionamiento mental, tiene la posibilidad de afrontar las situaciones habituales en su vida, salvo en momentos en que debido a sus conflictos inconscientes determinadas situaciones se vuelvan estresantes y superen sus mecanismos de defensa habituales. En ese momento se ponen de manifiesto vulnerabilidades estructurales, y de manera transitoria no puede regular su estado emocional, como le ocurre cuando tiene que enfrentar a figuras de autoridad en un examen. Esto no se limita al descontrol emocional durante la prueba, sino también a la tensión interna con la que enfrenta su vida y su relación de pareja, así

como su dificultad para poder elaborar internamente su proyección hacia el futuro y su relacionamiento social.

La situación es distinta en los pacientes con un bajo nivel de organización estructural, como el que se da en las organizaciones *borderline* de la personalidad. En estos casos la difusión de identidad del paciente hace que ni nosotros tengamos la sensación de saber cómo es la persona con la que estamos hablando, ni la persona misma pueda explicárnoslo a causa de su mentalización limitada; por esa misma razón tampoco puede darse cuenta de nuestro desconcierto. Esto se acompaña de la dificultad para regular las emociones y poder elaborarlas o simbolizarlas a nivel mental, lo que repercute en la limitada e inestable capacidad para vincularse. Es importante señalar, sin embargo, que estas limitaciones no tienen solo el carácter de déficits, sino que se acompañan de la aparición —a veces súbita e inesperada— de conflictos ruidosos, que pueden ser polimorfos y son producidos por defensas con carácter primitivo (proyección, idealización, omnipotencia, etc.). Cabe la pregunta: ¿son los déficits o limitaciones estructurales los que llevan a que los conflictos y defensas tengan un carácter arcaico, o el proceso es a la inversa? Para Kernberg⁴² los déficits no son primarios: es el carácter violento y primitivo de los impulsos y las defensas lo que lleva a que la cohesión del yo sea precaria y no pueda cumplir adecuadamente sus funciones. Para otros autores, muchos de ellos ya citados más arriba, en cambio, las limitaciones de las funciones yoicas son las primarias y favorecen el uso de defensas arcaicas, que a su vez aumentan aun más los aspectos disfuncionales del yo y la desorganización de los procesos de elaboración mental. Estas dos posibilidades llevan por caminos terapéuticos diferentes. Mientras para Kernberg⁴³ es necesario trabajar en primer lugar los conflictos y defensas tal como se actualizan en la transferencia, otros autores⁴⁴ colocan en primer lugar la necesidad de atender las fallas de mentalización para que incluso las interpretaciones puedan ser

comprendidas. Este es un punto abierto a la investigación.

Los cuadros en los que predomina una marcada inhibición de las funciones psíquicas merecen una mención aparte, pues en ellos se plantea muchas veces la duda acerca de cuán profunda es la perturbación estructural subyacente. En ocasiones esto solo puede ser aclarado en el curso del tratamiento, a medida que se logra ver hasta dónde las funciones inhibidas están potencialmente disponibles y logran recuperarse. Otras veces lo que aparece detrás de la inhibición son limitaciones difíciles de modificar originadas en traumas tempranos o vulnerabilidades constitucionales. En este último caso pasa a primer plano el objetivo terapéutico de lograr que el paciente pueda reconocer sus dificultades de funcionamiento en ciertas áreas y logre encontrar caminos alternativos que le permitan suplir dichas funciones echando mano a otros recursos intrapsíquicos o interpersonales.

2. Aspectos etiopatogénicos: ¿a qué se debe lo que le pasa al paciente?

Para realizar una intervención efectiva es de capital importancia tener una idea lo más clara posible de cuáles pueden ser las causas o los orígenes del padecimiento del paciente. Comenzaremos revisando su historia (familiar, médica, académica, laboral) y los acontecimientos significativos en ella, tales como pérdidas, cambios, éxitos y fracasos, elementos o situaciones traumáticas únicas e intensas, múltiples, repetidas o acumulativas, así como también enfermedades somáticas y psíquicas. Consideramos además sus vínculos más importantes (padre, madre, hermanos, pareja, pares, etc.), el entorno familiar y social en el que creció (estilos de crianza), y llegaremos a sus condiciones de vida actuales (estatus socioeconómico y cultural hasta el momento histórico, y situaciones catastróficas contingentes), en las que analizaremos su funcionamiento social, profesional y familiar.

Tendremos especialmente en cuenta sus características personales, su temperamento, aquellas condiciones físicas o psíquicas, genéticas o congénitas que en sí mismas inciden fuertemente en su desarrollo psicológico como factores precipitantes, perpetuantes o predisponentes.

Nos preguntaremos qué de todo esto que hoy le afecta se relaciona con la persona que él es; es decir, cómo se vincula su presente con su pasado. El paciente necesita saber de dónde puede venir su vulnerabilidad, por qué una y otra vez cae en el mismo sufrimiento, en las mismas dificultades. ¿Qué es lo que le impide una regulación adecuada de sus afectos, una eficacia en sus comportamientos, una adaptación a su momento y lugar que habilite un buen pasar? ¿Cuáles han sido sus conflictos con el entorno y consigo mismo, y cómo les ha hecho frente?

