

El Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2) constituye una verdadera guía de acción para los psicoterapeutas, pues es un instrumento diagnóstico que no está sólo al servicio de la descripción y diferenciación de los pacientes, sino que permite establecer una indicación para una intervención, formular tareas y metas específicas, y planificar las estrategias de la psicoterapia.

El método tiene la forma de un sistema multiaxial: «vivencia de la enfermedad y prerequisites para el tratamiento» (eje I), «relación» (eje II), «conflicto» (eje III), «estructura» (eje IV) y «trastornos psicósomáticos y mentales según el CIE-10» (eje V). Después de una entrevista de entre una y dos horas, el clínico o el investigador podrán definir la psicodinámica del paciente según estos cinco ejes, registrando los hallazgos en los instrumentos de evaluación respectivos, incluidos en este volumen.

El Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2) se ha desarrollado a partir de un instrumento de diagnóstico contrastado en la práctica durante diez años (OPD-1). Esta nueva versión se ha elaborado teniendo en cuenta que el diagnóstico está siempre al servicio de la terapia: el OPD-2 constituye una magnífica herramienta para planificar y evaluar el tratamiento, y observar el cambio. Este método se ha propuesto además establecer un puente entre clínicos de orientaciones y orígenes diversos, y entre éstos y los investigadores.

Este manual está dirigido a psicoterapeutas psicodinámicos, psiquiatras, psicólogos clínicos, psicoterapeutas en formación y profesionales de la salud mental.

ISBN 978-84-254-2570-7



Herder

www.herdereditorial.com



GRUPO DE TRABAJO OPD

DIAGNÓSTICO PSICODINÁMICO OPERACIONALIZADO (OPD-2)

GRUPO DE TRABAJO OPD

DIAGNÓSTICO PSICODINÁMICO OPERACIONALIZADO (OPD-2)

Manual para el diagnóstico, indicación
y planificación de la psicoterapia



Herder

1 Bases teóricas

En 1992, en Alemania, un grupo multidisciplinario de trabajo en salud mental desarrolló el instrumento llamado Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, OPD). Su propósito era complementar las clasificaciones usuales de los trastornos mentales –basadas en criterios descriptivo-sintomatológicos– con las dimensiones psicodinámicas fundamentales. Para ello, el grupo de trabajo OPD desarrolló un inventario diagnóstico (y los formularios de respuesta correspondientes para cada eje) y un manual de entrenamiento y de aplicación clínica para terapeutas experimentados (Rudolf *et. al.* 1998; Grande *et. al.* 2000) (OPD-Arbeitskreis, 1996).

El Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD) está constituido por los cinco ejes siguientes:

- Eje I: «Vivencia de la enfermedad y prerequisites para el tratamiento»
- Eje II: «Eje relacional»
- Eje III: «Eje del conflicto»
- Eje IV: «Eje estructural»
- Eje V: «Trastornos psíquicos y psicosomáticos según el capítulo V (F) del CIE-10»

Después de una primera entrevista de entre 1 y 2 horas, y basándose en las categorías del OPD, el terapeuta o un observador externo pueden evaluar la dinámica psíquica del paciente e incluir los resultados en los diversos formularios de evaluación diseñados para ello.

Daremos inicio a este libro con un resumen de los cambios que ofrece el OPD-2 respecto al OPD-1. Después de esta introducción, expondremos nuevamente la historia del OPD, sus metas y la concepción

de sus ejes. Discutiremos luego la literatura existente sobre el diagnóstico psicodinámico y sus intentos de operacionalización. En el capítulo 2 se resumirán los datos de investigaciones empíricas realizadas con el OPD-1. Finalmente, y a partir del capítulo 3, se describirán las nuevas operacionalizaciones de cada uno de los ejes del OPD-2.

1.1

Del OPD-1 al OPD-2

Después de diez años de experiencia con el OPD-1 (Arbeitskreis OPD, 2004) y de su aplicación en diferentes ámbitos (seminarios de entrenamiento, estudios de perfeccionamiento, investigación empírica y práctica clínica), en el presente texto se publica una nueva versión ampliamente revisada, que presenta el manual diagnóstico junto a los fundamentos teóricos y sus diferentes reflexiones conceptuales. Con este manual pueden identificarse las características psicodinámicamente significativas del paciente en los cuatro ejes conocidos del OPD-1: la vivencia de la enfermedad y prerequisites de tratamiento vinculados a ella, los patrones relacionales disfuncionales, los conflictos intrapsíquicos inconscientes y las características estructurales (vulnerabilidades y recursos personales del paciente).

Es importante enfatizar que la segunda versión del OPD es más que una edición ampliada del manual original. Después de muchos años de estudios empíricos con el OPD-1 (véase el capítulo 2), del continuo *feedback* en los seminarios de entrenamiento y de las experiencias en el uso clínico del instrumento, se hizo cada vez más evidente la necesidad de ampliar su espectro de utilización para que, de un instrumento puramente diagnóstico, se convirtiese también en un instrumento orientado a la planificación de la psicoterapia y a la evaluación de los cambios obtenidos por medio de ella.

Las modificaciones realizadas en el OPD-2, en relación con el OPD-1, enfatizan los siguientes aspectos:

- El OPD-2 deja de ser un instrumento prioritariamente usado en el diagnóstico transversal, pues está también orientado a los procesos terapéuticos.

- El OPD-2 busca identificar los recursos personales de los pacientes (útiles para una psicoterapia).
- El OPD-2 intenta conceptualizar exhaustivamente las intersecciones e interrelaciones entre los diversos ejes.
- Mediante la determinación de focos psicoterapéuticos, el OPD-2 facilita la planificación terapéutica.

Orientación al proceso

El proceso de planificación terapéutica debe descansar sobre la base del diagnóstico y de la formulación de objetivos, y asimismo debe fundamentarse en la deducción de los pasos terapéuticos apropiados. El diagnóstico sirve, además, en la identificación de rasgos críticos y significativos de la personalidad, así como de los recursos y competencias personales. Este proceso debe entenderse como un proceso interaccional entre terapeuta y paciente.

En la planificación terapéutica y la evaluación de sus resultados, es necesario el diagnóstico en tanto permite establecer variables operacionales y objetivables en el proceso terapéutico. El diagnóstico de corte transversal permite comparar los hallazgos individuales con normas preestablecidas o empíricas (como, por ejemplo, con un grupo control).

Las evaluaciones de estado (o de corte transversal) son especialmente útiles en algunos momentos (como, por ejemplo, al inicio y al final de una terapia) en la identificación y evaluación de la severidad de los síntomas y problemas psicológicos. Estas evaluaciones permiten, también, identificar los factores que podrían contribuir al mantenimiento y a la resolución de los síntomas. También la clasificación del problema o síntoma en un sistema clasificatorio más amplio (como, por ejemplo, el CIE-10) contribuye a este «diagnóstico de estado». De hecho, el OPD-1 estaba también concebido como un «diagnóstico de estado».

En la versión actual, sin embargo, es posible ampliar esta perspectiva, describiendo el proceso de cambio del paciente. El diagnóstico de OPD permite identificar los patrones relacionales disfuncionales, las constelaciones conflictivas intrapsíquicas y las condiciones estructurales del paciente. Si ellas están relacionadas con la sintomatología y las molestias

del paciente, ello permite deducir los focos terapéuticos. Además, las categorías OPD identificadas permiten observar y evaluar los cambios inducidos por la psicoterapia.

El OPD-2 responde, así, a las exigencias actuales de la investigación en psicoterapia, la cual persigue identificar los factores y mecanismos por los cuales se produce el cambio. Los conocimientos sobre el proceso psicoterapéutico son incorporados en intervenciones terapéuticas apropiadas en cada etapa del tratamiento, con el objetivo de configurarlo para favorecer al paciente.

El OPD-2, con su nuevo esquema, se acerca así al postulado de la congruencia «problema-tratamiento-resultado», sugerido por Strupp y Schlacht (1988). Ellos manifestaron la necesidad de congruencia entre la evaluación clínica del problema, la conceptualización del cambio terapéutico deseado y la descripción del curso y el éxito clínicos. Este último no debiera ser evaluado mediante métodos objetivos arbitrariamente escogidos, sino con las mismas categorías y conceptos usados en la formulación del problema clínico. De este modo, el problema clínico a tratar, el proceso de intervención y el resultado del tratamiento son situados en la misma base conceptual. Este cambio en la orientación del OPD-2 busca reflejar con mayor claridad los problemas que presenta la praxis psicoterapéutica concreta.

El diagnóstico psicodinámico-psicoterapéutico en ningún caso es un fin en sí mismo, sino que siempre debe entenderse como un conjunto de sugerencias pragmáticas para la psicoterapia.

Identificación de recursos personales

El OPD-2 considera, en mayor medida que el OPD-1, los recursos personales del paciente. En el eje I, los estresores y sobrecargas de los pacientes son contrapuestos a sus recursos. En el eje II no sólo se formulan patrones relacionales disfuncionales, también pueden identificarse aquellos temas relacionales que representan un recurso para el paciente. En el eje IV, el «estructural», es posible además describir habilidades que permiten al paciente una relación adecuada consigo mismo y con su entorno.

Intersecciones entre los ejes

Un tercer cambio del OPD-2 persigue una integración teórica entre los ejes. En el capítulo 3.6 se describen conceptualmente las intersecciones entre ellos, mientras que en los capítulos 5 a 9 se desarrollan las consecuencias prácticas para el diagnóstico y para la elección del foco. Previamente, los ejes estaban concebidos en categorías independientes entre sí, aunque en su diseño era claro que los hallazgos provenientes de cada uno de ellos estaban íntimamente relacionados con los otros ejes.

Por ejemplo, las vivencias y conductas relacionales disfuncionales son consideradas tanto el resultado de conflictos internos biográficamente determinados, como de déficit y vulnerabilidades estructurales. Esta conceptualización exige del terapeuta decisiones significativas: «¿Son los patrones relacionales disfuncionales y su relación con la sintomatología una consecuencia de los conflictos, o son más bien el resultado de la estructura, o el efecto de las características del conflicto y de las características estructurales, las cuales actúan como factores desencadenantes y/o perpetuadores de la sintomatología?». De esta reflexión diagnóstica dependen estrategias terapéuticas bien definidas, razón por la cual éste no es un tema menor.

Determinación del foco y planificación de la terapia

En un capítulo aparte presentaremos cómo se planifica una terapia mediante el OPD. En esta nueva versión, todos los ejes permiten establecer un foco propio. Entenderemos por «foco» aquellos resultados característicos de la evaluación OPD que contribuyen a la génesis y mantenimiento del cuadro clínico y son centrales en la psicodinámica del trastorno clínico. Se presupone, además, que un progreso psicoterapéutico importante se alcanzará sólo si existen cambios en el foco.

En la determinación del foco es necesario considerar el peso relativo de los factores estructurales o conflictivos, ya que esta proporción debiera reflejarse en la elección del foco. En casos muy evidentes pueden elegirse focos exclusivamente estructurales o exclusivamente conflictivos. En la mayor parte de los casos, sin embargo, ambos aspectos son relevantes. El OPD-2 parte de la base de que los focos pueden cambiar a lo largo del

proceso psicoterapéutico. Al comienzo de una terapia, la formulación de los focos lleva a una planificación del tratamiento que, de ser necesario, puede modificarse sobre la marcha. En este proceso, es esencial que el terapeuta presente responsablemente su estrategia terapéutica y que el paciente conozca claramente cuál es el concepto de cambio utilizado en el tratamiento.

Un tema pendiente para el OPD-2 es, aún, su validación en la praxis. A diferencia del OPD-1, esta nueva versión proporciona para cada eje una versión resumida, apropiada para el uso clínico cotidiano. Además, se dispone de versiones ampliadas que pueden ser utilizadas con fines de investigación o evaluación, como, por ejemplo, el forense. De este modo, el nuevo OPD desarrolla un sistema modular para el diagnóstico y la planificación del tratamiento, por lo que puede ser empleado en diferentes ámbitos del quehacer profesional.

1.2

Metas del Grupo de Trabajo OPD

La psicoterapia de orientación psicoanalítica clasifica los fenómenos psíquicos sobre la base de los constructos *metapsicológicos* de la teoría psicoanalítica. Freud (1923b), en su teoría estructural, por primera vez describió la personalidad en términos del yo, el ello y el superyó, sentando así las bases de una clasificación psicoanalítica de los fenómenos psíquicos. De manera similar, los conceptos «pregenital y genital» del desarrollo pulsional podrían haber sido usados con fines clasificatorios. Posteriormente, los conceptos de «regresión a puntos de fijación», así como algunas configuraciones defensivas específicas, fueron relacionados con diferentes enfermedades (como, por ejemplo, los mecanismos anales con el espectro obsesivo). Todavía, hasta la actualidad, la literatura psicoanalítica plantea una clasificación de los trastornos psíquicos y una diferenciación de la personalidad a partir de la teoría pulsional, complementada con la psicología del yo, las teorías de las relaciones objetales y la psicología del *self* (véase Shapiro, 1991).

En un contexto clínico, estos constructos ayudan a una mejor comprensión del funcionamiento psíquico y sus perturbaciones. Así, en una

primera entrevista, el psicoterapeuta conceptualiza la historia clínica con ayuda de estos constructos, para describir los vínculos entre los síntomas del paciente y los trastornos de su desarrollo cognitivo-emocional. La información entregada por el paciente en la situación diagnóstica y terapéutica y las percepciones y observaciones del psicoterapeuta en la interacción paciente-terapeuta son integradas y resumidas en un diagnóstico psicodinámico.

Sin embargo, con el correr de los años, muchas teorías metapsicológicas fueron formuladas en niveles tan altos de abstracción que se distanciaron de los fenómenos clínicos observables. Esto permitió el desarrollo de teorías altamente especulativas y fomentó la ambigüedad de los conceptos y de las definiciones psicoanalíticas.

Por otra parte, los constructos observables, formulados en bajos niveles de abstracción (como los patrones transferenciales, constelaciones afectivas o conductas específicas) mostraban un bajo nivel de concordancia entre los clínicos. Este problema constituyó el punto de partida para el desarrollo del «Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado» (OPD).

Otro impulso para el Grupo de Trabajo OPD fue la insatisfacción reinante con los sistemas clasificatorios descriptivos contemporáneos (DSM IV-R y CIE-10), que ofrecen lineamientos de acción muy limitados para los psicoterapeutas de orientación psicodinámica. Los actuales sistemas no sólo han abandonado el concepto de neurosis, sino que, además, al basarse predominantemente en conceptos fenomenológicos y biológicos, han descuidado la validez de las categorías diagnósticas y privilegiado su concordancia (véase Schneider y Freyberger, 1990; Schneider y Hoffmann, 1992). Como mencionamos previamente, los diagnósticos puramente descriptivos, centrados en los síntomas, entregan escasas herramientas clínicas que faciliten la indicación, planificación y desarrollo de una psicoterapia. Esta conceptualización del diagnóstico no proporciona indicaciones acerca de los conflictos intrapsíquicos e interpersonales ni sobre el nivel estructural o la vivencia subjetiva de la enfermedad, las cuales serían muy útiles para los psicoterapeutas de orientación dinámica. Esta carencia es percibida claramente por psicoterapeutas experimentados y que manejan los conceptos psicoanalíticos de enfermedad descritos previamente. Con su ayuda, establecen relaciones

entre la sintomatología, los conflictos desencadenantes, las relaciones disfuncionales del paciente y su historia de vida.

Así, posterior al desarrollo de nuevos sistemas descriptivos, surgió la necesidad de considerar otros niveles relevantes. Un diagnóstico psicodinámico complementario al diagnóstico fenomenológico descriptivo debería detectar, además, constructos cercanos a lo observable.

El Grupo de Trabajo OPD fue fundado en 1992 gracias a la iniciativa de Manfred Cierpka y Wolfgang Schneider. Concebido como trabajo multicéntrico, el Grupo se formó con el objetivo de complementar con dimensiones psicodinámicas la clasificación sintomatológica-descriptiva del CIE-10. Los objetivos, la estructura y las formas de trabajo cooperativo se establecieron estatutariamente. La tarea del grupo es promover el proyecto general, asegurar su calidad científica y material, así como representarlo en el ámbito público especializado y, en lo posible, coordinar sus esfuerzos con los grupos de trabajo internacionales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV-TR) y de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10). El círculo de trabajo establece los ejes que deben desarrollarse y la estructura de la organización. Su vocero (hasta 1998 S. O. Hoffmann y, desde entonces, Manfred Cierpka) representa al grupo de trabajo OPD en el exterior, coordina al grupo general e invita a las reuniones regulares. El grupo de trabajo elige periódicamente un consejo de coordinación, a cargo de todas las tareas pendientes, en la medida de que correspondan a las tareas principales y a los resultados del OPD. En varios grupos de trabajo se reúnen científicos expertos en áreas temáticas, responsables de la operacionalización concreta de los diferentes ejes y de la entrevista. Además son responsables de las operacionalizaciones actualizadas y de los manuales clínicos respectivos. Por otra parte, existen grupos de trabajo para la investigación, el control de calidad y el desarrollo futuro del OPD.

Desde la fundación del OPD, se realizan reuniones regulares del grupo de trabajo para mantener permanentemente el proyecto en desarrollo. La composición del grupo de trabajo varía cada cierto tiempo, pero su núcleo ha permanecido constante. La elaboración de la segunda versión del OPD tomó cuatro años, y los miembros actuales del Grupo pueden identificarse en el listado de colaboradores que se encuentra en este libro. Hasta la actualidad, se han mantenido los presupuestos de trabajo comunes, que están referidos a los siguientes puntos:

1. El trabajo debe estar orientado al modelo CIE-10, dado que es utilizado por las instituciones psicoterapéuticas.
2. Deben desarrollarse y evaluarse los ejes diagnósticos de relevancia psicodinámica como complemento de la clasificación del CIE-10.

Se estableció como condición general que debía crearse un instrumento relevante clínicamente y de orientación psicodinámica, considerando y adaptando los planteamientos ya realizados.

Este instrumento debe ser útil, mantener sus formulaciones en un «nivel de abstracción medio», entre una descripción conductual «pura» y una formulación puramente metapsicológica.

Más lejano, se encontraba el deseo de elaborar una cultura conceptual y un lenguaje preciso, que fuese en lo posible unificador y abarcador, que trascendiese las escuelas y que, en la medida de lo posible, renunciase a las terminologías específicas de cada escuela.

No obstante, en su estado actual de desarrollo, el diagnóstico operacionalizado sirve a los siguientes fines:

1. Proporciona lineamientos clínico-diagnósticos que, debido a su formulación abierta, permiten al usuario un amplio campo de acción en sus evaluaciones.
2. Puede ser de utilidad para la formación en psicoterapia psicodinámica, justamente porque posibilita la práctica de clasificaciones tanto psicodinámicas como fenomenológicas.
3. Puede contribuir a mejorar la comunicación dentro de la comunidad científica, en lo que se refiere a los constructos de la teoría psicodinámica.
4. Es posible implementarlo como un instrumento de investigación científica por ejemplo, aportar con criterios diagnósticos estrictos para elegir muestras, junto con lograr mayor homogenización en los estudios aleatorios. Se trata acá de contar con una línea base, que permite evaluar fenomenológica- y psicodinámicamente un punto de partida y que permitirá luego la comprensión del curso de la enfermedad, la revisión de indicación e indicaciones alternativas, la determinación de patrones individuales en diferentes áreas de la vida y la investigación de la eficiencia y/o efectividad de la terapia.

5. A través de la determinación de focos psicodinámicamente significativos, el OPD puede ser utilizado en la planificación de la terapia. Así, en un tratamiento planificado, las metas focales se pueden formular si, en el contexto del diagnóstico OPD-2 (orientado al proceso), cabe identificar los aspectos relevantes de un conflicto inconsciente, las limitaciones estructurales y la construcción relacional como elementos problemáticos significativos.

1.3

El modelo explicativo del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD)

El OPD se compone de los cuatro ejes psicodinámicos ya descritos y de un eje descriptivo. Los primeros cuatro ejes nacen de una comprensión psicodinámica derivada del psicoanálisis. Se parte de la base de que los planteamientos esenciales de estos cuatro ejes se corresponden con conceptos psicoanalíticos parciales (estructura de personalidad, conflicto intrapsíquico, transferencia), y se considera que las inferencias en el nivel de lo inconsciente sólo deberán ser formuladas con precaución y en referencia a las operacionalizaciones indicadas.

¿Por qué estos cinco ejes?

Para el **eje I**, «Vivencia de la enfermedad y prerrequisitos para el tratamiento», prevaleció la evidente relevancia práctica de estas categorías, tomadas en parte de la psicología cognitiva. El paciente debe «ser recogido allí donde se encuentra y donde espera algo», es decir, en la sintomatología de sus dolencias y en las expectativas que tiene frente al tratamiento. El acento está puesto más bien en los elementos vivenciales, las motivaciones y los recursos que posee y no tanto en la evolución de la enfermedad. Estas áreas vivenciales han sido ampliamente investigadas en psicología y son relativamente fáciles de operacionalizar.

El **eje II**, «Eje relacional», se basa en parte en el diagnóstico psicoanalítico, que es siempre un diagnóstico relacional, en tanto le confiere un peso

decisivo a la interacción de transferencia y contratransferencia. Este eje no proporciona (en contraposición a los ejes III y IV) constelaciones o patrones típicos ideales, sino que ofrece un sistema de categorías de patrones conductuales más fáciles de observar y con libres posibilidades de combinación.

El **eje III**, «Eje del conflicto», trata de traducir parte del diagnóstico psicoanalítico clásico, que corresponde al papel central de los conflictos internos. En consecuencia, se pueden confrontar los conflictos internalizados determinantes para la vida con las situaciones conflictivas más bien actuales y de causalidad externa. En este sentido, la elaboración de un conflicto puede ser definida como una meta del tratamiento.

El **eje IV**, «Eje estructural», representa las cualidades o bien las insuficiencias de las estructuras psíquicas. Este eje considera, por ejemplo, tanto la posibilidad como la imposibilidad de alcanzar una diferenciación interna y externa; y la capacidad o la incapacidad de autopercepción y autocontrol, entre otros. Los subelementos de la estructura pueden ser establecidos categorialmente como focos terapéuticos (en combinación con un conflicto o también sin éste).

El **eje V**, «Trastornos psíquicos y psicosomáticos», incluye el diagnóstico fenomenológico-descriptivo establecido en las clasificaciones preexistentes (CIE-10, DSM-IV). Esto sirve para subrayar la necesidad de una comprensión precisa de los fenómenos psicopatológicos, que también tienen un lugar en el diagnóstico psicodinámico. Este eje, además, fue utilizado por parte del grupo de trabajo para proponer algunos complementos al CIE-10 dentro del campo de lo psicosomático (F54).

Al observar los ejes se hace evidente que, en algunas áreas, se superponen los contenidos o interactúan en una estrecha relación: la estructura psíquica representa más bien el fondo sobre el cual los conflictos exhiben sus patrones de solución, de modos más o menos adaptativos. Los patrones relacionales –al ser «epifenómenos»– son más observables que la estructura psíquica y los conflictos internos. Los patrones disfuncionales habituales pueden ser entendidos como expresión de conflictos internos

y sus características estructurales y, al mismo tiempo, como un intento de manejarlos, razón por la cual reflejan los aspectos problemáticos de ambas áreas. Las áreas de intersección de los ejes y las interrelaciones que se pueden hacer en el nivel de los ítems constituyen parte de la arquitectura del OPD. En la sección 3.6, relación entre los ejes, profundizaremos en esta discusión.

1.4

Reflexiones básicas sobre el diagnóstico multiaxial

Una aproximación diagnóstica multiaxial refleja más certeramente el complejo juego de condiciones que encontramos en la mayoría de los fenómenos y trastornos psíquicos. Para entender la acción conjunta de estos ejes es necesaria una reflexión fundamental previa y asimismo responder preguntas tales como: ¿qué es un eje?, ¿cómo entendemos los fenómenos y los trastornos psíquicos?

La psicósomática, la psicoterapia y la psiquiatría (y, a su vez, los ejes del OPD) se basan en experiencias psíquicas subjetivas y en la conducta del individuo. El modelo bio-psico-social bidireccional fundamenta la comprensión de los fenómenos psíquicos y su interacción con las variables somáticas: todos estos fenómenos y trastornos son biológicos, debido a que la experiencia subjetiva emerge de las funciones cerebrales (cerebro \diamond mente); sin embargo, los fenómenos psíquicos influyen también en el cerebro (mente \diamond cerebro).

Una clasificación multiaxial está basada en los fundamentos y hallazgos neurobiológicos: el cerebro depende de su utilización, mientras más se activa un sistema, más sólidamente se anclan sus funciones (tocar el piano, movilizar la angustia, entre otros); el desarrollo de las funciones psíquicas superiores va desde las formas simples hasta las más complejas, existen períodos críticos en el desarrollo neurocognitivo y éstos se dan predominantemente en los primeros años de vida.

El desarrollo de funciones mentales superiores requiere un crecimiento preliminar sano de los sistemas más básicos (la estructura es previa al conflicto y, además, es su prerrequisito). Dado que los diferentes sistemas se desarrollan predominantemente en distintos momentos, existen

períodos críticos del desarrollo para las diversas funciones (constitución del sí mismo, regulación, pensamiento abstracto, entre otros). La mayoría de estos períodos del desarrollo se manifiestan en la infancia, por lo que tempranamente se genera la base de las redes neuronales del cerebro (Schüssler, 2004). Con relación a los trastornos psíquicos y psicosomáticos se puede decir que son desviaciones de las funciones propias de conductas aprendidas y heredadas y que estas desviaciones deben ser descritas sobre el trasfondo de normas culturales/sociales/estadísticas.

En toda el área de las ciencias psicosociales no es posible describir unidades fijas de enfermedad. Existe consenso en que los fenómenos psíquicos esenciales (angustia, depresión, inteligencia, etcétera) se dejan describir mejor mediante un enfoque dimensional y continuo (Beutler *et al.*, 2000). Este enfoque dimensional considera transiciones fluidas entre las distintas formas y la complejidad de los fenómenos en cuestión. En el contexto de este enfoque dimensional emerge un modelo de umbral que transita sin límites claros entre la normalidad (salud) y el trastorno psíquico, conservando los límites naturales entre los síndromes más importantes. Tal enfoque puede ser considerado actualmente como el modelo científico más fecundo y con mayor sentido. Naturalmente, en él pueden definirse desviaciones (inicio de la depresión a partir de un valor X, conflicto a partir de un nivel X, trastorno del control de impulso a partir de una situación X).

Con este enfoque dimensional también se describen configuraciones (clasificaciones) prototípicas para garantizar una mínima confiabilidad que sirva a los propósitos clínicos. Los modelos representados en el «Eje estructural» y en el «Eje del conflicto» son *prototipos*, ya que en la realidad encontramos sólo aproximaciones a estos «tipos ideales». Este procedimiento presenta, en general, mayor validez que los esfuerzos clasificatorios supuestamente ateóricos, como se observa en el DSM-IV y en el CIE-10.

Los fenómenos y trastornos psíquicos son complejos y, por ello, multifactoriales. La complejidad interactiva multifactorial requiere un pluralismo explicativo, con diversas perspectivas de información, para aproximarse a los fenómenos complejos. El enfoque multiaxial del OPD se basa en este pluralismo explicativo.

En las concepciones matemático-teóricas, los ejes son fundamentalmente independientes entre sí y se encuentran por ello ortogonales

(por ejemplo, los ejes «x» e «y»). Esto no se aplica para los diversos ejes clínicos, donde se abordan fenómenos psíquicos de diferente profundidad (vivencia y conducta consciente/inconsciente). El modelo multiaxial del OPD se asemeja más a la alegoría hindú en la cual varios ciegos palpan un elefante: todas las partes corresponden al elefante, todas ellas se encuentran en interacción, cada uno percibe realmente una parte diferente, pero no el todo. Los ejes I a IV del OPD no son independientes entre sí en cuanto a lo que perciben y a la manera en que lo hacen, más bien perciben, desde diferentes perspectivas, diversas partes de la persona o fenómenos más profundos (inconscientes), que se encuentran naturalmente en interacción entre sí.

1.5

La operacionalización de los constructos psicoanalíticos

Los intentos de operacionalización de los constructos psicoanalíticos han sido recibidos, en general, con bastante escepticismo. Para evaluar los intentos previos de operacionalización es central determinar su utilidad y su relevancia clínica y científica. Por ejemplo, ¿son aptos para verificar teorías y conceptos más amplios o restringidos?, ¿son aptos para refutarlos por inadecuados?

De este modo, es decisivo preguntarse si las áreas del objeto de estudio y los conceptos teóricos aún se hallan cercanos a los contenidos propios de los conceptos psicoanalíticos clásicos, o si en el proceso de la operacionalización se perdió la referencia de contenido entre el constructo psicoanalítico y el objeto concreto de investigación. Esta problemática se plantea, como lo discutió Eagle (1991), referida tanto a modelos teóricos generales (como, por ejemplo, el concepto de represión en el contexto de la teoría psicoanalítica de la personalidad), como también a supuestos sobre el concepto de tratamiento, o bien variables relativas a la efectividad, como la incidencia de procesos transferenciales en la psicoterapia.

También se plantean dificultades similares con los paradigmas de investigación operacionales, cuya tarea central debe ser, precisamente, la conexión entre el nivel de la teoría y el nivel de la observación. Con ese fin, es necesario que los constructos relevantes sean explicitados y preci-

sados, para luego ser traducidos en operaciones de investigación. Éste es el prerrequisito de la comprobación empírica del concepto teórico.

Sobre la base de la psicología empírico-experimental tradicional, con su orientación a la estadística como método de comprobación de la hipótesis, pero también como método para la generación de hipótesis, las operacionalizaciones de investigación están prioritariamente dirigidas según la lógica del diseño experimental. Por lo tanto, esto influye considerablemente en la traducción del concepto teórico originario en un concepto operacional. De este modo, se origina la discrepancia entre el constructo teórico y la observación operacionalizada.

Para la psicología positivista no se plantea esta problemática, ya que no reconoce en su concepción de ciencia ningún «objeto a priori» (Herrmann, 1979) y sus constructos hipotéticos son considerados simplemente como «esquemas ordenatorios» (Herrmann, 1972).

Esto es diferente en el psicoanálisis, ya que posee una compleja psicología de la personalidad y del desarrollo, así como una teoría de la enfermedad y del tratamiento. Las amplias teorías y conceptos se resisten considerablemente a su traducción en un diseño de investigación, ya que frecuentemente conceptos como «el inconsciente», «los procesos de represión», «los afectos o las transferencias», no pueden ser observados directamente, sino que deben ser deducidos de sus derivados. Esta situación inicial hace necesario un procedimiento de investigación que pueda manejar de manera flexible la multiplicidad de los posibles datos de observación, y asimismo los correspondientes métodos de observación, valoración e interpretación. Sin lugar a dudas, la capacidad predictiva de los diferentes datos no tiene igual relevancia. Sin embargo, el criterio no puede basarse solamente en la seguridad estadística. Por ejemplo, ¿cuál será la utilidad científica de un hecho establecido con seguridad estadística, pero banal, (como, por ejemplo, una variación apenas significativa en una escala de síntomas en una gran muestra al azar), al compararla con la generación de hipótesis respecto de un proceso complejo (como poner en evidencia un modo relacional entre paciente y terapeuta) con la ayuda de un análisis cualitativo de contenido, sobre la base de transcripciones?

Evaluar la validez de los hallazgos depende, pues, de supuestos previos (a menudo controvertidos). En un procedimiento multimodal que tiene en cuenta tanto datos «duros» bio-psico-sociales, como asimismo la

perspectiva individual y subjetiva en la totalidad de su biografía, se plantea el problema de cómo integrar los diferentes niveles. La formulación de temas psicosociales permite sólo de modo muy insatisfactorio ensamblar los resultados provenientes de operacionalizaciones cuantitativas (por ejemplo, resultados de cuestionarios estandarizados) con aquellos obtenidos en entrevistas «narrativas» abiertas. Los «saltos» interpretativos son a menudo inevitables o persiste un evidente abismo en cuanto al contenido entre ambos niveles. No obstante, un enfoque oscilante puede iluminar el objeto de estudio de manera más satisfactoria.

El intento de elaborar un cuadro general a partir de los datos somáticos, psíquicos y sociales resulta particularmente problemático. La verdad es que sería ingenuo creer que éstos establecen una unidad psicosomática sin fisuras. Tress y Junkert-Tress (2002) han recalcado que la aproximación causal y la hermenéutica abren diferentes horizontes, en el que cada uno provee un «conocimiento verdadero» que, sin embargo, no puede ser ensamblado en un conocimiento unitario y abarcador del ser humano en general. Ellos sugieren operar al mismo tiempo, en varios lenguajes científicos, que conllevan, o bien una aproximación «causal», o bien una «hermenéutica-comprensiva» del ser humano. Estos métodos, como sus resultados, se comportan de forma complementaria respecto del otro. Lo importante es delimitar el alcance y capacidad predictiva respecto de cada ámbito concreto, determinar los puntos de contacto entre ambos niveles y, de ser necesario, buscarlos sistemáticamente.

Si los trabajos empíricos resultasen aptos para probar las hipótesis psicoanalíticas, restaría preguntarse hasta dónde los psicoanalistas o psicoterapeutas orientados psicoanalíticamente están dispuestos a confrontarse con los hallazgos teóricos y clínicos incongruentes con sus concepciones previas e integrarlos adecuadamente en su propia construcción teórica y técnica. Los trabajos de investigación tienen una escasa recepción, ya que gran parte de los clínicos tienden a desconocerlos y a no registrar los hallazgos positivos, pues las publicaciones correspondientes no son leídas.

En este contexto, reputados representantes de la investigación clínica psicoanalítica y orientada psicoanalíticamente, afirmaron que los resultados de la investigación serían incapaces de influir en la práctica clínica (véase, por ejemplo, Luborsky, 1969). En la actualidad se ha modificado

esta perspectiva. Según Kächele (1995) la investigación psicodinámica en psicoterapia evidencia en el presente bastante cercanía con las «complejas exigencias de la práctica terapéutica», lo que se refleja en los trabajos del *Handbook of Psychodynamic Treatment Research* (Miller et al., 1993).

La búsqueda de una orientación neofenomenológica de los actualmente dominantes glosarios diagnósticos para la definición operacionalizada de contenidos psicoanalíticos conduce inevitablemente a una encrucijada. Con algún esfuerzo, los conceptos psicoanalíticos pueden definirse de manera que sean aprehensibles de modo puramente descriptivo. El superyó, por ejemplo, se transforma en conciencia (en el sentido de buena o mala conciencia), el conflicto del superyó en sentimiento de culpa. Con esto, se pierde parte del aspecto dinámico del concepto psicoanalítico, pero de todos modos los sentimientos de culpa representan efectivamente la gran mayoría de los conflictos superyoicos. Si consecuentemente se reemplaza en las definiciones el concepto psicoanalítico «reproches superyoicos» por «sentimientos de culpa», se gana considerablemente en comprensibilidad y se pierde algo en cuanto a su contenido psicodinámico. Probablemente, no pocos psicoanalistas transigen en esto en su práctica clínica.

Desde nuestro punto de vista, sin embargo, no sería posible restringir el concepto de inconsciente a «lo no verbalizado». Por supuesto que el concepto de inconsciente, en especial el del inconsciente dinámico, abarca muchísimo más que «aquello que no puede verbalizarse». Por lo tanto, para el autor de operacionalizaciones de conceptos psicoanalíticos es válido encontrar caminos medios que permiten una ganancia en claridad y univocidad, sin desprender demasiado de su contenido dinámico al concepto psicoanalítico. Por ello parece tener sentido partir de la base de que los usuarios de glosarios psicodinámicos operacionalizados reconocen básicamente términos tales como inconsciente dinámico, conflicto interno, defensa, estructura psíquica, yo y sí mismo, representaciones del sí mismo y del objeto, entre otros.

Idealmente, se debieran entender estos conceptos básicos, en lo posible, desde un consenso y no según su contenido de realidad o supuesta verdad. Esto significa que los prerequisites dinámicos pueden ser parte de la definición, sin que ello implique automáticamente una definición circular o una desviación de los lineamientos de la operacionalización. En

sentido estricto, en la operacionalización de un concepto la definición de éste no debería utilizar datos que no pudieran ser operacionalizados.

Pero en la operacionalización de los contenidos psicoanalíticos, ello no es posible sin cambiar la esencia de aquello que se quiere definir, al punto de volverlo irreconocible. En ese sentido, parece sensato hablar de operacionalización psicodinámica (más exactamente: operacionalización que incluye los constructos psicodinámicos). La meta de este procedimiento sería ganar tanta congruencia y mantener tanto contenido dinámico como sea posible. Quizás, sería más correcto hablar del concepto matemático «mínimo común múltiplo» en vez de «consenso». ¡El consenso es algo escaso entre los psicoanalistas! En este asunto se trata, pues, de una solución de compromiso. Debido a la descalificación fácil que sufre hoy en día la capacidad de generar soluciones de compromiso, recordamos aquí al psicoanalista Zacharias (1974), quien considera que dicha capacidad, en cuanto a su contenido, es el prerrequisito básico para el establecimiento de la paz. Las propuestas de operacionalización del OPD son soluciones de compromiso en el sentido presentado.

1.6

Planteamientos de la operacionalización de constructos psicodinámicos realizados hasta la fecha

La multiplicidad de significados y la imprecisión de los conceptos psicoanalíticos son una realidad denunciada desde hace mucho tiempo por diversos investigadores. No sorprende que desde los tiempos de Freud el psicoanálisis haya sido mucho más exitoso en la generación de nuevas hipótesis que en la validación de las ya existentes. La primera advertencia del entonces presidente de la Asociación Psicoanalítica Americana, Kaplan (1981), según la cual la tarea de nuestro tiempo era la validación de la teoría psicoanalítica y no la permanente creación de nuevas teorías, resonó en vano y casi no fue escuchada. Incluso teniendo en cuenta que la formación de conceptos psicoanalíticos se encuentra en el campo de tensión entre la hermenéutica (interpretación) y la ciencia empírica, se impone la impresión de que la multiplicidad de significados de los conceptos no sólo es tolerada por la mayoría de los psicoanalistas, sino

que más bien es mantenida activamente. Presumiblemente, una razón de ello es que el *status quo* no falseable de teoría y práctica hiere menos el narcisismo psicoanalítico, y cada uno puede expresar sus vivencias de satisfacción en discusiones clínicas, en las cuales no hay contradicción posible sobre la base de los conceptos y tampoco se hace necesaria una revisión de los criterios.

Esto no excluye que psicoanalistas con intereses en la investigación hayan debido padecer desde siempre el estado de imprecisión conceptual que caracteriza al psicoanálisis. De ahí que no sorprenda que casi todos los intentos dirigidos a plantear nuevas formulaciones u operacionalizaciones provengan de proyectos de investigación.