Es este un aspecto que el psicoanálisis ha privilegiado desde siempre, incluso, en ocasiones, en detrimento de comprender el trastorno que aqueja al sujeto. En una entrevista clínica el psicoanalista busca los orígenes de lo que hoy aqueja a su paciente y da una especial importancia a la niñez, a la historia de su desarrollo, a sus modelos, a sus experiencias traumáticas, a sus fortalezas y debilidades, que serán en definitiva sobre las que se ha de apoyar la intervención. El psicoanalista enmarca todo esto en la situación actual de vida del sujeto, en las circunstancias que le rodean y en la etapa evolutiva que está cursando.

Una aproximación de este tipo reflejará más certeramente la complejidad y la especificidad de los fenómenos que sostienen las manifestaciones sintomáticas, así como de la multiplicidad de factores que intervienen, y dará cuenta del desarrollo en tanto proceso continuo, activo, que se origina en uno mismo aun cuando se da en un marco intersubjetivo. Como proceso se basará en determinadas pautas esenciales que se van transformando, y que a lo largo de dicha transformación van generando rasgos. Aunque el conocimiento de esas primeras pautas no nos permite una predicción exacta y específica, podemos decir

que los rasgos de la personalidad siempre se relacionan con ellas; desde el punto de vista psicogenético se consideran las formas en que el pasado de un individuo influye sobre su funcionamiento actual.

Desde nuestra perspectiva psicoanalítica lo que se busca es reconstruir y comprender la naturaleza de las experiencias tempranas, a las que se considera atravesadas por el conflicto y la defensa —es decir, por la versión subjetiva que colorea la experiencia—, que se va resignificando en cada nuevo hito del desarrollo. Todo este proceso será representado —y de alguna forma registrado— conformando un patrón cada vez más estable para el funcionamiento psíquico de cada niño.

Las primeras teorías psicoanalíticas del desarrollo fueron las teorías sexuales de Freud, en las cuales ya se planteaba una integración entre el aspecto constitucional y la experiencia, dejando en claro que los rasgos innatos, la experiencia y el medioambiente, ocupaban lugares de importancia variable en cada sujeto y en la conformación de su personalidad. A partir de allí los primeros vínculos —y en especial las primeras etapas— pasaron a ocupar un lugar de importancia creciente.

Es claro también, desde esta perspectiva, que el contexto social general tiene una importancia fundamental durante toda la niñez, no solamente porque el recién nacido viene al mundo con un equipamiento insuficiente para sobrevivir adaptándose por sí solo a su entorno, sino también porque es a través de las interacciones con dicho entorno social que se van generando las representaciones mentales que darán lugar al mundo de fantasías que subyacerá a la organización de la personalidad.

Para la recolección de estos datos contamos, por un lado, con el discurso del sujeto, con sus respuestas a nuestras preguntas, y, por otro, iremos haciendo inferencias a partir de la reconstrucción de las relaciones objetales que aparecen en la relación transferencial/contratransferencial a lo largo del encuentro. Nos moveremos permanentemente entre lo exploratorio y lo dinámico relacional; así po-

dremos confrontar la información que vuelca el paciente con nuestra impresión sobre el aspecto que pueda resultar más determinante, el patrón más repetido, que seguramente se evidenciará en su problemática. Para ello deberemos transitar desde una actitud más directiva e inquisitiva a una actitud abierta que habilite al paciente a manifestarse libremente.

La formulación psicodinámica del caso tendrá, entonces, como objetivo una comprensión dinámica de la incidencia de diferentes factores patogénicos (predisponentes, desencadenantes y mantenedores), así como de los recursos (personales y del entorno) y de los obstáculos —internos y externos— para el cambio (por ejemplo, los beneficios secundarios que otorga la enfermedad).

En la investigación sobre los orígenes o causas del padecimiento del paciente debemos investigar también los aspectos biológicos y los sociales que se correlacionan con las manifestaciones psicológicas, puesto que toda manifestación psíquica forma una red de aspectos biopsicosociales y culturales. Algunos de estos aspectos pueden considerarse factores predisponentes para el padecimiento, entre ellos los factores hereditarios, somáticos, de temperamento, de carácter, y otros, y algunos pueden ser también desencadenantes o mantenedores del malestar actual.

Desde los griegos se ha buscado el sustrato biológico de los fenómenos psicológicos, tanto de los normales como de los patológicos. Los avances actuales de las neurociencias aportan un conocimiento cada vez más preciso de la fisiología y la estructura cerebral y del sistema nervioso; no obstante, la información que vincule lesión o disfunción neurológica específica con psicopatología es aún parcial. Esta correlación no se da *per se*, puesto que existen diferencias individuales morfológicas y organizacionales cerebrales importantes.

En relación con Diego, para comprender lo que le pasa —y especialmente por qué le pasa— relacionaremos lo que conocemos de su historia, de sus vivencias y recuerdos de la infancia y adolescencia con su vida actual. ¿Cómo han aparecido estos síntomas por los

cuales hoy consulta? ¿Qué los mantiene? ¿Por qué persisten?

Sin duda que no en todos los casos encontramos todos los aspectos que pueden integrar la etiopatogenia, antes mencionados. Veamos cuáles encontramos en este caso.