En el Hampstead-Index de Anna Freud (ver Sandler, 1962), por ejemplo, debían ser diferenciados diagnósticamente junto con la sintomatología, la biografía, así como el desarrollo pulsional, la característica de las funciones del yo y del superyó, los puntos defijación y las tendencias regresivas, además de las características del conflicto. De ese modo los autores intentaron separar entre una patología evolutiva (trastorno profundamente arraigado de la pulsión, del yo y del superyó y de las relaciones objetales) y la patología neurótica que corresponde a un nivel evolutivo más maduro.

El «Modelo de diagnóstico evolutivo descriptivo», de Blanck y Blanck (1974, 1979), se orienta según la «psicología del yo» y busca describir las funciones del yo de acuerdo con el nivel evolutivo correspondiente. Bellak y colaboradores (Bellak y Goldsmith, 1984; Bellak y Hurvich, 1969) han desarrollado sobre la base de esta operacionalización de funciones yocicas un instrumento de medición multiescala. Los pacientes son encuadrados dentro de una de las tres categorías evolutivas del yo (neurótica, limítrofe, psicótica). Estas primeras sistematizaciones del diagnóstico psicoanalítico pueden ser utilizadas tanto para la planificación de la psicoterapia como para la revisión de los efectos del tratamiento.

En relación con los inicios del Hampstead-Index, Sandler (1962, pág. 288) afirma lo siguiente: «Esto condujo a una serie de nuevas formulaciones, porque los conceptos previamente hallados en la literatura eran igualmente inadecuados, imprecisos y contradictorios». El difícil camino de las nuevas formulaciones fue transitado, desde entonces, por una serie de autores a quienes importaba que el psicoanálisis reconquistara

la participación en la comunidad científica internacional, hasta entonces descuidada. Describir este camino sobrepasa las posibilidades de estas páginas, aunque de todas maneras su descripción será abordada esquemáticamente.

En la misma época de los tempranos años sesenta surge el ejemplo del grupo de trabajo de Bibring, que estableció una conexión entre el embarazo y el vínculo temprano madre-bebé. Estos autores desarrollaron toda una escala de variables de observación y, cosa tal vez aún más interesante, una nueva versión del «Catálogo de mecanismos de defensa», que evidenciaba (ya entonces) algunas definiciones operacionalizadas (Bibring *et al.*, 1961). Un punto de partida similar emprendieron en esa época Prelinger y colaboradores (1964), mediante definiciones de una serie de variables psicoanalíticas de personalidad estimables sistemáticamente. Seguidamente, aparecieron también glosarios de conceptos psicoanalíticos, de los cuáles los más conocidos son el de Laplanche y Pontalis, así como el de Moore y Fine (Laplanche y Pontalis, 1991; Moore y Fine, 1968). Los primeros realizaron las definiciones de manera exegética, siguiendo la obra de Freud (esto es, en última instancia, de modo prescriptivo puro). Los segundos, por su lado, parten del *consensus omnium*. Su obra se basa en un grupo de trabajo que intentó recopilar minuciosamente lo que la mayoría de los psicoanalistas norteamericanos entendía bajo los conceptos definidos. El *Dictionary* de conceptos psicoanalíticos de Rycroft (1968) realiza en varias partes definiciones de tipo lógico-crítico y se aparta a menudo del consenso. A pesar de sus cualidades fue apenas conocido en Alemania.

Un planteamiento sistematizado en forma similar, realizado por Perry y colaboradores (1989a), apuntaba a la definición de conflictos ideográficos básicos. Perry tenía también importantes trabajos previos sobre la sistematización de mecanismos de defensa. Haan (1972) se dedicó a la relación entre defensa y *coping*,¹ quedándose, sin embargo, en contraste con otros autores, en un nivel más bien teórico. Por otro lado, Valliant y colaboradores (1986) revisaron empíricamente un modelo jerárquico de

1. Para traducir la palabra *coping*, hemos utilizado indistintamente la palabra en inglés empleada en el original alemán y sus traducciones, «enfrentamiento» y «manejo», de un modo que no deja lugar a dudas en el texto. (N. de los T.).

niveles de adaptación de mecanismos de defensa. Otros planteamientos empíricos para la clasificación de mecanismos de defensa fueron presentados por Ehlers y colegas (Ehlers *et al.*, 1995; Ehlers y Peter, 1990). Es así como este campo evidencia hasta la fecha una amplia operacionalización (sinopsis en Hoffmann, 1987). El grupo OPD incorporó en el sistema OPD la clasificación de mecanismos de defensa de Perry. Ésta se encuentra en el anexo 13 (Módulos complementarios).

En el marco de la investigación en psicoterapia han surgido, entre tanto, una serie de planteamientos operacionales que intentan comprender los comportamientos interpersonales desde puntos de vista psicodinámicos (resumen en Schauenburg y Cierpka, 1994). El modelo del «Tema central del conflicto en la relación», de Lester Luborsky (Core Conflictual Relationship Theme, CCRT); Luborsky y Crits-Christoph, 1990), establece un planteamiento operacionalizado del diagnóstico relacional que fue de gran interés científico, pero que en el contexto del diagnóstico clínico casi no encontró aplicación. Basado en una entrevista semiestructurada, se le pide al paciente (sujeto) que relate un episodio relacional característico para él, el cual es clasificado sobre la base de un sistema de categorías. Los temas relacionales conflictivos trabajados en la entrevista pueden servir como fundamento para una planificación específica de la terapia. En el eje II, «Eje relacional», se sugiere que el entrevistador pregunte en lo posible por dos de estos episodios relacionales en el marco de una entrevista OPD normal. En consecuencia se realizaron una serie de modificaciones y ampliaciones al CCRT (por ejemplo, Albaniet *al.*, 2002b). En este contexto surge, no obstante, la pregunta sobre el momento en que las categorías diagnósticas, cada vez más elaboradas, perderán su atractivo para el diagnóstico clínico práctico

En el «Eje relacional» se recurre también al análisis estructural de la conducta social, que a su vez se focaliza en el diagnóstico relacional. El planteamiento fue primeramente desarrollado sobre la base de teorías psicológicas interpersonales. El diagnóstico relacional, que se sitúa en una aproximación metodológica altamente diferenciada, que abarca tanto la observación o descripción del otro como la de sí mismo, puede ser integrado de manera adecuada y coherente a los planteamientos diagnósticos psicodinámicos. También es apropiado para la elaboración de metas y el planteamiento de la terapia; sin embargo, hay que decir que el campo

de aplicación se encuentra más bien en el área de la ciencia más que en la clínica, debido a que la aplicación del sistema es bastante trabajosa. En la sección teórica del «Eje relacional» se encuentran más operacionalizaciones del diagnóstico psicodinámico relacional (ver capítulo 3.2).

Kernberg y colegas (Clarkin *et al.*, 1999; Kernberg *et al.*, 1989) han desarrollado, especialmente para pacientes limítrofes, la «Psicoterapia focalizada en la transferencia» (Transference Focused Psychotherapy, TFP) que, para la formulación de metas terapéuticas, se basa en caracterizaciones diagnósticas sistematizadas y circunscritas. De esta formulación del problema deduce lo esencial para la (futura) terapia.

Con la entrevista estructural para evaluar la organización de la personalidad se puede determinar la meta terapéutica (STIPO, Clarkin *et al.*, 2004b). El instrumento representa una operacionalización de la entrevista estructural de Otto Kernberg, en la cual se preguntan y exploran estructuradamente 100 ítems, que son estimados por el entrevistador por medio de ejemplos ancla. Los ítems se resumen en siete dimensiones en total (identidad, relaciones objetales, defensa primitiva, *coping*, rigidez, agresión, funcionamiento ético, así como control de la realidad y distorsión perceptual), cuya estimación dimensional, tanto aritmética como clínica, se lleva a cabo a partir de más ejemplos ancla. Para finalizar, se determina la organización de la personalidad en forma categorial en seis niveles (normal, neurótico 1 y 2, *borderline* 1, 2 y 3) y una representación dimensional de la organización de la personalidad en forma de un perfil de estructura, que abarca las siete dimensiones con sus subdimensiones.

El «Perfil psicodinámico de Karolinska», (Karolinska Psychodynamic Profile, KAPP; Weinryb y Rössel, 1991) proporciona un instrumento diagnóstico relativamente amplio con una base psicoanalítica. Este sistema de evaluación externo se basa, al igual que el OPD, en una entrevista clínica que se apoya estrechamente en la entrevista estructural de Kernberg. El KAPP abarca 18 subescalas que examinan, entre otras, las siguientes características: calidad de las relaciones interpersonales, el nivel de funcionamiento psíquico, diferenciación de los afectos, vivencia del cuerpo, sexualidad, organización de la personalidad.

El KAPP muestra una alta concordancia interexaminador, en la medida que los examinadores estén suficientemente entrenados, y su validez

es también satisfactoria. Las primeras investigaciones apuntan a relaciones positivas entre las diferentes áreas de las características del KAPP y las características del eje estructural del OPD (Grütering y Schauenburg, 2000).

1.7

Límites del OPD

El diagnóstico OPD pone su acento en representar los modelos de las conductas relacionales, así como los modos de comportamiento y de vivencia determinados por el conflicto y por la estructura. Con ello se gana mucho en cuanto a claridad sobre la situación psíquica del paciente en su actual situación vital. Pero también se renuncia a unas cuantas cosas que habitualmente, dentro de la discusión psicoanalítica, se consideran como esenciales: por ejemplo, no se registran aspectos del encuentro interpersonal y de la percepción intuitiva del otro; en lugar de una visión integral del paciente, se presenta en primer lugar la evaluación de datos específicos en los diferentes ejes, que recién después deben ser integradas sinópticamente.

El contexto biográfico, la vida narrada y la construcción con sentido del pasado tampoco se encuentran en un primer plano del interés diagnóstico. Puede ser, entonces, que los evaluadores de una escuela psicoanalítica echen de menos algo que les era previamente natural y obvio en el trato con los pacientes. Al contrario, los evaluadores entrenados en OPD extrañan, en las situaciones de evaluación psicoanalítica, la elaboración conjunta del tema clínico relevante que se hace junto con el paciente afín de convertir dicho tema en el objeto de las metas terapéuticas.

El OPD tiene límites, como todo diagnóstico, debido a que los hallazgos psicodinámicos (como, por ejemplo, la estimación de la relevancia de determinados conflictos o de las limitaciones estructurales) son finalmente una hipótesis desarrollada sobre la base de la experiencia hecha dentro de la conversación terapéutica en la situación interpersonal del «aquí y ahora». De esa manera, puede ser que otros conflictos adquieran mayor peso o que otras características estructurales aparezcan en un primer plano en el proceso de la psicoterapia.

Las operacionalizaciones presentadas por el OPD aportan una alta estandarización de observaciones. Sin embargo, el planteamiento sobre los hallazgos psicodinámicos siempre queda unido a la interpretación basada en la teoría del mundo interno de otro ser humano. Este límite persiste para el OPD, así como para cualquier otro psicodiagnóstico. De esa manera, las descripciones más observables del OPD pueden contribuir a que las reflexiones psicodinámicas fallen considerablemente menos que en un tipo de formulación hipotética no operacionalizada. Así, en ocasiones se puede observar cómo algunos terapeutas relacionan los términos del OPD (como, por ejemplo, individuación, edípico o identidad) con determinadas ideas y representaciones «propias». Por ello, siempre hay que volver a indicar a los participantes en los cursos de formación lo importante que es referirse a la operacionalización del manual y de las *checklists* que éste presenta, así como orientarse por medio de esas definiciones, a pesar de que en algunos aspectos se desvíe de la opinión que hasta entonces se ha sostenido. Según la experiencia, es más fácil para los terapeutas principiantes dejarse guiar de esta manera, mientras que los de mayor experiencia tienden a aferrarse más a su manera personal de utilizar el lenguaje y a sus marcos teóricos.

2 Hallazgos empíricos con el OPD-1

El OPD permite realizar diagnósticos tanto del estado del paciente como de su proceso. Sus categorías diagnósticas y operacionalizaciones dan cuenta de un enriquecimiento de los horizontes diagnósticos, debido a que con su ayuda es posible medir los constructos psicodinámicos que son significativos para la terapia y el cambio.

Un exhaustivo diagnóstico OPD es un aporte a la práctica clínica para la toma de decisiones y las acciones que se deben seguir en el marco de la planificación de la psicoterapia. Los hallazgos del eje I constituyen, por ejemplo, elementos relevantes de la vivencia de la enfermedad, de los conceptos de enfermedad y de la motivación de cambio. Sobre esta base, el clínico puede decidir si el paciente puede beneficiarse en ese momento de alguna medida psicoterapéutica precisa o si es preferible indicar algunas intervenciones más básicas que primero lo estabilicen y lo puedan aproximar paso a paso a una psicoterapia.

Los hallazgos del OPD en los otros ejes son apropiados para definir los problemas centrales del paciente, y son un aporte para la formulación de metas, así como para la planificación de intervenciones terapéuticas. Las áreas problemáticas centrales pueden corresponder a patrones relacionales disfuncionales (eje II), a conflictos determinantes para la vida (eje III), así como también a características estructurales específicas (eje IV) que aluden a una especial vulnerabilidad o limitación del paciente. Mediante estas áreas problemáticas descritas en las categorías del OPD, se pueden definir los focos del tratamiento psicoterapéutico. No obstante, el nivel estructural conforma por sí mismo una importante fuente de información, esclareciendo si está indicado un procedimiento orientado a la estructura o si es preferible realizar intervenciones interpretativas, introspectivas, focalizadas en el manejo disfuncional de conflictos inconscientes (Rudolf, 2004b).

Derivado de un estudio sobre terapias psicoanalíticas prolongadas (Grande *et al.*, 2004b; Leising *et al.*, 2003; Rudolf *et al.*, 2001a; Rudolf *et*

al., 2002a), se desarrolló un modelo para determinar el foco y el objetivo terapéutico basado en el OPD, y que ha demostrado ser aplicable clínicamente y útil para evaluaciones científicas de terapias psicodinámicas. Dentro de este modelo, la escala de reestructuración de Heidelberg constituye un aporte como instrumento que mide el cambio, y con ella se estudian los avances en el manejo de áreas problemáticas que se buscan resolver terapéuticamente (Grande, 2005; Grande *et al.*, 2001; Grande *et al.*, 2003; Rudolf *et al.*, 2000). Además, dentro del área hospitalaria, la formulación de un foco dinámico relacional demostró ser una ayuda para el desarrollo de una actitud del equipo centrada en el paciente (Stasch, 2003).

2.1

Referente a los criterios de calidad estadística del OPD-1

Con la publicación del manual OPD (Arbeitskreis OPD, 1996), se dio inicio a una etapa de intensivo trabajo de investigación. Los primeros estudios de confiabilidad, con resultados muy satisfactorios, ya habían sido incluidos en la primera edición del manual del OPD (Freyberger *et al.*, 1996a). Posteriormente, se midió la confiabilidad interevaluadores en el sector hospitalario por medio de primeras entrevistas clínicas documentadas a través de vídeos.

La experiencia de enseñar y aplicar el método ha demostrado el importante papel que desempeña la calidad del material de evaluación y la formación clínica, la experiencia laboral y la capacitación del examinador.

En una investigación del grupo de trabajo OPD-1 (véase Cierpka *et al.*, 2001) se probó la confiabilidad para los ejes I a IV en un total de 269 pacientes de seis clínicas psicosomáticas. Debido a que las condiciones para la tabulación en las diferentes clínicas diferían con relación a parámetros importantes, se pudo investigar, al mismo tiempo, qué condiciones mejoraban o empeoraban la confiabilidad de las estimaciones. Se utilizó el índice kappa ponderado como medida (Cohen, 1968), el que, a diferencia del coeficiente de correlación intraclase (CCI), no establece prerequisites paramétricos y, por lo tanto, se atiene mejor a los datos. Al determinar los

valores, se aceptó establecer para los ejes I, III y IV las mismas distancias entre los cuatro niveles de las correspondientes escalas. De esta manera se obtiene un valor kappa que puede ser interpretado en forma similar a un coeficiente de correlación de Pearson (Fleiss y Cohen, 1973). En el eje II, «Relación», también se calculó el índice kappa ponderado. El procedimiento correspondió, en este caso, al procedimiento habitual en el «Análisis estructural del comportamiento social» («Structural Analysis of Social Behavior», SASB; Benjamin, 1974), en el que las desviaciones estándar del índice kappa se adaptan a la lógica del modelo circunflejo según un procedimiento descrito por Grawe, Gerber y Benjamin (1989).

Se alcanzaron buenos valores de confiabilidad en entrevistas realizadas con fines diagnósticos y grabadas en vídeo. La confiabilidad fue medida a través de evaluaciones independientes sobre la base de estos vídeos. Para el eje II, «Relación», se llevaron a cabo estas condiciones en dos de las seis clínicas; el cálculo del índice kappa ponderado dio como resultado valores de 0,62 y 0,56, respectivamente. La confiabilidad del eje III, «Conflicto», sólo se evaluó en una clínica en las condiciones ya mencionadas. En los nueve conflictos del eje se alcanzó un valor medio de 0,61 y en la evaluación de cada conflicto se dio un rango de 0,48 a 0,71. La medición de la confiabilidad para la «estructura» tiene el mejor resultado. En este caso, se llegó a valores medios de 0,71 (rango 0,62 – 0,78) y 0,70 (rango 0,60 – 0,81) en dos clínicas, considerando las seis dimensiones de la estructura. Para el eje I todavía no existen estudios basados en entrevistas diagnósticas grabadas en vídeo.

Según la clasificación de Cicchetti (1994), los valores kappa entre 0,40 y 0,59 pueden ser definidos como «aceptables» (*fair*) y los valores entre 0,60 y 0,74 como «buenos» (*good*). Coincidencias más elevadas son evaluadas como «excelentes» (*excellent*). Esta clasificación se asemeja bastante a la de Landis y Koch (1977), sin embargo, el límite «excelente» con 0,80 es más estricto. Siguiendo esta clasificación se pueden considerar las confiabilidades para el eje II, «Relación», y para el eje III, «Conflicto», como «aceptables» o «buenas», mientras que las del eje IV, «Estructura», pueden considerarse como «buenas» o «excelentes».

En dos de las seis clínicas, las entrevistas se realizaron en condiciones asistenciales habituales. Esto significa que las entrevistas se hicieron con los recursos limitados, propios, de estos contextos. La evaluación era

llevada a cabo por el entrevistador mismo y un segundo examinador que acompañaba la conversación. En estas dos clínicas se encontraron valores medios entre 0,30 y 0,50 en los cuatro ejes (eje I: $\kappa=0,47/0,43$; eje II: $0,50/0,45$; eje III: $0,40/0,43$ y eje IV: $0,30/0,48$, respectivamente). Estos ejes corresponden aproximadamente a los resultados de un estudio anterior (Freyberger *et al.*, 1996a), que también fue realizado en las condiciones de la rutina clínica.

En otra clínica también se realizaron las tabulaciones sobre la base de entrevistas diagnósticas grabadas en vídeo. Los examinadores eran, sin embargo, estudiantes inexpertos en clínica. En ese estudio se encontraron valores de κ medios para el eje «Relación» de 0,42, para el eje «Conflicto» de 0,33 y para el eje «Estructura» de 0,55. Ya que los estudiantes habían hecho el entrenamiento estándar, se puede asumir, por este estudio, que la falta de experiencia clínica representa una gran desventaja para la codificación OPD. Para poder calificar una aplicación del OPD como suficientemente confiable, se requiere por lo menos de dos a tres años de experiencia clínica junto con un exhaustivo entrenamiento en el método.

En general, si la evaluación se basa en una entrevista desarrollada especialmente para los fines del OPD, la confiabilidad para los ejes II, «Relación», y III, «Conflicto», es aceptable, y para el eje IV, «Estructura», es buena. Por otro lado, no hay que olvidar que otros instrumentos diagnósticos, como los del CIE-10, son sólo moderadamente confiables en su aplicación clínica. A continuación se van a presentar y discutir las investigaciones de validez para cada uno de los ejes. Todos los estudios fueron realizados con la primera edición del OPD.

2.2

Eje I: Vivencia de enfermedad y prerequisites para el tratamiento

En el establecimiento de la validez de criterio de este eje son pocos los instrumentos que se plantean los mismos objetos de estudio, por lo tanto se encuentran sólo coincidencias parciales. El «Cuestionario de motivación a la psicoterapia» (FMP, Schneider *et al.*, 1989) evidencia, por lo menos

en parte, un gran parecido en el contenido con los indicadores del eje I. Se observaron buenos indicadores de validez clínica del eje I en la evaluación de diferentes cuadros clínicos, en distintos encuadres y en diferentes grupos etarios (Schneider *et al.*, 1998). El eje I discrimina estos grupos por medio de las expectativas que los pacientes expresaron previamente. Los pacientes de mayor edad o los pacientes del servicio de enlace evidencian tener una menor capacidad de *insight* de las relaciones psicodinámicas y psicosomáticas, una menor motivación a la psicoterapia y una más alta motivación para recibir tratamiento somático. Franz y colegas (2000) demostraron que la discapacidad física, psíquica y social de los pacientes, así como lo entiende el OPD, se encontraba en forma equivalente tanto en la evaluación de jueces de los «puntajes de limitaciones» como en la autodescripción de los pacientes a través del «Symptom Checklist» (SCL-90-R). Para la revisión de la validez predictiva se utilizaron pacientes hospitalizados en una comparación test-retest, a los que paralelamente se les aplicó el SCL-90-R y el «Inventario de problemas interpersonales» («Inventory of Interpersonal Problems», IIP; Horowitz *et al.*, 1993). Con el fin de recoger información sobre posibles interacciones entre las características del eje I y otros parámetros clínicos, se examinaron las características del eje I, dividiendo a los pacientes en dos grupos, con alto y bajo grado de manifestación de los ítems. Se encontró una gran cantidad de efectos principales en el análisis de varianza univariante, pero también una serie de efectos de interacción tanto en la escala general del SCL-90 (con OPD, ítem 7, capacidad de comprender relaciones psicodinámicas y psicosomáticas e ítem 15, presentación de sintomatología psíquica) y sus subescalas, así como también, en las escalas generales del IIP (ítems 9, 10, 13, 14, 15) y sus respectivas subescalas. La característica «presentación de síntomas psíquicos» tiene la mayor capacidad predictiva de éxito terapéutico. Con relación a la validación de constructo se pudo realizar un análisis factorial para evidenciar relaciones entre los ítems. Franz y colaboradores (2000) encontraron un modelo trifactorial (proporción de varianza explicada de 54%). Los factores describen la «comprensión», los «recursos» y los «ítems relativos al cuerpo». Otro análisis factorial (von Wietersheim, 2000) dio como resultado cinco factores, que en total explican 68% de la varianza. El factor I (experiencia somática y elaboración de enfermedad) explica 30,6% de la varianza y

abarca la gravedad del estado somático, el nivel de discapacidad física, así como la presentación de sintomatología somática y una motivación orientada a un tratamiento somático. El factor II (experiencia psíquica y elaboración de enfermedad, varianza explicada de 13,3%) incluye el menoscabo por síntomas psíquicos, la vivencia de sí mismo, así como la motivación a la psicoterapia. El factor III (capacidad de *insight*, varianza explicada de 11,2%) incluye la capacidad del paciente para establecer relaciones psicodinámicas, psicosomáticas y somatopsíquicas. El factor IV (recursos y apoyos, varianza explicada de 6,8%) incluye los indicadores de integración psicosocial y apoyo social. En el último factor (*compliance*) se incluyeron los indicadores de adherencia al tratamiento y el de ganancia secundaria de la enfermedad (correlacionados negativamente). El resultado de los factores se evidenció como extremadamente factible y confirma las hipótesis básicas del eje, establecidas en su creación.

En resumen, estos resultados evidencian la alta relevancia clínica del eje I, el cual da cuenta de la capacidad y disposición del paciente para aceptar un tratamiento psicoterapéutico-psicosomático. Sobre esta base se pueden derivar intervenciones específicas que promuevan la motivación, o bien la elaboración de la enfermedad, las cuales pueden servir para realizar una preparación del paciente para la psicoterapia.

2.3

Eje II: Relación

Lo que se entiende bajo el eje OPD de «Relación» se refiere al funcionamiento maladaptativo en el ámbito interpersonal. El «Inventario de problemas interpersonales» (IIP; Horowitz *et al.*, 1993) y el «Análisis estructural del comportamiento social» (SASB; Benjamin, 1974) son reconocidos como procedimientos válidos para el área que abarca este criterio, por lo que se los utilizó para determinar la validez concurrente (en el sentido de una validez referida a los criterios internos). Debido a que el IIP se trata de un cuestionario de preguntas de autorreporte, Stasch y colegas (2004) utilizaron únicamente la perspectiva vivencial del paciente, (perspectiva A: «El paciente se vivencia a sí mismo...») en un estudio para el control de validez del eje «Relación». Se compararon en

cada caso los correspondientes *clusters* conductuales del OPD-circunflejo con la formulaciones de las escalas del IIP (por ejemplo, «demasiado dominante» o «demasiado cuidador»). Los resultados correlativos se basan en 274 pacientes. La tabulación se realizó luego de una entrevista diagnóstica exhaustiva, es decir, una «entrevista de episodios relacionales». Los resultados de los coeficientes de validez se encuentran en un nivel aceptable con una correlación media de 0,21 para la comparación entre un procedimiento de tabulación de autoevaluación y uno de tabulación realizado por otro. En la interpretación de los resultados sí debe considerarse que los instrumentos comparados son en parte diferentes en cuanto a su construcción y a las áreas de aplicación a las que se orientan. En otro trabajo (Leising *et al.*, 2000) se estudió, evaluando relatos de episodios relacionales, cuánto coincidía el diagnóstico relacional del OPD con el «Análisis estructural del comportamiento social» (SASB). Se observa que el diagnóstico relacional del OPD presenta una concordancia superior al azar con la evaluación del SASB en cada episodio, por lo que se puede concluir, que la estimación de la perspectiva del «vivenciar del paciente» (perspectiva A) en el eje II del OPD se orienta a las conductas más nombradas por el propio paciente. Desde una perspectiva teórica surgieron varias propuestas para mejorar el eje II del OPD (Cierpka y Stasch, 2000).

Con el fin de tener una comprensión interpersonal de la psicopatología, es relevante entender la cualidad de la realización de fantasías de relación y disposiciones para actuar, en las relaciones interpersonales actuales del paciente (validez predictiva). Se definen como «menor flexibilidad» cuando los deseos que se traen a la relación tienen mayor preponderancia que las reacciones reales del interlocutor con quien se interactúa. Cierpka *et al.* (1998) comprobaron que la rigidez de los deseos interpersonales se correlaciona positivamente con la gravedad de la psicopatología. Crits-Christoph y Luborsky (2001) pudieron demostrar que la dominancia de las «reacciones de los otros» y las «reacciones del *self*» (medido a partir de la manifestación de las categorías del CCRT) disminuye por medio de la psicoterapia y que el cambio (en dirección a una mayor flexibilidad interpersonal) correlaciona positivamente con el resultado sintomático. Partiendo de la base de la varianza circular del modelo circunflejo del OPD, se examinó a 100 pacientes en cuanto a la

flexibilidad interpersonal en el transcurso de una psicoterapia durante la hospitalización. Se separaron subgrupos diagnósticos, los cuales fueron analizados en forma de test-retest para calcular la correlación entre los resultados de las medidas de flexibilidad interpersonal y la evolución positiva de los síntomas. Según lo esperado se demostró que en los pacientes con trastornos afectivos ($n=28$) y en los pacientes con trastornos adaptativos ($n=13$), el aumento de la flexibilidad interpersonal se correlacionó favorablemente con la evolución positiva de síntomas. En el subgrupo de pacientes depresivos la correlación de Pearson entre la mejoría en los síntomas (medido por el «Global-Severity-Index» [GSI] del SCL-90-R) y los cambios en la flexibilidad interpersonal fue de 0,39 con un p unilateral de 0,02. En el grupo con trastornos adaptativos el r fue de 0,57 con un p (unilateral) igual a 0,02. En los pacientes con trastornos ansiosos ($n=12$) se observó, sin embargo, un movimiento contrario. Aquí se correlacionó en forma negativa la evolución positiva de los síntomas con el aumento de flexibilidad ($r=0,42$, p [unilateral]=0,08). Es decir, pacientes ansiosos presentan un aumento de la rigidez en la percepción de sí mismos en las relaciones interpersonales, un resultado que puede ser explicado por el aumento progresivo de la autoafirmación y de la diferenciación de los deseos del otro. En general, estos resultados demuestran que el diagnóstico relacional del OPD y las medidas que de ahí se desprenden están en condiciones de discriminar entre diferentes grupos diagnósticos.

El diagnóstico relacional del OPD se basa en el modelo circunflejo de conducta interpersonal (véase Kiesler, 1983; Leary, 1957), el cual tiene una larga tradición en psicología de la personalidad, social y clínica y, por lo tanto, ha sido bien validado. Así como lo demostraron diferentes autores (Foa, 1961; Guttman, 1954), el modelo circunflejo posee una respetable fortaleza como modelo predictivo y establece una red nomológica, la cual puede ser utilizada para la validación de contenido. Si se quiere probar el ajuste de un constructo, cuyos ámbitos se debieran ordenar hipotéticamente en forma circular, hay que verificar si el modelo de las correlaciones predictivas del constructo puede corresponderse con el circunflejo. La curva de correlación del constructo circunflejo corresponde a una función de coseno y puede ser claramente identificada tanto numéricamente como gráficamente (para el procedimiento véase Gurtman, 1992; Kiesler, 1996). La validez de constructo se utilizó para

la versión alemana del «Inventario de problemas interpersonales» (IIP), cuya estructura circunfleja está comprobada. Los resultados se refieren a la muestra del estudio de validez concurrente. Se pudo comprobar que la mayoría de los *clusters* del eje «Relación» se pueden graficar de acuerdo al constructo, es decir, de manera circular, y que poseen un contenido interpersonal específico. En una evaluación comparativa de criterio entre el eje «Relación» del OPD y el IIP aparecieron diferencias relativas a los *clusters* conductuales y vivenciales, las cuáles podían expresar, junto con las diferencias determinadas por la construcción del instrumento (autoevaluación y evaluación por otros), diferentes perfiles clínicos. Una modificación reciente de contenido de los *clusters* del OPD no busca hacerse equivalente a las escalas del IIP que, si bien podrían ser consistentes empíricamente, pueden ser poco relevantes, ya que se pretende que el OPD sea clínicamente útil, al dar cuenta de las experiencias relacionales dolorosas.

2.4

Eje III: Conflicto

Existe un problema fundamental para poder realizar la validación concurrente de los conflictos inconscientes descritos en el OPD: no existen otros instrumentos que evalúen conflictos inconscientes con procedimientos de validación reconocidos (Schüssler, 2004). Los estilos relacionales presentes en la adultez se pueden comparar con cada uno de los conflictos, especialmente con el conflicto I «autonomía versus dependencia» y con el conflicto III «cuidado versus autarquía», que tienen una delimitación controvertida (véase más adelante). Ambos conflictos aluden al tema central del apego, tomando, sin embargo, diferentes formas de expresión. Según la escala de patrones de apego de Pilkonis (1988), se pueden distinguir las tres categorías principales de apego: apego seguro, apego ambivalente (excesiva dependencia, excesivo cuidado impulsivo-inestable) y apego evitativo (evitativo-temeroso, racional-controlador y excesiva búsqueda de autonomía). Se estudió a 55 mujeres con trastorno de personalidad mediante el OPD y la escala de patrones de apego (Müller, 1999). La concordancia puede definirse como buena, tanto para el

conflicto «autonomía versus dependencia» ($\kappa=0,64$), como para el conflicto «cuidado versus autarquía» ($\kappa=0,56$). Debido a que en esta prueba al azar se trataba de pacientes graves, no se encontraron mujeres con apego seguro, más bien un 22% demostró un apego ambivalente, un 31% un apego evitativo y un 47% un apego mixto. Mientras más ambivalente era el apego, más aparecía el conflicto «autonomía versus dependencia» y menos el conflicto «cuidado versus autarquía». Al estimar en forma general la seguridad del apego quedó claro que mientras más seguro se estimaba el apego, con más probabilidad aparecía el conflicto «cuidado versus autarquía»; y mientras más inseguro se estimaba el apego, aparecía preferentemente el conflicto «autonomía versus dependencia». Estos resultados ofrecen un punto de partida para la validación de la diferenciación del conflicto autonomía/dependencia versus cuidado/autarquía. En un estudio realizado en Ulm (Zlatanovic, 2000) se encontró una buena concordancia de los conflictos de OPD con el «Tema central del conflicto en la relación» («Core Conflictual Relationship Theme», CCRT) en 44 pacientes hospitalizados en una unidad psicosomática. Los estudios realizados en Heidelberg y en Münster (Rudolf, 1996; Schneider, 1998) demostraron que en el contexto clínico se presentan con mayor frecuencia los conflictos del I al IV. El conflicto «cuidado versus autarquía» evidenciaba un menor deterioro corporal y una menor duración de la estadía en el hospital, lo que confirma nuevamente la relación de la problemática característica de este conflicto con otros criterios. Por otro lado, se observó que una mayor presencia del indicador «percepción limitada de emociones y conflictos» se relacionaba con un mayor deterioro físico, lo cual también apoya la descripción del conflicto. En el estudio previamente mencionado de Leising y colegas (2000), se realizó un intento de validación de los afectos guía de los conflictos descritos en el eje III. Tomando una lista de emociones, derivadas clínicamente, se creó un perfil de frecuencia para cada paciente según la descripción de la propia vivencia afectiva. Un evaluador independiente comparaba este perfil de frecuencia con los datos del eje III relativo a los dos tipos preponderantes de conflicto y al modo pasivo o activo de expresión de éste. Con 13 intentos se logró la asignación correcta en 9 ocasiones ($p=0,087$; prueba binomial), de manera que el nivel de significación tiene un error de 5%. Los autores concluyen que la relación de los conflictos intrapsíquicos

y el predominio de determinados afectos guía no es tan unívoca como se presenta en el manual de OPD.

En el marco terapéutico, la validez predictiva tiene un significado especial. En 30 pacientes hospitalizados tratados con psicoterapia no se evidenciaron mayores relaciones entre los conflictos principales y el éxito del tratamiento. Una excepción fue la categoría «escasa percepción de emociones y conflictos», que no se presentó en ningún paciente del grupo de tratamiento exitoso (Strauß *et al.*, 1997). En la investigación de Rudolf *et al.* (1996) se observó un bajo éxito terapéutico en los pacientes cuyo conflicto preponderante era «autonomía versus dependencia». Contrariamente, los conflictos «edípico sexual» y «control versus sumisión» mostraron una mejor respuesta terapéutica. Debido a que la validez de constructo también incluye la validez de contenido y de criterio, se puede observar hasta aquí los primeros indicadores de que cada conflicto representa y diferencia absolutamente los constructos que se encuentran en la base. Resumiendo, existen importantes dificultades en la evaluación de la validez, ya que cada conflicto se define según criterios escasos y además no existen instrumentos de evaluación que permitan dar cuenta de conflictos inconscientes. Sin embargo, algunos de los conflictos estudiados demostraron tener un buen nivel de concordancia y diferenciación utilizando procedimientos de evaluación ya conocidos. Es posible aceptar, entonces, que existe una importante conexión entre los conflictos definidos operacionalmente y el constructo «conflicto dinámico».

2.5

Eje IV: Estructura

Debido a que las características estructurales están definidas de manera cercana a la conducta observable y no tienen que interpretarse demasiado en forma teórica, el eje «Estructura» demuestra ser especialmente adecuado para la clínica y tiene la mejor confiabilidad entre jueces al compararlo con los otros ejes (Freyberger *et al.*, 1998; Rudolf, 1996; Rudolf *et al.*, 1997; Rudolf *et al.*, 2000). La utilización de los 21 descriptores estructurales, tal como se utilizan en «la lista de focos de Heidelberg» (Grande *et al.*, 1997) demostró ser más útil que la evaluación de las seis dimensiones estructu

rales. La lista de chequeo (*checklist*, descriptores) de estructura permitió además clasificar la estructura en diferentes niveles de integración (Rudolf *et al.*, 1998). Por medio de un ordenamiento de «descripciones tipo» para cada nivel de estructura se facilita la asignación precisa de cada caso. Los estudios de psicoterapia del grupo de trabajo de Heidelberg permitieron evaluar el nivel estructural de pacientes tratados en forma ambulatoria y hospitalizados y las relaciones entre el nivel estructural, los conflictos OPD, los patrones relacionales y los diagnósticos (especialmente trastornos de personalidad) (Grande *et al.*, 1998b; Grande *et al.*, 2001; Grande *et al.*, 2002; Rudolf y Grande, 2002; Rudolf *et al.*, 2004a; Rudolf *et al.*, 2002b; Spitzer *et al.*, 2002). Se evidenció que el nivel estructural bajo se asociaba mucho más a menudo a diagnósticos de trastornos de personalidad graves (por ejemplo, trastornos de personalidad límite) y que la evaluación de la capacidad de vincularse (por ejemplo, eje II del OPD o IIP) en estos pacientes, evidenció una cualidad negativa con características despectivas, hostiles, de aislamiento o agresividad; con la correspondiente reacción contratransferencial negativa del examinador (Oberbracht, 2005).

Una serie de estudios se enfocaron en la concordancia entre estimaciones estructurales y otros datos recogidos al mismo tiempo (validez concurrente). Los estudios se subdividen en aquellos que eligieron un criterio de validez externo (criterios calificados como objetivos) y los que eligieron uno interno (utilizando pruebas reconocidas como válidas). Al primer grupo pertenece un trabajo de Nitzgen y Brünner (2000). Los autores investigaron a 171 pacientes de sexo masculino con un cuadro adictivo de larga data, al principio de su hospitalización. Se demostró que estos pacientes obtuvieron los peores valores en el área de la autorregulación (valor medio=2,2; 2 corresponde a «moderadamente integrado», 3 a «poco integrado»). Teóricamente se esperaba este resultado, debido a que esta área de la estructura abarca los aspectos tolerancia afectiva y control de impulso. Estos resultados fueron confirmados en un estudio de Reymann y colegas (2000) en un centro abierto de desintoxicación en 22 hombres alcohólicos. Estos presentaron con mayor frecuencia una fragilidad estructural en la «autorregulación» (valor medio=2,32), así como también en la «percepción de objeto» (valor medio= 2,44).