Como *factores predisponentes* podemos mencionar que durante su infancia Diego vivió situaciones de humillación y violencia que lo paralizaban. No se sentía respaldado por su madre. Según lo expresa, su padre «quería ser el rey y que fuéramos sus esclavos»; incluso en algunos casos lo describe como violento. Ya en ese entonces sentía miedo, quedaba paralizado y humillado como le sucede actualmente en la situación de exámenes al quedar «en blanco». Además, se sentía desprotegido por su madre que, por un lado, manifestaba que sus hijos eran lo más importante (actitud de seducción), pero que por otro lado no los protegía del comportamiento violento del padre.

Diego no ve actualmente a sus padres («no los veo para no amargarme»), actitud similar a la de su padre, quien estaba distanciado de sus progenitores.

Como *factores precipitantes* nos encontramos con las situaciones de examen que facilitan la aparición de los síntomas, en un momento en el cual está logrando metas profesionales y personales que sobrepasan el nivel de sus padres (que son/eran obreros); al estar cerca de conseguirlo queda paralizado, lo cual posiblemente esté relacionado con la culpa edípica.

Los *factores mantenedores* pueden ser internos o externos. En el caso de Diego se perciben como factores internos la autoexigencia, el perfeccionismo, la crítica e identificación con algunos aspectos paternos que asocia con «terminar como él», como una amenaza: «... la vida sexual es buena, pero yo a veces necesito ver pornografía para excitarme, empecé a hacerlo de niño con revistas o películas que tenía mi padre. Pero no quiero terminar como él». La lucha interna con el padre aparece no solo como rumiación consciente sino también como fijación repetitiva inconsciente más difícil de manejar.

3. Aspectos terapéuticos

Como mencionamos anteriormente, uno de los objetivos de la FCC y de la FPC es responder a la pregunta de cómo tratar a este paciente en particular; esto nos conduce a la dimensión terapéutica.

¿Cuáles son las estrategias terapéuticas que debe seguir el tratamiento? ¿Con qué recursos mentales para el cambio cuenta el paciente cuando se le propone el tratamiento? ¿Qué resultados se espera obtener con este?

Una vez delimitados los distintos componentes de la FPC descritos previamente el tratamiento incluye tres aspectos:

- El o los abordajes terapéuticos recomendados;
- la delimitación del o de los focos para la indicación del tratamiento a seguir, y
- las hipótesis sobre los resultados esperados.

En el diseño del plan terapéutico se incluyen los distintos abordajes terapéuticos recomendados. En caso de ser múltiples, se indica si son sucesivos o combinados. La indicación de tratamiento se sustenta en el tipo de enfermedad o problema, en la vivencia de enfermedad y en las expectativas del consultante con respecto al tratamiento.

En el ejemplo clínico Diego podría beneficiarse de una psicoterapia psicoanalítica, ya que posee recursos mentales para comprender y elaborar sus problemas. Pero si Diego siente esto como una imposición del terapeuta al modo de las que vivió en su infancia, esto puede llevar a que no se establezca adecuadamente la alianza terapéutica y el tratamiento tenga un desenlace desfavorable. Para poder dejarse ayudar Diego necesita sentir que esto no es una amenaza a la independencia y a la autoestima que tanto le costó construir y defender.

Se entiende por foco terapéutico «aquellos aspectos problemáticos que producen o mantienen el trastorno y sobre los cuales debe construirse el trabajo terapéutico».⁴⁵ Por lo tanto, este permite pensar y conducir

las estrategias para abordar los diferentes problemas reales encontrados. El foco terapéutico permite planificar y estructurar el tratamiento, con la elección del encuadre adecuado, la actitud terapéutica y el estilo de las intervenciones según objetivos realistas. Pueden ser uno o varios (no más de cinco) y surgen de la reformulación del motivo de consulta, privilegiando los aspectos del diagnóstico que requieren ser abordados. A partir de los motivos de consulta explicitados por el paciente, y las inferencias clínicas realizadas por el terapeuta sobre los aspectos implícitos que llevan al sujeto a consultar, sumado a las consideraciones diagnósticas efectuadas a nivel de relaciones interpersonales, conflictos/defensas y funcionamiento mental, se plantea el foco terapéutico.

En el transcurso del tratamiento se pretende lograr modificaciones de estos objetivos terapéuticos, en una escucha terapéutica abierta que contemple otros aspectos que surjan, y que impliquen revisar y reformular tanto el motivo de consulta como los focos mismos.

De la Parra, Palacios, Plaza y Alvarado⁴⁶ establecen tres pasos en la definición del foco terapéutico:

- Prerrequisitos: solicitud del paciente e indicación para psicoterapia (¿qué solicita el paciente?).
- Conflictos inconscientes y/o vulnerabilidades estructurales.
- Cómo se expresan los conflictos y las vulnerabilidades estructurales en las relaciones interpersonales y, específicamente, en la relación terapéutica.