Otro indicador de validez corresponde al estudio, antes mencionado, que muestra concordancia con el diagnóstico CIE. Los pacientes de la

esfera de la neurosis (valor medio=1,97) que recibieron diagnósticos CIE se evidenciaron como más estructurados que los pacientes con trastornos de personalidad (valor medio=2,37, $p<0,01$). En una investigación de Rudolf *et al.* (1996) sobre los diagnósticos según CIE y OPD, no se pudieron encontrar relaciones significativas. Sin embargo, este estudio pudo demostrar que un nivel estructural más bajo se correlaciona con una mayor duración de enfermedad psicógena ($-0,38$, $p=0,06$), lo que presumiblemente se puede atribuir a un déficit en la regulación determinado estructuralmente.

El estudio de Schauenburg (2000) es parte del segundo grupo de estudios de validez, el cual eligió criterios de validez internos. Se investigó a 49 pacientes consecutivos de una unidad de psicoterapia. En este estudio se demuestra que un apego seguro (diagnóstico del apego según Pilkonis), así como excesivos deseos de dependencia se correlacionan con un mejor nivel estructural ($-0,30$, $p=0,5$; $-0,29$, $p=0,06$; respectivamente), mientras que rasgos *borderline*, excesivos deseos de autonomía y rasgos antisociales se correlacionan con un peor nivel estructural ($0,27$, $p=0,08$; $0,32$, $p=0,03$; $0,55$, $p=0,00$; respectivamente). Grütering y Schauenburg (en prensa), agregando una evaluación independiente, compararon en la misma muestra las escalas del «Perfil psicodinámico de Karolinska» («Karolinska Psychodynamic Profile», KAPP; Weinryb y Rössler, 1991) con el eje de «Estructura». Encontraron las correlaciones esperadas en cuanto a los contenidos: la capacidad de autorregulación se relaciona con las escalas intimidad y tolerancia a la frustración, pero también con (falta de) sentimiento de ser útil y pertenencia. De la misma manera se encontró una relación entre niveles más altos de integración entre la «percepción de objeto», y la comunicación por un lado, con vivenciar la intimidad por otro.

En otro estudio de validez se correlacionó la estimación de estructura con los resultados de las «Scales of Psychological Capacities» (SPC) de Wallerstein en una prueba aleatoria de 48 pacientes psicósomáticos hospitalizados (Rudolf y Grande, 1999). En el SPC, a diferencia del OPD, se evalúan, junto con las vulnerabilidades estructurales, que constituyen el contenido del eje «Estructura» del OPD, modos habituales de elaboración de conflictos y formaciones defensivas sumándolos bajo el concepto de las «capacidades estructurales». Esto tiene la interesante consecuencia

de que los comportamientos patológicos descritos en el SPC, se correlacionan con las dimensiones del eje «Estructura» únicamente cuando efectivamente presentan limitaciones determinadas estructuralmente (por ejemplo, $r=0,30$, $p<0,05$, entre la escala SPC *driveness* [«impulsividad», en inglés en el original] y la dimensión «autorregulación»); pero si aparecen limitaciones determinadas por los conflictos, entonces se encuentran correlaciones con ciertos niveles de manifestación de los conflictos del eje III del OPD (por ejemplo, una correlación de $r=0,41$, $p<0,01$, entre la escala SPC *moralism* [«moralismo», en inglés en el original] y el conflicto «sumisión versus control»). Además se dio una concordancia significativa entre un nivel bajo de estructuración general según OPD y las escalas SPC de resonancia afectiva ($-0,41$, $p<0,01$) y capacidad de relacionarse con otros ($-0,43$, $p<0,01$). Estos dos indicadores se relacionan más que los otros con las habilidades sociales y, por lo tanto, se acercan mucho al concepto teórico del eje «Estructura» del OPD, que centra su análisis en la capacidad y vulnerabilidad del *self* en su relación con los otros. La validez predictiva se evaluó en el estudio antes mencionado de Rudolf *et. al.* (1996). La estimación de la estructura al inicio de un tratamiento de hospitalización demostró ser un buen predictor para la evaluación de éxito desde la perspectiva del paciente ($0,30$), así como también para la evaluación de éxito desde la perspectiva del terapeuta ($0,40$, $p<0,05$). Al recorrer cada una de las dimensiones de la estructura, se evidencia que la capacidad de vincularse (paciente $0,42$, terapeuta $0,46$, $p<0,01$) es especialmente relevante para la predicción. Evidentemente la capacidad de invertir a otros de afectos positivos en forma permanente es una buena garantía para el logro del fundamento interpersonal de la psicoterapia.

Schneider y colegas (2002) pudieron demostrar que el nivel estructural en los pacientes que eran propuestos para psicoterapia (ambulatoria y en contextos hospitalarios) difería del nivel estructural en los pacientes propuestos para tratamiento psiquiátrico. En un grupo experimental de 8 pacientes, Schulz (2000) encontró que los más estructurados demostraban una expresión mímica evidentemente más rica. Una investigación en 30 pacientes con tratamientos psicoterapéuticos en contextos hospitalarios confirmó que los pacientes bien estructurados están en mejores condiciones de aprovechar una terapia (Strauss *et al.*, 1997).

En un estudio de Heidelberg (no publicado), el análisis factorial

demostró ser un aporte para la validez de constructo. Los ítems de estructura se tendían a agrupar alrededor de un factor principal con muy alto peso. En esa misma dirección apunta el alto nivel de consistencia interna de 0,87 para las dimensiones estructurales y 0,96 para el foco estructural. También estos resultados indican que la estructura es un constructo esencialmente unidimensional cuyas diferentes subfunciones actúan en forma independiente. La idea de que la constitución de la estructura es una característica duradera y estable de la persona, según la comprensión teórica y clínica, es apoyada por un estudio test-retest en un tratamiento terapéutico hospitalario de 12 semanas de duración, en el que los valores se mantienen estables en el tiempo (concordancia de la estimación general de estructura pre y post, 84,4%) (Grande, 2000). Resumiendo, se puede afirmar que, según la experiencia recogida hasta el momento, el eje «Estructura» del OPD es útil para la realización de una descripción psicodinámica de la estructura de personalidad.

2.6

En resumen

Las primeras experiencias con nuestro instrumento de clasificación demuestran que los ejes contruidos son aplicables en la clínica y que pueden ser estimados en forma confiable.

A partir de los descubrimientos empíricos y experiencias en el trabajo clínico con el OPD, por un lado, y de los conocimientos adquiridos a través de los seminarios de formación del OPD, por el otro, se generó la iniciativa de ampliar el OPD al OPD-2. Esta necesidad de cambio se encuentra en conflicto con la aspiración de tener a mano un instrumento que goce de continuidad y que sea abarcador. Esperamos que con el OPD-2 podamos resolver el problema creativamente, generando un instrumento amigable en su aplicación.

3 Operacionalización de los ejes de acuerdo con el OPD-2

3.1

Eje 1: Vivencia de la enfermedad y prerequisites para el tratamiento

3.1.1

Introducción

El modo en que una persona vivencia y elabora la enfermedad juega un papel central en la indicación de la terapia, independientemente de si se requiere un tratamiento somático (pacientes con una enfermedad orgánica) o se trata de evaluar la indicación diferencial para la psicoterapia. Cualquier tipo de tratamiento requiere, en mayor o menor medida, que el paciente disponga de ciertas capacidades emocionales y cognitivas para cooperar y tolerar la sobrecarga emocional asociada. Para la indicación diferencial de psicoterapia es significativo, por ejemplo, el grado de sufrimiento que el paciente expresa, su capacidad de *insight* respecto de las interacciones psicodinámicas en los procesos de enfermedad, su motivación respecto de la psicoterapia indicada y el acceso a los recursos personales y sociales necesarios. Los motivos de consulta en los servicios de enlace, sin embargo, son muy diversos. En un primer paso, es necesario evaluar si el paciente debe o no someterse a un proceso diagnóstico psicosomático-psicoterapéutico profundo. Los criterios relevantes de indicación están relacionados con aspectos de la vivencia de la enfermedad y con los prerequisites para el tratamiento del paciente. Sólo a partir de este fundamento, podemos ocuparnos de la pregunta acerca de la indicación diferencial.

Desde un punto de vista psicodinámico, es importante considerar en la indicación de psicoterapia no sólo el tipo de enfermedad y sus síntomas específicos, sino también las condiciones psicológicas básicas que

pueden ser patogénicas y modificadoras de la evolución clínica del cuadro. En general –según la teoría psicodinámica– estas condiciones básicas se refieren a aspectos de la estructura de la personalidad, los temas o motivaciones conflictivas inconscientes, así como los patrones de las relaciones interpersonales. El OPD introdujo, además, como constructo etiológico, el concepto de sobrecarga conflictiva externa, haciendo referencia a que las causas de la enfermedad no se encontrarían en las experiencias biográficas, sino en las constelaciones psicosociales que provocan una sobrecarga en el presente.

Finalmente, el tipo de indicación psicoterapéutica no se deduce exclusivamente de las posibles causas del problema o enfermedad, sino que también se ve influido por las expectativas, así como por la motivación al tratamiento por parte del paciente. Los modos específicos de la vivencia de la enfermedad y de la motivación al tratamiento pueden ser una expresión de características de la estructura psíquica o representar modelos vivenciales o conductuales conflictivos (Schneider, 2002).

En la praxis clínica, el proceso de indicación se realiza en pasos sucesivos. Primero, y considerando las variables psicológicas que operan en el trasfondo, hay que evaluar el tipo de terapia que necesita el paciente en función de la enfermedad subyacente o del planteamiento que hace del problema. En un próximo paso, hay que determinar si cumple los prerrequisitos para el tratamiento, así como la motivación al cambio que muestre. El proceso de indicación de la terapia debería considerar, además, los recursos y obstáculos relevantes para el tratamiento e integrarlos al procedimiento previamente descrito. Esto significa que, en un paciente para el que esté indicado una psicoterapia comprensiva y centrada en el conflicto (considerando la génesis y desarrollo de su trastorno), es fundamental evaluar si dispone actualmente de las capacidades necesarias de autorreflexión y/o tolerancia a la sobrecarga emocional. Además, es vital determinar si está motivado a hacerlo. En la medida que el paciente evidencie dificultades o limitaciones internas o externas actuales relevantes para realizar un procedimiento de este tipo, debe buscarse otra indicación terapéutica (por ejemplo, una terapia de apoyo emocional o un procedimiento activamente estructurado) o, en su defecto, trabajar en una primera etapa en la creación de las condiciones afectivas, cognitivas y motivacionales necesarias para una psicoterapia centrada en el conflicto.

Desde el trasfondo del diagnóstico y de la indicación diferencial, entonces, se hace necesario operacionalizar la vivencia de la enfermedad y los prerequisites para el tratamiento. Terminológicamente, preferimos el concepto «vivencia de la enfermedad» al de «conducta o reacción frente a la enfermedad», pues enfatiza la importancia de los procesos emocionales y afectivos.

La cooperación en el tratamiento ha sido abordada por las investigaciones sobre *compliance* o adherencia al tratamiento (Basler, 1990; Becker *et. al.*, 1982). Desde los años sesenta, y sobre el trasfondo de la investigación en *stress*, las investigaciones sobre *coping* o «afrontamiento de la enfermedad» se han ocupado del tema de elaboración de la enfermedad y han proporcionado resultados importantes para nuestro eje. Otros aspectos –en nuestra opinión relevantes– han sido descuidados en esta línea de investigación, por la complejidad de los modelos involucrados.

Los primeros modelos conductuales de *coping* se diferenciaban en dos grupos: aquellos centrados en el «estímulo» y aquellos centrados en la «respuesta». Los primeros, modelos de estrés, consideran las condiciones de estímulos únicos o constantes, y parten de la base de que estas condiciones provocan estrés, independientemente del individuo. Estos modelos centrados en el estímulo han sido especialmente relevantes en medicina psicosomática, especialmente en la investigación sobre eventos vitales. Los conceptos clásicos sobre el estrés centrados en la reacción definen el estrés como una activación inespecífica del organismo, transmitida mediante reacciones humorales y fisiológicas (Selye, 1974). Los modelos de *coping* centrados en la respuesta enfatizan el papel del individuo en la elaboración de los acontecimientos, explorando, especialmente, el sentido que éste otorga a eventos determinados, como, por ejemplo, si es deseado o no deseado (Thoits, 1983).

El modelo de *coping* más elaborado es el modelo transaccional de Lazarus (Lazarus, 1966; Lazarus & Folkman, 1984), que supone una relación bidireccional entre variables personales y variables ambientales. Los mecanismos centrales de la adaptación individual a las relaciones de sobrecarga ambiente-individuo (como, por ejemplo, en la enfermedad), son considerados procesos cognitivos de evaluación, referidos o bien al bienestar subjetivo del individuo o bien a sus capacidades de afrontamiento. De acuerdo con Lazarus y su equipo, es irrelevante si el análisis de las

conductas de *coping* se focaliza en las condiciones situacionales o en los mecanismos individuales, dado que ambos están en continua transformación por su constante influencia mutua. Para Lazarus, los rasgos de personalidad «estables» en el tiempo (*traits*) no juegan un rol importante en el *coping*, en contraste a los rasgos situacionales (*states*).

El concepto de *coping* es confuso: desde la biología, es entendido como un proceso de adaptación exitoso (por ejemplo, Levine, 1983) y, por otra parte, como un amplio abanico de respuestas que pueden ser movilizadas para enfrentar una situación específica (Lazarus y Folkman, 1984). Este espectro de respuestas posibles puede ser más o menos adaptativo. Existen, por tanto, diferentes puntos de vista sobre cuán estrecha es la relación entre el *coping* y la efectividad del enfrentamiento y el manejo de la situación. Es muy difícil, por tanto, establecer criterios que definan lo que sería un afrontamiento adaptativo y exitoso. En lo que se refiere a la diversidad de las respuestas de *coping* y su sistematización, existe gran divergencia entre los diferentes autores (Billing & Moos, 1981; Carver *et al.*, 1989; Lazarus & Folkman, 1984). Steptoe (1991) propone una taxonomía de dimensiones más bien amplias y distingue entre las respuestas de *coping* focalizadas en el problema y aquellas orientadas a las emociones y su elaboración. Ambas actividades pueden desarrollarse tanto en el plano conductual como en el cognitivo. Esta propuesta –como la de Lazarus– considera tanto los procesos de re-contextualización intrapsíquicos (derivados en parte del concepto psicoanalítico de defensa) como los referidos al manejo conductual.

Existen diferencias en la evaluación de la funcionalidad de los mecanismos adaptativos. Haan (1972), quien se ha centrado en los aspectos afectivos de la elaboración de la enfermedad, considera que la adaptación orientada a un objetivo, realista y flexible, es una consecuencia de los procesos de *coping* y que, al contrario, la adaptación rígida, con una percepción distorsionada de la realidad y los afectos, sería una consecuencia de los procesos defensivos. Vaillant (1971), basándose en un modelo madurativo de los mecanismos defensivos, distingue una variedad de procesos adaptativos, según el grado de maduración y capacidad adaptativa en la solución de conflictos.

Los investigadores dedicados al estudio del *coping* han adoptado conceptos psicoanalíticos relativos a la defensa. Sin embargo, los psicoa-

nalistas se han referido poco a los conceptos de *coping* o afrontamiento. Dado que la defensa no es considerada únicamente como un proceso disfuncional y patológico, sino también como un logro adaptativo del yo (Steffens y Kächele, 1988), no tiene sentido contraponer la defensa al *coping*, como propone Haan. Tanto la defensa como el *coping* pueden ser entendidos como funciones del yo, que se desarrollarían integradamente en el individuo. La defensa sirve primariamente a la regulación intrapsíquica (elaboración de los afectos), y el *coping* estaría más relacionado con las funciones adaptativas orientadas a la realidad y a la resolución de problemas (Steffens y Kächele, 1988). Defensas adecuadas contra las emociones y experiencias que amenazan la integridad del *self* son requisitos para que un individuo enfrente en forma constructiva los desafíos propuestos por la enfermedad (*coping*).

Aunque aquí también se intenta reunir los conceptos de *coping* y defensa en un mismo marco comprensivo, estamos muy lejos de comprender teórica y empíricamente este campo de estudio. Aún persisten muchos interrogantes que quizás nunca respondamos, entre los cuales podemos nombrar, por ejemplo (Rüger *et. al.*, 1990; Schüßler, 1993):

- Los modos de interacción entre los factores emocionales, cognitivos y conductuales en la elaboración de la enfermedad.
- El grado en que los rasgos estables de la personalidad (*traits*) y los estados situacionales (*states*) participan en el proceso de elaboración de la enfermedad.
- La relación de las formas generales de afrontamiento con los modos específicos de elaboración de la enfermedad.
- En qué medida existen formas específicas de elaboración de la enfermedad para diferentes tipos de enfermedad (por ejemplo, enfermedades físicas crónicas o trastornos psíquicos).
- El problema de si la enfermedad debe ser manejada en la totalidad de sus síntomas y limitaciones o sólo en los aspectos que amenazan la integridad de la persona.

Correspondientemente con el estado actual de la investigación teórica y empírica, en el OPD no hemos intentado operacionalizar de un modo general el *coping* y la elaboración de la enfermedad. Nos limitamos, pues, a aspectos de la vivencia de la enfermedad y de los prerequisites para el

tratamiento, directamente relevantes para la indicación de proseguir con un diagnóstico psicosomático-psicoterapéutico profundo (módulo base) o para especificar la indicación diferencial en el caso de que esté indicada una psicoterapia (módulo psicoterapéutico). En el área psiquiátrica forense, la indicación a psicoterapia también se ve influida por factores específicos, conceptualizados en un módulo propio.

3.1.2

Vivencia de la enfermedad y prerequisites para el tratamiento

En la conceptualización del eje I, hemos supuesto que la vivencia de la enfermedad y los prerequisites para el tratamiento derivan tanto de las características personales específicas (variables *trait*) y de las condiciones psicosociales, por una parte, como de la relación médico-paciente, por la otra.

El eje I describe la experiencia concreta de la enfermedad y los aspectos de su elaboración relevantes para el cambio y para la indicación terapéutica. El concepto de vivencia de la enfermedad (o del problema que motiva la consulta) se refiere a un aspecto de la elaboración de la enfermedad que, por una parte, repercute en las capacidades de afrontamiento del individuo y que, por la otra, es influida por los mecanismos de elaboración del paciente, en el sentido de un modelo procesal.

La vivencia de la enfermedad abarca procesos emocionales, cognitivos y conductuales que son influenciados, entre otros, por los siguientes factores: tipo y gravedad de la enfermedad, relación médico-paciente, características de la personalidad, medio psicosocial y motivación al tratamiento. Estos factores interactúan de modo complejo, variando en cada individuo y entre diferentes personas. A continuación, se describirán brevemente los aspectos individuales y sus posibles interacciones.

3.1.2.1

Tipo y gravedad de la enfermedad

La enfermedad (no tanto en el sentido tradicional de *morbus*, sino más bien de acuerdo con el modo en que en el sistema de salud se entiende

el «estar enfermo») puede influir de variadas formas la vivencia de la enfermedad:

- A través de los síntomas físicos y psíquicos y las limitaciones propias de las enfermedades agudas o crónicas.
- A través del diagnóstico: a los diagnósticos médicos se le atribuyen variados significados; éstos pueden ubicarse, por ejemplo, en la dimensión «amenaza a la vida» (como en el cáncer) o en la dimensión «estigmatización» (discriminación social o exclusión), como ocurre en el sida o en la enfermedad mental.
- Por medio de los tratamientos instaurados en cada enfermedad: las medidas terapéuticas pueden representar un considerable estrés físico y emocional (por ejemplo, trasplante de órganos o disquinesia tardía durante o después de la administración de neurolépticos).
- Los aspectos previamente mencionados de la enfermedad conllevan diversas limitaciones en la adaptación social del individuo (pérdida del trabajo, aislamiento social, entre otros).

Distintos aspectos de la enfermedad, actuando como «estresores» o «amenazas», pueden afectar simultánea o sucesivamente al paciente. El grado de estrés físico, psíquico o social puede variar en diferentes momentos del proceso y repercutirá en la vivencia de la enfermedad del individuo. La gravedad y la vivencia de la amenaza, así como el padecimiento subjetivo, no se relacionan linealmente entre sí. Es importante considerar que la intensidad de los síntomas no es causa suficiente para pedir ayuda médica. Ciertamente, se añaden otros factores, hasta ahora escasamente considerados.

3.1.2.2

El significado del contexto social y la relación médico-paciente

El medio, a través de sus factores económicos, sociales y normativos, influye considerablemente en los procesos de socialización y, consecuentemente, en el desarrollo psicosocial de las personas.

El contexto material e institucional del sistema de salud, el nivel y orientación de las investigaciones en medicina, psicología, u otras dis-

ciplinas, así como las opiniones y actitudes sobre la salud y el enfermar, son centrales en la vivencia y elaboración de la enfermedad. Sobre este trasfondo se desarrollan los conceptos centrales acerca del padecimiento y su tratamiento, incluyendo los prejuicios y estigmatización concurrentes que pueden influir en el modo en que una persona se relaciona con su salud, con la enfermedad y con el tratamiento. Cuándo considerar una conducta ligada a la enfermedad como desviada depende, entre otros factores, de las representaciones médicas e institucionales, así como de consideraciones sociopolíticas. Junto con los factores del sistema de salud descritos, los conceptos y patrones conductuales paramédicos y pre-científicos influyen considerablemente en las representaciones de la enfermedad y su elaboración, así como en los conceptos individuales formados al respecto. Además de lo anterior, los medios de comunicación tienen un papel en la elaboración de la enfermedad, al condicionar, según la atención general concedida a ella, determinados síntomas o medidas de tratamiento.

La manera en que se realiza el cuidado del enfermo, el sistema de salud y el tipo de tratamiento somático influyen directamente sobre el paciente y sobre su vivencia y elaboración de la enfermedad por medio de la relación médico-paciente. El sistema de salud, basado ampliamente en un modelo orgánico del enfermar, le otorga al paciente un papel pasivo-receptivo durante el diagnóstico y el tratamiento. Al ofrecerle una relación neutral, centrada en elementos técnicos, se promueve un estilo de pensamiento somático y se descuida su participación emocional en la formación y conservación de sus síntomas, de modo que su vivencia personal es escasamente considerada. Lo mismo ocurre en la relación médico-paciente, que tiende a confirmar la normalidad psíquica con la consecuencia de alentar un modelo somático de enfermedad (Franz y Bautz, 1990). En nuestra opinión, este tipo de relación suele promover la somatización y cronificación del paciente, en el sentido de que introduce limitaciones que resultan iatrogénicas. Desde nuestra perspectiva, el paciente aprendería que sólo puede obtener la atención del médico mediante referencias a sus síntomas físicos y la constante presentación de nuevas molestias. En ese contexto, las consultas al sistema de salud no serían una consecuencia de las afecciones físicas, sino que se basarían en los procesos de formación y elaboración de los síntomas, producidos como una consecuencia de la

experiencia vivida en el proceso diagnóstico y terapéutico (somatización iatrogénica, según Simon, 1991). Enfatizando en este punto, cabe decir que la frecuente aparición de trastornos somatomorfos en determinadas poblaciones sería una consecuencia de la manera en que está organizado el sistema de salud, lo cual es prácticamente desconocido por los médicos. Desde el punto de vista psicoanalítico, se puede hacer referencia a una dinámica relacional especial entre médico y paciente (Beckmann, 1984). Específicamente, se concluyó que el ignorar determinadas interacciones emocionales entre ambos colusiones transferenciales y contra-transferenciales) puede llevar al fracaso de los esfuerzos terapéuticos. Así pues, el paciente que quiere iniciar alguna terapia debe ser evaluado sobre el trasfondo de sus experiencias previas de tratamiento.

3.1.2.3

Rasgos de personalidad

A partir de la teoría psicodinámica, la vivencia y la elaboración de la enfermedad pueden considerarse como una consecuencia de las características de la personalidad, específicamente de los recursos y limitaciones emocionales, cognitivas y conductuales.

En este contexto, es muy relevante la estructura de la personalidad descrita en el eje IV del OPD, que incluye, entre otros aspectos, la conciencia de sí mismo, la capacidad de tolerar presiones o sobrecargas, las diversas funciones yoicas (como, por ejemplo, el tipo de mecanismos de defensa), la tolerancia a la frustración o a la angustia (capacidad de regulación), la evaluación de la realidad y las capacidades para vincularse. Estas funciones determinan la flexibilidad o la rigidez afectiva y cognitiva del paciente. Las actitudes y los prejuicios relativos a la salud se relacionan con estos factores. Además, en las condiciones de la enfermedad, los aspectos de la autoimagen y su manejo representan un papel muy importante (es decir, es significativo que el paciente sea capaz de mantener o bien cambiar adecuadamente su autoimagen pese a la enfermedad).

Desde el punto de vista psicodinámico, los rasgos personales y los conflictos intrapsíquicos influyen tanto en la génesis de los trastornos como en la vivencia y elaboración de éstos. Por otro lado, expectativas

específicas en las relaciones o formas de relacionarse, que generalmente se encuentran en interacción con las características de personalidad y las motivaciones conflictivas, pueden influir en sus expectativas de cambio. Así, también, las características relativas al género, edad y educación pueden influir en la vivencia y en la elaboración de la enfermedad.

En este eje no son consideradas las hipótesis sobre probables condiciones individuales, motivacionales o estructurales subyacentes al modo de vivenciar y elaborar la enfermedad. Estos temas serán abordados en otros ejes y en el capítulo de integración (3.6).

En principio, la naturaleza de la personalidad estructura los prerrequisitos emocionales, cognitivos y conductuales relevantes para la vivencia de la enfermedad y, en gran parte, los recursos para la elaboración de ella. Esto se aplica a las enfermedades psíquicas, psicosomáticas y orgánicas. Los rasgos de personalidad relevantes en estos procesos son, en general, variables estables en el tiempo (*trait*). Sin embargo, las características personales ofrecen, al mismo tiempo, un contexto de observación de la medida en que los factores situacionales (variable *state*) pueden influir en la vivencia y en la elaboración de la enfermedad.

En las siguientes páginas explicitaremos las características referidas a la enfermedad o al tratamiento relevantes para el eje I, las cuales se presentarán en estrecha relación con los principales rasgos de la personalidad.

3.1.2.4

Constructos teóricos relevantes del eje I

Padecimiento subjetivo del paciente

Freud (1905) se refirió al padecimiento subjetivo del paciente como un prerrequisito necesario en la indicación de una terapia, describiéndolo del siguiente modo: «El “motor” más accesible de la terapia es el sufrimiento del paciente y el deseo de sanar que de éste deriva» (Freud, 1925 [1913]) y lo describe como un prerrequisito necesario para la motivación a la psicoterapia. Heigl (1977) plantea que el sufrimiento del paciente tendría una importante función como pronóstico y sería necesario comprobar «si el paciente sufre primero por sus síntomas y limitaciones reales, o por los

significados subjetivos (*irreales*) de sus síntomas, en cuyo caso se trataría de una neurosis grave» (Heigl, 1977: 40).

En este punto se ponen de manifiesto dos perspectivas, una cuantitativa (¿cuánto padecimiento subjetivo evidencia el paciente?) y una cualitativa (el tipo de padecimiento subjetivo), en la que nos interesarán las causas primarias de su sufrimiento. Esta distinción es especialmente relevante en la indicación de terapia o el pronóstico de ella debido a que las expectativas de cambio del paciente derivarán del tipo de sufrimiento. Desde una visión psicoanalítica tradicional, Heigl (1977) se pregunta si el paciente quiere cambiar su personalidad o sólo su sintomatología, sobre la base de un padecimiento subjetivo neurótico-irreal. Por ejemplo, explica que en una personalidad narcisista, con su vulnerabilidad frente al agravio, un síntoma mínimo produciría un gran padecimiento subjetivo sin que derive, de esta experiencia, el deseo de cambiar su personalidad.

No compartimos la perspectiva «valorativa» que se desprende del concepto psicoanalítico de enfermedad y personalidad. Sin embargo, consideramos significativo en la planificación de la terapia distinguir en el padecimiento subjetivo las dimensiones cuantitativa y cualitativa. Un cierto grado «cuantitativo» de padecimiento subjetivo es ciertamente un prerequisite relevante en el proceso de solicitar ayuda y buscar el cambio: lo que una persona desea cambiar está relacionado con aquello por lo que sufre. Generalmente, en la etapa de planificación terapéutica, partimos desde el sufrimiento subjetivo del paciente para establecer, en conjunto, enfoques comunes acerca del cambio buscado. Con ello, impulsamos también una disminución global del padecimiento subjetivo. Es plausible que en el proceso de la terapia unido al proceso de desarrollo del paciente, éste modifique el tipo de padecimiento subjetivo y, con ello, también las metas del tratamiento.

Concepto de enfermedad

Los modelos implícitos atribucionales fueron investigados intensivamente en los años ochenta (Bishop, 1987; Millstein y Irwin, 1987; Rutter y Calnan, 1987). En aquella época se realizaron múltiples estudios sobre las atribuciones causales, los modelos explicativos y las representaciones

sobre las causas de las enfermedades psíquicas (Brewin y Furnham, 1986; Furnham, 1984; Rippere, 1981).

Furnham y Wardley (1990) encontraron una relación evidente entre la motivación a la psicoterapia y las actitudes y creencias en relación con el sentido, la efectividad y el desarrollo concreto de ésta. De acuerdo con los autores, el estudio de las teorías subjetivas y las actitudes relativas a la efectividad y el desarrollo práctico de la psicoterapia están en estrecha relación con las creencias sobre las causas de las enfermedades psíquicas. Tanto en la decisión de realizar una psicoterapia como durante la psicoterapia misma, las expectativas acerca del tratamiento son determinantes fundamentales para la utilización de ayuda psicoterapéutica. Cuando el paciente y el terapeuta no tienen modelos explicativos congruentes sobre la perturbación existente, y esta divergencia no es explicitada (o percibida) en la interacción entre ambos, la adherencia al proceso psicoterapéutico es menor. Por eso, en el proceso de indicación, es importante determinar el modelo atribucional del paciente (es decir, su concepto de enfermedad).

La aceptación e integración de conceptos cognitivos en la organización de la enfermedad, así como del uso de los servicios médico-terapéuticos, se intensificó en el psicoanálisis desde los años ochenta. Por ejemplo, Rosin (1981) y Streeck *et al.* (1986) señalaban la influencia de los modelos explicativos de enfermedad sobre las expectativas terapéuticas, la comprensión subjetiva de las necesidades de tratamiento, la selección de metas y procedimientos terapéuticos y la configuración del papel del paciente. El modelo explicativo del paciente le permitiría a éste, según Rosin, la comprensión de su trastorno y posibilitaría la conexión entre sus síntomas y las representaciones etiológicas del trastorno. Becker (1984) distingue entre teorías preconscientes e inconscientes de enfermedad y señala la importancia de la actitud receptiva del médico respecto de las representaciones inconscientes-mágicas de la enfermedad. Según Becker, esta actitud sería un prerrequisito para promover el acercamiento entre ambas teorías del enfermar (la del médico y la del paciente). Becker sostiene que la percepción subjetiva y las actitudes del paciente respecto de la salud y del enfermar serían uno de los factores más influyentes en las conductas saludables y aceptación de la enfermedad.

Ahrens (1982) investigó el modelo de enfermedad en diferentes grupos de pacientes. En pacientes con trastornos psicosomáticos y somáticos

se observó un modelo explicativo orientado a factores externos o corporales. En los pacientes neuróticos, en cambio, se observaba un modelo de enfermedad orientado a factores internos de control, junto con modelos explicativos orientados psicológicamente. De modo similar, éstos se distinguen de los pacientes psicósomáticos en sus expectativas de tratamiento (ayuda orientada a la personalidad versus terapias medicamentosas y/o somáticas, actitud crítica frente a la consulta versus menor frecuencia de cambio de médico y demora en consultar). Provisionalmente, podríamos resumir lo expuesto del siguiente modo: el concepto de enfermedad orientado a factores psicológicos o sociales (interaccionales) se correlaciona con expectativas positivas frente a la terapia y con la utilización de ayuda psicoterapéutica, por ello es muy relevante evaluar el modelo consciente y explícito de enfermedad del paciente para la indicación de tratamiento y su pronóstico.

Recursos personales

Se consideran como recursos personales del paciente todas las características de la personalidad, y las capacidades derivadas de éstas, que lo ayuden a manejar en forma constructiva y adaptativa su enfermedad/trastorno o sus síntomas/problemas con las consecuencias derivadas de ellos. Esto implicaría distinguir entre los rasgos de la personalidad anclados en la estructura yoica y las manifestaciones psicosociales del afrontamiento de su enfermedad. Además de las características estructurales de la personalidad (relevantes para la salud), en una perspectiva psicodinámica se encuentran, esencialmente, la regulación autónoma del sí mismo, la vivencia de constancia objetal, el control flexible de los impulsos, la tolerancia a las frustraciones y conflictos, así como la diferenciación de los afectos. La impronta de estas características de la personalidad se evalúa específicamente en el eje IV, «Estructura».

En el contexto de los recursos personales, evaluables en este eje, interesan exclusivamente las expresiones conductuales de estas características de la personalidad como se reflejan, por ejemplo, en los conceptos de la psicología de la salud (Schwarzer, 1996). Pertenecen a éstos: el sentimiento de eficacia personal, la capacidad de estar solo, la capacidad para establecer distancia y para relajarse, una actitud positiva frente a la

vida, la tolerancia al sufrimiento y las competencias socio-comunicativas y emocionales.

Apertura psicológica

(capacidad de mentalización, psychological mindedness)

Por apertura psicológica se entiende el nivel de apertura que una persona presenta respecto de una mirada psicológica de las causas y significados de sus síntomas físicos, psíquicos y conductuales. Por «apertura» se entenderá aquel recurso disponible, junto con las capacidades y tendencias de los pacientes con trastornos psicógenos, para involucrarse en la elaboración psicogenética de sus trastornos. Un paciente con «apertura psicológica» reconoce, en cierta medida, la importancia de los propios pensamientos, sentimientos y modelos inconscientes o primitivos de reacción, elaboración y relación (aspecto individual), y tiene la capacidad y el interés de verbalizarlos con un terapeuta de orientación psicodinámica y de abordarlos con las interpretaciones (aspecto interpersonal).

El concepto de «apertura psicológica» (capacidad de mentalización, *psychological mindedness*) se tradujo como capacidad de *insight*, capacidad de introspección o autoconsciencia. Silver (1983) la definía como el «deseo del paciente de reconocer posibles significados y causas de sus experiencias internas referidas a contextos externos, así como la capacidad de observar en estos casos, los factores psíquicos y no sólo los externos [y], si es posible, comprender las relaciones entre pensamientos, sentimientos y comportamiento».

Este constructo de «apertura psicológica», tal como lo formularon McCallum y Piper (1997), está empíricamente validado y operacionalizado. En la investigación y en la literatura psicodinámica (McCallum *et al.*, 2003), el grado de apertura psicológica es considerado un factor predictivo del éxito terapéutico. Es, por lo tanto, un criterio esencial en la indicación de una terapia psicodinámicamente orientada, ya que los pacientes deben poder beneficiarse de técnicas psicoterapéuticas orientadas hacia el desarrollo del *insight*. Las psicoterapias psicodinámicas se orientan a transmitir al paciente una comprensión sobre cómo sus síntomas se relacionan con sus conflictos internos, para desarrollar nuevas opciones conductuales sobre la base de una imagen de sí mismo más integrada.

Este proceso se mantiene durante la psicoterapia, entre otros factores, por medio de la interpretación de síntomas y modos de comportamiento actuales, dentro y fuera de la relación terapéutica, sobre el trasfondo de patrones perceptuales, conductuales y de elaboración inconsciente, profundamente arraigados en la biografía. Por tanto, un prerrequisito esencial de un tratamiento psicodinámico exitoso es la capacidad e interés del paciente de relacionar problemas, pensamientos, sentimientos y conductas con patrones previos de funcionamiento, y esto con ayuda de indicaciones explicativas (interpretaciones) y contextuales (interrelacionales) hechas por el terapeuta (Appelbaum, 1973).

En este contexto, el modelo de enfermedad del paciente puede ser significativo, en tanto podría influir en el desarrollo de acuerdos entre paciente y terapeuta respecto del grado de apertura del primero frente a intervenciones interpretativas del segundo. Un modelo explicativo psicológico orientado a las interacciones se correlaciona más bien con expectativas positivas relativas a la psicoterapia, al interés por optar por una ayuda psicoterapéutica y a la existencia de funciones yoicas relativamente maduras (capacidad de reflexionar sobre sí mismo e introspección). Por lo anterior, el concepto de enfermedad que maneja el paciente (pre-racional, rígido, mágico, etcétera) permite estimar el grado de apertura psicológica. En el planteamiento operacional del constructo –mediante la correspondiente categorización de los ítems– se consideraron tanto los aspectos individuales del paciente (interés en un mayor *insight*, modelo de enfermedad) como los aspectos interpersonales (manejo de las interpretaciones).

Apoyo psicosocial

Consideramos el apoyo psicosocial como una variable interaccional, en la que aspectos de la personalidad y factores ambientales (familia, círculo de amigos, apoyo profesional) se determinan mutuamente.

En el modelo cognitivo transaccional del estrés el apoyo psicosocial es considerado como un recurso. Los recursos sociales y personales son concebidos como factores protectores (recursos del ambiente social) que facilitan enfrentar las exigencias ambientales estresantes (Lazarus, 1991, 1993; Becker, 1990; Hurlleman, 1990). Su función es modular los proce-

sos de *coping*, es decir, facilitándolo o acelerándolo. En el contexto del eje I, concebimos la enfermedad o trastorno según el prisma del estrés, como, por ejemplo, el grado en que el apoyo psicosocial es significativo en el manejo de la enfermedad/trastorno. El recurso social puede influir en dos aspectos relevantes de los eventos estresantes: por una parte, en la evaluación de la amenaza que representa la enfermedad o trastorno (demandas situacionales) y, por la otra, influyendo directamente en los procesos de *coping*.

En el apoyo psicosocial se distinguen, conceptualmente, aspectos estructurales y funcionales. Los aspectos estructurales que se consideran en la integración social incluyen el tamaño (aspecto cuantitativo: número de personas disponibles, frecuencia de los contactos) y la estructura de la red social disponible (aspecto cualitativo-funcional: cercanía y duración de los contactos, cualidades de las personas disponibles). En las investigaciones en salud (Leppin y Schwarzer, 1997), el aspecto cuantitativo-estructural del apoyo social, ha mostrado ser de escasa relevancia. El aspecto funcional-cualitativo del apoyo social se refiere a interacciones entre alguien que necesita ayuda y otro que puede proporcionarla, en las cuales se trata de modificar o hacer más tolerable un problema (Schwarzer, 1996). El polo opuesto a apoyo social sería el aislamiento social.

La integración social representa así un prerrequisito relevante para el apoyo social y un potencial de interacciones positivas, pero también negativas. Las interacciones sociales pueden estar referidas a diferentes contenidos. Se puede brindar apoyo emocional (ayuda y consuelo), instrumental (como, por ejemplo, facilitando las labores diarias o la provisión de bienes) o informativo (entregando información y consejo). Empíricamente, puede comprobarse una escasa correlación entre las medidas estructurales de la red y las medidas funcionales de apoyo (Pierce *et al.*, 1996). Una diferencia importante que se debe considerar es el apoyo percibido versus el apoyo efectivamente recibido. En un caso se trata del aspecto cognitivo (como, por ejemplo, la convicción de contar con un respaldo social), mientras que en el otro está referido a lo conductual, es decir, con qué frecuencia, cómo y con qué calidad tuvo este apoyo. Estos aspectos son operacionalizables desde diferentes perspectivas, por un lado en forma subjetiva/retrospectiva y, por el otro, desde la perspectiva del observador.

La perspectiva del que ayuda, la del receptor de la ayuda y la del observador se corresponden sólo parcialmente (Leppin y Schwarzer, 1997), aunque la más investigada es la percepción cognitiva del receptor. Esta perspectiva es relevante cuando se estudian los efectos del apoyo social en las relaciones cercanas y en los vínculos sociales (Stroebe y Stroebe, 1995). Desde esta perspectiva, es importante enfatizar que el apoyo social no es un proceso pasivo sino interactivo.

Se puede establecer que la integración social tiene el carácter de «influencia distal», que sin embargo –como muestran los estudios epidemiológicos– puede disminuir las conductas de riesgo, sea mediante el respaldo o el control social. Por otro lado, el apoyo social percibido está más cercano a los eventos de estrés y enfermedad, teniendo un efecto de «influencia proximal» en el proceso en curso. Es posible que esto ocurra por la influencia del estado psíquico y la afectividad, que pueden potenciar conductas promotoras de la salud e influir positivamente en los procesos neuroendocrinos. Por otro lado, la percepción de apoyo social se encuentra influida por los estilos y modos de relación del individuo y representa una característica de la personalidad.

En el contexto de la indicación de la psicoterapia, y específicamente de las capacidades disponibles del paciente para tolerar la sobrecarga que ella representa, no interesa tanto si existe potencialmente una red social sino, más bien, si actualmente la persona percibe la existencia de ella y se siente capaz de movilizarla en caso necesario, incluso según las limitaciones de la capacidad perceptiva ligadas a su trastorno fundamental. En consecuencia, lo que interesa es la visión integradora del paciente respecto del apoyo social. Básicamente, interesa determinar en qué medida está representada, en el paciente, la red social y qué acceso tiene a estos recursos.

Ganancia secundaria de la enfermedad

En el psicoanálisis se distingue tradicionalmente entre ganancia «primaria» y «secundaria» de la enfermedad. En la tradicional psicología de la pulsión, las excitaciones no deseadas encuentran satisfacción mediante la formación de síntomas, lo que lleva a una reducción de la tensión. Además, el paciente experimenta alivio gracias a que las excitaciones de

la pulsión rechazadas no son actuadas en el mundo externo. Laplanche y Pontalis (1991) consideran que en la ganancia primaria de la enfermedad se encuentra la real «motivación para la neurosis».

En contraste a lo anterior, la ganancia secundaria de la enfermedad es entendida como el producto de todas las gratificaciones que el individuo obtiene, más o menos conscientemente, gracias a su enfermedad. A esto corresponden, por ejemplo, las reacciones de apoyo y/o las que generan alivio por parte del medio. Ahora bien, desde una perspectiva terapéutica conductual, se reforzaría esta conducta maladaptativa gracias a las consecuencias psicosociales positivas.

En la enfermedad y la disminución de la carga laboral asociada, el paciente puede satisfacer y «actuar» motivaciones intrapsíquicas pre-existentes ligadas a conflictos intrapsíquicos. Por ejemplo, la resistencia a responder a exigencias consideradas injustas puede corresponder a impulsos de venganza o deseos de compensación. Además, las motivaciones y deseos regresivos son vivenciados y satisfechos mediante la enfermedad y su cronificación.

La aceptación del papel de enfermo está ligada a una serie de gratificaciones (entre otras, la dedicación emocional en el ámbito privado y, en los servicios de salud, la pensión ligada a la menor capacidad laboral) que tienden a perpetuar la enfermedad y el papel de enfermo. El paciente es liberado transitoriamente de una serie de responsabilidades sociales y personales que durante la enfermedad son asumidas por las instituciones de salud (Horn *et al.*, 1984).

En las enfermedades crónicas, los procesos de elaboración desempeñan un papel muy significativo y son estructurados por las capacidades y recursos individuales, así como por las condiciones del contexto social. Pertenecen a éste las condiciones del ambiente familiar y privado y las del ámbito laboral, así como las del sistema de salud y seguridad social (como los subsidios por desempleo).

Los procesos de elaboración de la enfermedad pueden desarrollarse maladaptativamente sobre la base de «evaluaciones costo-beneficio». Un ejemplo de ello es la cronificación de enfermedades: la persona es liberada de condiciones laborales estresantes, de la ausencia de perspectivas sociales y materiales y del riesgo de estigmatización por estar desempleado, gracias a ser dado de baja por discapacidad laboral. Esto, a su vez, redefine y

modifica su situación, de manera tal que se produce un verdadero círculo vicioso. Desde 1995, en Alemania ha aumentado considerablemente el número de días otorgados por las bajas médicas debido a enfermedades psíquicas y psicosomáticas, en tanto que han disminuido para otro tipo de enfermedades. Existe consenso en atribuir esto a la mayor presión laboral en el mercado de trabajo.

Los trastornos psíquicos y psicosomáticos tienen un papel destacado entre las causas de pensión y jubilación por disminución de la capacidad laboral y financiera. De hecho, ocupan el primer lugar entre las mujeres y el segundo entre los hombres, detrás de las enfermedades de los tejidos conectivos y sistema músculo-esquelético (OMS, 2001). Este fenómeno tiene múltiples causas, entre las que se encuentran los drásticos cambios del mercado de trabajo –y la inseguridad laboral consecuente– y también aspectos de la ganancia secundaria de la enfermedad

Hay que considerar, además, que la ganancia por enfermedad puede incluir no sólo al afectado, sino al sistema familiar completo. Esto es notorio cuando la enfermedad tiene un significado positivo desde diferentes perspectivas (alivio económico, seguridad social, pérdida de la estigmatización gracias a la mayor aceptación social).

Las condiciones de aparición de la ganancia secundaria están vinculadas, desde una perspectiva sistémica, a interacciones complejas entre diferentes grupos sociales e instituciones, así como entre individuos concretos. Estas condiciones están relacionadas con diferentes sistemas de valores e intereses sociopolíticos y materiales, lo que se puede observar, por ejemplo, en los procesos de cronificación de una enfermedad, durante la cual los médicos frecuentemente prescriben al paciente reposo médico por incapacidad laboral o le aconsejan jubilarse por discapacidad, pues desean aliviar condiciones laborales estresantes e incluso proteger del desempleo al paciente. Esta conducta puede estar motivada por la compasión y el deseo de brindar un apoyo práctico al paciente, así como por la necesidad de «calmarlo». Los médicos de la Bundesagentur für Arbeit (agencia laboral alemana) usualmente tienen dificultades en facilitar la reinserción laboral de pacientes con capacidades laborales limitadas y suelen apoyar el deseo de obtener una renta, argumentando en primera instancia que su institución tiene posibilidades restringidas para la colocación. Es un dato conocido en el ámbito de la rehabilitación médica que los pacientes

que ya solicitaron una renta muestran escasa motivación al cambio, por lo que obtienen poco provecho de los intentos de rehabilitación.

El concepto de ganancia secundaria de la enfermedad también tiende a ser percibido por el paciente como un estigma o devaluación cuando perpetúa la enfermedad y ello es confirmado por su médico tratante o un perito evaluador. Por último, es necesario considerar que las consecuencias de una enfermedad tienen distintos significados para el paciente y su entorno. Un mismo factor, por ejemplo la obtención de una pensión (o la jubilación por discapacidad), puede valorarse, por una parte, como una ganancia de seguridad social y económica y, por otra, como la pérdida de la identidad laboral y la consecuente marginación social.

En cada caso es necesario evaluar las consecuencias subjetivas de la enfermedad, tanto en la situación actual como en diferentes etapas de su desarrollo.

Motivación al cambio

La motivación al tratamiento se construye desde el trasfondo de los factores previamente expuestos, relacionados con la vivencia de la enfermedad y las expectativas de cambio. Básicamente, las expectativas del tratamiento abarcan un amplio espectro de posibilidades, que incluyen todos los procedimientos paramédicos, médicos y psicoterapéuticos. Los pacientes, sin embargo, pueden negarse a ellos o estar motivados a participar en distintos métodos de tratamiento (como, por ejemplo, al tratamiento somático y a la psicoterapia).

En general, el concepto de «motivación para la psicoterapia» ha sido descuidado en la investigación. De hecho, existen pocos trabajos empíricos basados en una operacionalización de este constructo. Tal como en el caso del *coping*, encontramos modelos explicativos cognitivos de la «motivación para la psicoterapia» (Krause, 1966; Künzel, 1979) y modelos que consideran tanto los aspectos afectivos como los cognitivos del constructo (Muck y Paal, 1968; Schneider *et. al.*, 1989b). Según Schneider, la motivación para la psicoterapia puede ser entendida como una característica estructurada en un proceso interactivo de factores afectivos y cognitivos. Los principales aspectos afectivos se presentan en el padecimiento subjetivo del paciente y en la ganancia secundaria, que son aspectos muy

relevantes en la vivencia de la enfermedad. El padecimiento subjetivo del paciente es el prerrequisito para que el sujeto con un trastorno psíquico o somático busque activamente el cambio.

El paciente forma sobre este trasfondo una «teoría subjetiva» de la génesis del «trastorno» (concepto de enfermedad), desarrolla opiniones de los tipos de tratamiento y busca información relevante al respecto. El desarrollo de la teoría subjetiva de la enfermedad, la actitud general hacia el tratamiento y la motivación al cambio se encuentran determinados por las características de la personalidad, por la propia enfermedad y por variables del contexto médico-social, como hemos descrito previamente. Schneider y Klauer (2001), por ejemplo, han podido demostrar que el concepto de enfermedad y las expectativas del tratamiento de los pacientes con trastornos somatomorfos se orientan básicamente a los tratamientos somáticos.

Precisamente los procedimientos psicoterapéuticos exigen de los pacientes diversas capacidades, como tolerar la angustia y la frustración y tener un cierto nivel de capacidad introspectiva y reflexiva (apertura psicológica). Cabe señalar, además, que las diferentes psicoterapias se distinguen –entre otros factores– por los diversos prerrequisitos que les son exigidos a los pacientes (Nübling, 1992; Rudolf y Stille, 1984; Schneider, 1990; Schneider *et. al.*, 1989b).

Básicamente, la motivación al tratamiento de un paciente puede diferenciarse en expectativas orientadas al tratamiento somático o al tratamiento psicosocial y/o al tratamiento psicológico, clasificación que hemos mantenido en la operacionalización del eje I.

3.1.2.5

Acerca de la operacionalización de la vivencia de la enfermedad y los prerrequisitos para el tratamiento en el OPD

En el OPD-2 hemos modificado el eje I sobre la base del modelo de la vivencia de la enfermedad y los prerrequisitos para el tratamiento previamente presentados.

En la revisión del eje 1, los objetivos más importantes fueron alcanzar un alto grado de utilidad práctica y desarrollar planteamientos terapéuticos relevantes en distintos contextos y para diversas tareas clínicas. A

raíz de esto, surgió la idea de crear, en el eje I, un módulo básico y otros más específicos.

En el trabajo clínico con el eje I del OPD-1 se ha observado que primero es necesario determinar si el paciente requiere un diagnóstico psicosomático-psicoterapéutico profundo (especialmente en los servicios de enlace). Esto lo determinan los distintos especialistas. Sólo después de esta indicación, el paciente es sometido a un diagnóstico psicosomático-psicoterapéutico exhaustivo (primera entrevista y, eventualmente, test diagnósticos), de cuyo resultado depende la indicación diferencial de psicoterapia. Para apoyar este proceso de diagnóstico e indicación del tratamiento, presentamos en el OPD-2 una versión básica del eje I (módulo básico) y un módulo de profundización para problemas específicos en el área de la psicoterapia.

Para aplicar el eje I a otras áreas específicas en psicoterapia (como, por ejemplo, al trabajo con pacientes adictos o pacientes forenses), existe también la posibilidad de elaborar versiones especiales sobre el módulo básico. En el esquema de la tabla 4-1 (capítulo 4.1), puede observarse cómo están enlazados los módulos complementarios con el módulo básico. Como ejemplo de ello ya hemos mencionado el módulo psicoterapéutico. Recientemente, se ha desarrollado un módulo forense que considera las condiciones especiales de este grupo de pacientes. Este módulo está integrado en la tabla 4.1 como ejemplo de un módulo complementario vinculado al contexto.

En la operacionalización, las diferentes características clínicas fueron formuladas de modo que fuesen válidas tanto en pacientes con enfermedades psíquicas como en aquellos con enfermedades psicosomáticas y somáticas.

Ya que la indicación específica y concreta de las medidas (psico) terapéuticas no procede sólo del eje I, sino que emerge de la integración de los cinco ejes del OPD-2, ella se realiza al término de la tabulación general.

3.1.2.6

Cambios relevantes del eje I (OPD-2) con relación al OPD-1

El eje «Vivencia de la enfermedad y prerrequisitos para el tratamiento» del OPD-2, ha experimentado profundos cambios de forma y contenido en

relación con el OPD-1. En cuanto al contenido, hemos desarrollado más extensamente el eje I, con un mayor sustento teórico, pero también con una exploración más sistemática de determinadas características (como, por ejemplo, el padecimiento subjetivo). Hemos integrado en la evaluación «objetiva» de la severidad del trastorno dos escalas internacionales de evaluación psicosocial de las limitaciones corporales y funcionales, así como del nivel global de funcionamiento (GAF y EQ-5D). Ello permite una mayor sistematización y también la comparación con datos de otros estudios que utilicen estos instrumentos.

El eje I abarca, además, aspectos de la vivencia de la enfermedad, de las representaciones de la enfermedad, de los modelos explicativos de ella y de la motivación al cambio. Cada uno de estos aspectos comprende, además, características somáticas, psíquicas, psicológicas o sociales.

La evaluación de los recursos y obstáculos para el cambio, ha mostrado ser muy relevante en la indicación diferenciada del tratamiento, por lo que hemos ampliado y especificado estos ámbitos respecto del OPD-1.

Para facilitar y clarificar la aplicación del eje I en la indicación del tratamiento, hemos propuesto un esquema sistemático de valoración de estos ítems que incorpora criterios para la toma de decisiones (véase el capítulo 4.1).

Las principales metas en la modificación de los ejes, en lo concerniente a su área de aplicación, consistieron en reforzar su capacidad de permitir una indicación diferenciada del tratamiento (psíquico, somático, social) así como potenciar su capacidad de facilitar la indicación de ulteriores tratamientos u orientaciones psicosomáticas. Finalmente, y en sentido más estricto, se ha procurado facilitar la indicación diferencial de la psicoterapia y clarificar problemas en áreas clínicas muy específicas, como, por ejemplo, en el trabajo con pacientes adictos. Para responder a estas expectativas, hemos desarrollado el eje I como un modelo para armar que abarca, junto con un módulo básico, otros módulos específicos (módulo psicoterapéutico, módulo forense). En el futuro será posible desarrollar otros módulos para ciertos planteamientos de problemas según las necesidades clínicas o científicas. Un módulo para el área de las adicciones se puede construir sobre los trabajos de Nitzgen (2003) y de Sporn (2005).

En el trabajo práctico con el eje I se utiliza el módulo básico, en forma obligatoria, y uno o más módulos complementarios en forma opcional. A través del módulo básico es posible evaluar en qué medida está indicado realizar un diagnóstico psicosomático-psicoterapéutico más profundo o una intervención. Esta problemática se presenta probablemente en el área de los servicios de enlace. En la medida que corresponda seguir un tratamiento psicoterapéutico, se trabaja también el módulo psicoterapéutico, que permite una primera referencia para una indicación diferencial de la psicoterapia.

3.2

Eje II: Relación

El diagnóstico de los patrones relacionales disfuncionales tiene un significado esencialmente relevante para la psicoterapia: los trastornos en las relaciones interpersonales constituyen una parte importante de los motivos de consulta de los pacientes que visitan a los psicoterapeutas; además conforman las posibles transferencias e influyen en la emergente relación terapéutica en la cual se reescenifican pautas relacionales relevantes. Por lo tanto, se transforman en material y objeto del trabajo terapéutico, en el que se utilizan estas escenas mostrándoselas al paciente. En definitiva, son aquel ámbito en el cual el avance terapéutico es especialmente visible y posible de vivenciar.

El diagnóstico relacional en el OPD se refiere tanto a la conducta relacional problemática reconocida por el paciente mismo, como a aquellos elementos relacionales percibidos por otros (también por el evaluador) en el encuentro con el paciente.

3.2.1

Introducción

La conducta interpersonal es reconocida por todas las importantes escuelas psicoterapéuticas como un factor fundamental en la formación y mantenimiento de los trastornos psíquicos. Para la psicoterapia psi-

codinámica es central la forma en que una persona vive y vivencia sus relaciones. Los conflictos intrapsíquicos contribuyen considerablemente al desarrollo de conductas relacionales disfuncionales, siendo que, a la inversa, también se pueden deducir estos conflictos del tipo específico de configuraciones relacionales. Más allá de esto, los patrones relacionales son además expresión de las posibilidades y limitaciones estructurales del paciente, cuando éstos, por ejemplo, evidencian debilidades en el afrontamiento (*coping*) o se encuentran al servicio de la protección de ciertas vulnerabilidades.

El diagnóstico relacional en el marco del diagnóstico psicodinámico operacionalizado aborda estos complejos procesos en la intersección del nivel intrapsíquico con el nivel interpersonal. Este diagnóstico se basa principalmente en la conducta relacional observable y describible. También se contemplan aquellos aspectos relacionales que el examinador vivencia en el encuentro con el paciente, es decir, en la «oferta de relación» del paciente, y que se perciben en la contratransferencia.

Entendemos como conducta relacional la expresión de la dinámica entre los deseos más o menos conscientes respecto a la relación con los otros, las angustias que en consecuencia se van activando intrapsíquicamente y los temores sobre cómo podrían reaccionar los otros frente a estos deseos. Las angustias y temores pueden estar ligados al conflicto o estar determinados por la estructura. Las conductas relacionales habituales pueden ser entendidas como una formación de compromiso psicosocial más permanente entre los deseos y los temores en las relaciones. La conducta relacional habitual se describe como una actitud que, frente al entorno, se muestra en forma más dominante y generalmente operativa. El patrón relacional disfuncional habitual se describe, por su parte, como una constelación específica que provoca malestar y sufrimiento al paciente, que es resultado de su conducta relacional habitual y de los modos de reacción típicos de su interlocutor social.

En la primera entrevista clínica se obtiene información diagnóstica sobre la conducta relacional del paciente por medio de su relato sobre episodios relacionales con otros significativos. En estos episodios cotidianos se cristalizan particularmente las experiencias relacionales repetidas. En forma complementaria se obtiene información durante la conversación a través de la manifestación del proceso transferencial

entre paciente y evaluador. Gracias a las reacciones e impulsos que el evaluador observa en sí mismo, éste puede arribar a conclusiones sobre cómo los otros se sienten, o cómo eventualmente se comportan, en el encuentro con el paciente. De esta manera se utiliza el elemento contratransferencial como instrumento en el diagnóstico relacional. El diagnóstico de la conducta relacional habitual abarca por lo tanto, siempre estas dos perspectivas: la del paciente y la de los otros, entre ellos también el evaluador.

3.2.2

Las vivencias relacionales y su organización intrapsíquica

Desde la perspectiva de la psicología del desarrollo, las vivencias relacionales se forman de variadas maneras. Son mediadas a través de diferentes modalidades perceptivas que se almacenan, en parte, en la memoria procedural (por ejemplo, modelos relacionales: Ainsworth *et al.*, 1978) y, en parte, en la memoria episódica. Todo apunta a que la experiencia subjetiva se organiza alrededor de la vivencia emocional. Qué cosa y con qué significación específica se recuerda depende, entre otros, del trasfondo emocional y de la intensidad con que están vinculados los recuerdos en el pasado y en el presente (Stern, 1985). Las estructuras de los recuerdos y de los significados organizados subjetivamente, influyen modulando la información relacional actual o anticipatoria. Las experiencias relacionales, especialmente con personas significativas de la infancia y la adolescencia, se cristalizan en el plano intrapsíquico como relaciones objetales internalizadas (por ejemplo, como representaciones del *self* y del objeto). Estas imágenes internalizadas están integradas en un contexto de emociones, deseos, expectativas, temores y transacciones interpersonales que involucran al sujeto y al objeto. En la tradición de Jacobson (1964) y Mahler (Mahler *et al.*, 1975), Kernberg (1992) describe estas unidades «*self*-objeto-emoción» como determinantes primarios en la formación de la estructura psíquica. Este esquema internalizado representa la elaboración subjetiva de las experiencias interpersonales e interacciones y no la «realidad objetiva». También pueden servir a la defensa como formación de compromiso, cuando ciertas relaciones están

vinculadas a afectos desagradables o angustias. La repetición constante de experiencias relacionales infantiles específicas (no exclusivamente), es de especial importancia en la formación de estos esquemas. Estas redundancias, son, por ejemplo, prerequisites del desarrollo temprano para el logro de la «constancia objetal» y posteriormente de la «identidad» personal (véase el eje «Estructura»).

Mientras Kernberg describe la formación temprana del yo como una creación de límites entre el yo primario indiferenciado y el objeto primario materno, Stern (1985) y Emde (1988) consideran al niño como un ser afectivo, activo, capaz de manejar situaciones y separado desde un principio de la persona significativa. Estos autores entienden el desarrollo del niño como la continuación de proyectos reguladores del *self* que se vuelven progresivamente más complejos en el intercambio con la persona que cuida al niño. En esta tradición también se encuentra la teoría del vínculo, que en los últimos años ha encontrado amplia aceptación y que parte de la base de que los niños desarrollan estilos relacionales estables durante la adaptación a los «ofertas relacionales» de las personas significativas en edad temprana. A través de estos estilos relacionales quieren mantener la cercanía con las personas adultas que les proporcionan seguridad. Estos modelos se establecen en forma de «modelos de trabajo vinculares» que son fortalecidos o modificados en transacciones interpersonales (por ejemplo, Bowlby, 1988).

Los niños no sólo se identifican con la persona que los cuida y con las funciones familiares, sino que también intervienen en estas funciones y las transforman desde el principio. Por lo tanto, el niño se identifica con modelos relacionales a los que él mismo, en su medida, contribuyó a constituir (Cierpka, 1992). Debido a que las vivencias relacionales recordadas integran también imágenes contradictorias del sí mismo y del objeto, tienen una participación central en el desarrollo de los conflictos intrapsíquicos (véase el eje «Conflicto»). Dahlbender (2002) proporcionó bases empíricas, utilizando los ejes del OPD, para desarrollar la hipótesis clínica de que la gravedad de la psicopatología es el resultado de experiencias histórico-vitales. Estas experiencias estarían almacenadas en la mente en forma de representaciones relacionales que pueden predisponer a desarrollar vivencias y conductas disfuncionales que limitarían la capacidad de cambio psicoterapéutico.

3.2.3

Organización interpersonal de conflictos y estructuras psíquicas

Como regla general, el ser humano está interesado en crear con sus iguales una situación caracterizada por la seguridad, bienestar personal y confianza. Los participantes en una interacción están interesados en constelar el proceso de comunicación de manera que estén garantizadas estas demandas fundamentales y se mantenga el equilibrio psíquico. En estas condiciones es mayor la posibilidad de incluir deseos relacionales dentro de este intercambio.

Cuando la organización relacional falla, se puede deber a diversas causas. Desde la perspectiva clínica, muchas veces responsabilizamos a la transferencia, es decir, a la vivencia de una relación actual en función de experiencias relacionales pasadas, por el hecho de que la vivencia y la conducta dentro de una relación aparezca distorsionada (Freud, 1925 [1912]). Los procesos de transferencia, en cuya base se hallan deseos inconscientes, determinan la posición en que un paciente se sitúa y el papel al que puede inducir, según las circunstancias, a otra persona. Recientemente, Albani y colegas (2002a) pudieron, por ejemplo, demostrar que la gravedad de una enfermedad psíquica y el desarrollo de un patrón relacional negativo se encontraban íntimamente relacionados. En esto también desempeñarían un importante papel ciertas fragilidades estructurales, que llevarían, por ejemplo, a una falla aguda en la autorregulación emocional, a causa de la cual se recurriría, entonces, a bruscas reacciones defensivas que dificultarían la interacción y sobrecargarían a largo plazo las relaciones (Rudolf y Grande, 2002).

Mientras mayores sean las limitaciones de las habilidades yoicas y de las posibilidades defensivas de una persona, mayor será su necesidad de estructurar las relaciones según maneras previamente establecidas, a fin de limitar las experiencias nuevas, que podrían exigirle demasiado. Por lo tanto, la persona incluso procurará crear situaciones conocidas, aun cuando en el pasado se hayan desarrollado poco exitosamente. Si las posibilidades para organizar e integrar información nueva y, a veces, contradictoria son menores, entonces la necesidad de estructurar la situación con el otro de tal manera que las propias fantasías, deseos y modos de conducta puedan expresarse en forma predecible será mayor. Por esta

razón, a menudo observamos que los pacientes intentan que se generen temas, disposiciones conductuales, sentimientos y fantasías estables y relativamente constantes con las personas de referencia. Se puede agregar que, mientras más rígida y extrema sea la vivencia y la conducta de un sujeto en situaciones relacionales y mientras más «automatizadas», operando fuera de su conciencia, estén estas configuraciones relacionales, con mayor probabilidad se continuarán y perpetuarán (Cierpka *et al.*, 1998).

En el caso de pacientes como los *borderline*, que manejan únicamente relaciones inconstantes, contradictorias, o bien dicotómicas, el proceso de establecer relaciones puede llevar a la desintegración. En estos pacientes es casi imposible que se dé una percepción adecuada de los deseos y necesidades de los otros, así como de las condiciones contextuales. En ciertas circunstancias se hace difícil, entonces, que se puedan identificar durante el proceso diagnóstico los patrones relacionales. Con pacientes psiquiátricos con relaciones objetales fragmentadas esto puede llegar a ser imposible. Por otro lado, se habla de flexibilidad interpersonal cuando un paciente puede desarrollar relaciones variadas y diferenciadas. Esta flexibilidad depende claramente de la capacidad del yo para mediar entre las necesidades internas del individuo, las exigencias del superyó y el medio; esta capacidad presupone una integración suficientemente buena de la estructura. Los mecanismos de defensa (Freud, 1987 [1936]) protegen al yo en esta función y hacen un aporte esencial para mantener el equilibrio interno. En ese caso, se logra empatizar en cierta medida con el mundo vivencial del otro, percibir sus deseos, temores, estrategias conductuales, entre otros.

En el diagnóstico relacional se puede observar la flexibilidad a través de la manera en que el paciente hace uso de un repertorio amplio de posibilidades para establecer relaciones y a través de la existencia de interlocutores que no reaccionen de la manera disfuncional típica descrita por el paciente.

3.2.4

El diagnóstico de las disposiciones transferenciales

Así como se describió previamente, el diagnóstico psicodinámico se basa en el supuesto de que en el encuentro terapéutico el paciente induce inconscien

temente un patrón relacional central en que le asigna al terapeuta un cierto papel en la transferencia (véase el concepto de adopción de rol de Sandler, 1976). Éste sería el papel recreado de una persona significativa. Krause y colaboradores definieron la transferencia como «una variedad específica de modos de comportamiento, a través de los cuales se lleva al interlocutor social a comportarse en forma concordante con las expectativas inconscientes específicas» (Hans *et al.* 1986). Esta descripción también alude a lo que König (1982) describe como «la parte interaccional de la transferencia». Desde la perspectiva del paciente, a menudo se trata de conductas de compromiso que incluyen tanto deseos e impulsos como angustias, temores y sus correspondientes defensas. Las experiencias elaboradas subjetivamente en las relaciones interpersonales son internalizadas como disposiciones a manifestar ciertas constelaciones de transferencia (llamadas disposiciones transferenciales). El momento de distorsión neurótico puede contribuir a que se generen círculos viciosos maladaptativos en las relaciones interpersonales, es decir, a que las expectativas personales estén destinadas desde un inicio al fracaso, provocando además una baja en la autoestima (Strupp y Binder, 1993). La transferencia neurótica en la psicoterapia se caracteriza, por una parte, por una atención selectiva que el paciente presta a un aspecto específico de la conducta y la personalidad de los otros, especialmente del terapeuta, y, por otra, por un comportamiento inconsciente que provoca reacciones que corresponden a sus expectativas (Gill y Hoffmann, 1982). La tarea terapéutica consiste en generar un espacio interpersonal en el cual el terapeuta precisamente no reaccione en la forma esperada (Weiss y Sampson, 1986), interprete, dado el caso, su disposición transferencial y ayude al paciente a tener nuevas experiencias dentro de una relación protegida. Haciendo una reflexión crítica, también hay que considerar que la disposición transferencial del terapeuta puede tener, en un caso desafortunado, una influencia distorsionadora en la interacción terapéutica.

3.2.5

Sobre la relación entre transferencia y (re-) escenificación

Desde una perspectiva histórica, el término «transferencia» se derivó del concepto de desplazamiento. Así, las experiencias son desplazadas del

objeto original a otro (es decir que se produce la investidura energética de una representación interna de un objeto a otro). La transferencia era, por tanto, considerada como una defensa, como una protección del yo contra el recuerdo de la relación objetal temprana patógena (Bettighofer, 1998). Incluso mucho tiempo después de presentarse el texto de técnicas de Freud (1925 [1912]), se entendía a la transferencia como un proceso unilateral que únicamente hacía referencia al paciente. Gill (1982), en el ámbito angloamericano, y Thomä (1981), en el germano, pertenecen a los primeros autores que defendieron el punto de vista de que, en toda situación terapéutica, tanto el paciente como el terapeuta contribuyen, en el sentido de una «simetría interaccional» (Ermann, 1992), a establecer activamente la transferencia. El concepto de «escenificación» se refiere explícitamente al aspecto de interacción de la actualización del esquema interaccional en la relación terapéutica. En la literatura angloamericana se encuentra una correspondencia más precisa de «escenificación» a través del término *enactment*. Por medio de este término, Jacobs (1999) se refiere a aquellos modos de comportamiento, en la relación terapeuta-paciente, que emergen como reacción a conflictos y fantasías activados, tanto en el terapeuta como en el paciente, en el curso del trabajo terapéutico. Estos modos de comportamiento están vinculados tanto al juego conjunto de transferencia y contratransferencia, en el presente, como a los pensamientos (a través de los recuerdos) fantasías y experiencias interpersonales del pasado. Jacobs destaca explícitamente que esta definición de *enactment* incluye aspectos de *re-enactment*, es decir, el revivir fragmentos del pasado emocional. Otros autores (Sandler, 1983; Stolorow, 1992) también destacan el carácter relacional de la transferencia, que sólo puede ser comprendido al considerar la totalidad del contexto relacional intersubjetivo. El diagnóstico relacional OPD se orienta por la vivencia y la conducta concreta en situaciones interpersonales y puede ser homologado conceptualmente al término re-escenificación (es decir, *re-enactment*). En este sentido la «reescenificación» no sólo incluye fenómenos transferenciales, sino también la traducción escénica de la transferencia a la configuración relacional actual (que por definición no puede ser unilateral). La re-escenificación como concepto central en la psicoterapia psicodinámica ha sido probada empíricamente (Stasch, *et al.*, 2002), y ha demostrado poseer una gran utilidad para la aplicación técnica, debido a que, por la forma

en que se presenta en el paciente, es posible deducir las disposiciones de transferencia básicas, y, a través de éstas, también las representaciones intrapsíquicas de la vida relacional (Stasch, 2004).

3.2.6

Aproximaciones empíricas en la investigación de modelos relacionales

En el campo clínico, una teoría de los patrones relacionales disfuncionales habituales tiene escaso significado práctico, por más convincente que pueda ser en cuanto a su desarrollo particular, si no es posible identificar ese patrón en forma confiable. Numerosos investigadores y clínicos se esforzaron desde los inicios de los años setenta por elaborar formulaciones sistemáticas para la descripción o representación de problemas interpersonales desde la perspectiva psicodinámica (véase Schauenburg y Cierpka, 1994).

Con el fin de limitar el marco dentro del cual hemos desarrollado nuestra propuesta de un instrumento de diagnóstico relacional, vamos a describir aquellos procedimientos que provengan de la tradición psicoanalítica e interpersonal. Se alude sólo en forma general a los trabajos provenientes de la psicología social (por ejemplo, SYMLOG; Bales y Cohen, 1982), a los estudios sobre familia (véase Cierpka, 2003; Cierpka *et al.*, 2005) y a la terapia conductual (por ejemplo, Caspar, 1989). Para el diagnóstico relacional psicodinámico operacionalizado, en el sentido antes descrito, son especialmente importantes y aclaradores los siguientes métodos:

1. «Análisis estructural del comportamiento Social» («Structural Analysis of Social Behaviour», SASB; Benjamin, 1974; Benjamin, 1982; Tress *et al.*, 1990; Tress, 2000);
2. «Tema central del conflicto en la relación» («Core Conflictual Relationship Theme», CCRT; Luborsky y Crits-Christoph, 1990);
3. «Diagnóstico del plan» («Plan Diagnosis»; Weiss y Sampson, 1986);
4. «Modelo de configuración de roles relacionales» («Role Relationship Model Configuration», RRM; Horowitz, 1991);

5. «Vivenciar la relación terapéutica a través del paciente» («Patients Experience of the Relationship with the Therapist», PERT; Hoffmann y Gill, 1988);
6. «Patrón cíclico maladaptativo» («Cyclical Maladaptive Pattern», CMP; Strupp y Binder, 1993).

Todos los métodos tienen en común que el foco de observación está en la interacción interpersonal. Con lo que el espectro abarca desde revisiones microscópicas de diferentes actos de habla (SASB), pasando por descripciones de diversos componentes de la interacción (deseos, temores, reacciones del objeto y sus consecuencias para el *self* en el CCRT o en el CMP), aborda además las constelaciones de esquemas intrapsíquicos e interpersonales (Horowitz) y llega finalmente a los instrumentos que buscan aprehender complejos procesos de transferencia en terapias psicodinámicas (por ejemplo, «Diagnóstico del plan», PERT).

Todos los procedimientos parten de la existencia de uno o más patrones interpersonales centrales en el paciente. En todos estos procedimientos participa el juicio clínico, por lo que el nivel interpretativo de las deducciones es variable. Estos modelos se comportan básicamente de tal manera, que con el aumento de la complejidad, también aumenta el nivel de subjetividad de la deducción («Level of Inference», según Luborsky y Crits-Christoph, 1998), lo que tiene, por tanto, un efecto en el nivel de concordancia entre los evaluadores. Mientras más abstracta es la categoría a evaluar, mayor dificultad para obtener una buena concordancia.

El «Análisis estructural del comportamiento social» (SASB; Benjamin, 1974; Benjamin 1982, 1993) permite conseguir una imagen diferenciada y al mismo tiempo confiable, incluso de situaciones relacionales complejas. Este método puede ser utilizado, entre otras cosas, para identificar estereotipias en procesos diádicos observables de interacción y modelos comportamentales interpersonales e intrapsíquicos relativamente invariantes de las personas. Para la evaluación con SASB es fundamental la asignación de conductas relacionales a las dos dimensiones ortogonales, amor-odio (eje de afiliación) y control-sumisión (eje de interdependencia) que conforman los ejes de un círculo. El SASB fue desarrollado dentro de la tradición de los modelos interpersonales circulares (Leary, 1957).

En el método de Luborsky, el «Tema central del conflicto en la relación» (CCRT), se analizan, a través de episodios relacionales relatados por los pacientes, los deseos de estos, las reacciones de los otros frente a esos deseos y la reacción del sujeto frente a los otros. Estos tres elementos conforman a menudo la estructura interpersonal básica de las historias («narrativas»). La dificultad de este procedimiento está en que no se pueden deducir directamente deseos inconscientes a partir del comportamiento observable, mientras que los temas que se observan en primer plano en comparación con los procesos intrapsíquicos complejos (desde donde se desarrollan) aparecen como triviales.

Para los métodos SASB y CCRT se han desarrollado en el último tiempo una serie de estudios que demuestran su confiabilidad y validez (véase Albani *et al.*, 2003; Schauenburg y Cierpka, 1994).

El método del «Patrón cíclico maladaptativo» (CMP; Strupp y Binder, 1993) también ha influido sobre nuestra aproximación del diagnóstico operacional OPD. Este modelo, similar a los anteriores, se fundamenta en la idea de la repetición neurótica de conflictos infantiles, en la que se supone que existe una influencia de un conflicto central determinante. La intención es esencialmente práctica. Correspondiendo con una comprensión interpersonal de transferencia (por ejemplo, Gill, 1982), el trabajo terapéutico debe considerar en gran medida los acontecimientos relacionales entre paciente y terapeuta. Para este modelo las referencias a vivencias vitales tempranas pasan a un segundo plano frente al comportamiento relacional actual. El patrón cíclico maladaptativo contiene una fuerte orientación hacia la conducta y utiliza prioritariamente formulaciones orientadas a la acción. Se describe con qué expectativas y pensamientos se involucra la persona en una interacción, qué reacción provoca en el otro y cómo influye, o bien confirma esto las convicciones que tiene sobre sí mismo y los otros. Un patrón cíclico maladaptativo es definido como una secuencia repetitiva de procesos interpersonales, que conforman un circuito que se refuerza cerrándose sobre sí mismo. Este modelo se vuelve a abordar en nuestro manual dentro de las indicaciones para una formulación dinámica relacional. De la tradición del CCRT y del CMP se deslindaron las categorías «reacción del sujeto» y «reacción del objeto», además de la utilización sistemática de episodios relacionales como material de base para el diagnóstico. Los modelos interpersonales

circulares, entre ellos el «Análisis estructural del comportamiento social» (SASB), constituyeron un fundamento heurístico para la generación de los ítems necesarios para el registro de la conducta relacional habitual.