En la decisión estratégica del encare del tratamiento y su evolución es importante distinguir dónde está puesto el foco: en los conflictos, en limitaciones estructurales o en una combinación de ambos. Se trata de consideraciones que conllevan hipótesis sobre el encuadre terapéutico, la actitud terapéutica, la jerarquización de los focos escogidos, el manejo de los patrones relacionales y las técnicas terapéuticas.⁴⁷

En el ejemplo de Diego el foco inicial involucra el manejo de las emociones, en especial las relacionadas con el conflicto de sumisión/control, con un predominio de la inhibición afectiva. A partir de este foco inicial se explorarán los otros conflictos posibles (culpa, necesidad de protección, autoestima, edípico, identidad) y las defensas, fantasías y creencias patológicas que no le permiten expresar sus propios deseos y emociones.

En Diego se observa un predominio de conflictos intra o interpersonales definidos: sumisión/control. Es probable que este conflicto reaparezca en la transferencia y puede afectar la alianza terapéutica si el terapeuta no logra atender a la vez la necesidad de ayuda que tiene Diego y su propia necesidad de no sentirse sometido, sino reconocido en sus logros e independencia.

La dificultad mayor reside en el tiempo limitado de tratamiento (un año), ya que podría repetirse la experiencia traumática de Diego con una madre que invita a los hijos a confiar en su cariño pero luego no los cuida. Este tema deberá estar presente en la mente del terapeuta desde un comienzo, buscando que Diego pueda abrir la puerta a la pena por los cuidados no recibidos, pero sin que se menoscabe el valor de haber podido salir adelante mediante sus propios recursos.

4. Aspectos evolutivos

La FCC y la FPC contemplan también las siguientes preguntas: ¿se han producido cambios como consecuencia del tratamiento?, ¿en cuáles dimensiones se observan los cambios?, ¿con qué resultados finaliza el tratamiento el paciente? Este enfoque conduce a la dimensión evolutiva, con las fortalezas y debilidades correspondientes.

Es posible realizar dos tipos de informe:

- Informe completo de tratamiento.
- Informe abreviado de tratamiento. Incluye cambios objetivos y subjetivos en los problemas

que constituyeron los focos, otros cambios significativos, percepción por parte del paciente y del terapeuta de las transformaciones y de los problemas remanentes.

Informe abreviado de tratamiento

Evolución. Luego de concurrir durante el año estipulado en forma asidua a sus sesiones semanales, terapeuta y paciente coinciden en que Diego puede manejar mejor y con más recursos sus problemas con la autoridad. Su temor a los exámenes disminuyó, así como su amargura interior; se siente más libre para mostrarse como es, incluso ante sus padres, a quienes puede visitar con mejor ánimo. Está haciendo planes de futuro con su esposa. Entiende que si pudiera continuar habría más cosas que le gustaría ver en la terapia, pero cree que es posible terminar ahora y que podrá manejarse solo. Piensa que buscará nuevamente ayuda en el futuro si la necesita.

El modelo de los tres niveles para la observación de las transformaciones del paciente durante la psicoterapia (modelo de los tres niveles, 3ML), propuesto por R. Bernardi (2011) y discutido e impulsado por el Comité de Proyectos de Observación Clínica de la Asociación Psicoanalítica Internacional, es una herramienta privilegiada para abordar las transformaciones que ocurren en el paciente durante el tratamiento psicoanalítico. En dicho modelo «transformación» se entiende en el sentido habitual del cambio y las modificaciones que produce el tratamiento, y que se observan en etapas sucesivas.

El modelo es una guía para afinar, conceptualizar y sistematizar las observaciones clínicas de las transformaciones del paciente durante el tratamiento, aunque se entiende en el contexto de relación con el analista. Intenta además abordar los problemas que atañen a dichas transformaciones en relación con las preguntas de qué es lo que cambia, cómo, cuándo y por qué se da el cambio. La observación clínica puede contribuir al avance en la conceptualización del estudio de estas transformaciones.

Se plantean tres niveles de abordaje de las transformaciones: un primer nivel fenomenológico, que atiende a los cambios tal como aparecen a la escucha del analista atenta a lo inconsciente y a la transferencia; un segundo nivel focalizado en las dimensiones del cambio; y un tercer nivel que busca comparar las diversas hipótesis sobre el cambio y relacionarlas con los focos del trabajo terapéutico.

Formulación psicodinámica del caso Diego (Ver anexo)

1. Diagnóstico

- 1.1. Datos filiatorios.
- 1.2. Motivo de consulta.
- 1.3. Experiencia subjetiva de la enfermedad.

Diego XX, de 25 años, casado, trabaja y estudia.

Consulta por «quedarse en blanco» al dar exámenes. Intenta controlar en forma rígida sus sentimientos pero no lo logra, y vive en forma tensa tanto a nivel interior como en sus vínculos.

Reconoce la naturaleza emocional de sus problemas pero por momentos piensa que podrían ser neurológicos o resolverse con medicación. Acepta comenzar una psicoterapia y se muestra dispuesto a colaborar, si bien expresa ciertas dudas y ambivalencia.

- 1.4. Diagnóstico de trastorno.
- 1.4.1. Diagnóstico de nivel de funcionamiento.

No existen enfermedades somáticas ni consumo de drogas. Desde el punto de vista social hay una situación de estrés moderado (trabajo y estudio, dificultades económicas) que puede mejorar en la medida que avance en sus estudios.