3.2.7

Concepto del diagnóstico relacional en el OPD

A continuación se presenta un esquema del concepto del diagnóstico relacional del OPD; los detalles se desarrollarán en el manual (capítulo 4). El objetivo es la identificación del patrón relacional disfuncional habitual del paciente. Los patrones relacionales disfuncionales pueden ser entendidos como constelaciones interpersonales específicas, dentro de las cuales los modos conductuales de un paciente con su interlocutor se restringen a una configuración rígida. Estas constelaciones pueden ser descritas básicamente desde la perspectiva experiencial del paciente y de los otros (el interlocutor); desde cada una de estas perspectivas se pueden observar además los modos conductuales del paciente y los [modos conductuales] de sus objetos. Por medio de estas distinciones se especificaron cuatro unidades analíticas, que denominamos posiciones interpersonales:

- **Cómo se vivencia el paciente a sí mismo:** aquí el foco se sitúa en la conducta relacional del paciente. Se describe aquella conducta interpersonal que el paciente vivencia frecuentemente y que relata en términos generales.
- **Cómo el paciente vivencia a otros:** aquí se trata de una conducta relacional que el paciente experimenta frecuentemente con su interlocutor, de la cual, eventualmente, se queja.
- **Cómo los otros vivencian repetidamente al paciente:** aquí se comprende cómo otros (también el evaluador) vivencian continuamente al paciente. Esta perspectiva aborda, generalmente, más de lo que el paciente mismo puede describir, es decir, también los aspectos inconscientes de sus ofertas de relación.
- **Cómo los otros se vivencian repetidamente a sí mismos frente al paciente:** aquí se abordan las reacciones que el paciente induce en la interacción, en el sentido del ofrecimiento de rol. Este último se corresponde

con el diagnóstico psicoanalítico contratransferencial (véanse Mertens, 1993; Thomä y Kächele, 1989).

Estas cuatro posiciones interpersonales se vinculan de tal manera dentro de una formulación dinámica relacional que se genera una interrelación psicológicamente coherente que explica la disfunción así como la estabilidad del modelo relacional. En esta formulación se evidencia cómo el paciente, en contradicción con sus propias perspectivas vivenciales, establece realmente sus relaciones (inconscientemente) de tal manera que siempre induce respuestas en los otros que él luego percibe como dolorosas, decepcionantes o amenazantes.

3.2.7.1

Categorías de las conductas interpersonales

Para operacionalizar el diagnóstico psicodinámico se hace necesario que la descripción de las posiciones interpersonales se realice de una manera estandarizada. Para esto, se utiliza una lista de ítems generada sobre la base de un modelo circunflejo de la conducta interpersonal. Los modelos circunflejos parten de la premisa de que las personas desarrollan su conducta relacional de tal manera que, por medio de ella, se define un determinado estatus o bien se establece una determinada cercanía. Estos modelos tienen en común que a toda conducta interpersonal se le asigna un punto sobre un círculo (ver recuadro 3-1), que se forma por medio de dos dimensiones ortogonales y bipolares que representan las dos categorías básicas de estatus y cercanía: control (dominante/controlador versus sumiso/sometido) y afiliación (afectuoso/cercano versus amenazante/distante). 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 en el marco de la psicología de la personalidad, la psicología social y la psicología clínica (Wiggins, 1991). Nuevos trabajos en la investigación en psicoterapia confirman la importancia de estos modelos en variables de personalidad (Gurtman, 2004). Además conforma la estructura central

de modelos dimensionales para la descripción interpersonal de trastornos de personalidad (Widiger y Simonson, 2005).

El recuadro 3-1 muestra los modos activo y reactivo de la conducta relacional en dos círculos. Esta distinción se basa en un mayor desarrollo del modelo circular interpersonal realizado por Benjamin (1974), que ha determinado el modelo utilizado por nosotros. En cada uno de los dos ejes horizontales se conforma la dimensión de la afiliación, la cual aborda la temática del afecto y aproximación amigable en el polo derecho, y el rechazo o aproximación amenazante en el polo izquierdo. El eje vertical, por su parte, corresponde a la dimensión de la interdependencia, cuyos polos se conforman por el tema de la autonomía y la autoafirmación, por un lado, y el control y sometimiento, por el otro.

La observación detallada de los ítems hace comprensible el orden interno de los modelos circulares (véase Benjamin, 1993): los modos conductuales situados en forma opuesta hacen referencia a las conductas contrarias. Las categorías situadas dentro de los 45 grados apuntan a cualidades relacionales que representan mezclas de la dimensión de afiliación y de control. El nivel de amistad/enemistad o control/sometimiento es en estos lugares menor que en los polos extremos de los dos ejes. Por otro lado, los modos conductuales interpersonales que en el círculo superior e inferior están situados en idénticas posiciones se encuentran en una relación de complementariedad. Esto significa que se ajustan el uno al otro como ofrecimiento de relación y respuesta, respectivamente. Además existen modos relacionales complejos en los cuales se combinan diferentes e incluso modos relacionales contradictorios. Éstos se pueden entender como si dos o más categorías se manifestasen simultáneamente.

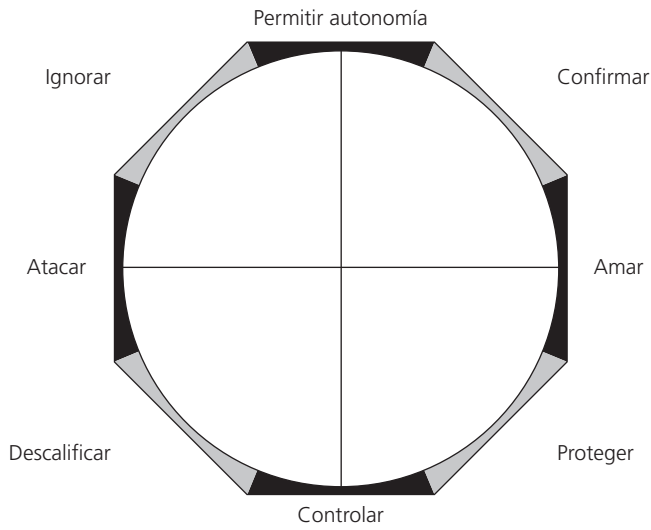
3.2.8

Resumen

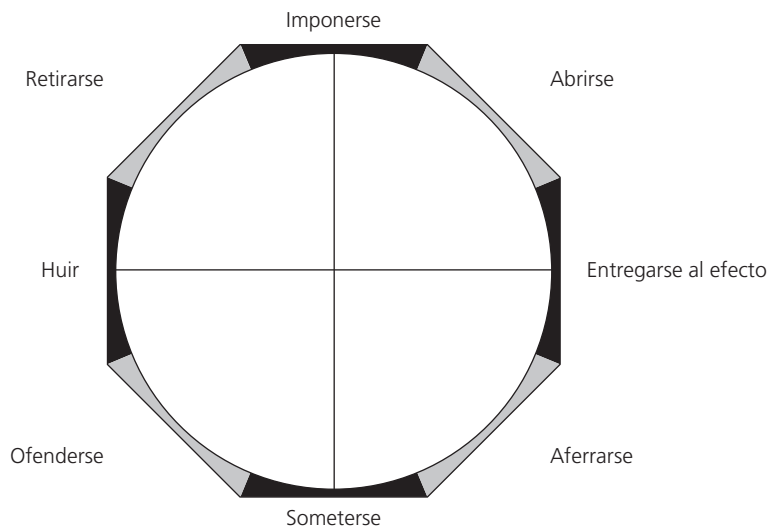
La estimación de la conducta relacional de un paciente se realiza después de una entrevista diagnóstica psicodinámica. A través de ésta deberían cristalizarse los patrones relacionales disfuncionales centrales que el paciente crea continuamente en diferentes áreas de su vida. Este modelo se identifica a través del examen de cuatro posiciones interpersonales,

Diagnóstico Psicodinámico operacionalizado (OPD)

Conducta interpersonal orientada hacia el otro



Conducta interpersonal orientada hacia sí mismo



Recuadro 3.1. Los dos niveles del modelo circunflejo de la conducta interpersonal (según Benjamin, 1974).

es decir, por medio de la descripción de la conducta del paciente mismo y de la de los otros (objetos). Para la descripción se utiliza una lista estandarizada de ítems relacionales que fueron elaborados a partir del modelo circunflejo de Benjamin (1979, 1993). Finalmente, se unen las cuatro posiciones, a través de una formulación dinámico-relacional, de manera que se vuelva comprensible el carácter disfuncional del modelo y se explique su persistencia.

3.3

Eje III: Conflicto

3.3.1

Definiciones preliminares: ¿qué son los conflictos?

En su significado general, conflicto (del latín *conflictus*, *confligere*: colisión, antagonismo) se refiere a la presencia de diferentes posiciones en el interior de una persona (contradicción de motivos, deseos, valores y representaciones) o entre diferentes personas (Brockhaus, 1990). Son pues fenómenos universales, comunes a la especie humana.

Las diferentes teorías psicológicas sobre psicogénesis del conflicto –por ejemplo, la teoría de la disonancia cognitiva, la teoría biológica de la conducta, entre otras– enfatizan diferentes aspectos de la experiencia humana. El concepto es fundamental en la comprensión psicodinámica de la experiencia clínica y ha ocupado, desde Freud, un papel central en el pensamiento psicoanalítico.

Ya en los *Estudios sobre la histeria* (1952 [1895]), Freud plantea con Breuer que el conflicto es el factor esencial en la psicogénesis de la neurosis, describiéndolo como una «contradicción intolerable en las representaciones», por ejemplo, en las representaciones que no son compatibles con las normas, ideas y valores consuetudinarios. Estas representaciones vergonzosas quedan sujetas a la represión, siendo rechazadas de la conciencia y hechas así inconscientes.

Freud fundamenta la universalidad del conflicto en la contradicción entre el principio del placer (*Lustprinzip*) y la realidad externa. Cuando

esta contradicción es resuelta, el yo «aprende» a mediar entre las exigencias internas y externas. Cuando no es capaz de ello, emergen los conflictos neuróticos inconscientes. En concordancia con la teoría cognitiva, se trata en este caso de «conflictos disfuncionales», es decir, de aquellos que limitan el desarrollo de un individuo, en tanto utilizan energía para mantener las defensas y perturban las relaciones interpersonales.

En los conflictos psicodinámicos, se trata por lo tanto de conflictos internos e inconscientes, que son responsables de trastornos neuróticos y psicosomáticos. Estos conflictos intrapsíquicos deben ser estrictamente delimitados de las sobrecargas conflictivas por estrés, que se elaboran en el nivel consciente. Debe considerarse sin embargo, que los conflictos conscientes internos o externos, cuando son suficientemente intensos y sostenidos, pueden también llevar a trastornos y en este sentido, actuar «conflictivamente» como los conflictos neuróticos (Heuft *et al.*, 1997a, 1997b; Hoffmann y Hochapfel, 1995; Schüssler, 1995).

Los conflictos intrapsíquicos internos son, pues, colisiones inconscientes entre grupos motivacionales distintos, por ejemplo, el deseo básico de ser cuidado versus el deseo de autarquía o autosuficiencia.

Ilustrado con un ejemplo de Mertens (1992): «Si me abandono totalmente a otro, tarde o temprano seré decepcionado, como no puedo soportar el dolor y la angustia por la separación, he aprendido a defenderme y a no permitir nunca que la relación con otro sea tan intensa que me haga dependiente de ella».

Esta presión interna y esta oposición de grupos motivacionales contrapuestos, mantenidos como trasfondo durante largo tiempo, llevan a un elevado estado de tensión interna. El concepto psicodinámico de conflicto, pues, se basa en el supuesto básico de que la conducta humana está constantemente influida por deseos, pensamientos y representaciones inconscientes. Visto así, un conflicto persistente implica además una fijación en una representación del tipo «es esto o lo otro», sin que de ello emerja una solución o decisión.

Las sobrecargas conflictivas, por otra parte, son conscientes y abordables mediante la elaboración y resolución del problema. En este sentido, Dührsen (1991) habla de «conflictos normales y conflictos antinómicos». Entiende por «conflictos normales» las dificultades internas y/o interpersonales de las que se es consciente, por ejemplo, el deseo manifiesto

de comer bien y simultáneamente el deseo de mantenerse delgado, por razones de salud o estéticas.

Como «conflicto antinómico» (del griego *nomos*: ley, norma) describe aquellos que surgen por razones externas y como polaridades claramente contrapuestas. Es decir, se trata de normas (éticas, sociales) contrapuestas, desde las cuales emerge el conflicto, por ejemplo, el deseo en una mujer de formar una familia y tener hijos, frente al deseo de desarrollo profesional. Este conflicto sólo puede ser resuelto renunciando a una de estas posibilidades.

El conflicto psicodinámico persistente, por otra parte, se distingue por 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 («fijación neurótica»). La capacidad de influir voluntariamente sobre este patrón conductual permite la distinción clínica con la simulación.

¿A qué procesos inconscientes nos referimos aquí? o, en definitiva, ¿es posible delimitar lo inconsciente? El mismo Freud utilizó el concepto en tres contextos, con significados diferentes: primero, desde un punto de vista dinámico, como el inconsciente reprimido, que incluye al ello y a las partes inconscientes del yo y del superyó (por ejemplo, expresiones de la pulsión, funcionamiento defensivo y conflictos, respectivamente). En segundo lugar, como los aspectos inconscientes del yo, que no han sido reprimidos y siempre han sido –y serán– inconscientes. En tercer lugar, incluyó en el preconscious todos aquellos pensamientos y sentimientos accesibles a la conciencia, pero que son habitualmente inconscientes (Freud, 1925 [1915]).

¿Qué sabemos en definitiva sobre el inconsciente? ¿A cuál de los distintos conceptos de inconsciente nos referimos? La mayor parte de la actividad cerebral transcurre de manera inconsciente, aun cuando no lo hace en un sentido dinámico ni preconscious (véase arriba). Las ciencias cognitivas contemporáneas otorgan gran importancia a los procesos inconscientes (Posner y Rothbart, 1989). De hecho, la mayoría de los procesos psíquicos son en esencia inconscientes, es decir, no nos percatamos del funcionamiento de nuestro cerebro, tampoco de cómo llegamos a recordar o a hablar. El procesamiento de información tiene lugar en procesos de elaboración simbólica y subsimbólica, de los cuáles sólo los

primeros son accesibles a la conciencia. Esto puede realizarse de manera verbal o visual, casi escenográficamente. Correspondientemente con estas vías de procesamiento de información, se distingue entre memoria declarativa (explícita) y memoria procedural (implícita). Se entiende como memoria implícita o procedural las costumbres y comportamientos que utilizamos de manera inconsciente (por ejemplo, el tono de voz en el que hablamos, su cadencia; los aprendizajes previos, como andar en bicicleta, conducir un coche, etcétera).

Las experiencias vitales se condensan, desde el comienzo del desarrollo y hasta la vida adulta, en relaciones de interacción continuamente recurrentes. En estas interacciones participan tanto los aspectos conscientes e inconscientes del objeto (el referente en las relaciones e interacciones), como la vivencia de éste, sus motivos y emociones, que imprimen un sello a las vivencias y actuaciones ulteriores. De este modo, se construyen esquemas cognitivo-afectivos, que Stern (1985) ha designado como «Representaciones de interacciones que han sido generalizadas» («Representations of Interactions that have been Generalized», RIGS). Los conflictos parentales, por ejemplo, se transfieren mediante las acciones conscientes e inconscientes de los padres, sus gestos y fantasías, a los patrones afectivos, perceptivos y conductuales de los hijos.

Los procesos inconscientes pueden ser inferidos y luego operacionalizados, tanto lo reprimido dinámicamente, como lo aprendido implícita e inconscientemente. Esta posibilidad se extiende también a lo consciente, así, el psicoterapeuta no tiene acceso a la vivencia consciente del paciente y depende para ello de lo que éste refiere y de cómo se comporta. Tanto lo consciente como lo inconsciente deben ser, pues, inferidos de las comunicaciones e indicadores indirectos del observador, en este caso el terapeuta. Cuando lo inconsciente se expresa en todas las actividades y esencialmente en las relaciones interpersonales, una comprensión de ello –tanto en lo intrapsíquico como lo relacional– no es sólo posible sino necesaria: los patrones y esquemas relacionales tienen una representación intrapsíquica y se expresan en la interacción. Relación y transferencia dejan de ser un fenómeno ligado a la situación analítica, posibilitan la expresión de patrones relacionales conflictivos y problemas estructurales, como expresión de realidades conscientes y preconscientes.

Mientras, el conflicto comprende sobre todo esquemas disfuncionales cognitivo-emocionales inconscientes, el concepto de trastorno estructural se refiere a una alteración de los fundamentos del procesamiento cognitivo-emocional procedural (para una revisión del tema, véase Schüssler, 2002).

El conflicto en el interior de la teoría analítica del desarrollo clásica

Con el desarrollo del modelo freudiano estructural, los conflictos psicodinámicos fueron conceptualizados básicamente como conflictos entre sistemas (intersistémicos), es decir, como conflictos entre el yo y el ello, entre el yo y el superyó, entre el yo y la realidad externa. Después se agregaron al modelo los conflictos intrasistémicos, entre distintas partes de un sistema (por ejemplo, entre diferentes aspectos del superyó).

La teoría psicoanalítica tradicional trata de describir algunos conflictos con la ayuda de los conceptos de libido y agresión, ligar su aparición a las etapas del desarrollo psicosexual y, con ello, llegar a una relación específica entre tipos de neurosis y conflictos pulsionales. Actualmente este intento es considerado incompleto, al menos en lo referido al vínculo específico entre tipo de neurosis y una etapa del desarrollo psicosexual específica (por ejemplo, entre la neurosis obsesiva y la etapa anal). Así, no podemos partir de la base de que los conflictos de individuación aparecen sólo en la etapa oral, ni sostener que los conflictos de agresión y autonomía lo harían solamente en la etapa anal. Tampoco podemos limitar los conflictos edípicos a la fase edípico-fálica, sino que comienzan ya con el desarrollo de las capacidades de simbolización y adquisición de roles (Dornes, 1993; Hoffmann y Hochapfel, 1995; Schüssler y Bert-Schüssler, 1992). Aun partiendo de la base de que todos los sistemas motivacionales están activos desde el comienzo hasta el final de la vida (Stern, 1995), éstos se despliegan, sin embargo, dependiendo de las etapas de maduración psicológica (funciones del yo, desarrollo del *self*, capacidad de simbolización). Además, algunos sistemas motivacionales son más significativos en algunas etapas específicas del desarrollo que en otras (por ejemplo, formación de la identidad y conflicto en la pubertad). Anna Freud (1965) fue quien primero trató de describir la influencia y los efectos recípro-

cos de los sistemas motivacionales en el desarrollo, aunque permaneció firmemente anclada al sistema pulsional libido-agresión.

Relación entre conflicto y estructura psíquica

La presencia de conflictos internos, inconscientes y perdurables está ligada a determinados prerequisites estructurales del yo, sin los cuales los procesos de génesis y elaboración del conflicto no son posibles. Cuando existen trastornos estructurales del yo claramente definidos, los conflictos clásicos no alcanzan a configurarse, tampoco aquellos mediados por situaciones internas o externas («situaciones desencadenantes»; Dührssen, 1954/1955). En este caso, bastan pequeñas sobrecargas conflictivas para que se manifieste un trastorno. Así pues, conflicto y estructura se complementan y condicionan recíprocamente en la patogénesis. Esto rige tanto para los clásicos conflictos de claro trasfondo biográfico, como para los trastornos estructurales. Los conflictos biográficos se generan a partir de una experiencia relacional conflictiva, por ejemplo, patrones relacionales recurrentes que pueden llevar incluso a la traumatización. Los traumas extremos en el desarrollo infantil (por ejemplo, agresión física y psíquica sostenida e intensa), se expresarán habitualmente como déficit estructurales, por ejemplo, como déficit y retrasos del desarrollo.

Los conflictos neuróticos requieren, pues, la siguiente constelación de rasgos:

- Predominio de conflictos inconscientes internalizados que van desde vivencias y conductas disfuncionales hasta la presencia de síntomas.
- Capacidad básica de regulación afectiva.
- Capacidad básica de autorregulación (Fonagy, 2005).

Ya que el conflicto y la estructura representan los polos de una complementariedad clínica (Mentzos, 1991), se comportan entonces como figura y fondo o como una pieza teatral (conflicto) representada en un escenario (estructura): el escenario es, pues, prerequisite para la representación (véase el capítulo 3.6).

En la experiencia clínica cotidiana, nos encontramos con numerosas interacciones entre condicionantes estructurales y conflictivos. Por ejemplo, en determinadas circunstancias el efecto de un vínculo negligente en

la infancia puede persistir y limitar seriamente la solución integral de las subsecuentes tareas del desarrollo (polo estructural). De este modo, se bloquea o imposibilita el balance, así como la superación e integración del desarrollo motivacional. Así también, las separaciones traumáticas en el desarrollo limitan la superación del tema «individuación versus dependencia», con la consecuencia de que –en el trasfondo de un déficit estructural– se vislumbra simultáneamente una experiencia conflictiva (oscilación entre dependencia e independencia forzada). No se trata en este caso de un conflicto estrictamente inconsciente, sino de acontecimientos conflictivos conscientes para el paciente, que denominamos «esbozos de conflicto» para distinguirlo del conflicto inconsciente.

En suma, en las estructuras escasamente integradas, todos los sistemas motivacionales se involucran de manera disfuncional y contradictoria, pero no se constituye un patrón conflictivo estable y bien delimitado.

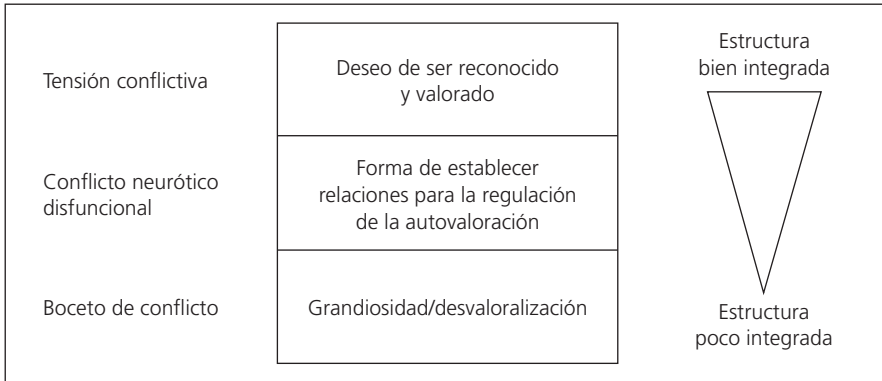
Podemos entonces trazar una línea dimensional que va desde la tensión conflictiva subclínica (características personales del individuo en el modo de vivenciar y enfrentar contradicciones motivacionales), pasando por los conflictos neuróticos ya descritos (patrones repetitivos disfuncionales, intrapsíquicos e interpersonales), hasta los «esbozos de conflicto» en las estructuras poco integradas. El concepto «esbozos de conflicto» se refiere a la presencia de patrones globales y mal delimitados en que se presenta un acontecer o experiencia conflictiva, pero un análisis más detallado evidencia la ausencia de una impronta estable y específica.

La situación podría ilustrarse como un «sándwich» en tres niveles (véase figura 3-2) para el conflicto de autovaloración. En el primer nivel, esencialmente, todos somos capaces de valorar a otros, y asimismo tenemos necesidad de su reconocimiento y valoración.

En el segundo nivel, de los conflictos neuróticos, en tanto, biográficamente se han desarrollado respuestas disfuncionales, unilaterales o inapropiadas (por ejemplo, sobrecompensación activa, modo activo del procesamiento de conflictos). Las situaciones que afectan el sentimiento de autoestima conducen a patrones repetitivos de resolución, acompañados del afecto correspondiente (por ejemplo, rabia narcisista; desvalorización del otro).

En las estructuras poco integradas (tercer nivel en el ejemplo), sin embargo, no existe un sistema estable del *self*. El esbozo de conflicto,

Diagnóstico Psicodinámico operacionalizado (OPD)



Recuadro 3.2. Modelo de niveles del tema conflictivo de autovaloración.

«valor del *self* versus valor del objeto» oscila abruptamente entre la grandiosidad (omnipotencia) y la desvalorización, o bien entre la inseguridad y la idealización, frente a exigencias o faltas habitualmente mínimas. La motivación que subyace al esbozo, entonces, no puede integrarse en un patrón estable de conflicto.

Las tensiones conflictivas, los patrones conflictivos y los esbozo de conflicto son simultáneamente eventos interpersonales (por ejemplo, ser ofendido por otro) e intrapsíquicos (representaciones, fantasías, sentimientos). Bajo la presión de eventos vitales importantes o extremos, se desarrollan contradicciones motivacionales conflictivas en la mayoría de las personas, siempre sobre el trasfondo de patrones vivenciales y conductuales individuales. Esta sobrecarga conflictiva (conflicto actual) debe distinguirse de los patrones conflictivos repetitivos, propios del conflicto neurótico. Por ejemplo: un hombre muestra en su vida previa una elaboración adaptativa de la tensión conflictiva, «cuidado versus autarquía», aun cuando ésta poseía gran significado durante su vida. Después de enfermar gravemente de cáncer, busca ser cuidado pasivamente. En la situación clínica, al evaluador le impresiona esta conducta conflictiva, sin embargo, la anamnesis deja muy en claro que hasta entonces no existía una vivencia o conducta referida a un conflicto neurótico.

El patrón conflictivo repetitivo, en situaciones desencadenantes, puede favorecer la aparición de síntomas. Por otra parte, si es muy acentuado,

puede configurar, desde una personalidad potencialmente condicionada por el conflicto («personalidad conflictiva», neurótica);² hasta un trastorno de personalidad (por ejemplo, trastorno de personalidad dependiente). En el pasado, a esta configuración dinámica se le llamó «neurosis de carácter» y actualmente –de acuerdo con el CIE-10– la conocemos como trastorno de personalidad. Pero también en este caso rige la consideración de criterios estructurales. La personalidad obsesiva, por ejemplo, comprende tanto una personalidad condicionada por conflicto, que a partir de una solución no adaptativa del conflicto «control versus sumisión» muestra una limitación clínicamente significativa de su experiencia y conducta, como un trastorno de personalidad que básicamente exhibe deficiencias estructurales.

Conflicto y diagnóstico

La identificación diagnóstica de los conflictos psicodinámicos exige un proceder tanto inductivo como deductivo. En este contexto, inductivo significa que a partir de fenómenos observables se pueden rastrear, en la historia individual del paciente y en el curso de su enfermedad, un número de formas repetitivas de vivenciar y conducirse. Paralelamente, en el polo deductivo, seremos testigos de sus esfuerzos por resolver adaptativamente este conflicto (adaptación a la vida, productividad laboral, relaciones personales). Las soluciones maladaptativas son reconocibles por su disfuncionalidad, llevan siempre a problemas sociales e interpersonales (por ejemplo, en la pareja), ligados a síntomas clínicos y/o trastornos de personalidad.

Conflicto y afecto guía

En la entrevista de evaluación, los conflictos pueden expresarse en la transferencia y contratransferencia y a través del afecto guía (Heigl-Evers y

2. «Konflikthafte Persönlichkeit» en el original corresponde a «personalidad conflictiva» en su traducción literal. Sin embargo, como esta denominación puede llamar a equívocos, se eligió una traducción más fiel al sentido: «personalidad condicionada por el conflicto». (N. de los T.)

Henneberg-Mönch, 1990), por ejemplo, la rabia narcisista después de una ofensa. La relación entre emociones y sistemas motivacionales requiere una consideración más precisa. Los motivos están ligados a emociones (Krause, 1998). «La emoción es la realización del potencial motivacional, cuando éste es desencadenado mediante el estímulo adecuado» (Buck, 1988: 25). Esto rige especialmente para las emociones básicas (rabia, tristeza, temor, asco, interés, sorpresa, alegría): por ejemplo, la rabia que se desencadena por un obstáculo que interfiere en la satisfacción de un deseo (que tendrá la función de remover el obstáculo) o la tristeza que se desencadena por la pérdida de un objeto.

Las emociones son mecanismos de regulación biopsicosocial que ayudan a la supervivencia; dan señales al propio cuerpo y a los otros; por ejemplo, la rabia expresada puede ser una advertencia antes del ataque.

Las emociones poseen además funciones en el dominio vincular (alegría, duelo, anhedonia), en la orientación intersubjetiva hacia el mundo (curiosidad, pérdida del interés) o funciones de protección (sorpresa, temor). Se muestran tanto como afectos breves (ira, rabia), «emociones de fondo» (Damasio, 2003) o estados de ánimo. Las «emociones de fondo» son duraderas, como la tensión, la relajación, el nerviosismo, el agotamiento, el desaliento y el júbilo anticipatorio, entre otros, y se manifiestan —como toda emoción— en cambios corporales, pero no como expresión facial (Damasio, 2003). Las emociones duraderas son llamadas también estados de ánimo (*Stimmungen, moods*) o de desánimo (depresiones) y se manifiestan corporalmente: cambios del sistema nervioso autónomo, de los sistemas endocrino y músculo-esquelético (por ejemplo, taquicardia, estreñimiento), irregularidades del ciclo menstrual, sensación de debilidad y falta de fuerza, entre otros.

A partir de estas emociones primarias se desarrollan emociones sociales aún más complejas, como la simpatía, la vergüenza, el orgullo, los celos, la envidia, el agradecimiento, la admiración y el desprecio; cuya génesis es principalmente determinada por los contextos sociales-interaccionales. Ejemplo de ello es el desprecio (emoción social), que usa el patrón corporal del asco (emoción básica); pero la configuración del desprecio tiene una impronta individual-social. Las emociones sociales de la vergüenza y la culpa, fundadas sobre la base de conflictos, están sujetas también a determinantes culturales e individuales (por ejemplo, culturas

en que se destaca la vergüenza y la culpa). Los sentimientos de vergüenza revelan una falla en el *self*, en la que éste no es responsable, sino víctima. La vergüenza conlleva emociones que van desde la humillación hasta la rabia y que están ligadas a fuertes reacciones del sistema nervioso autónomo. Los sentimientos de culpa devienen de trasgresiones morales (dictadas por el superyó individual): el *self* sería el victimario, los sentimientos de culpa llevan a la frustración y no se acompañan de reacciones autonómicas (Krause, 1998). La anulación de los sentimientos de culpa se consigue a través del autocastigo y/o reparación (del supuesto daño).

Las emociones constan de varios componentes, desde los motores, autonómicos y de mímica facial, hasta la percepción (sentimiento) y manejo del comportamiento. Justamente la percepción de emociones indeseables está sujeta a la influencia de las funciones psíquicas superiores (centros corticales) y constituye una de las etapas madurativas más importantes del desarrollo (percepción del afecto y regulación son funciones de la estructura psíquica, véase el apartado 3.4).

Una vez lograda esta maduración, las emociones pueden ser modificadas a través de los mecanismos de defensa, como la racionalización, el aislamiento, el volverse contra sí mismo y otros, hasta llegar a la represión. Cuando estos mecanismos defensivos son muy intensos, dificultan la percepción de las necesidades y sentimientos en la persona y en los demás. Esta forma especial de «configuración del conflicto» es definida como una rechazo defensivo de sentimientos y conflictos. En este caso, no existe un afecto guía del conflicto, de hecho esta ausencia es característica de este patrón. La defensa frente a los sentimientos revela preponderantemente una evitación general de los afectos anhedónicos. Esto muestra claramente la función protectora del yo, e incluso del *self*, propia de este mecanismo.

3.3.2

Lo que impulsa al hombre: de la motivación al conflicto

Los sistemas motivacionales desarrollados a partir de la evolución de los impulsos tienen un fundamento biológico. Sin embargo, en el ser humano, son modificables y susceptibles de ser modulados por las experiencias de

aprendizaje. Partimos del supuesto fundamental de que todos los sistemas motivacionales (exceptuando los referidos al sí mismo) están más orientados al objeto que hacia el placer (Fairbairn, 1952). El desarrollo de los sistemas motivacionales, así como el de la estructura, es un proceso permanente, que tiene un pasado, se muestra en el aquí y ahora y tiende hacia el futuro. Las relaciones y etapas madurativas tempranas se distinguen de las tardías en que son formativas: las experiencias interpersonales de las primeras relaciones crean patrones y prototipos, cómo comportarse frente a objetos cercanos cuidadores y qué se puede esperar de ellos respecto de la satisfacción y frustración (Emde, 2005; Stern, 1995). Esta orientación intersubjetiva del hombre crea las condiciones para la internalización de las experiencias individuales, un proceso que continuará a lo largo de la niñez y la juventud. En la edad adulta, se activan experiencias relacionales similares del prototipo de esquemas emocionales, «*self* con relación a los otros» (Stern, 1995). Sandler y Sandler traducen pulsión (o motivación) como un deseo representado, que contiene las reacciones esperadas o deseadas de un objeto significativo. Se forman así patrones de deseos, con metas y acciones en dirección a otros y con relación a sí mismo.

El desarrollo de toda actividad psíquica está siempre referido a la relación interpersonal y es dependiente de la internalización (aprendizaje), así como de todos los procesos que impulsan el desarrollo. Aun cuando la motivación/pulsión está basada en lo biológico y –como en la sexualidad– es esencial el órgano del placer, la sexualidad adquiere toda su significación en la experiencia de la matriz relacional. Si los conflictos neuróticos presuponen una estructura psíquica suficientemente integrada, éstos aparecerán más frecuentemente con el desarrollo y crecimiento de las capacidades simbólicas estructurales, en la infancia tardía y en la adolescencia.

En la psicología general de la motivación, el modelo de Maslow (1970), que parte de una jerarquía de las necesidades, es el más consolidado. Lo básico son las necesidades biológicas (alimentación, sexualidad), luego las necesidades de seguridad, vínculo (necesidad de pertenencia, de vivir en relación con otros y de ser amado), así como el sistema de motivaciones de la autoestima (sentimientos de autovaloración y reconocimiento por parte de los demás). Las necesidades cognitivas representan otra necesidad básica (necesidad de saber, de comprender y de nuevas

experiencias). Según Emde (2005), las motivaciones básicas del desarrollo, en la niñez temprana, son: actividad, regulación, orientación social, monitoreo afectivo y maduración cognitiva. La investigación neurobiológica básica aporta pocos datos definitivos sobre el desarrollo de los sistemas de motivación: «La motivación es así un complejo sistema conductual dependiente de controles provistos tanto por la homeostasis de estímulos internos como por incentivos externos, estos últimos a menudo dependientes del aprendizaje. Tales estímulos, en su conjunto, permiten una coordinación y una selección estado-dependiente de diferentes secuencias conductuales, que tienen elementos anticipatorios flexibles y otros terminales más estereotipados» (Squire *et al.*, 2003: 1125). Es importante la constatación de que la conducta (*terminal element*) se consolida más fuertemente a través del aprendizaje, básicamente inconsciente. Panksepp (1998) considera cinco sistemas motivacionales neurobiológicos fundamentales: sistema de búsqueda, sistema del placer (sexualidad), sistema de la rabia (autoafirmación), sistema del miedo (seguridad), ansiedad de separación (vínculo) y el subsistema cuidado.

Desde la perspectiva de la biología y de la psicología del desarrollo hay diferentes concepciones de los sistemas de motivación. Lichtenberg (1989) describe –sobre el trasfondo de la investigación neurobiológica temprana– cinco sistemas bien delimitados, basados en modos conductuales claramente observables desde el nacimiento:

1. La necesidad de satisfacer las necesidades fisiológicas.
2. La necesidad de vínculo.
3. La necesidad de autoafirmación y exploración.
4. La necesidad de oposición o retiro.
5. La necesidad de satisfacción sensorial o excitación sexual.

Cada sistema motivacional posee una base biológica. Los afectos tienen un significado central, ya que –además del lenguaje y junto con él– son el medio decisivo en la comunicación humana. Cada sistema se desarrolla a partir de patrones de interacción innatos y aprendidos. Posteriormente, cada sistema es configurado a partir de experiencias intersubjetivas y de interacción. Un desarrollo favorable lleva a la estabilidad. Si existen disonancias importantes entre las necesidades motivacionales, los deseos y su satisfacción, se desarrollarán patrones conflictivos.

En su modelo motivacional, König (1988) trata de unificar conceptos de la teoría psicoanalítica de la pulsión, de la psicología del yo y de la teoría de las relaciones objetales. Por una parte, define como «deseo relacional básico» la distinción entre el deseo de lo conocido y familiar y el deseo por lo nuevo. Por otra parte, define como «deseos relacionales centrales» los deseos de fusión, reconocimiento, cuidado, control y reconocimiento de las características sexuales individuales.

El modelo de motivaciones más elaborado proviene de Bischof (1985), quien relaciona conocimientos etológicos con principios psicodinámicos. Inicialmente, aparecerían deseos vinculares que buscan seguridad y cuidado junto con la búsqueda de excitación. Posteriormente, aparecen la curiosidad, deseos de autoeficiencia y sexualidad. Bischof muestra cómo las motivaciones pueden condicionarse entre sí, entretenerse o inhibirse mutuamente (por ejemplo, la cercanía en la familia inhibe la sexualidad y de allí derivaría el tabú del incesto).

Si resumiésemos lo expuesto hasta aquí desde una perspectiva biopsicosocial, al principio del desarrollo aparece la necesidad de satisfacción fisiológica, autopreservación y regulación, que está orientada al mundo externo, intersubjetivo (curiosidad, excitación, seguridad). Aquí nos encontramos con la «fase intencional» de Shultz-Henke (1931), en la que el tema central es el contacto orientado hacia el medio ambiente.

A continuación aparecen las necesidades vinculares (Bowlby, 1969; Harlow, 1971), con deseos de cercanía, cobijo y seguridad, pertenencia, experiencia de cuidado, intimidad y ternura. La teoría vincular de Bowlby y su enunciado central, según el cual la necesidad de vínculo, biológicamente determinada, busca alcanzar un estado de seguridad, reviste una importancia esencial, pero no abarca la totalidad de este complejo de motivaciones. A este sistema motivacional se oponen las aspiraciones y deseos de independencia, autoafirmación, y dominio sobre sí mismo (control, poder).

Más adelante, se desarrollan las necesidades de autovaloración y los sentimientos de autoestima. Esto ocurre entre el tercer año de vida y el cuarto, a partir del desarrollo del *self* y dependiendo de él; es decir, y como lo ha planteado Stern (1985), con el desarrollo del *self* emergente, el *self* nuclear, el *self* subjetivo y el *self* verbal («yo»). La valoración del sí mismo y la del objeto se complementan, ya que esta última se desarrolla a partir de experiencias objetales positivas y exitosas.

En la infancia tardía y en la pubertad termina –aunque no definitivamente– el desarrollo del *self* con la formación de la identidad. La meta es alcanzar una identidad definida, si es posible, libre de contradicciones, con capacidad de autoconservación, conciencia de sí misma y competencia social. Los sistemas motivacionales «altruismo» y «cuidado» se desarrollan en estrecha interacción con el desarrollo del superyó.

El sistema de motivaciones sexual comienza con la preformación del placer corporal y el desarrollo de la identidad de género en la niñez (hombre/mujer en relación con los padres y redes sociales) y se dirige en la pubertad a la actividad sexual y la seducción, la curiosidad y exhibición sexual.

Las interacciones con otros sistemas motivacionales serían evidentes a propósito de la sexualidad: alcanzar la motivación sexual sin el logro de un vínculo previo o un desarrollo del *self* seguro es casi imposible (Bischof, 1985). A partir de estos sistemas de motivación básicos, se construyen múltiples sistemas emocionales determinados sociocultural e individualmente (véase lo expuesto previamente). Anna Freud (1987, 1936), a través de su teoría de las líneas de desarrollo, fue quien primero describió la influencia recíproca de los sistemas de motivación durante su evolución y la acción recíproca de éstos en el aquí y ahora.

Líneas del desarrollo según A. Freud:

- Desde la dependencia infantil hasta la vida amorosa adulta (unidad biológica, amor anaclítico, etapa de las relaciones objetales, relaciones ambivalentes de la fase sádico-anal, fase edípica, período de latencia, prepubertad, pubertad).
- Hacia la independencia física (desde la etapa de lactante hasta la alimentación independiente, desde la enseñanza del aseo corporal hasta la limpieza, desde la irresponsabilidad hasta la responsabilidad por el propio cuerpo).
- La vía del egoísmo hasta la participación social.
- La vía del autoerotismo hacia el juego y de éste al trabajo.

Estas líneas del desarrollo se modificarán por conflictos que serán posteriormente internalizados. De acuerdo con su secuencia temporal, los llamó:

- Angustia de aniquilamiento por la pérdida del cuidado materno (angustia de separación, angustia por la pérdida del objeto).
- Angustia por la pérdida del amor del objeto (después del establecimiento de una relación constante).
- Angustia frente a la crítica y al castigo (durante etapa sádico-anal).
- Angustia de castración (en la etapa fálico-edípica).

Este desarrollo puede compararse de manera ilustrativa con el tejido de un tapiz: al comienzo una hebra, sistema de motivaciones, se conecta con otras, formando finalmente, en conjunto, un patrón individual en el que las hebras se condicionan y se influyen mutuamente. Bischof (1985: 467) ha representado algo comparable a esto en un complejo diagrama de flujo.

3.3.3

Diagnóstico del conflicto: antecedentes

Una gran desventaja de la psicoterapia psicodinámica en su desarrollo científico y clínico ha sido la falta de definiciones claras y planteamientos sistemáticos respecto al diagnóstico del conflicto y su formulación psicodinámica. En 1959, Weisman propuso tres requisitos básicos que debería cumplir una formulación psicodinámica de un conflicto (Weisman, 1959):

1. La formulación psicodinámica debe partir de observaciones descriptivas (fenomenológicas) y psicodinámicas.
2. El lenguaje de esta formulación psicodinámica debe ser suficientemente preciso y permitir una comprensión y estandarización.
3. La formulación psicodinámica debe poder inferirse de la entrevista clínica.

El más detallado e influyente intento de formular y conceptualizar sistemáticamente los conflictos psicodinámicos se remonta a Anna Freud. Junto a sus colegas de la Clínica Hampstead (Eissler *et al.*, 1977), desarrolló un «perfil diagnóstico», que incluía en el conflicto la amplitud del

deseo pulsional, la configuración del yo y las posiciones del superyó, con sus correspondientes puntos de fijación y regresión. Sin embargo, el uso de este instrumento fue relativamente restringido. Ello se debió, por una parte, a su exclusiva referencia a la teoría psicoanalítica clásica, así como a la amplitud de su evaluación, que dificultaba su aplicación clínica. Sin embargo, formuló además una evaluación de desarrollo infantil, que encontró más eco y fue más utilizada (1968).

Evaluación psicodinámica del desarrollo según A. Freud:

- Motivo de la evaluación.
- Descripción del niño.
- Trasfondo familiar e historia temprana.
- Influencias ambientales.
- Libido (desarrollo libidinal, libido objetal, distribución de la libido).
- Agresión (cantidad, forma, dirección).
- Desarrollo del yo y del superyó (funciones y defensas del yo).
- Puntos de fijación y de regresión.
- Conflictos (externos, internalizados y conflictos internos profundos).
- Características y actitudes generales.
- Categorías diagnósticas.

Partiendo del material clínico, Malan (1979), así como Strupp y Binder (1993), en el marco del desarrollo de sus respectivas terapias breves, se han ocupado de la elaboración de los conflictos centrales. Ambos enfoques tienen como presupuesto compartido que los problemas actuales del paciente son una repetición del conflicto central entre ciertos deseos y ansiedades. En esta formulación se pasa a menudo por alto la significación de los factores estructurales. Sus planteamientos se apoyan en tres elementos: el deseo (impulso), la ansiedad y la defensa correspondiente, que se manifestarían claramente en la biografía, la problemática actual y la transferencia.

Perry (1990) trató de objetivar los conflictos psicodinámicos en su «Escala de evaluación de los conflictos psicodinámicos» (Psychodynamic Conflict Rating Scales). En su definición, los conflictos psicodinámicos abarcan los deseos más significativos y las angustias respectivas, es decir, el modo en que el ser humano trata de evitar los conflictos y frente a qué

sobrecargas muestra sus vulnerabilidades. Perry describe 14 conflictos, por ejemplo, el deseo de dominar a otros, el hambre objetal, la ansiedad frente a la fusión, el conflicto frente al placer sexual versus la culpa, entre otros.

Cada uno de estos conflictos tiene una breve definición, por ejemplo, el conflicto «de pseudoindependencia»: «Los individuos con este conflicto tratan de mantener su autonomía evitando sus propias necesidades de dependencia. Sus vulnerabilidades radican principalmente en temores de pérdida del control y autonomía, especialmente cuando se desarrollan afecto y deseos de dependencia hacia otros».

La confiabilidad de este instrumento no ha sido suficientemente probada hasta ahora. Sin embargo, en un estudio clínico del instrumento, los conflictos así definidos fueron capaces de discriminar distintos grupos diagnósticos (Perry *et al.*, 1989a; Perry *et al.*, 1987; Perry *et al.*, 1989c). Perry incorpora en su formulación del conflicto, sin embargo, no sólo el conflicto y sus manifestaciones conscientes e inconscientes, sino además el grado de integridad estructural. Esto dificulta una clara separación diagnóstica entre los problemas estructurales y los conflictivos.

Los requerimientos de Weisman presentados previamente, referentes a las características ideales que debiera poseer un instrumento de evaluación psicodinámica, aparte del OPD, se satisficieron mejor con el «Karolinska Psychodynamic Profile» (KAPP; Weinryb y Rössel, 1991). Este instrumento evalúa aspectos específicos de la personalidad, la calidad de las relaciones interpersonales, la diferenciación de los afectos, la percepción del propio cuerpo, la sexualidad y aspectos de la relevancia social.

Los conflictos descritos son los siguientes:

1. Intimidad y reciprocidad.
2. Dependencia y separación.
3. Rasgos controladores de personalidad.
4. Rasgos alexitímicos.
5. Concepciones de la apariencia corporal y su significado para la autoestima.
6. Satisfacción sexual.

7. Sentido de pertenencia.
8. Sentimientos de ser necesitado por otros.

Estos conflictos psicodinámicos básicos están descritos fenomenológicamente. Como ejemplo, sirva la definición de la categoría «dependencia y separación», con sus tres soluciones tentativas: «La capacidad de establecer relaciones maduras de dependencia y la capacidad de hacer duelo y elaborar la pérdida de personas significativas, de ideales, partes y funciones del cuerpo, así como de posesiones materiales:

1. Puede establecer relaciones maduras de dependencia.
2. Puede establecer relaciones de dependencia.
3. Puede establecer solamente relaciones infantiles de dependencia».

En este ejemplo es muy probable que se esté evaluando en mayor grado la estructura de la personalidad antes que el conflicto. Hasta donde sabemos, la confiabilidad inter-evaluador del KAPP ha sido evaluada sólo en un grupo pequeño de entrevistadores (cinco jueces), aunque los valores de confiabilidad alcanzados fueron muy altos (0,72-1,0).

3.3.4

Conflictos en el OPD

Considerando las bases teóricas y empíricas presentadas hasta ahora, el OPD llegó a las siguientes definiciones de conflictos (perdurables en el tiempo):

1. Individuación versus dependencia.
2. Sumisión versus control.
3. Cuidado versus autarquía (autosuficiencia).
4. Conflicto de autovaloración.
5. Conflicto de culpa.
6. Conflicto edípico.
7. Conflicto de identidad (identidad versus disonancia).

Esta selección es, por una parte, tradicionalmente psicodinámica, lo que es particularmente cierto para los conflictos de dependencia, culpa, control y edípicos. Por otra parte, presenta novedades al enfatizar sistemas de motivación y conflictos clínicamente relevantes, pero hasta ahora poco reconocidos, especialmente el conflicto entre necesidad de cuidado versus autarquía y el conflicto «puro» de identidad, en nuestra opinión tradicionalmente subvalorado.

La necesidad de cuidado versus autarquía (autosuficiencia) está a menudo entrelazada con el conflicto de individuación versus dependencia. Este planteamiento coincide tanto con el freudiano como con el presupuesto conductista según el cual el vínculo emocional es una consecuencia de la manera en que fue experimentado el cuidado. De acuerdo con Bowlby (1969), incluso el apego –y, en consecuencia, la experiencia de dependencia– constituye un sistema motivacional en sí mismo, herencia evolutiva de todos los primates y la mayoría de los mamíferos. Actualmente es posible considerar esta teoría, cuyos precursores provienen del psicoanálisis, como firmemente establecida. En el contexto clínico, no puede descuidarse la necesidad de distinguir entre necesidades de dependencia y de cuidado. Del mismo modo, es posible y necesario distinguir entre necesidades de individuación y autarquía.

En nuestra opinión, también los conflictos de autoestima han sido subvalorados en su papel patogénico. Parece haber contribuido a ello el hecho de que, en la teoría de Kohut (1971), ellos representan «tensiones intrasistémicas» en vez de conflictos intrapsíquicos. Lo mismo ocurre con los conflictos de identidad, tradicionalmente subestimados en su papel patogénico; habitualmente son clasificados junto con los conflictos de autovaloración, en el sentido de que son «metidos en la misma bolsa que los conflictos narcisistas». Del mismo modo, en los conflictos elegidos por nosotros es posible diferenciar su secuencia y su frecuencia. Así, el conflicto más frecuente parece ser el de individuación-dependencia.

Claramente, nuestras definiciones del conflicto no se refieren a los supuestos psicoanalíticos del desarrollo. Más bien, se basan en los sistemas de motivación básicos y –aunque hacemos referencia a los conflictos inter e intrasistémicos–, no existe relación con el clásico modelo

psicoanalítico estructural (yo, ello, superyó). Los términos psicoanalíticos tradicionales se han evitado hasta donde ello ha sido posible (por ejemplo, «conflictos orales y anales»), con el objeto de tomar distancia de los presupuestos del desarrollo antes mencionados, así como también debido a la ambigüedad específica de cada escuela teórica. El modelo de conflicto presentado aquí utiliza como unidad básica la experiencia interaccional conflictiva de una persona. Estas experiencias pueden ser deducidas desde su fenomenología (superficie) e inferidas en su significado inconsciente.

Complementariamente a estos conflictos permanentes en el tiempo y sobre el trasfondo de drásticos cambios de vida y situaciones severamente estresantes, encontramos los llamados «conflictos inducidos por eventos vitales estresantes», o conflictos por sobrecarga. El término se refiere a eventos estresantes que, en virtud de su severidad, a menudo desencadenan conflictos entre sentimientos, pensamientos y experiencia, y que aparecen entonces como «conflictivos» sin que exista un conflicto inconsciente, disfuncional y biográficamente determinado. Aunque Anna Freud tuvo el mérito de destacar la importancia de los conflictos externos (A. Freud, 1965), en el psicoanálisis clásico se ha enfatizado la relevancia de los conflictos internos o internalizados, en claro desmedro de los conflictos externos. Abundan las razones para ello. La razón más frecuentemente usada fue que aparentemente el conflicto externo se hace dinámicamente activo sólo si tiene una representación (conflictiva) interna. En otras palabras, si primariamente fueron conflictos intrapsíquicos. El argumento previo es correcto y erróneo a la vez: cada evento vital individual estresante se desarrolla sobre condiciones motivacionales y estructurales preexistentes. Si, hasta entonces, los mecanismos de afrontamiento (*coping*) funcionaban adecuadamente, la dinámica conflictiva –desencadenada por eventos vitales severos– evidentemente no es ni debe confundirse con un conflicto neurótico de larga data y determinante del funcionamiento en la vida. En estos casos, no se trata de conflictos disfuncionales inconscientes y persistentes, sino de dinámicas inducidas por el evento vital (Heuft *et al.*, 1997a; Heuft *et al.*, 1997b).

3.3.5

Similitudes y diferencias entre el eje «Conflicto» en el OPD-1 y el OPD-2

El OPD-2 introduce nuevos e interesantes desarrollos, tales como definiciones operacionales más precisas de los contenidos comprendidos en algunos conflictos (por ejemplo, las áreas vitales relacionadas con el cuerpo y la sexualidad), así como una delimitación más clara respecto de algunos de ellos (por ejemplo, individuación/dependencia en vez de autonomía/dependencia, como describía el OPD-1). En este sentido, uno de los propósitos del OPD-2 es contextualizar los conflictos neuróticos en una teoría motivacional del desarrollo que trascienda la teoría psicoanalítica tradicional. Esto permite conceptualizar y diferenciar con mayor precisión las áreas de conflicto y estructura psíquica en un modelo dimensional, que se extiende desde las tensiones debidas a conflictos –por la vía de conflictos neuróticos repetitivos– hasta la representación de esbozos de conflicto.

3.4

Eje IV: Estructura

3.4.1

El concepto de estructura

La estructura puede ser representada como la unión ordenada de las partes de un todo. Con el fin de explicarla se puede hacer referencia a las reglas de su funcionamiento y a la historia de su creación.

En ese sentido, el concepto de estructura se utiliza en diferentes disciplinas, como, por ejemplo, «la estructura geológica de la cuenca del Rin, la estructura molecular de un cristal, la estructura etaria de la población, la estructura de poder de una sociedad, la estructura de textos, de dibujos, de idiomas, de la comunicación».

Para entender las estructuras como algo significativo y útil, generalmente es necesario referirse a la historia de su desarrollo, es decir, a la génesis de su construcción y modo de funcionamiento en el contexto

histórico. Debido a que constantemente se generan hipótesis sobre la función, la construcción y la historia de las estructuras, aquellas que no son accesibles al examen directo tienen carácter de modelos y constructos explicativos, es decir, sólo pueden ser formuladas en el marco de supuestos teóricos. En consecuencia, estos modelos se encuentran vinculados a determinadas teorías y son expresados en ese lenguaje conceptual. El uso del concepto de estructura requiere, por lo tanto, una revisión crítica constante de los supuestos teóricos en los que se basa.

Cabe considerar que las estructuras se hallan compuestas por subestructuras que a su vez conforman una parte de un sistema superior en una red de interdependencias. Éstas representan un ensamblaje de informaciones que, a su vez, organizan las experiencias y las elaboran. En este punto el concepto es cercano al concepto de sistema, que subraya los procesos dinámicos de equilibrio homeostático en el sentido de circuitos reguladores cuya efectividad no responde a procesos lineales.

3.4.2

El concepto de estructura psíquica

La estructura, en el sentido psicológico, se refiere al tejido de disposiciones psíquicas, que abarca todo lo que en la vivencia y conducta del individuo se desarrolla de manera regular y repetitiva (consciente o alejado de la conciencia). La estructura determina el estilo personal y permanente (Shapiro, 1965) a través de la cual el individuo puede recuperar su equilibrio intrapsíquico e interpersonal. La estructura no dañada posee la disposición flexible y creativa de funciones que tienen un efecto regulador y adaptativo, intrapsíquico e interpersonal.

La estructura no es rígida ni inmutable, ya que evidencia procesos de desarrollo durante toda la vida. No obstante, la velocidad de cambio de estos procesos es tan lenta que predomina la impresión de constancia; enlazándose en ese sentido con términos como identidad, carácter o personalidad. En contraposición con la concepción estática de estructura, el enfoque dinámico entiende las estructuras psíquicas desde una perspectiva evolutiva, según la cual, como decíamos, aquéllas se forman durante toda la historia vital. Aunque las estructuras psíquicas se fundan

en disposiciones de personalidad ancladas genéticamente, adquieren forma durante la infancia y son sometidas durante toda la vida, en mayor o menor medida, a muchos cambios.

Las estructuras psíquicas son disposiciones, por lo que no son observables, se manifiestan únicamente en situaciones concretas y actuales, a partir de las cuales se conjeturan las características estructurales más permanentes (análisis dinámico-situacional de estructuras). Estas deducciones no son nunca exhaustivas, la descripción de estructuras de personalidad es siempre provisoria e incompleta (contradiciendo la lógica de estabilidad). Es así como, en el plano psicológico, resulta limitado el concepto de estructura referido a la estabilidad en el tiempo. El concepto de estructura debe incorporar aspectos de la dinámica del desarrollo como un potencial de cambio a través del tiempo, aun cuando dicho cambio sea lento (*slow-change-model*). Las estructuras cambian a través de la integración de información nueva, establecen renovadas reglas de regulación hasta que se vuelven a transformar a través de nueva información.

3.4.3

El concepto psicoanalítico de estructura

Como en las otras ciencias, en la literatura psicoanalítica tampoco se encuentra un concepto unificado de estructura. En la evolución del concepto se distinguen algunos hitos:

- *El modelo estructural topográfico.* Freud habla, por ejemplo, en *El yo y el ello* (Freud, 1923a) o en las *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis* (Freud, 1933), de las «relaciones estructurales en la personalidad», cuando describe la acción conjunta del yo, el ello y el superyó. No era propósito de este modelo describir contenidos específicos, sino describir la relación entre los contenidos y los mecanismos del funcionamiento psíquico en la topografía del «aparato mental», para, por ejemplo, distinguir entre el funcionamiento consciente y el funcionamiento inconsciente.
- *La estructura del carácter.* Aquí se trata de términos que, en forma sintética, describen tipologías de actitudes caracterológicas. Estas tipologías se apoyan teóricamente en la metapsicología y la psicología del

desarrollo (personalidad oral, carácter anal, etcétera; véase Abraham, 1925). El concepto de neurosis del carácter corresponde a una categoría diagnóstica opuesta al de neurosis de conflicto. El término neurosis del carácter se corresponde en parte con el concepto contemporáneo de trastorno de personalidad.

- *La estructura neurótica*. En la descripción del concepto neuropsicológico de Schultz-Hencke (1951) se habla de estructuras neuróticas histéricas, obsesivas, depresivas y esquizoides. Se trata de un concepto derivado de la teoría de la pulsión, que describe los efectos, en la formación de rasgos caracterológicos, de represiones pulsionales determinadas. Para el diagnóstico clínico de estas estructuras se toman en cuenta manifestaciones parciales que se integran en un todo, por ejemplo, «estructura neurótica, depresiva-histérica» (véase Schwidder, 1972a, 1972b).
- *La estructura del yo*. Desde la perspectiva de la psicología del yo (Hartmann, 1960) fue posible sistematizar funciones yoicas (Bellak y Hurvich, 1969) y luego operacionalizarlas, de manera de poder inferir a partir de ellas el funcionamiento estructural del yo (fortaleza o debilidad del yo).
- *La estructura de las relaciones objetales*. Los procesos de internalización, con sus etapas de maduración, que incluyen la construcción de representaciones del objeto y del *self* fueron descritos sistemáticamente por Kernberg, quien los refirió a los trastornos de personalidad y les dio utilidad clínico-terapéutica (Clarkinet *al.*, 2004a; Kernberg, 1976, 1977, 1980, 1984). Los esfuerzos de Kernberg estaban centrados en integrar la mayor cantidad de conceptos psicoanalíticos aceptados y utilizarlos como criterios para definir niveles de funcionamiento de la personalidad.

3.4.4

Teoría del desarrollo y estructura

Las investigaciones en recién nacidos y lactantes adquirieron en las últimas décadas un significado especial en la comprensión del concepto de estructura. Lo mismo sucede con las investigaciones sobre el vínculo, que fueron emprendidas cada vez más por los psicoanalistas (Dornes, 1997; Ende, 1981;

Fonagy *et al.*, 2002; Fonagy y Target, 1997; Gergely, 2002; Grossmann *et al.*, 1989; Lichtenberg, 1983; Papoušek, 1989; Stern, 1979, 1985).

Los hallazgos destacan la tendencia congénita del recién nacido a la búsqueda de objeto y su temprana capacidad para involucrar al adulto en interacciones sociales. En estos placenteros juegos de interacción también están incorporados el cuidado corporal y la alimentación, los cuales ya habían sido destacados por la teoría clásica (en el sentido de la oralidad, o bien, de la relación libidinal temprana). En estas etapas tempranas del desarrollo, el yo comienza a organizarse, orientándose al no-yo, al mundo de los objetos, de manera emocional y predispuesto a la acción (funciones intencional-comunicativas del yo; Rudolf, 1977).

Las interacciones repetitivas entre el lactante y los objetos emocionalmente favorecedores y disponibles incorporan el ensayo de funciones estructurales, a través de la experiencia de ser comprendido y tratado de manera empática. El desarrollo de la estructura del *self* cumple con una etapa importante cuando éste puede considerarse a sí mismo como objeto y, en consecuencia, puede referirse a sí mismo en forma reflexiva. Así, a partir del decimotercero mes se puede observar la conformación de un espacio mental que puede contener la representación simbólica inicial del mundo experiencial. El grupo de Fonagy destaca en este punto el progresivo desarrollo de la mente psicológica y de la mentalización, que finalmente se expresa a través de la disponibilidad de la función reflexiva (Fonagy *et al.*, 2002).

En la constante relación con el mundo objetual se distinguen, por un lado, las funciones organizadoras y de manejo del yo, y, en segundo plano (Ferrer), las representaciones del *self* y de los objetos significativos. Los objetos se vivencian, entonces, como separados del *self*, se reconocen, se cargan afectivamente y se internalizan. El ajuste emocional de los objetos significativos y, especialmente, las interacciones cargadas afectivamente entre el infante y el cuidador tienen no sólo las imágenes y actitudes hacia este último, sino también la imagen del *self*, así como la autoestima del infante. La estructura del *self* y la estructura de las relaciones objetuales maduran, por lo tanto, en una densa red de interacciones. El *self* gana progresivamente mayor coherencia, límites y capacidad de auto-organizarse. Con ello se va fortaleciendo el vínculo con los objetos seguros. Esta seguridad del vínculo objetual favorece, por otro lado, el desarrollo de la

autonomía del *self*, la cual, en etapas posteriores, y con un yo fortalecido, favorecerá el desprenderse de los objetos y comenzar a confrontarse con ellos. Al final del desarrollo se encuentra un *self* autónomo, con un sentido de identidad capaz de regular la imagen de sí mismo y la autoestima, así como su conducta y manejo.

3.4.5

Operacionalización de estructura en el OPD

El OPD se esfuerza por lograr una integración de los conceptos de estructura ya descritos (Rudolf, 1993); y renuncia así, en la medida de lo posible, al uso de los conceptos psicoanalíticos tradicionales. Es decir, busca aprehender la conducta y la vivencia de los pacientes acercándose lo más posible a lo observable. Esto lleva a una descripción funcional de la estructura como *self* en relación con los objetos (Rudolf, 2002a; Rudolf *et al.*, 1995).

Así como los procesos psíquicos transcurren al mismo tiempo en el nivel somático, fundamentando de esa manera un aparente dualismo, las funciones estructurales se pueden referir tanto al interior psíquico como al exterior social, es decir, al *self* y a los objetos.

La estructura del *self*. El *self* se manifiesta a través de la función reflexiva, el yo se toma a sí mismo como objeto de la percepción. De esta manera, gana una imagen de sí mismo y, a través de la constancia y coherencia, una vivencia de identidad. El *self* se ve valorado por otros y se valora a sí mismo (autoestima). Integra todas las funciones psíquicas y disposiciones en un todo y regula así los procesos internos (afectos, impulsos, autoestima). También son parte de estas funciones regulativas el uso y la disponibilidad de defensas flexibles que resultan de la internalización de un sistema normativo adecuado.

Desde pequeño se desarrollan procesos de internalización, como una forma de decantar las experiencias relacionales más importantes las que no sólo permiten construir una imagen de los objetos significativos (representaciones objetales) sino también construir la autoimagen (representaciones del *self*).

La internalización de objetos suficientemente buenos es decisiva para la función de autorregulación y de regulación de los afectos, especialmente

para la capacidad de tranquilizarse y consolarse a sí mismo. La función autorreflexiva también implica estructuralmente la capacidad de comunicación interna, de diálogo interno, en la que se integran la emocionalidad, las propias necesidades, el mundo de fantasía y las vivencias.

La relación con los objetos. Todos los aspectos del *self* encuentran su correspondencia con los objetos externos. Según la psicología del desarrollo, las experiencias relacionales conforman el fundamento para el desarrollo y regulación del *self*. Paralelamente con la percepción reflexiva del *self* se pueden describir las percepciones realistas del objeto. Las percepciones se vuelven realistas en el sentido adulto, gracias a la diferenciación segura de *self* y objeto, por medio del establecimiento de límites entre ambos y la aceptación de que el objeto posee una realidad propia independiente del *self*.

Los procesos de manejo del *self* se corresponden, en el nivel de las relaciones objetales, con capacidades estructurales para establecer vínculos de manera que los propios intereses y los ajenos sean considerados apropiadamente, y de modo que, al mismo tiempo, este vínculo pueda ser protegido de los propios afectos e impulsos. Para ello se requiere también la capacidad de anticipación de la reacción de los otros.

El hecho que los otros puedan ser experimentados como objetos separados, delimitados, que no son uno con el sujeto, hace necesario darse a entender comunicativamente. Esto se lleva a cabo por medio de la expresión emocional, que permite llegar emocionalmente al otro o ser afectado emocionalmente por el otro; aquí resulta importante la capacidad de situarse transitoriamente en el mundo interno del otro (empatía).

De esta manera la estructura puede ser detallada según el OPD a través de cuatro dimensiones, las cuales siempre distinguen la referencia al *self*³ y la referencia a los objetos.

Percepción del *self* y percepción de los objetos:

Capacidad de percibirse autorreflexivamente.

Capacidad de percibir al otro en forma total y realista.

3. En la presente traducción hemos utilizado tanto la palabra original en inglés, *self*, como la traducción literal «sí mismo», ambos de uso común en la nomenclatura psicoanalítica. (N. de los T.)

Manejo del *self* y de la relación:

- Capacidad de regular los propios impulsos, afectos y autoestima.
- Capacidad para regular la relación con el otro.

Comunicación emocional hacia dentro y hacia afuera:

- Capacidad de comunicación interna a través de afectos y fantasías.
- Capacidad de comunicación con los otros.

Vínculo interno y relación externa:

- Capacidad de utilizar objetos buenos internos para la autorregulación.
- Capacidad de vincularse y separarse.

3.4.6

Estructura y trastornos estructurales: diferentes niveles de integración

La estructura del adulto es entendida, desde el punto de vista de la psicología del desarrollo, como el resultado de un proceso de maduración en el que se evidencia una progresiva diferenciación e integración, la cual ante todo se caracteriza por una creciente mentalización (mente psicológica). Se trata de la construcción de la representación intrapsíquica del mundo objetual externo (representación del objeto), así como de las experiencias y las actitudes del *self* en el contacto con el mundo objetual (representación del *self*, representación de la interacción). El equilibrio de la estructura significa que el individuo puede disponer de ese espacio psíquico y que lo puede regular a fin de crear y mantener relaciones interpersonales de una manera satisfactoria. La estructura individual no sólo se manifiesta a través de limitaciones y debilidades, sino también a través de recursos y fortalezas.

El trastorno estructural se puede entender en el sentido de un déficit del desarrollo, a causa del cual no se han logrado ciertas diferenciaciones estructurales y fases del proceso de integración. El *self*, en consecuencia, no puede ser autónomo, es incapaz de regularse suficientemente, y no logra reflejarse a sí mismo; no se pudo desarrollar un vínculo seguro con otros significativos capaces de brindar soporte.

En el caso de vulnerabilidad estructural, sí hubo un desarrollo de la estructura, pero no se logró una suficiente estabilidad, lo que en situaciones de estrés interno o externo hace que se pierdan funciones ancladas estructuralmente y se activen estados de ansiedad y desintegración.

Para el diagnóstico diferencial es relevante la distinción entre las capacidades estructurales habituales y manifestaciones agudas que pueden aparecer en situaciones de estrés. Conflictos reales que ejercen una fuerte presión emocional (por ejemplo, crisis interpersonales, separaciones o sucesos vitales estresantes) pueden, en combinación con falta de sueño, grandes esfuerzos corporales, excesivo uso de alcohol, nicotina, medicamentos, drogas, etcétera, desencadenar procesos regresivos, que se expresan como si fueran alteraciones estructurales (por ejemplo, pérdida de la regulación afectiva y de la autoestima, dudas sobre la propia identidad, rupturas en la comunicación, confusión proyectiva entre *self* y objeto, etcétera). En el nivel de estructura del OPD no se evalúan estas reacciones por estrés y los desequilibrios estructurales desencadenados eventualmente por ellas. Más bien se busca evaluar el modo habitual y estable de funcionamiento del último año o de los últimos dos años.

La lógica con que la literatura aborda las diferencias estructurales tiene bases teóricas diferentes. La entrevista estructural de Kernberg (1977, 1981) distingue entre nivel estructural neurótico, limítrofe (*borderline*), psicótico y proporciona una operacionalización descriptiva de los niveles, que se definen especialmente por la identidad, las defensas y la prueba de realidad. En otro contexto, Kernberg define los diferentes niveles estructurales (*higher level, intermediate level, lower level, psychotic*), en el cual los criterios utilizados para la estimación son el superyó, la identidad del yo, la prueba de realidad, el desarrollo de los impulsos, las defensas, rasgos del carácter, relaciones de objeto y afectos (Kernberg, 1970, 1998, 2001).

Lohmer y colegas (1992) describen un sistema diferenciado basado en una lógica psicoanalítica similar. Su objetivo también es poder diferenciar entre nivel neurótico, nivel intermedio y trastornos *borderline*, lo que hace por medio de la evaluación del tipo de relaciones de objeto y las patologías asociadas, la estructura del yo y los mecanismos de defensa, el desarrollo del superyó, la cualidad de la angustia y la relación médico-paciente.

La graduación de niveles estructurales propuesta por OPD diferencia cuatro niveles:

- Nivel alto de integración estructural.
- Nivel medio de integración estructural.
- Nivel bajo de integración estructural.
- Nivel de estructura desintegrado.

La operacionalización de las diferencias de nivel se encuentra en el capítulo 4.4.2. Los descriptores (lista de chequeo *checklist*) para el nivel estructural fueron desarrollados para fines de investigación y enseñanza (Rudolf *et al.*, 1998) siendo ahora adaptada para el OPD-2 (véase anexo).

3.4.7

Diagnóstico estructural

Los patrones estructurales disponibles en el paciente se manifiestan en la conducta interaccional. Esto significa que, para el diagnóstico, el examinador puede hacerse una imagen de su estructura, tanto en el contexto de la vivencia del encuentro directo con el paciente, como a través de sus relatos sobre su vida cotidiana e historia vital. El diagnóstico estructural se facilita al discutir con el paciente sobre la disponibilidad de sus funciones estructurales y permitirle proporcionar una imagen de sí mismo respecto a su forma habitual de sentir y de comportarse.

El reconocimiento de la estructura psíquica está necesariamente vinculado a la comunicación e interacción. Para la estimación de aspectos estructurales, se hace necesaria la entrevista diagnóstica, la cual permite que el paciente se muestre a sí mismo en la relación con el terapeuta. Para poder reflejar e interpretar los fenómenos, el terapeuta requiere experiencia diagnóstica y conocimientos básicos sobre teoría de la personalidad. Es deseable que exista una experiencia terapéutica personal, para poder alternar entre la observación del paciente y la auto observación de la contratransferencia.

3.4.8

Experiencias con el eje «Estructura» y su desarrollo en el OPD-2

Debido a que los primeros estudios en procesos terapéuticos evidenciaron que no se puede aspirar a que el diagnóstico OPD dé cuenta por sí solo de los cambios que resultan de la psicoterapia (remisión de los conflictos, aumento en el nivel estructural), el grupo de trabajo de Heidelberg buscó medir cambios según la lógica de «cambios estructurales orientados al foco» (Grande *et al.*, 2000; Grande *et al.*, 2001). Para esto se definen focos OPD en los ejes «Relación», «Conflicto» y «Estructura» y se estima la intensidad de su elaboración terapéutica, nivel de toma de conciencia, capacidad para asumir la responsabilidad del problema/foco y nivel de su integración. Esto ocurre con ayuda de la escala de reestructuración de Heidelberg (Rudolf *et al.*, 2000). Con el término «reestructuración» no sólo se hace referencia a un cambio en el ámbito de la estructura, sino también a una transformación demostrable en la organización de la personalidad completa, es decir, referida a todos los ejes OPD.

En el ámbito clínico-psicoterapéutico, las definiciones del eje «Estructura» OPD y los instrumentos correspondientes permitieron una comprensión diagnóstica meticulosa de los problemas estructurales y orientaron la atención hacia un trabajo psicoterapéutico enfocado a estos temas. Así, fue posible desplazar el foco de trabajo terapéutico desde la clásica terapia focal psicodinámica orientada al conflicto hasta una terapia enfocada en la estructura, cuando así correspondiera. A medida que estas experiencias fueron aplicadas cada vez más sistemáticamente y fueron conceptualizadas (Horn y Rudolf, 2002; Rudolf, 2002b, 2002c), fue posible la publicación de un manual de terapia psicodinámica orientada a la estructura (Rudolf, 2004b). En esa obra encontraron también cabida las experiencias clínicas con pacientes forenses, (Rudolf, 2004b).

3.4.9

Semejanzas y diferencias de los ejes estructurales en OPD-1 y OPD-2

De las seis dimensiones estructurales de OPD-1, las primeras tres trataban el *self* (autoestima, autocontrol, defensa) y las otras tres abordaban la

relación con los objetos (percepción del objeto, comunicación, vínculo). Los 21 ítems de la «Lista de focos de Heidelberg» se derivan de estas dimensiones. La práctica con los focos de estructura y especialmente la experiencia con la psicoterapia focal hicieron repensar la relación entre los ítems. El resultado es un sistema de cuatro dimensiones: capacidad de percepción, manejo, comunicación emocional y relación objetual; en cada dimensión se diferencia entre la orientación hacia los objetos y la orientación hacia el *self* (Rudolf, 2004: 161). Se eliminó la función estructural referida a la defensa, que es menos observable en forma directa y que debe apoyarse más fuertemente en la teoría para su evaluación. Ésta se encuentra actualmente como módulo complementario en el anexo.

Los ítems del OPD-1 se pudieron distribuir fácilmente en la organización formada por las cuatro dimensiones estructurales. Después de las primeras experiencias con este sistema, para la edición definitiva del OPD-2 sólo fueron necesarios unos pocos cambios en los contenidos respecto a la edición de 2004. Estos cambios se corresponden con los objetivos trazados para el OPD-2, es decir, establecer un diagnóstico relevante para la planificación y desarrollo de la psicoterapia.

3.5

Eje V: Trastornos psíquicos y psicosomáticos

3.5.1

Introducción

Con el eje V del OPD-2 se debe realizar el diagnóstico sindromático-descriptivo, de acuerdo con el capítulo V (F) del CIE-10. Para su utilización en la documentación clínica y el planteamiento de hipótesis clínico-científicas deben usarse los criterios de investigación. Para conservar la compatibilidad con los criterios operacionales del sistema DSM, se escogió un enfoque que permite registrar en el eje Va, los trastornos psíquicos, y en el eje Vb, los Trastornos de personalidad (categorías F60 y F61) del CIE-10. Para cumplir con los requisitos específicos de la medicina psicosomática y la psicoterapia se amplió y diferenció el enfoque clasificatorio de los trastornos psicosomáticos (categoría F54).

3.5.2

Base teórica

El capítulo V (F) del CIE-10 (Dilling y Freyberger, 2001; Dilling *et al.*, 1993; Dilling *et al.*, 1994; WHO, 1993a, 1993b, 1993d) operacionaliza el área de los trastornos psíquicos, de acuerdo con criterios descriptivos relativamente sencillos: psicopatología, curso clínico y duración del trastorno. Estos criterios enfatizan claramente la observación y exploración de datos fáciles de observar. Sin embargo, este procedimiento descuida en gran medida, fenómenos psicopatológicos más complejos o aspectos del vivenciar que requieren un alto grado de abstracción teórica o interpretativa. Determinadas combinaciones de tales criterios, siguiendo los algoritmos diagnósticos, permiten establecer diagnósticos delimitados. El nivel de severidad del trastorno es clave en las subdivisiones diagnósticas, especialmente en los trastornos del ánimo y de ansiedad. Las categorías diagnósticas residuales (Fxx.8x y Fxx.9x), representadas por aquellos pacientes a los que no se puede asignar un trastorno específico, son también parte del sistema jerárquico estratificado de este enfoque clasificatorio.

Los sistemas clasificatorios del DSM-III y del DSM-IV no sólo dejaron de lado el concepto de neurosis. Más aún, establecieron una clasificación fuertemente orientada por principios biológico-psiquiátricos que, en favor de la confiabilidad diagnóstica, han descuidado su validez (Schneider y Freyberger, 1990; Schneider *et al.*, 1995; Schneider y Hoffmann, 1992). Hay que reconocer sí, que el evidente incremento en la confiabilidad, ha facilitado la comunicabilidad diagnóstica (Freyberger *et al.*, 1990a; Freyberger *et al.*, 1995; Freyberger *et al.*, 1990b; Schneider y Hoffmann, 1992) y ha permitido un registro más preciso de la sintomatología (Freyberger *et al.*, 1992; Stieglitz *et al.*, 1992). Esto ha permitido, al menos en su aplicación científica, mayores posibilidades en la comparación de las diferentes muestras recolectadas en diversas áreas de la medicina psicológica.

En correspondencia con las diferentes áreas de aplicación y en el conjunto de una «familia de instrumentos», el CIE-10 se encuentra a disposición en diferentes manuales e instrumentos relevantes en el área de la psicoterapia y la medicina psicosomática:

1. Como guías clínico-diagnósticas para su empleo clínico que, en razón de sus criterios formulados en forma más abierta, permiten al usuario un margen relativamente amplio para el diagnóstico.
2. Como los llamados «criterios de investigación para la aplicación científica», los que en comparación con el DSM-III-R (APA, 1987) y el DSM-IV (APA, 1994), en virtud de criterios diagnósticos más estrictos, debieran contribuir a una mejor homogeneización de las muestras que se habrán de evaluar.
3. Como las llamadas «versiones abreviadas», para su utilización administrativa, en el contexto de un catálogo sistemático de todo el CIE-10 (WHO, 1993d). En esta versión, pueden encontrarse, además de las descripciones abreviadas del capítulo V(F), las categorías diagnósticas de otros capítulos (somáticos) del CIE-10. Esto posibilita además la codificación de los trastornos somáticos.
4. Como las llamadas «Primary Health Care Classification» (PHC), para su utilización en la atención primaria de salud (Müssigbrodt *et al.*, 1994; WHO, 1993c). Este manual plantea, para los 24 principales grupos diagnósticos, tanto criterios diagnósticos como guías terapéuticas.