Sus síntomas corresponden a reacciones de ansiedad (confusión, quedar en blanco) en situaciones de estrés, en una personalidad con rasgos obsesivos, que no llegan a configurar un TP.

Su funcionamiento general es el de nivel de una integración neurótica. Su nivel de funcionamiento está afectado durante los momentos de ansiedad aguda, pero también en forma crónica por el control excesivo de sus afectos y por su perfeccionismo, que no le permite vivir y expresar en forma más libre sus propias necesidades emocionales.

1.5. Diagnóstico. Relaciones interpersonales.

Diego siente que aunque él se exige dejar a todos conformes, los otros no lo hacen y abusan de la relación.

Los otros sienten que la complacencia de Diego no es del todo real, y en forma latente perciben su desafío y su hostilidad.

1.6. Diagnóstico. Conflictos y fantasías inconscientes.

1.6.1. Defensas.

El conflicto sumisión versus control estuvo presente desde su infancia. Diego lo «resolvió» dejando de lado sus emociones y guiándose por un ideal de perfección y control de sí mismo. Pero eso le genera frustración, enorme rabia y se siente abusado, lo que le despierta hostilidad y rebeldía. Es posible que este conflicto determine sus síntomas en los exámenes. Queda por explorar en qué medida el crecer profesionalmente despierta conflictos de culpa hacia sus padres (¿culpa edípica?) y esto repercute en su autoestima y en el desarrollo de su identidad actual. Es muy posible que a nivel inconsciente esté esperando que los demás le devuelvan una actitud de protección y *holding* que no recibió en la infancia, y cuya falta lo obligó a actuar en forma autosuficiente. Esta necesidad de cuidado y protección debe ser explorada con cuidado, pues la duración limitada a un año

de la terapia podría movilizar este reclamo pero no atenderlo en forma adecuada.

Predominan las defensas basadas en la intelectualización y negación o minimización de los problemas, y en el control rígido de los afectos. En las áreas no relacionadas con el conflicto las defensas son más adecuadas y flexibles.

1.7. Diagnóstico. Funcionamiento mental. Estructura.

1.7.1. Identidad.

1.7.2. Regulación afectiva.

Diego es capaz de comprenderse a sí mismo, de comprender a los demás y de dar dirección a su vida, pero el desarrollo de su identidad choca con la falta de modelos paternos adecuados. Intenta diferenciarse y oponerse a la imagen del padre, pero continúa condicionado por ella, repitiendo el conflicto con las figuras de autoridad.

La regulación afectiva le resulta difícil por la intensidad de la rabia (y la probable humillación) que siente, la que busca controlar rígidamente y convertir en una conducta de complacencia exagerada hacia los demás, a costa de sus propios deseos y emociones.

1.8. Diagnóstico. Funcionamiento mental. Estructura: simbolización y vínculos con objetos internos y externos.

Si Diego lograra modificar el bloqueo defensivo de sus emociones podría aprovechar mejor su capacidad indudable de simbolización y comunicación interna y externa. Por este camino podría hacer frente de mejor manera a las situaciones que implican un tercero (celos) y podría también separarse de los padres, manteniendo una relación con su familia de origen que tomara en cuenta sus aspectos tanto negativos como positivos.

2. Etiopatogenia

Diego vivió en su infancia situaciones reiteradas de abuso emocional, tanto por la violencia del padre que le exigía sumisión total como por la actitud inconsistente de la madre que actuaba en forma seductora e inmadura sin lograr defender a sus hijos.

Consulta en un momento en que está afianzando logros profesionales y familiares que tienden a sobrepasar a los de sus padres, lo que sugiere explorar la culpa edípica. Su síntoma repite los momentos de congelamiento y humillación que vivió de niño.

El ciclo repetitivo «atiendo las necesidades de los demás y dejo de lado las mías, pero quedo frustrado y con rabia» le lleva a aumentar el control sobre sí mismo y los demás, lo que aumenta a su vez la ansiedad por el temor a perder ese control.

3. Tratamiento

Diego podría beneficiarse de una psicoterapia psicoanalítica. Posee los recursos mentales para comprender y elaborar sus problemas.

El foco inicial debe ponerse en el manejo de las emociones, en especial las relacionadas con el conflicto de sumisión/rebelión. A partir de este foco inicial se explorarán los otros conflictos posibles (culpa, autoestima, edípico) y las defensas, fantasías o creencias patológicas que no le permiten expresar sus propios deseos y emociones.

Es probable que el conflicto sumisión/rebelión reaparezca en la transferencia y afecte la alianza terapéutica si el terapeuta no logra atender a la vez la necesidad de ayuda de Diego y también su necesidad de no sentirse sometido, sino reconocido en sus propios logros e independencia. La dificultad mayor reside en el tiempo limitado de tratamiento, pues podría repetirse la experiencia traumática de Diego con una madre que invita a los hijos a confiar en su cariño pero luego no los cuida. Este tema deberá estar presente en la mente del terapeuta desde el comienzo, buscando

que Diego pueda abrir la puerta a la pena por los cuidados no recibidos pero sin que sienta menoscabado el valor de haber podido salir adelante por sí mismo.

4. Evolución

Informe abreviado de tratamiento

Luego de concurrir durante el año estipulado en forma asidua a sus sesiones semanales, terapeuta y paciente coinciden en que Diego puede manejar mejor y con más recursos sus problemas con la autoridad. Su temor a los exámenes disminuyó, así como su amargura interior; se siente más libre para mostrarse como es, incluso ante sus padres, a quienes puede visitar con mejor ánimo. Está haciendo planes de futuro con su esposa. Entiende que si pudiera continuar habría más cosas que le gustaría ver en la terapia, pero cree que es posible terminar ahora y que podrá manejarse solo. Piensa que buscará nuevamente ayuda en el futuro si la necesita.

Conclusiones

La FPC, por estar basada en el enfoque psicoanalítico, destaca en especial ciertos aspectos del paciente, del tratamiento y de la evolución. El terapeuta de orientación psicoanalítica tiene en mente colocar los problemas específicos del paciente dentro de una comprensión amplia de su subjetividad y de su historia y también del modo como se vincula al terapeuta.

Las terapias psicodinámicas son más útiles cuando el paciente está en disposición de trabajar sus problemas actuales (que constituyen el foco inicial del tratamiento) dentro de una comprensión más general de los conflictos y dramas de su vida, comenzando por los que acepta conscientemente, pero estando abierto a revisar los que inconscientemente busca desconocer. El trabajo terapéutico psicoana-

lítico es más productivo en las personas que logran relacionar estos conflictos actuales con la forma en la que vivieron su historia pasada y con sus sueños, fantasías y deseos más íntimos. Esta comprensión de uno mismo y de su historia se vuelve más efectiva en la medida en que se une con el darse cuenta de cómo sus problemas se repiten en sus vínculos actuales y especialmente con el terapeuta (relación transferencial-contratransferencial). Esto último permite ver, como en un microscopio, los factores que llevan a la repetición de los problemas y también los caminos que hacen posible modificarlos. La alianza terapéutica resulta fundamental para el progreso del trabajo terapéutico. Esta alianza implica algo más que una disposición favorable o amable hacia el paciente; por el contrario, debe generar un espacio donde sean posibles encuentros y desencuentros, rupturas y reparaciones, que le ofrezcan al paciente nuevas experiencias relacionales. Esto requiere tener en cuenta la singularidad tanto del paciente como del terapeuta.

¿Es posible y útil resumir todo esto en un par de carillas en forma de una FPC que pueda ser anexada a la historia clínica? El ejemplo de Diego permite, en nuestra opinión, responder afirmativamente a ambas cuestiones. Disponer de una FPC ayuda a que el terapeuta tenga una visión más clara, reflexiva y compartible sobre las hipótesis que lo guían y el grado en que esto se confirma en la marcha del tratamiento. Pero también es un documento al que el paciente puede tener acceso, y que en el caso de que reinicie otro tratamiento permite que esa información llegue al nuevo terapeuta. Para las instituciones de salud la FPC, al igual que toda FCC, y la historia clínica misma son documentos imprescindibles para planear, monitorear y evaluar la asistencia brindada, y ofrecen mayores garantías para la seguridad del paciente.

La FPC puede también adaptarse para fines docentes, brindando una perspectiva global sobre el paciente, el tratamiento y la evolución; aporta elementos que pueden enriquecer los

encares docentes o los informes psicológicos. Permite además comparar tratamientos realizados con diferentes enfoques psicoterapéuticos, y examinar en qué punto distintas corrientes ponen el acento y qué respuesta obtienen del paciente. La FPC, al igual que toda FCC, es una herramienta útil para la investigación clínica y para complementar esta con otras formas de investigación. Hace posible investigar el grado de confiabilidad o de acuerdo entre distintos terapeutas, comparar sus similitudes y diferencias y estudiar la validez predictiva de las hipótesis que formula el terapeuta, así como su validez concurrente con las evaluaciones que pueden realizarse con otros instrumentos de investigación de valor comprobado.

Hemos destacado los aspectos positivos aportados por el uso de las formulaciones de caso. Corresponde también señalar lo que puede implicar el no uso de esta herramienta. El DSM-5 destaca con claridad que el diagnóstico debe plantearse en el marco de una formulación del caso. La razón es clara: un diagnóstico sin formulación del caso nos puede decir algo sobre el trastorno, pero dice muy poco sobre el paciente y menos aun sobre la relación terapéutica y sobre cuánto y cómo las hipótesis del terapeuta ayudan realmente al paciente.