Además, existen numerosas entrevistas diagnósticas estructuradas (por ejemplo, «Schedules for Clinical Assessments in Neuropsychiatry», SCAN; Gülick-Bailer y von Maurer, 1994; WHO, 1993e) y estandarizadas (por ejemplo, «Composite International Diagnostic Interview», CIDI; WHO, 1991; Wittchen y Semmler, 1992), que permiten codificar todos los trastornos psíquicos, así como áreas específicas de ellos (Momboure *et al.*, 1994; Zaudig y Hiller, 1993). Algunos instrumentos incluso permiten establecer diagnósticos computarizados.

Aunque estos enfoques de la entrevista aportan innegables ventajas en la investigación científica, su orientación predominantemente sintomática minimiza la relevancia del material psicodinámico y lleva a una exclusión, al menos parcial, de los aspectos relacionales, con las consecuencias que esto trae en los procesos de tratamiento y en la formación. No obstante, el nivel sintomático representa una dimensión diagnóstica relevante, que permite la formulación de hipótesis sobre el tipo de enfermedad y que es, en el contexto de la psicoterapia, una variable importante que debe ser considerada. Aunque nuestra praxis terapéutica no está orientada prima

riamente a los síntomas, su reducción representa una meta importante en la terapia de orientación psicoanalítica.

De acuerdo con esta orientación sindromática y sintomática, el CIE-10 sigue este enfoque descriptivo también en su estructura interna. Se clasifica a través de un sistema alfanumérico: la letra F señala el capítulo psiquiátrico dentro del CIE-10 y los párrafos son descritos con una primera cifra (Fx), en los cuales los grupos de trastornos son ordenados según aspectos teóricos o fenomenológicos:

- F0 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.
- F1 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas.
- F2 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.
- F3 Trastornos del humor (afectivos) (del ánimo).
- F4 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.
- F5 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.
- F6 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.
- F7 Retraso mental.
- F8 Trastorno del desarrollo psicológico.
- F9 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

A través de la tercera posición (Fxx) se señala el grupo diagnóstico principal (por ejemplo, F40 Trastornos de ansiedad fóbica), con la cuarta posición, dividida por un punto, la categoría diagnóstica (por ejemplo, F40.0 Agorafobia) y con una quinta posición una mayor diferenciación, frecuentemente caracterizada por el nivel de gravedad (por ejemplo, F40.00 Agorafobia sin crisis de pánico).

3.5.3

Diagnóstico multiaxial en psiquiatría

La Organización Mundial de la Salud (OMS, *World Health Organization*, WHO, en inglés) ha presentado un sistema propio multiaxial

para psiquiatría, incorporado en el CIE-10 (Siebel *et al.*, 1994, véase tabla 3-1). Este sistema proporciona en su eje II un registro graduado de las limitaciones funcionales sociales en diversas áreas (de acuerdo con la OMS: «Disability Diagnostic Scale», DDS). El eje III se basa en conceptos provenientes de la investigación en eventos vitales y busca dar cuenta de las influencias y trastornos relacionados con el estilo y afrontamiento de vida, y que se correlacionan con la formación y mantenimiento de los síntomas. Éstos fueron contruidos en función del capítulo (Z) del CIE-10: «Factores que afectan el estado sanitario».

En el DSM-IV se construyeron ejes análogos. El eje II del CIE-10 corresponde al «Global Assessment of Functioning Scale» (GAF), escala ya disponible en el DSM-III y en el DSM-III-R y modificada en el DSM-IV. Al eje III del CIE-10 corresponde en el DSM-IV a un esquema análogo de codificación para los problemas psicosociales y relativos al ambiente. Algunos ejes complementarios fueron publicados como Anexos del DSM-IV («*Defense Functioning Scale*»; «*Global Assessment of Relational Functioning Scale*»; «*Social and Occupational Functioning Assessment Scale*»). Estos ejes deberían utilizarse en caso de que en una investigación, se desee comparar de manera confiable diversas muestras de pacientes psiquiátricos (véase Mezzich, 2005).

3.5.4

Construcción y operacionalización del eje V en OPD

El grupo de trabajo tenía como meta adaptar la versión actual del capítulo V del CIE-10 a las exigencias del diagnóstico en psiquiatría y medicina psicosomática. Especial atención se puso en que estos cambios no perjudicasen la capacidad de comunicación y comparación diagnóstica que provee este enfoque operacional. En consecuencia, debieron elaborarse nuevos conceptos, tanto para la formulación diagnóstica y documentación, como para la diferenciación de las categorías diagnósticas más complejas.

3.5.4.1

El planteamiento diagnóstico y el principio de comorbilidad

El CIE-10 sigue la regla general de codificar tantos diagnósticos como sean necesarios para describir el cuadro clínico. Como diagnóstico principal debe codificarse aquel que actualmente tiene mayor importancia o aquel que, perdurable a través del tiempo, posea la mayor relevancia. Con ello, explícitamente se invita a plantear nuevos diagnósticos adicionales o complementarios (véase Dilling *et al.*, 1993).

En el contexto del principio de comorbilidad, significa, como muestran los estudios más amplios de aplicación del CIE-10 (Dittmann *et al.*, 1992; Freyberger *et al.*, 1995; Schneider *et al.*, 1993), que en promedio deben establecerse tres a cuatro diagnósticos por paciente, y, en casos extremos, hasta ocho y aun diez diagnósticos descriptivos, sin la influencia de posturas teóricas que incluyan conceptos etiológicos o patogénicos. Esto puede constituir un problema, por ejemplo, en el ámbito de los trastornos de personalidad, en los que, debido a la superposición de criterios diagnósticos, un caso se encuadra dentro de varias categorías simultáneamente, u obliga a plantear numerosos diagnósticos adicionales, inherentes, desde una perspectiva descriptiva clásica, al trastorno en cuestión.

Con el propósito de documentar los diagnósticos principales y adicionales en el ámbito de la psicosomática/psicoterapia, deben establecerse, para el uso clínico, junto con el diagnóstico principal, no más de tres diagnósticos adicionales. Como principio, el diagnóstico principal debiera ser el que tenga la mayor relevancia desde el punto de vista clínico y psicodinámico. Habrán de establecerse otros diagnósticos sólo en el caso de que contribuyan decisivamente a la comprensión global del cuadro clínico o cuando representen aspectos que podrían modificar su evolución. En temas de investigación en los que se desea establecer comparaciones con estudios psiquiátricos orientadas por el principio de la comorbilidad, se sugiere codificar hasta cinco diagnósticos adicionales y proceder de acuerdo con criterios descriptivos muy rigurosos. Sólo en este contexto debería considerarse, además de las entrevistas mencionadas arriba, el empleo adicional de instrumentos diagnósticos,

como, por ejemplo, las listas de chequeo diagnósticas, que pueden utilizarse también *post hoc* (véase Dittmann *et al.*, 1995; Hiller *et al.*, 1990; Stieglitz *et al.*, 1992). Con fines de documentación clínica deberían utilizarse los lineamientos diagnósticos, pero si el fin es la investigación, en la cual es relevante la homogeneización de la muestra, deben utilizarse los criterios de investigación. Para documentar enfermedades somáticas, se encuentra a disposición el respectivo índice sistemático del CIE-10 (DIMDI, 1994).

A diferencia del DSM-III-R (APA, 1987) y del DSM-IV (APA, 1994), que representan los trastornos somáticos y de personalidad en ejes independientes, el CIE-10 los considera, para el uso clínico, en un mismo eje. Con el fin de asegurar la comparación con el enfoque del DSM-IV, especialmente en el uso científico, se codifican los diagnósticos CIE-10 de síndromes en el eje Va, los trastornos de personalidad en el eje Vb y las enfermedades somáticas en el eje Vc. En este procedimiento no deberían diagnosticarse más de dos trastornos de personalidad de la categorías F60 y F61 del CIE-10, aunque también debe distinguirse entre diagnóstico principal y otros diagnósticos. Este enfoque es compatible con el desarrollo de los diagnósticos multiaxiales CIE-10 en el ámbito psiquiátrico, ya que parece imponerse cada vez más este tipo de clasificación. En los formularios de respuesta debe especificarse por separado, qué eje (Va o Vb) está clínicamente en primer plano.

Desde la perspectiva del sistema multiaxial para el diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD), debe señalarse que los diagnósticos de trastornos de la personalidad, según el CIE-10, deben ser utilizados sólo descriptivamente, de manera que puedan ser descritos en paralelo con los diagnósticos estructurales del eje IV del OPD. Según la perspectiva psicoanalítica, los diagnósticos descriptivos permiten comprender, fundamentalmente, los trastornos persistentes del comportamiento social. Con el propósito de facilitar el registro simultáneo de los diagnósticos DSM-IV con fines de investigación, se incorporó a la hoja de respuesta la opción de plantear diagnósticos adicionales según el DSM-IV. Con relación al orden y a la ponderación de los diagnósticos ha de procederse según el diagnóstico del CIE-10.

3.5.4.2

Requisitos para el diagnóstico en el eje V

Tal como han mostrado los estudios de aplicación y confiabilidad (véase Dittmann *et al.*, 1992; Freyberger *et al.*, 1990a, Freyberger *et al.*, 1995; Schneider *et al.*, 1993), es necesario realizar un entrenamiento para una aplicación adecuada y confiable de los diagnósticos descriptivos según el CIE-10. Dicho entrenamiento puede autogestionarse en los grupos de trabajo, para lo que –presuponiendo el conocimiento exacto del manual correspondiente– deberían discutirse los diagnósticos de pacientes ejemplares mediante la observación de entrevistas en vivo o registradas por medios audiovisuales. Con este fin se encuentran a disposición una serie de materiales complementarios que pueden incluirse en los seminarios respectivos (Freyberger y Dilling, 1993; Freyberger *et al.*, 1993a, 1993b; Schneider y Freyberger, 1994). Los distintos grupos de trabajo (contacto: H. J. Freyberger o W. Schneider) ofrecen además seminarios de entrenamiento del CIE-10, en los cuales puede entrenarse sistemáticamente el diagnóstico descriptivo de acuerdo con un programa desarrollado para ello.

3.5.4.3

Futuros desarrollos de los sistemas diagnósticos CIE-10 y DSM

Desde la aparición del CIE-10 y del DSM-IV se han publicado numerosos estudios acerca de la confiabilidad y validez de las categorías diagnósticas comprendidas en ambos sistemas. Tanto la American Psychiatric Association como la Organización Mundial de la Salud han formado grupos de trabajo internacionales que, a la luz de los datos empíricos, deben elaborar sugerencias para las revisiones del CIE-11 y del DSM-V (Mezzich y Berganza, 2005). Junto con numerosos cambios, especialmente en los criterios diagnósticos y en algunas categorías de trastornos, se prevén relevantes modificaciones conceptuales para la psicopatología y psicoterapia en las siguientes áreas: trastornos de personalidad (véase Widiger y Simonson, 2005), clasificación de los trastornos de ansiedad, depresivos y somatomorfos. Muy probablemente, además, se introduz-

can modificaciones en las que los modelos clasificatorios dimensionales tendrán espacios de utilización, junto al enfoque categorial ya existente. Este proceso probablemente incluiría la consideración creciente de los así llamados trastornos subsindromáticos, algunos de los cuales ya han sido incorporados al (F41.2 y F41.3) como los trastornos depresivos recidivantes breves (F38.1).

Es muy probable, además, que el diagnóstico multiaxial presente enfoques que permitan detectar los recursos de salud disponibles y que son centrales en la evolución y en las posibilidades de tratamiento de los problemas psíquicos (Mezzich, 2005).

3.5.5

Complementos y aclaraciones de las categorías diagnósticas del CIE-10 en relación con el OPD

Se propuso complementar el diagnóstico CIE-10 para la psicopatología y psicoterapia en tres áreas: en los trastornos de personalidad (F60) se incorporó el trastorno narcisista de personalidad, por su significado teórico y clínico, con el código F60.81. Para salvaguardar la consistencia interna del enfoque clasificatorio descriptivo del CIE-10, se incorporaron criterios de investigación del manual CIE-10.

El segundo complemento se refiere a la diferenciación de la categoría F54 (factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar) con el que se busca representar, en sentido más estricto, las enfermedades psicopatológicas del capítulo V del CIE-10. En este punto, el CIE-10 sigue el concepto de clasificar estas enfermedades primariamente en los capítulos somáticos. La categoría F54, que no contiene mayores subdivisiones, debe ser usada como una segunda categoría cuando se presentan elementos de los trastornos psíquicos que no cumplen los criterios de otro trastorno del capítulo V. El concepto desarrollado por nosotros, sobre la base de una sugerencia de von Wiersheim y Jantschek (1994), pretende utilizar la categoría F54 añadiendo a las primeras tres cifras una cuarta posición para indicar la elección del síntoma y una quinta para clasificar el tipo de interacción psicopatológica. Así, deberíamos derivar de ello, afirmaciones diagnósticas descriptivas

mejor diferenciadas, tanto sobre la sintomatología como también sobre las relaciones etiológicas y patogénicas. Podría comprobarse mediante estudios empíricos, en qué medida es posible lograr una aproximación a modelos biopsicosociales y psicodinámicos.

El tercer complemento se refiere a una comprensión más amplia de los trastornos de adaptación y de los trastornos por estrés postraumático. Ambos son trastornos en los que existe una estrecha relación temporal con su eventual causa o desencadenante:

- a) un evento traumático excepcionalmente grave (directrices diagnósticas CIE-10), o
- b) un cambio vital decisivo, un acontecimiento vital estresante o también una enfermedad física grave («trastorno de adaptación», según el CIE-10).

Ambos trastornos se diferencian entre sí por la severidad del estrés individual. Sin embargo, en ambos la vulnerabilidad individual tiene un papel central: incluso en traumas severos, sólo una parte de los afectados desarrolla un trastorno por estrés postraumático. Asimismo, las situaciones estresantes severas (por ejemplo, un infarto agudo de miocardio), llevan a un trastorno (depresivo) de adaptación en un 20-30% de los casos.

Siguiendo a un estrés traumático, en condiciones de riesgo vital agudo, desamparo y pérdida de la capacidad de acción, se llega a un quiebre de las defensas y a una regresión estructural. Esto dependerá, sin embargo, de la configuración de la personalidad premórbida. La situación traumática desencadenante puede ser comparable entre distintas personas, en el sentido de que genera siempre algún tipo de reacción transitoria en los afectados. No obstante, se debe comprender el desarrollo de un trastorno por estrés postraumático sobre la base de las capacidades personales de afrontar y procesar los estresores pertinentes.

Los trastornos de adaptación, con sus síntomas físicos y psíquicos, se presentan después de eventos externos relativamente graves, los cuales, sin embargo, no alcanzan la magnitud de una amenaza existencial traumática. Incluso en mayor medida que en el caso del estrés postraumático, las vulnerabilidades internas y los recursos de un paciente son responsables de los prerequisites para el desarrollo de un trastorno de adaptación. La

probabilidad de que se desarrolle un trastorno de adaptación está, pues, determinada por:

- a) la magnitud de las tensiones conflictivas motivacionales internas y de los estresores externos, y, asimismo, por
- b) la disponibilidad de las estructuras defensivas (vulnerabilidades), resiliencia, apoyo social y otros.

En general se define como vulnerabilidad a la capacidad disminuida para tolerar el estrés. Ésta está condicionada, en primer lugar, por las tensiones conflictivas determinadas motivacionalmente. En segundo lugar, por las capacidades estructurales desarrolladas en el curso de la vida. En tercer lugar, por la red social, y, en cuarto lugar, por las condiciones biológicas individuales de la persona (por ejemplo, un retraso mental congénito, procesos demenciales en la vejez, etcétera). Las ya mencionadas vulnerabilidades conflictivas motivacionales pueden entrelazarse con lo estructural y biológico. Un trastorno de adaptación puede entonces generarse por distintos factores, pero también puede originarse únicamente por una vulnerabilidad biológica o estructural. El estrés importante y grave genera en muchas personas trastornos de adaptación en el sentido de conflictos actuales (carga conflictiva, véanse los apartados 3.3 y 4.3, «Conflicto»), es decir, clínicamente se configura una contradicción motivacional conflictiva, sin embargo, ésta es consecuencia del estrés y no de un modelo disfuncional-repetitivo de conflicto (conflicto neurótico, véase el apartado 3.3).

En el CIE-10, sólo se establece un diagnóstico de trastorno de adaptación (trastorno de adaptación depresivo, trastorno de adaptación ansioso) si «ninguno de los síntomas en estos casos es suficientemente grave o determinante como para que justifique un diagnóstico específico». Dicho de otra manera, si se presentan síntomas depresivos, debería darse, según este parámetro diagnóstico, un diagnóstico de trastorno depresivo, no de un trastorno de adaptación, es decir, los trastornos de adaptación son así una categoría residual, en general de menor gravedad. Este procedimiento diagnóstico simplemente no es empíricamente correcto, es decir, si persiste un trastorno de adaptación y una sintomatología depresiva medianamente grave, debería poder darse el diagnóstico de un trastorno de adaptación, lo

que, según la lógica CIE-10, no es posible. Los trastornos de adaptación son, según CIE-10, siempre trastornos «leves».

En los diagnósticos conjuntos, según el CIE-10 y el OPD, debería prestarse atención, en principio, afin de no establecer en forma automática «diagnósticos paralelos», por ejemplo, no todo trastorno de personalidad obsesivo según CIE-10, tiene simultáneamente un nivel de integración estructural bajo (eje «Estructura» del OPD). Más bien, si en un trastorno de personalidad hay un trasfondo conflictivo que se ha instalado en la personalidad, es éste el que debe ser integrado en el diagnóstico.

3.6

Relaciones conceptuales e interacciones entre los ejes

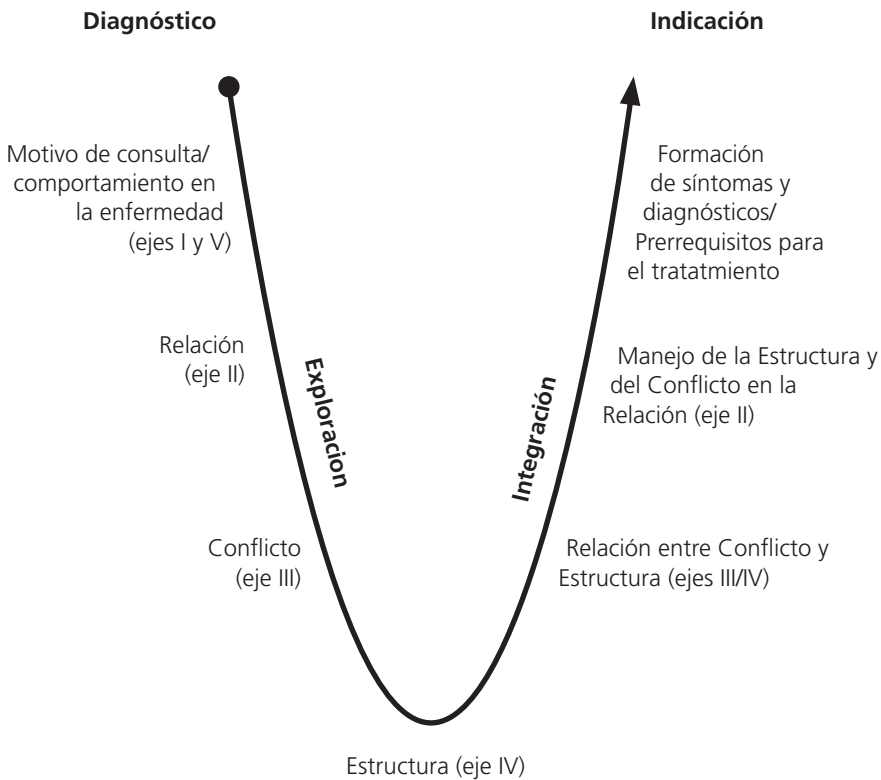
3.6.1

Proceso de recolección e integración del material diagnóstico

El proceso de diagnóstico OPD puede ser descrito por dos movimientos contrarios. El camino para la obtención y registro del material diagnóstico se inicia con aspectos referidos al grado de accesibilidad del paciente a una exploración diagnóstica y hace referencia a lo descrito en el eje I «Vivencia de la enfermedad y prerrequisitos para el tratamiento». Por ejemplo, en este punto es relevante el modelo de enfermedad del paciente y su apertura hacia un acercamiento psicológico de su malestar. La evaluación continúa, posteriormente, con las experiencias relacionales del paciente, lo cual es de central importancia como medio diagnóstico para acceder a los aspectos psicodinámicos del paciente y se realiza en la entrevista OPD de manera intencionada. Esto se logra a través de la observación de los relatos de las relaciones (episodios relacionales), así como también por medio de la observación de la actitud del paciente en la entrevista. De este modo es posible deducir la escenificación (*enactment*) interpersonal habitual (patrones relacionales), o bien, los «acomodos» (*arrangements*) o «arreglos interpersonales» típicos representados en el eje II. Estos patrones relacionales proporcionan, además, una superficie en la que se expresan las disposiciones a establecer conflictos, que en el encuentro con el otro son manejadas a través de formaciones de compromiso. La calidad de

este manejo orienta la mirada, finalmente, hacia los recursos funcionales del paciente, es decir, a sus posibilidades y limitaciones estructurales, que ofrecen un marco más o menos estable para el juego dinámico de las fuerzas psíquicas.

Por otro lado, el camino hacia la integración del material diagnóstico se orienta en dirección contraria. Éste comienza con los prerequisites estructurales. Éstos ofrecen, según la comprensión de los autores, una dimensión diagnóstica básica que (co)determina en gran medida la calidad y el carácter de las restantes propiedades descritas por el OPD. El alcance del menoscabo estructural influye y limita el peso relativo que las



Recuadro 3.3. Registro e integración del material diagnóstico.

disposiciones al conflicto, adquiridas durante la vida, pueden tener en el origen y mantenimiento de los problemas. Las limitaciones estructurales afectarán los patrones relacionales habituales, los cuales, ante limitaciones más acentuadas, se volverán progresivamente ineficaces y frágiles, de manera que la capacidad de establecer relaciones permanentes finalmente fracasa. La constitución estructural de un individuo determina, por lo tanto, si la «enfermedad» es significativa (en el sentido de la formación neurótica del síntoma), o si el tipo, diversidad, intensidad y variabilidad de las molestias son evidencia de que las funciones psíquicas básicas están dañadas, y asimismo determina si las posibilidades de regulación del afectado están constantemente sobre-exigidas. Todos estos puntos se vinculan finalmente con los prerequisites y posibilidades de un eventual tratamiento psicoterapéutico, que debe ser adaptado consecuentemente al tipo y peso relativo de las dificultades estructurales.

3.6.2

Sobre la relación entre los ejes

Conflicto y estructura (relación entre los ejes III y IV)

Como se ha expuesto anteriormente, es fundamental contar con un modelo continuo para el diagnóstico del conflicto, que diferencie los conflictos clínicamente relevantes de los, así llamados, temas de conflicto (ver en 3.3.1). Al identificar los temas (esbozos o esquemas) de conflicto, es necesario considerar que en estructuras psíquicas poco integradas, o bien desintegradas, las tensiones de conflicto, si bien pueden ser observadas, no tienen un significado determinante para el cuadro del trastorno, como es el caso en estructuras más integradas. Los temas de conflicto en estructuras menos integradas son muy diversos y poco definidos en cuanto a su contenido, y cambian dentro de la entrevista diagnóstica respecto a su relevancia, lo cual no permite reconocer una *Gestalt* clara ni perdurable. Debido a estos fenómenos preferimos hablar de temas (o esbozos) de conflicto más bien que de conflictos neuróticos determinantes para la vida. Así, estos conflictos neuróticos determinantes para la vida presuponen una predominancia de los conflictos internalizados e inconscientes,

que pueden determinar desde una manera disfuncional de vivenciar y de comportarse hasta la formación de síntomas; en otras palabras, para la conformación de conflictos neuróticos perdurables, se debe disponer de las capacidades (estructurales) necesarias para la regulación afectiva y de autorregulación (Fonagy, 2005).



Conflicto y estructura constituyen polos de una serie complementaria (Mentzos, 1991). En forma similar al diagnóstico del conflicto, también es posible describir un continuo de la integración estructural que va desde el polo de la disponibilidad segura de funciones y capacidades estructurales hasta el polo de las graves limitaciones de estas funciones. Cuando un paciente dispone sin problema de sus funciones, éstas normalmente no se vuelven objeto de interés diagnóstico, y forman, en cambio, el trasfondo del acontecer de los conflictos sobre el que se centra, principalmente, la atención. Sin embargo, cuando las funciones están limitadas o fracasan, la mirada diagnóstica se dirige de los contenidos de la dinámica de los conflictos (motivos, miedos y defensas inconscientes) a los recursos estructurales del paciente. El conflicto y la estructura actúan como contenido y forma, es decir, se refieren al «por qué» y al «cómo» de una molestia, respectivamente. Cuando la estructura tiene la capacidad de sostener, prevalece el contenido y el significado; en cambio, cuando es frágil, pasan al primer plano los procesos dañados de las funciones.

Una metáfora acerca del teatro (Rudolf y Grande, 2002) ilustra lo dicho: si uno va al teatro y no tiene conocimiento previo de la obra, se busca involuntariamente que la actuación de los personajes sobre el escenario se explique por el contenido dramático, así como por los motivos, conflictos y pautas de acción que muestran los protagonistas de la obra. Esto corresponde a la orientación a los conflictos. Uno da por supuesto que el espectáculo no será alterado, influido o, incluso, desvirtuado por factores que no tengan relación alguna con la obra, como por ejemplo partes de la escenografía desajustadas o bastidores mal ubicados, muebles mal situados o quebradizos, o la presencia de actores poco preparados o inadecuados. En caso de una problemática condicionada estructuralmente sería infructuosa la búsqueda de un acontecer dramático que haga comprensible la acción sobre el escenario. Si esto sucediera, uno estaría consistentemente molesto por los inconvenientes y, finalmente, se daría cuenta de que, aunque se intenta representar una obra allí, ésta se encuentra tan


perturbada por el montaje del escenario o por los protagonistas que no se hace posible el surgimiento del contenido que pretende mostrarnos la obra. Éste sería el momento en que los elementos contextuales pasarían precipitadamente a un primer plano, siendo que éstos, habitualmente, constituyen el trasfondo natural del argumento y deberían estar a su servicio sin presentar problemas. Esto corresponde a una orientación estructural.

Cuando existe un trastorno, se puede deber al peso relativo que tengan los conflictos disfuncionales y las limitaciones estructurales. Si el peso de la problemática estructural predomina en un nivel bajo de integración estructural o bien en un nivel de desestructuración, a menudo hay que asignar los indicadores de conflicto a los temas o esbozos de conflicto, los cuales (en sentido figurado) evidencian «el intento de una representación» y contribuyen poco a la comprensión del trastorno. Las demandas de los conflictos pueden, en esos casos, desempeñar el papel de un llamado de atención sobre la estructura, pero que da cuenta en realidad de una vulnerabilidad estructural que se vuelve cada vez más evidente y que representa el verdadero problema del paciente. Con mejores recursos estructurales aumenta la importancia de los conflictos, los cuales (como un guión latente) determinan progresivamente el acontecer sobre el escenario, llenándolo de sentido y significado. Lo más frecuente es tener que lidiar con formas mixtas, las cuales, en ciertas condiciones, ejercen grandes exigencias sobre quien realiza el diagnóstico. Sin embargo, los niveles estructurales y los tipos de conflicto definidos en el OPD no se combinan azarosamente. Tal como lo demostraron Grande y colegas (1998b) en un estudio en 100 pacientes hospitalizados, ciertos conflictos OPD (por ejemplo, el de dependencia versus autonomía) se presentan en niveles más bajos de integración de la estructura, por lo que son diagnósticamente incluso en una estructura con «bastidores quebradizos» (en nuestra analogía teatral); en cambio, otros conflictos se encuentran apenas en un nivel de integración media (por ejemplo, ser cuidado versus autarquía) o buena (conflicto edípico).

La metáfora del escenario caracteriza la constitución estructural de un paciente como un requisito más o menos necesario para la posibilidad de desarrollar la trama conflictiva. Sin embargo, desde otros puntos de vista, la estructura y el conflicto se muestran más bien en una

relación de mutua determinación. En primera instancia esto es válido desde una perspectiva de desarrollo.  puede partir de la base de que determinadas formas de elaboración del conflicto (por ejemplo, arreglos psicosociales, evitaciones o posturas defensivas rígidas) llevan a que las funciones estructurales se desarrollen de modo insuficiente o conducen a que, con el paso del tiempo, sólo estén disponibles de modo restringido. Así, restricciones que en un momento se imponen como solución de un conflicto (en el sentido de la formación de compromiso), pueden ser en un momento posterior señal de una incapacidad estructural (es decir, una función psíquica dañada o poco desarrollada). No obstante, este tipo de interacción no es relevante para el quehacer del examinador. Éste describe fundamentalmente el resultado de tales procesos y examina la condición actual de una persona, ya sea si en principio las funciones disponibles están limitadas solamente por condiciones del conflicto o si, como recurso estructural, faltan en su totalidad, o bien están disponibles sólo parcialmente. 

Esta reflexión lleva a pensar que las limitaciones determinadas estructuralmente pueden ser igualmente entendidas en términos dinámico-conflictivos, cuando las capacidades estructurales se ven sobrecargadas por conflictos intensos o cuando áreas vulnerables de la estructura ceden ante la presión conflictiva.

Por otro lado, un escenario intacto no siempre está equipado para cualquier tipo de obra. Siguiendo esta línea de reflexión, se puede decir que ciertas capacidades estructurales pueden ser dejadas de lado en el esfuerzo (inconsciente) de estructurar defensas o de «solucionar» regresivamente el conflicto (de acuerdo con el concepto de regresión del yo de Freud, 1916), constituyendo un núcleo neurótico. Estos modelos tienen un gran efecto en la práctica terapéutica, ya que por medio de un acercamiento orientado al conflicto se pueden reestablecer funciones estructurales (partiendo de la base de que están disponibles). Incluso, aun cuando resulte difícil hacer la distinción en cada caso en particular, el diagnóstico estructural de OPD parte de la base de que, en casos de limitaciones determinadas por conflictos, se debe poder demostrar, positivamente, que el paciente es capaz de activar funciones estructurales.  to se logra normalmente en ámbitos que están menos cargados de conflictos. Precisamente, cuando se sospecha que se produjo una situación de conflicto masivo, deberían

buscarse, dentro del material diagnóstico, «ventanas» a través de las cuales fuese posible observar lo que el paciente es capaz de lograr realmente. Mientras mejores sean las capacidades evidenciadas, más amplia será el área de las limitaciones que no se pueden atribuir a una incapacidad estructural, sino, más bien, a una consecuencia del manejo (inconsciente) que ha hecho el paciente de sus conflictos inconscientes.

Sobre el manejo del conflicto y la estructura en patrones relacionales (relaciones con el eje II)

Según nuestra perspectiva, los patrones relacionales habituales, que vistos desde afuera parecen disfuncionales, primariamente son intentos de regulación adaptativos en el ámbito interpersonal, con los cuales los pacientes intentan manejar tanto la tendencia conflictiva como la vulnerabilidad estructural. El objetivo es que se manejen de tal manera las relaciones interpersonales que se logre alcanzar, en lo posible, un alto nivel de satisfacción de las necesidades interpersonales, proporcionando al mismo tiempo suficiente protección al *self*. El comportamiento relacional habitual que se genera a partir de ese proceso se conceptualiza frecuentemente como formación de compromiso entre deseos y temores (por ejemplo, Luborsky, 1998). Desde la perspectiva del diagnóstico psicodinámico operacionalizado se debe considerar, sin embargo, que las medidas de protección no sólo se refieren a aquellos temores que se basan en deseos conflictivos, sino también a la vivencia de miedos y amenazas determinados estructuralmente (Rudolf, 2000). Además, es necesario considerar que, según determinadas circunstancias, en el comportamiento relacional se superan de manera simultánea diferentes disposiciones de conflicto y/o sensibilidades estructurales. Si tomamos en cuenta estas posibilidades se dan una serie de principios que tienen un efecto en la formación de patrones relacionales:

- Formaciones de compromiso simples:
En trastornos que primariamente están determinados por conflictos, los modelos de relación pueden ser entendidos como formaciones de compromiso entre deseo y temor. Por ejemplo, un paciente experimenta que sus deseos de cuidado son insoportables para otros, teme su

rechazo y, por lo tanto, se muestra especialmente autosuficiente y no necesitado. Su formación de compromiso consiste en que se preocupa intensamente por otros, con la expectativa inconsciente de obtener por ese medio el derecho a la atención y el cuidado.

■ **Entrelazamiento de conflictos:**

Se trata de constelaciones más complejas, con el carácter de una formación de compromiso, que aparecen cuando dos o más disposiciones conflictivas están cruzadas. En el ejemplo descrito anteriormente, una temática conflictiva adicional en el ámbito del control (o bien, de la sumisión) puede llevar a que la actitud altruista se imponga, por un lado, como servicial y sujeta al deber, en tanto que la contribución de la ayuda satisface otras demandas de control igualmente inconscientes.

■ **Protección de vulnerabilidades estructurales:**

En trastornos determinados estructuralmente, los patrones relacionales pueden asumir la tarea de proteger puntos particularmente vulnerables de un paciente, que son abordados en el encuentro con otros. Estos patrones también se pueden describir como formaciones de compromiso, aunque, en este caso, las necesidades relativas a objetos entran en tensión de una manera inespecífica con temores y amenazas, los cuales, por la sobrecarga de las funciones estructurales, se manifiestan en el contacto con otros seres humanos. Los miedos de este tipo surgen, por ejemplo, en situaciones de cercanía inicial, dependencia e intimidad, o, por el contrario, en caso de una no disponibilidad de objetos significativos. Además, las exigencias de rendimiento, por sí solas, pueden significar una prueba de resistencia para las funciones estructurales.

■ **Entrelazamientos conflicto-estructura:**

Otra constelación, clínicamente significativa, surge cuando se compensan debilidades estructurales con ayuda de figuras cercanas, mecanismo que, en una primera mirada, parece estar principalmente motivado por conflictos. Así, en un patrón relacional, que, por ejemplo, está caracterizado por una temática de control, se puede pasar por alto el hecho de que mediante las constantes luchas de poder se pueden manejar eficazmente temores a la cercanía e intimidad, que están más bien determinados por la estructura (por ejemplo, una diferenciación *self*-objeto insegura). Las limitaciones estructurales están frecuente-

mente asociadas a importantes problemas de autoestima, de tal manera que motivos temáticamente relacionados, como la envidia, el resentimiento y la rivalidad, le pueden dar a la relación un tinte conflictivo. En el análisis de patrones relacionales disfuncionales es necesario considerar que, en la capacidad de manejo de los pacientes, éstos sólo puede hacer uso de los recursos que se encuentran estructuralmente a su disposición. Así, por ejemplo, un patrón relacional caracterizado por un marcado conflicto en el área de la sumisión/control puede ser claramente diferenciado, en cuanto a su configuración, según qué tan bien estén desarrolladas las capacidades de empatía o de control de impulsos. En consecuencia, la constitución estructural de un paciente determina doblemente la manera de establecer las relaciones: por un lado, por las vulnerabilidades que deben ser protegidas en el encuentro con otros y, por el otro, por los recursos funcionales que puede ser utilizados para la superación tanto de disposiciones conflictivas como de vulnerabilidades estructurales.

Como ha sido mostrado por diversos autores, los patrones relacionales funcionan como *circuitos maladaptativos auto-reforzantes* (Schacht y Henry, 1994; Strupp y Binder, 1984), es decir, como círculos viciosos. Estos circuitos condicionan su estabilidad, intensidad y resistencia en contraposición a los intentos de cambio. El núcleo de este circuito está formado por las creencias disfuncionales inconscientes relativas a la propia persona y a otros seres humanos, las cuales se han fortalecido como resultado de la historia de las relaciones individuales y funcionan simultáneamente como marco de referencia. Así, las relaciones son organizadas inconscientemente de tal manera que se logra que el otro confirme las creencias inconscientes (Anchin, 1982; Strupp y Binder, 1984). Esta aproximación constituye un importante complemento a los principios enunciados anteriormente, porque explica in situ, de alguna manera, el origen y mantenimiento de patrones de relación disfuncionales. En el caso de las disfunciones estructurales graves, se debe contar con que estos circuitos maladaptativos se muestren en forma desorganizada (por ejemplo, inconstante e inestable), porque la autorregulación emocional del momento fracasa más rápido, y se vuelven necesarias reacciones defensivas abruptas. En los casos en que se da una gran deficiencia de la estructu-

ra puede surgir la impresión de que apenas existe un patrón relacional continuo repetitivo, y que más bien se puede diagnosticar un patrón de rupturas abruptas de relación que se repite constantemente.