Referencias bibliográficas

1. **Bernardi R.** La formulación clínica del caso. Su valor para la práctica clínica. *Rev Psiquiatr Urug* (en prensa).
2. **Eells TD (ed).** Handbook of psychotherapy case formulation, 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2007.
3. **McWilliams N.** Psychoanalytic case formulation. New York: The Guildford Press; 1999.
4. Division of Clinical Psychology. Good practice guidelines on the use of psychological formulation. Leicester: The British Psychological Society; 2011.
5. **Leiper R.** Psychodynamic formulation: looking beneath the surface. In: Johnstone L, Dallos R (eds). *Formulation in psychology and psychotherapy making sense of people's problems*. New York: Routledge; 2014, pp. 45-66.
6. **Perry S, Cooper AM, Michels R.** The psychodynamic formulation: its purpose, structure, and clinical application. *FOCUS* 2006; 4:297-305.
7. **Polanyi M.** Personal knowledge. Towards a post critical philosophy. London: Routledge; 1958.
8. **Polanyi M.** The tacit dimension. London: Routledge; 1966.
9. **Thomä H, Kächele H.** Teoría y práctica del psicoanálisis. Barcelona: Herder; 1989.
10. OPD Gdt. Diagnóstico psicodinámico operacionalizado. OPD-2. Barcelona: Herder; 2008.
11. PDM Task Force. Psychodynamic diagnostic manual. Silver Spring: Alliance of Psychoanalytic Organizations; 2006.
12. **Cierpka M, Grande T, Rudolf G, von der Tann M, Stasch M.** The operationalized psychodynamic diagnostics system: clinical relevance, reliability and validity. *Psychopathology* 2007; 40:209-20.
13. **Zimmermann J, Ehrental JC, Cierpka M, Schauenburg H, Doering S, Benecke C.** Assessing the level of structural integration using operationalized psychodynamic diagnosis (OPD): implications for DSM-5. *J Pers Assess* 2012; 94(5):522-32.
14. **Bernardi R.** DSM-5, OPD-2 y PDM: convergencias y divergencias entre los nuevos sistemas diagnósticos psiquiátricos y psicoanalíticos. *Rev Psiquiatr Urug* 2010; 74(2):179-205.
15. **Freud S.** Conferencias de introducción al psicoanálisis. Parte III. Amorrortu (ed). Buenos Aires: Amorrortu editores; 1916, pp. 413-6.
16. **Bernardi R, Schwartzmann L, Cagnetti A, Cerutti A, Roba O, Zubillaga B.** Cuidando el potencial del futuro.

- Montevideo: Departamento de Psicología Médica, Facultad de Medicina, UdelaR; 1996, 190 pp.
17. **Miller D.** Las huellas del afecto. La regulación afectiva en el desarrollo de la personalidad. Montevideo: Grupo Magro Editores-Universidad Católica del Uruguay; 2013.
 18. **Sandell R, Blomberg J, Lazar A et al.** Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy: a review of findings in the stockholm outcome of psychoanalysis and psychotherapy project (STOPPP). *Int J Psychoanal* 2000; 81:921-42.
 19. **Fonagy P, Target M.** The efficacy of psychoanalysis for children with disruptive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33:45-55.
 20. **Fonagy P, Target M.** Predictors of outcome in child psychoanalysis: a retrospective study of 763 cases at the Anna Freud Centre. *J Am Psychoanal Assoc* 1996; 44:27-77.
 21. **Fonagy P, Roth A, Higgitt A.** The outcome of psychodynamic psychotherapy for psychological disorders. *Clin Neurosci Res* 2005; 4:367-77.
 22. **Leichsenring F.** Psychodynamic psychotherapy: A review of efficacy and effectiveness studies. *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy*. Boston: Humana Press; 2009, pp. 3-27.
 23. **Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U, Ruger B, et al.** How to study the quality of psychoanalytic treatments and their long-term effects on patient's well-being: a representative, multi-perspective follow-up study. *Int J Psychoanal* 2003; 84:263-90.
 24. **Sandell R.** Research on outcomes of psychoanalysis and psychoanalysis-derived psychotherapies. In: B. E. Litowitz, P. Williams, & G. O. Gabbard (eds). *Textbook of psychoanalysis*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2012.
 25. **Shedler J.** The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am Psychol* 2010; 65(2):98.
 26. **Beutel ME, Stark R, Pan H, Silbersweig D, Dietrich S.** Changes of brain activation pre-post short-term psychodynamic inpatient psychotherapy: an fMRI study of panic disorder patients. *Psychiatry Res* 2010; 184(2):96-104.
 27. **Bernardi R.** The assessment of changes: diagnostic aspects. Time for change: tracking transformations in psychoanalyses: the three-level model. London: Karnac; 2014, pp. 267-84.
 28. **Johnstone L, Dallos R (ed).** Formulation in psychology and psychotherapy. Making sense of people's problems, 2nd ed. New York: Routledge; 2014.
 29. **Luborsky L, Barrett MS.** The Core conflictual relationship theme: a basic case formulation method. In: Eells TD (ed). *Handbook of psychotherapy case formulation: The Guildford Press*; 2007, pp. 105-35.
 30. **Freud S.** Obras completas de Sigmund Freud. Vol. XIX, El yo y el ello, y otras obras (1923-1925). 1. El yo y el ello (1923). Traducción José Luis Etcheverry. Buenos Aires & Madrid: Amorrortu editores.
 31. OPD Gdt, o. cit., p. 159.
 32. **Laplanche J, Pontalis JB.** Vocabulaire de la Psychanalyse. Paris: Presses Universitaires de France; 1967, p. 90.
 33. **Freud S.** Inhibición, síntoma y angustia; 1926. En: Obras completas, vol. XX (1925-1926). Buenos Aires: Amorrortu; 1986.
 34. **Killingmo, B.** Conflict and deficit: implications for technique. *Int J Psycho-Anal* 1989; 70:65-79.
 35. **Stolorow RD, Lachmann FM.** On the psychoanalysis of developmental arrest. *Psychoanal Rev* 1981-1982; 68:594-594.
 36. **Sifneos PE.** Alexithymia: past and present. *Am J Psychiatry* 1996; 153:137-142.
 37. **Marty P.** L'ordre psycho-somatique. Paris: Payot; 1985.
 38. **Fonagy P, Gergely G, Target M.** Affect regulation, mentalization, and the development of the self. New York: Other Press; 2002.

39. **Doering S, Burgmer M, Heuft G et al.** Assessment of personality functioning: validity of the operationalized psychodynamic diagnosis *AXIS IV* (structure). *Psychopathology* 2014; 47(3):185-93.
40. OPD Gdt, o. cit., p. 141 y ss., y p. 158 y ss.
41. *Ibid.*, OPD-2, p. 313.
42. **Kernberg OF.** Unconscious conflict in the light of contemporary psychoanalytic findings. *Psychoanal Q* 2005; 74(1): 65-81.
43. **Clarkin JF, Kernberg, OF, Yeomans FE.** Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorders patients. New York: Guilford Press;1999.
44. **Allen JG, Fonagy P (eds).** Handbook of mentalization-based treatment. Chichester: John Wiley & Sons; 2006.
45. OPD Gdt, o. cit, p. 377.
46. **De la Parra G, Pinedo J, Plaza V, Alvarado L.** Diagnóstico operacionalizado: indicación y planificación estratégica en psicoterapia psicodinámica. *Rev GPU* 2010; 6(3):364-371.
47. **Bernardi R.** DSM-5, OPD-2 y PDM: Convergencias y divergencias entre los nuevos sistemas diagnósticos psiquiátricos y psicoanalíticos. *Rev Psiquiatr Urug* 2010; 74(2):179-205.
48. **Bernardi R.** The three-level model (3-LM) for observing patient transformations. In: Altmann M, editor. *Time for Change: Tracking Transformations in Psychoanalysis - The Three-Level Model.* London: Karnac; 2014. p. 3-34.

Nombre y apellidos _____ Fecha _____

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una de ellas. A continuación, señale la puntuación que mejor describa cómo se ha sentido DURANTE ESTA ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también.

- | | | |
|--|---|---|
| <p>1.
0. No me siento triste.
1. Me siento triste.
2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.</p> <p>2.
0. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
1. Me siento desanimado respecto al futuro.
2. Siento que no tengo nada que esperar.
3. Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.</p> <p>3.
0. No me siento fracasado.
1. Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
2. Cuando miro hacia atrás, solo veo fracaso tras fracaso.
3. Me siento una persona totalmente fracasada.</p> <p>4.
0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
2. Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
3. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.</p> <p>5.
0. No me siento especialmente culpable.
1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3. Me siento culpable constantemente.</p> <p>6.
0. No creo que esté siendo castigado.
1. Siento que puedo ser castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.</p> <p>7.
0. No estoy descontento de mí mismo.
1. Estoy descontento de mí mismo.
2. Me avergüenzo de mí mismo.
3. Me odio.</p> <p>8.
0. No me considero peor que cualquier otro.
1. Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.</p> | <p>2. Continuamente me culpo por mis faltas.
3. Me culpo por todo lo malo que me sucede.</p> <p>9.
0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haría.
2. Desearía suicidarme.
3. Me suicidaría si tuviese la oportunidad.</p> <p>10.
0. No lloro más de lo que solía hacerlo.
1. Ahora lloro más que antes.
2. Lloro continuamente.
3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo aunque quiera.</p> <p>11.
0. No estoy más irritado de lo normal en mí.
1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2. Me siento irritado continuamente.
3. No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.</p> <p>12.
0. No he perdido el interés por los demás.
1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
2. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
3. He perdido todo el interés por los demás.</p> <p>13.
0. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
1. Evito tomar decisiones más que antes.
2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3. Me es imposible tomar decisiones.</p> <p>14.
0. No creo tener peor aspecto que antes.
1. Estoy preocupado porque ahora parezco más viejo y poco atractivo.
2. Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
3. Creo que tengo un aspecto horrible.</p> <p>15.
0. Trabajo igual que antes.
1. Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.</p> | <p>2. Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
3. No puedo hacer nada en absoluto.</p> <p>16.
0. Duermo tan bien como siempre.
1. No duermo tan bien como antes.
2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.</p> <p>17.
0. No me siento más cansado de lo normal.
1. Me canso más fácilmente que antes.
2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.</p> <p>18.
0. Mi apetito no ha disminuido.
1. No tengo tan buen apetito como antes.
2. Ahora tengo mucho menos apetito.
3. He perdido completamente el apetito.</p> <p>19.
0. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
1. He perdido más de 2,5 kilos.
2. He perdido más de 4 kilos.
3. He perdido más de 7 kilos.
4. Estoy haciendo régimen para adelgazar.</p> <p>20.
0. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
1. Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
2. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en nada más.
3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.</p> <p>21.
0. No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1. Estoy menos interesado por el sexo que antes.
2. Estoy mucho menos interesado por el sexo.
3. He perdido totalmente mi interés por el sexo.</p> |
|--|---|---|