**Medios para la formación de síntomas (Relaciones con el eje V:
«Trastornos psíquicos y psicosomáticos»)**

A partir de lo señalado anteriormente es posible describir los siguientes caminos para la formación de síntomas (véase Rudolf, 2000: 137). En casos particulares se debe partir de la base de que varios de estos principios operan en conjunto, de modo que, en ese sentido, los síntomas están determinados de manera múltiple:

- Con relación a los trastornos con un trasfondo conflictivo psicodinámico, se debe diferenciar entre una personalidad neurótica (condicionada por conflictos, «personalidad conflictiva») y personas con conflictos neuróticos-repetitivos. En el contexto de marcadas tensiones motivacionales, una personalidad neurótica presenta permanentemente una limitación, clínicamente significativa, en la vivencia y en la conducta, que se manifiesta en una evidente actitud rígida, temerosa y evitativa. La restricción en la vida cotidiana, en las relaciones interpersonales y en su espacio de acción puede ser tan importante que adquiera el carácter de síntoma. Un ejemplo sería el trastorno de personalidad obsesivo con ausencia de síntomas, pero con alteraciones relevantes del vivenciar y del comportamiento. Un aspecto importante de la personalidad neurótica es que utiliza los patrones relacionales disfuncionales habituales como solución de compromiso para manejar deseos y temores relativos al conflicto, este tipo de manejo se convierte, sin embargo, en un síntoma.
- El conflicto tradicionalmente neurótico se acompaña de síntomas clínicos que tienen un efecto intrapsíquico y/o interpersonal. En situaciones de tentación y fracaso, en situaciones límite y situaciones con desencadenantes internos y externos se produce un reforzamiento de las contradicciones motivacionales, como consecuencia de ello se genera una inestabilidad y, finalmente, la destrucción de los equilibrios logrados hasta ese momento. Este proceso lleva al desarrollo de síntomas

- que se pueden entender como formaciones de compromiso entre las fuerzas en conflicto (deseos, temores y defensas), por lo que, desde la perspectiva psicodinámica, serían expresión de un logro adaptativo.
- Las manifestaciones de un trastorno estructural que no son «enmascaradas» a través del manejo de éstas, pueden, en ciertas condiciones, tomar la forma de un síntoma relevante, como, por ejemplo, descontrol de impulsos, inundación de los afectos, distorsiones en la percepción de objetos o marcada susceptibilidad a sentirse ofendido. Los síntomas de este tipo se encuentran principalmente en los, así llamados, trastornos «dramáticos» de personalidad (DSM-IV, clúster B), o en el trastorno de personalidad limítrofe (*borderline*).
 - Las vulnerabilidades estructurales rara vez se muestran abiertamente, debido a que son transformadas por medio de procesos de elaboración, volviéndose así tolerables. Como se describió en el párrafo anterior, un objetivo importante de estos procesos de elaboración es la regulación de las relaciones con las otras personas de manera de garantizar una protección suficiente para el *self* y sus vulnerabilidades. Los modos de elaboración así desarrollados pueden influenciar el comportamiento y el vivenciar de tal manera que ellos mismos se vuelvan sintomáticamente relevantes. Éste es, por ejemplo, el caso en la manera de establecer relaciones de los esquizoides o narcisistas. A diferencia de la personalidad neurótica (condicionada por el conflicto), mencionada anteriormente, en este caso se alude a manejos defensivos establecidos con el objetivo de proteger las vulnerabilidades estructurales. La personalidad neurótica conflictiva, por otro lado, se manifiesta de manera más compleja; se presenta como una forma caracterológicamente estable de la formación de compromiso, que incluye la pulsión (*Trieb*), o bien el deseo y sus defensas. Los posibles entrelazamientos entre sensibilidades estructurales y disposiciones al conflicto en los patrones relacionales habituales fueron descritos en el párrafo anterior.
 - Como destaca Rudolf (2000: 137), los síntomas finalmente surgen frecuentemente cuando los procesos de manejo o afrontamiento se hacen lábiles. Los esfuerzos compensatorios de manejo requieren energía y llevan a largo plazo al agotamiento, por lo que a menudo no resisten los cambios ni el estrés inevitable de los procesos del ciclo vital. La

fractura de la capacidad de manejo genera la formación de síntomas de distinto tipo: por ejemplo, síntomas agudos y dramáticos, como en el caso de las crisis suicidas en personalidades narcisísticas, o una formación de síntomas crónicos, como, por ejemplo, en pacientes con un trastorno de somatización.

- Cuando las presiones ambientales agudas, que suscitan el derrumbe de la capacidad de afrontamiento, son muy intensas, puede afirmarse que el trastorno clínico no hubiese surgido en ausencia de este evento. En este caso, estamos frente a un trastorno adaptativo (en el sentido de un conflicto por estrés o conflicto actual). Es decir, a través del estrés se activa una contradicción motivacional conflictiva que trae consigo una enfermedad. Conforme al concepto del conflicto actual en OPD, se presupone que el trastorno, en este caso, no es consecuencia de un modelo repetitivo con un carácter disfuncional ni determinante de la vida. Estos principios de la formación del síntoma tienen efecto en el origen de los trastornos que son diagnosticados en el eje V del OPD, «Trastornos psíquicos y psicosomáticos». Se reconoce nuevamente que el peso de los conflictos neuróticos, por un lado, y de las limitaciones estructurales, por otro, tienen un papel determinante para el tipo de trastorno resultante. Rudolf (2004b: 177), siguiendo esta lógica, presenta una tipología de trastornos que va de los conflictos neuróticos sobre un nivel estructural bueno hasta los trastornos estructurales sobre niveles desintegrados, a los que se le imputan los trastornos de personalidad y las perversiones más graves.

Vivencia de la enfermedad y prerequisites para el tratamiento (relaciones con el eje I)

La vivencia de la enfermedad, así como las expectativas de cambio, están multi- determinadas y no se guían únicamente por las áreas de características psicológicas presentadas en OPD (estructura, conflicto y relación). Junto con las variables personales, de las cuales las características OPD representan una selección, la vivencia de la enfermedad y las motivaciones al cambio son influidas por factores psicosociales contextuales que interactúan con las características individuales. A estas últimas corresponden también normas y valores sociales relativos a la enfermedad y

a las relaciones, que son transmitidos por la red social del paciente, los medios o también por los terapeutas.

En el diagnóstico de la vivencia de la enfermedad y los prerequisites para el tratamiento se registran numerosas características que reflejan cómo se posiciona el paciente con relación al examinador, es decir, qué expectativas pone en él y qué tareas le adjudica. En esto están involucradas indirectamente sus disposiciones relacionales habituales, de manera que se produce una asociación más estrecha con el diagnóstico relacional del OPD. Esta conexión, sin embargo, no se puede determinar en mayor detalle en cuanto a su contenido, ya que el diagnóstico de los patrones relacionales disfuncionales habituales se realiza luego, en el eje II, en forma específica. Las relaciones con el eje I deben ser estudiadas con referencia a cada caso, en términos abstractos no son fáciles de desarrollar. Sin embargo, se espera que, por ejemplo, los pacientes con un comportamiento relacional preponderante en el área del sometimiento también transfieran las correspondientes expectativas al terapeuta, de quien esperan pasivamente una «aplicación» terapéutica; o, en el caso de pacientes con tendencias a retirarse, se espera que tengan mayores dificultades en la construcción de una relación de trabajo y se involucren menos en el tratamiento. Sin embargo, con relación al eje III, «Conflicto», sí es posible describir conexiones. En este eje el manejo de la enfermedad forma uno de esos ámbitos para los cuales se formulan criterios explícitos en el manual OPD, por lo que hay una superposición que se hace evidente. En el manual se presentan, para cada conflicto, dificultades específicas, que se manifiestan de manera distintiva frente a la enfermedad y a los terapeutas. Éstas se describen en un modo de elaboración pasivo y activo: en el modo pasivo predominan las formas regresivas de la elaboración del conflicto, en el modo activo prevalecen las formas preponderantemente reactivas, contrafóbicas o compensatorias. Al comparar estos criterios en los distintos conflictos se hace evidente que el modo dominante de la elaboración del conflicto desempeña un papel importante en la vivencia de la enfermedad y como prerequisite para el tratamiento.

En general, se puede decir que pacientes con un modo de conflicto predominantemente pasivo (independientemente del tipo de conflicto) tienden a destacar más su sufrimiento y sus molestias y llevan al terapeuta a desarrollar un papel activo y responsable, por lo que probable-

mente darán a conocer aquellas molestias cuyas causas estén fuera de su responsabilidad y de sus posibilidades de influencia. El concepto de enfermedad de estos pacientes debería de contener más frecuentemente, en consecuencia, factores de estrés somáticos (o sociales, externos), por lo que las expectativas de tratamiento estarían más bien orientadas a un tratamiento somático. Cuando se presenta el deseo de realizar una psicoterapia, probablemente ésta esté asociada a la idea de un apoyo activo, o bien a una orientación y consejo.

Debido a la actitud pasiva, existe siempre el riesgo de que, en los momentos en que se presente una ganancia secundaria de la enfermedad, ésta influya en gran medida en el mantenimiento del trastorno.

En caso de que domine el modo activo en los diversos conflictos, se presentan riesgos de otro tipo. Los pacientes vivencian su enfermedad más bien como una amenaza a su autonomía, libertad y control. Ellos tienden a enfrentar esta amenaza minimizando sus dificultades, rechazando ofrecimientos de ayuda o controlando al terapeuta. En los casos en que se prefiere un modelo de enfermedad somático, probablemente sea con la intención de defenderse anticipadamente del cuestionamiento y de la inseguridad que podría generar una aproximación psicológica. Si aceptan realizar una psicoterapia preferirán, probablemente, una forma de tratamiento que vivencien como controlable, o que les asegure la transmisión de competencias con las cuales puedan recuperar un sentimiento de autocontrol. Por lo tanto, en estos casos, son adecuados los tratamientos con procedimientos que promuevan la transmisión de competencias y, eventualmente, también los tratamientos de *insight* y comprensión, que, según la concepción de los afectados, permita un control cognitivo, o bien un autocontrol.

El eje «Vivencia de la enfermedad y prerequisites para el tratamiento» ofrece seguramente un gran número de conexiones con el eje «Estructura». Básicamente ha de esperarse que todas las dimensiones contenidas en el eje «Estructura» se manifiesten en mayor o menor medida en la manera de vivenciar la enfermedad. En la evaluación de los prerequisites del tratamiento, en el ámbito de los trastornos psíquicos o psicosomáticos, es central preguntarse si el paciente vivencia su problema en el plano psíquico y/o en el plano somático. Esto depende, además del tipo de molestias y problemas, fundamentalmente de la capacidad de

autopercepción. La medida en que un individuo ha desarrollado o puede desarrollar un acceso a su «mundo interior» depende, entre otras cosas, de la forma en que están organizados psíquicamente los afectos. Según nuestra concepción, un «mundo interno vivo» es, ante todo, una expresión de una estructura relativamente «buena», en la que son admitidos afectos, temas/conflictos/motivos psíquicos o ambivalencias. De la capacidad de percepción de sí mismo depende, esencialmente, qué representaciones se hace un paciente de sus dificultades y qué modelos de enfermedad y de cambio desarrolla. En esto desempeña un importante papel la disposición del individuo a reconocer las disonancias cognitivas o afectivas. Como otra dimensión estructural importante se aborda la capacidad de manejo de sí mismo, que abarca la tolerancia afectiva, la regulación de la autoestima, así como el manejo de impulsos. La capacidad de manejo del paciente constituye el fundamento para las el desarrollo terapéutico de la perseverancia y la resistencia.

Finalmente, la vivencia de la enfermedad y los prerequisites para el tratamiento también se encuentran influenciados por el tipo de sintomatología (eje V). Las molestias que son más bien de tipo corporal tienden a orientarse básicamente a un concepto de enfermedad somático. Cuando la atribución a lo somático es reforzada por los médicos, el diagnóstico y las medidas terapéuticas médico-corporales, puede llevar a la respectiva rigidez de esa atribución y a la expectativa somática de tratamiento asociada; en este caso sería de esperar que «el cuerpo» y «el tratamiento» se transformen en los campos de acción sobre los cuales se representan los conflictos, los modelos de relación y las dificultades estructurales individuales.

4 Operacionalización de los ejes según OPD-

4.1

Eje I: Vivencia de la enfermedad y prerequisites para el tratamiento.

El eje I del OPD-2 está construido en forma modular. En el módulo básico se describen 19 ítems referidos a la gravedad actual y duración del trastorno, la vivencia de la enfermedad, las representaciones y conceptos de ella, así como los recursos, obstáculos e inhibiciones para el cambio. En el módulo específico de psicoterapia y/o evaluación forense pueden agregarse otros ítems específicos. El módulo de psicoterapia evalúa los deseos del paciente por un tratamiento específico, su capacidad de *insight*, así como la ganancia secundaria que pudiese obtener de la enfermedad.

Como ejemplo, presentamos a continuación un módulo específico –el forense–, actualmente en pleno desarrollo y que ofrece la posibilidad de evaluar más específicamente las condiciones especiales de pacientes forenses.

La Tabla 4.1, visión global de los ítems, muestra ejemplarmente cómo los módulos complementarios se entrecruzan con el módulo básico, de uso general.

Tabla 4.1. Eje I, presentación global de los ítems

Módulo básico	Módulo de psicoterapia	Módulo forense
Evaluación objetiva de la enfermedad/problema		
1. Gravedad actual de la enfermedad/problema		
1.1 Gravedad de los síntomas		
1.2. GAF		
1.3. EQ-5D		
		1.F1 Tipo y severidad del trastorno parafilico– perverso
		1.F2 Tipo y severidad de la alteración por abuso de psicotrópicos
		1. F3 Tipo, severidad y frecuencia de conductas delictivas/antisociales
		1.F4 Forma y tipo de la reclusión
		1.F5 Nivel/naturaleza de la coerción para tratarse
2. Duración de la enfermedad/problema		
2.1. Duración de los síntomas		
2.2. Edad primera manifestación del trastorno		
		2.F1 Edad de la primera manifestación de conductas antisociales
		2.F2 Edad del primer juicio/condena juvenil o conducta antisocial documentada
Vivencia, presentación y concepto (modelo) de enfermedad		
3. Vivencia, presentación y concepto de enfermedad		
3.1. Padecimiento subjetivo		
3.2. Presentación de síntomas y problemas físicos		
3.3. Presentación de la síntomas y problemas psíquicos		
3.4. Presentación de problemas sociales		
		3.F1 Presentación de la conducta delictiva y/o antisocial

Operacionalización de los ejes según OPD-2

Módulo básico	Módulo de psicoterapia	Módulo forense
4. Conceptos de enfermedad del paciente		
4.1. Concepto de enfermedad orientado hacia factores somáticos		
4.2. Concepto de enfermedad orientado hacia factores psíquicos		
4.3. Concepto de enfermedad orientado hacia factores sociales		
5. Conceptos del paciente referentes al cambio		
5.1. Tratamiento deseado: somático		
5.2. Tratamiento deseado: psicoterapéutico		
	5.P1 Reducción de síntomas	
	5.P2 Reflexivo/orientado hacia el conflicto	
	5.P3 De apoyo emocional	
	5.P4. Activo-directivo	
5.3. Tratamiento deseado: intervención social		
		5.F1 Actitud frente a la reclusión
		5.F2 Actitud frente a la imposición del tratamiento
		5.F3 Actitud frente a los objetivos del tratamiento (reducción de la conducta antisocial)
Recursos para el cambio/Obstáculos para el cambio		
6. Recursos para el cambio		
6.1. Recursos personales		

Diagnóstico Psicodinámico operacionalizado (OPD)

Módulo básico	Módulo de psicoterapia	Módulo forense
6.2 . Apoyo (psico)social	6.P1 Capacidad de introspección/ mentalización	6.F1 Apertura – Reconocimiento de la influencia de factores psíquicos sobre su conducta delictiva/anti-social 6.F2 Apertura – Reconocimiento de la influencia de la conducta delictiva/antisocial sobre el estado psíquico posterior
7. Obstáculos para el cambio 7.1. Obstáculos externos para el cambio 7.2. Obstáculo internos para el cambio	7.P1 Ganancia secundaria de la enfermedad o condiciones que mantienen el problema	7.F1 Comorbilidad 7.F2 Ventajas psicosociales de la conducta delictiva/antisocial 7.F3 Ventajas psicosociales por medidas impuestas por la corte y servicios asociados 7.F4 Instrumentalización de trastornos psíquicos en relación con la conducta delictiva/antisocial

4.1.1

Gravedad actual de la enfermedad/problema.

4.1.1.1

Gravedad de los síntomas:

Definición

La evaluación del nivel de gravedad del estado somático y psíquico debe realizarse tanto en el caso de enfermedades orgánicas como en el caso de enfermedades psicosomáticas y psíquicas. Se deben evaluar, también, los problemas psicológicos no clasificables como trastorno psíquico (según CIE-10). Por ejemplo, los problemas de pareja, los conflictos interpersonales laborales, los problemas graves de adaptación al entorno social (conductas antisociales, criminales).

Al evaluar la severidad de los síntomas, se consideran exclusivamente los hallazgos en las áreas física, psíquica y social, independientemente del trastorno subyacente. Es decir, el hallazgo, lo observado, predomina sobre la nosología.

Debe evaluarse *la gravedad actual* del trastorno o problema.

Operacionalización

El nivel de gravedad del trastorno psíquico y/o somático depende del tipo, severidad y grado de cronicidad de éste, así como de su sintomatología.

Al evaluar las molestias físicas, es necesario considerar la sintomatología física actual, las limitaciones e impedimentos y el nivel de discapacidad física, que pueden corresponderse o no con la gravedad de la enfermedad.

La gravedad de la sintomatología psíquica, así como los problemas asociados, está relacionada, por una parte, con la sobrecarga psicológica individual que provoca el trastorno y, por otra, con los problemas que produce en la adaptación psicosocial. Por ejemplo, los ataques de pánico masivos pueden generar en el paciente una sobrecarga y un sufrimiento intrapsíquicos de carácter intenso, y además instalar una limitación severa en el nivel de su funcionamiento y de sus relaciones, por las conductas de evitación secundarias.

Para evaluar el nivel de gravedad del trastorno psíquico, es relevante el nivel de integración/desintegración de la personalidad y sus posibilidades de adaptación social (profesión, tiempo libre, familia). El intervalo de tiempo para la evaluación comprende la semana previa a ésta.

Graduación de las características y ejemplos de anclaje	
Nivel 0 Ausente/apenas presente	Los síntomas corporales y psíquicos no se aprecian o sólo en muy baja medida. Ejemplo: Un paciente con un trastorno de ansiedad leve presenta sentimientos de inquietud y preocupación con escasas señales de agitación en el plano corporal.
Nivel 2 Medio	El paciente evidencia síntomas y limitaciones importantes en el ámbito físico, mental o en ambos. Ejemplo: Un paciente con un trastorno de ansiedad presenta estados de angustia, leves sentimientos de desrealización y despersonalización y las conductas evitativas relacionadas. Físicamente, presenta –junto con los estados ansiosos cada vez más frecuentes– signos de sobreestimulación vegetativa (taquicardia, sudoración, mareos, etcétera).
Nivel 4 Muy alto	El paciente presenta evidentes síntomas corporales y/o psicológicos. Ejemplo: Un paciente con un trastorno de ansiedad generalizado presenta ataques de pánico intermitentes con angustia de muerte, temor a enloquecer y masivos síntomas corporales de angustia. Presenta además una persistente e intensa angustia basal, asociado a síntomas vegetativos. Por esta razón, sus actividades se encuentran severamente restringidas, con una marcada tendencia a retraerse y a la evitación.

4.1.1.2
Evaluación del funcionamiento global

Definición

La escala GAF («Global Assesment of Functioning») corresponde al eje V del DSM IV (Sass *et al.*, 2001). Aquí se evalúa el nivel general de funcionamiento en las áreas psíquicas, sociales y laborales.

Operacionalización

Las funciones psíquicas, sociales y laborales se plantean en un continuo dimensional, que va desde la salud psíquica hasta la enfermedad. Se evalúa el valor máximo del nivel de funcionamiento.

- 100-91 = función óptima en todas las áreas
- 90-81 = buen rendimiento en todas las áreas
- 80-71 = a lo sumo menoscabo leve
- 70-61 = menoscabo leve
- 60-51 = trastorno moderado
- 50-41 = menoscabo serio
- 40-31 = fuerte menoscabo en varias áreas
- 30-21 = ineficiencia en casi todas las áreas
- 20-11 = riesgo para sí mismo o para otros
- 10-1 = constante peligro o constante incapacidad
- 0 = información insuficiente

Intervalo de tiempo: Valor máximo en los últimos 7 días [] [] []

4.1.1.3

EQ-5D

Definición

El EQ-5D es un instrumento de evaluación de la salud que entrega una medida unidimensional de la calidad de vida. La versión original fue desarrollada por el EuroQol Group como un instrumento de autoevaluación (Rabin, 2001). Para nuestros propósitos, hemos reformulado las cinco dimensiones originales como un instrumento de hetero-evaluación.

Operacionalización

Se registra, para cada una de las cinco dimensiones, cuál afirmación describe mejor el estado de salud del paciente (Rabin y de Charro, 2001).

Diagnóstico Psicodinámico operacionalizado (OPD)

Tabla 4.2. EQ-5D

1. Movilidad/flexibilidad	
El paciente no tiene problemas para desplazarse	<input type="checkbox"/> 1
El paciente presenta algunos problemas para desplazarse	<input type="checkbox"/> 2
El paciente está atado a la cama	<input type="checkbox"/> 3
2. Capacidad para valerse por sí mismo (cuidarse)	
El paciente no tiene problemas para valerse por sí mismo (cuidarse)	<input type="checkbox"/> 1
El paciente tiene algunos problemas para lavarse o vestirse solo	<input type="checkbox"/> 2
El paciente no es capaz de lavarse o vestirse solo	<input type="checkbox"/> 3
3. Actividades generales (por ejemplo, trabajo, estudio, labores domésticas, actividades familiares y recreativas)	
El paciente no tiene problemas para realizar sus actividades cotidianas	<input type="checkbox"/> 1
El paciente tiene algunos problemas en realizar sus actividades cotidianas	<input type="checkbox"/> 2
El paciente es incapaz de realizar sus actividades cotidianas	<input type="checkbox"/> 3
4. Dolores/molestias físicos	
El paciente no tiene dolores ni molestias físicos	<input type="checkbox"/> 1
El paciente tiene moderados dolores y molestias físicas	<input type="checkbox"/> 2
El paciente tiene dolores y molestias físicos extremos	<input type="checkbox"/> 3
5. Angustia/depresión	
El paciente no está angustiado ni deprimido	<input type="checkbox"/> 1
El paciente está moderadamente angustiado o deprimido	<input type="checkbox"/> 2
El paciente está extremadamente angustiado o deprimido	<input type="checkbox"/> 3

4.1.2
Duración de la enfermedad/del problema

4.1.2.1
Duración de la problemática actual

La duración de los síntomas/problemas es de interés, tanto para evaluar la gravedad del trastorno como para el pronóstico de las medidas orientadas al cambio. En este ítem deben registrarse sólo los principales síntomas/problemas mencionados por el paciente. En los trastornos de mayor duración o crónicos, siempre encontramos procesos disfuncionales de ajuste y afrontamiento en el plano somático, psíquico y social (por ejemplo, en enfermedades crónicas dolorosas), que desarrollan una dinámica propia y pueden influir considerablemente en la integración personal, así como en la adaptación psicosocial del individuo.

En este contexto, registrar la duración del trastorno proporciona información acerca del grado de cronicidad de éste. El registro se efectúa en la siguiente tabla:

< 6 meses	6-24 meses	2-5 años	5-10 años	> 10 años
-----------	------------	----------	-----------	-----------

4.1.2.2
Edad de la primera manifestación de la enfermedad

Este ítem registra la edad de comienzo de la enfermedad o problema actual. La edad de la primera manifestación suele correlacionarse con la cronicidad del trastorno, es decir, a menor edad de inicio, mayor probabilidad de cronicidad. Esto no es siempre así: un ejemplo de ello es un paciente que presenta los primeros síntomas agorafóbicos a los 20 años y por segunda vez a los 50 años, por lo que evidentemente no se trata de un cuadro crónico.

4.1.3

Vivencia, presentación y concepto de enfermedad del paciente

4.1.3.1

Padecimiento subjetivo del paciente

Definición

Este ítem registra el sufrimiento subjetivo del paciente, del que surge eventualmente la motivación a buscar ayuda psicoterapéutica. El padecimiento subjetivo es generalmente, resultado de la gravedad de la sintomatología, tipo y consecuencias del diagnóstico y de los procedimientos del tratamiento aplicados, pero también de las actitudes individuales y sociales hacia la enfermedad (estigmatización). Hay pacientes con intenso sufrimiento subjetivo aunque presenten sólo mínimos síntomas físicos. Este ítem enfatiza fuertemente lo subjetivo. El padecimiento subjetivo debe ser verbalizado por el paciente o ser percibido durante la evaluación a través de su comportamiento. Para puntuar lo no verbalizado (por ejemplo, negado o trivializado), se requiere un alto grado de certeza. El padecimiento subjetivo tiene una importante función motivacional en la formación de las expectativas del paciente frente al tratamiento y su futuro compromiso en relación con él.

Operacionalización

Para la evaluación se considera el padecimiento subjetivo vivenciado por el paciente, independientemente de si se corresponde con el sufrimiento «objetivo». Es importante evaluar el padecimiento subjetivo actual, considerando el último mes. En general, se evalúan tanto los aspectos corporales como psíquicos. Mientras más integrados estén los síntomas en las distintas áreas funcionales de la personalidad, menos negativa será la autopercepción del paciente. Durante la evaluación, es importante el modo en que el paciente refiere su sufrimiento y cómo lo expresa a través de la mímica/gestos o en el plano conductual. Cuando los sentimientos asociados al padecimiento están minimizados, disimulados, o bien dramatizados/agravados, aun considerando el contexto sociocultural del pa

ciente, el examinador debe tratar de verificar esta impresión con preguntas más profundas o una observación más específica. Si las representaciones verbales, no verbales o escénicas son discrepantes, se privilegia la impresión predominante, o bien el modo predominante de expresarse.

Graduación de las características y ejemplos de anclaje (Período a evaluar: último mes)	
Nivel 0 Ausente/apenas presente	<p>Se elige este nivel cuando en la entrevista no se reconocen sentimientos de sufrimiento en el paciente; cuando el paciente no expresa señales claras de sufrimiento. También cuando un paciente, debido a sus exigencias internas («los hombres no lloran»), reprime las señales de expresión emocional. Cognitivamente, el paciente no se ve preocupado de sus problemas y/o molestias.</p> <p>Ejemplo: Un paciente con problemas de pareja, en el contexto de una crisis depresiva de la esposa, no percibe limitaciones ni consecuencias en su vida atribuibles a su enfermedad, por lo que rehúsa el tratamiento. No se interesa por un diagnóstico más profundo, pues el problema no lo agobia en exceso.</p>
Nivel 2 Medio	<p>Un padecimiento subjetivo medio se presenta, cuando el paciente ha sufrido y/o sufre claramente por la enfermedad y las limitaciones consecuentes.</p> <p>Ejemplo: Una paciente presenta un trastorno del sueño y estrés laboral, consulta frecuentemente y siempre al borde de las lágrimas. Aunque no lo verbaliza expresamente, transmite con su actitud el deseo de remediar su situación mediante la prescripción de medicamentos.</p>
Nivel 4 Muy alto	<p>Este ítem se selecciona cuando un alto padecimiento subjetivo está asociado a sobrecarga por estresores internos y externos/situativos (por ejemplo, angustia, agravamiento en los síntomas, procedimientos médicos muy agobiantes, ausencia de apoyo social). Sin embargo, también puede discrepar el desencadenante con el sufrimiento expresado. El paciente se esfuerza en buscar ayuda en otros a través de todos los medios a su alcance, expresando su sufrimiento de diversas formas, de manera gestual, verbalmente, o en acciones (por ejemplo, mediante comportamiento parasuicida) y/o exigiendo tratamiento inmediato.</p> <p>Ejemplo: Una paciente con reiterados e intensos ataques de pánico refiere que éstos invaden sus pensamientos y emociones, y que se siente atormentada por el miedo a tener miedo. No puede quedarse quieta y se pasea visiblemente angustiada y ansiosa por la sala de entrevista, pidiendo de modo urgente tratamiento inyectable y la derivación a un médico de urgencia o a una clínica, señalando que ya no puede tolerar más este estado.</p>

4.1.3.2
Presentación de la sintomatología y problemas somáticos

Definición

Este ítem evalúa en qué medida el paciente presenta en la entrevista los aspectos somáticos del sufrimiento que le genera el trastorno. Por ejemplo, refiriéndose a molestias corporales, descripción de síntomas, intentos de explicar la génesis de su problema, los resultados de los tratamientos o la evolución de su problema, en términos físicos. También es posible evaluarlo, observando cuánta atención dedica a las manifestaciones corporales de su problema.

Operacionalización

Interesa observar, durante la evaluación, en qué medida el paciente relata y/o escenifica aspectos corporales en la interacción. Se trata exclusivamente de la presentación de sus molestias. El nivel de la presentación de los síntomas en términos psíquicos o sociales es irrelevante en este ítem. Si las representaciones verbales, no verbales o escénicas son discrepantes, se privilegia la impresión predominante, o bien el modo predominante de expresarse.

Graduación de las características y ejemplos de anclaje	
Nivel 0 Ausente/apenas presente	<p>Se puntúa este nivel cuando las representaciones del paciente no aluden a molestias corporales o sólo en mínima medida. Se evalúa únicamente el nivel de molestias corporales expresadas, independientemente de las enfermedades que las provocan (somáticas o psíquicas).</p> <p>Ejemplo: «No sé si estoy bien acá. Me han dicho en casa que debo consultar un médico, porque algo no anda bien con mi estómago», responde el paciente ante la primera pregunta del entrevistador. Sólo preguntándole detalladamente, el evaluador descubre que el paciente sufre desde hace cuatro meses dolores de estómago, contra los que no ha tomado ninguna medida, pues pensaba que «no eran tan graves». Laboriosamente, logra reconstruir la anamnesis y los datos médicamente relevantes. En vano, intenta llamar la atención del paciente respecto de los aspectos psicosociales de su enfermedad. Éste parece no entender lo que pretende saber el evaluador, señalando «es que todo anda muy bien».</p>

Operacionalización de los ejes según OPD-2

Nivel 2 Medio	<p>Este nivel se recomienda si síntomas, problemas o supuestas causas somáticas ocupan un importante espacio en la expresión verbal, gestual o escénica del paciente, sin necesitar para ello de intervenciones o peticiones aclaratorias del evaluador. El paciente puede ser consciente de estos temas somáticos y puede aliviarse al vivirlos así. Sin embargo, no aprovecha esto para comprender y resolver su trastorno o problema, pues otros temas demandan más su atención.</p> <p>Ejemplo:</p> <p>«Desde hace tres semanas no me siento bien. Tengo dolores de estómago, náuseas y he vomitado un par de veces. La comida y el café ya no me apetecen. He bajado tres kilogramos, duermo mal por los dolores que tengo», contesta el paciente ante la pregunta de apertura del entrevistador. Parece algo preocupado y añade: «¡Me gustaría que me examinara exhaustivamente, a mi edad podría llegar a ser algo serio!». Responde abiertamente a las peticiones del examinador y relata en forma objetiva los antecedentes médicos más relevantes. Al entrevistador le resulta fácil entender la situación psicosocial actual del paciente. Éste explica que se encuentra actualmente en una situación muy crítica de cambio laboral que lo agobia.</p>
Nivel 4 Muy alto	<p>Este nivel se elige cuando la descripción que el paciente hace de sus quejas somáticas y problemas y/o explicaciones sobre sus molestias, predominan de modo verbal/gestual/escenificado durante la evaluación, sin que el examinador haya insistido en ello.</p> <p>Ejemplo:</p> <p>«¡Ya no doy más, estoy exhausto y no puedo más! Tengo 50 años y ya no tolero más hacer turnos. ¡Ya no tengo más fuerzas!», exclama en la conversación. Con expresión de sufrimiento relata detalladamente, casi sin pedírselo, todo su historial clínico, enumerando las más variadas molestias corporales, describe en profundidad los numerosos tratamientos recibidos y plantea reiteradamente suposiciones sobre sus efectos corporales. Relata, en forma especialmente comprometida, su operación de abdomen y las dificultades y complicaciones que tuvo su recuperación. En tono de reproche refiere que, desde entonces, todo es un caos en su estómago, que nada funciona bien y que no es capaz de hacer nada. Por momentos, el examinador logra aclarar que el paciente sufre de dolores abdominales recidivantes que limitan «terriblemente» su vida cotidiana. Infructuosamente se esmera en esclarecer los aspectos psicosociales de su enfermedad. El paciente está continuamente ocupado en sus molestias físicas. Una y otra vez se pasa las manos por el abdomen repitiendo: «¡Se lo repito de nuevo, todo tiene que ver con mi estómago y éste ya no da más!».</p>

4.1.3.3
Presentación de la sintomatología y problemas psíquicos

Definición

Este ítem evalúa en qué medida el paciente expresa durante la entrevista los aspectos psíquicos de su trastorno. Por ejemplo, refiriéndose a sus molestias psíquicas, describe síntomas, realiza intentos explicativos sobre su aparición, se ocupa de la influencia de los tratamientos sobre éstos, etcétera. Se evalúa también cuánta atención les dedica a estos síntomas psíquicos.

Operacionalización

Durante la evaluación interesa 1) en qué medida el paciente describe en la interacción aspectos psíquicos, verbal o escénicamente y 2) en qué medida el sufrimiento descrito por el paciente es comprensible para el entrevistador o cuán minimizado/disimulado o bien dramatizado/agravado se presenta (siempre considerando el trasfondo sociocultural del paciente). En este ítem es irrelevante en qué medida presenta el paciente los aspectos corporales y sociales de su trastorno. Si las representaciones verbales, no verbales o escénicas son discrepantes, se privilegia la impresión predominante, o bien el modo predominante de expresarse.

Graduación de las características y ejemplos de anclaje	
Nivel 0 Ausente/apenas presente	<p>Este nivel se recomienda cuando en las representaciones del paciente no aparecen en absoluto molestias o problemas psíquicos o sólo en muy baja intensidad. Un paciente puede, a pesar de presentar una enfermedad psíquica, dejar poco o ningún espacio mental a sus procesos psicológicos, por las características de la enfermedad, por la acción de mecanismos defensivos o logros adaptativos, así como por la medicación y/o diversas medidas de tratamiento.</p> <p>Ejemplo: Según antecedentes dados por su esposa, el paciente está deprimido desde hace cuatro meses, no ha trabajado en la última semana y se refugia en la casa. El paciente se cierra a una evaluación de los aspectos psíquicos o, directamente, se niega: «¡Estoy sano!». Al insistirle, comienza a relatar detalladamente su diabetes mellitus, de difícil tratamiento. «Los médicos me han dicho que necesito</p>

Operacionalización de los ejes según OPD-2

	<p>un trasplante renal. Aparte de eso, me siento muy bien y no tengo problemas emocionales». No logra comprender por qué su señora se molesta tanto al respecto, sólo porque él no habla mucho y quiere que lo dejen en paz.</p>
<p>Nivel 2 Medio</p>	<p>Una manifestación media se encuentra en pacientes que dejan amplio espacio a la presentación de sus molestias/problemas y las causas psicológicas de su estado, en forma verbal, gestual y escénica, sin ser abrumados por ellos. El paciente puede percibir estos contenidos psíquicos y aliviarse al vivenciarlos desde esta perspectiva.</p> <p>Ejemplo: Una paciente que se muestra ansiosa y disfórica, relata que no se siente bien desde hace tres meses, no tiene ganas de nada y teme las aglomeraciones de personas, a tal punto de tener que obligarse a pasear a su perro, actividad que antes hacía con gusto. Refiere que cuando se sienta frente al televisor, todo pasa como un rumor frente a ella, «porque todo da vueltas en mi cabeza». Espontáneamente agrega: «Uno a veces tiene sus problemas, pero nunca había tenido algo así. Me pregunto qué me afecta tanto, quizás sea la pubertad de mi hija». A continuación abandona el tema para describir minuciosamente sus problemas médicos. Ambivalentemente retoma el tema, después de intervenciones adecuadas del entrevistador.</p>
<p>Nivel 4 Muy alto</p>	<p>Se trata de pacientes en los que predominan la representación de síntomas y molestias psíquicas. La explicación y comprensión de los síntomas sobre una base psicológica es parte de la perspectiva del paciente, lo que se percibe a lo largo de la entrevista. Señalan espontáneamente al evaluador que sus problemas psíquicos requieren tratamiento psicoterapéutico. Petición que no debe concordar necesariamente con la indicación diagnóstica del entrevistador.</p> <p>Ejemplo: El paciente parece muy tenso y preocupado al relatar sus fluctuaciones depresivas (trastorno del sueño y rumiación depresiva), que desde hace dos meses le han impedido continuar su trabajo como representante comercial. Por la angustia que esto le provoca, se encuentra temeroso de viajar. Hasta entonces, siempre lo había calmado pensar en su anterior psicoterapeuta. Ese tratamiento lo habría ayudado a resolver un severo conflicto de pareja, luego de lo cual se mantuvo asintomático por diez años, hasta separarse de su mujer hace seis meses. Su historia muestra desde la post adolescencia, a una persona sensible y dependiente de los demás, que hasta ahora había logrado —con excepción de la crisis actual— comprender sus síntomas psíquicos y sus desencadenantes, de un modo provechoso y útil para él.</p>

4.1.3.4
Representación de problemas sociales

Definición

Este ítem evalúa en qué medida el paciente expresa durante la entrevista los aspectos sociales de su trastorno y cuánta importancia le otorga. En la entrevista, pueden expresarse como quejas acerca de estresores familiares (enfermedad/cuidado de un familiar), laborales (por ejemplo amenaza/pérdida del empleo, *mobbing*), en el círculo de amigos y conocidos (enfermedades, muerte, separaciones), o bien como intentos explicativos sociales del surgimiento de su enfermedad o su influencia en ella, así como los eventuales tratamientos a seguir.

Operacionalización

En la evaluación, lo primero es examinar en qué medida el paciente comunica y/o presenta aspectos sociales en la interacción, verbal o escénicamente. En segundo lugar, evaluar la medida en que el entrevistador comprende el sufrimiento que el paciente atribuye a causas sociales o considera que está minimizado/disimulado, o bien dramatizado/agravado, aun considerando el contexto sociocultural del paciente. El nivel de presentación de los síntomas corporales y psíquicos es irrelevante en este ítem. Si las representaciones verbales, no verbales o escénicas son discrepantes, se privilegia la impresión predominante, o bien el modo predominante de expresarse.

Graduación de las características y ejemplos de anclaje	
Nivel 0 Ausente/apenas presente	Este nivel se aconseja cuando en la representación del paciente no aparecen en absoluto los aspectos sociales de su sufrimiento o lo hacen en muy baja medida. El paciente puede, a pesar de fuertes estresores sociales, no sentirse inundado ni sobrepasado por ellos. Esto dependerá, naturalmente, del desarrollo de la enfermedad, de los mecanismos defensivos, de la adaptación psicosocial y/o del tratamiento implementado.

Operacionalización de los ejes según OPD-2

	<p>Ejemplo: Un paciente con una depresión después de un cáncer refiere no tener problemas en el ámbito social. Su familia lo apoya en la superación de la enfermedad, tiene la posibilidad de reinserarse laboralmente y no tiene problemas económicos.</p>
Nivel 2 Medio	<p>Este nivel se aconseja cuando un paciente da amplio espacio a la representación verbal/gestual/escénica de sus estresores y problemas sociales, así como a eventuales causas sociales de ellos, sin sentirse abrumado por ello. Se dan cuenta de estos aspectos sociales y manifiestan sentirse aliviados al entenderlos así. Sin embargo, no lo aprovechan para comprender lo que les ocurre y así poder afrontarlo mejor, pues otros temas demandan su atención.</p> <p>Ejemplo: Un paciente describe que después que haber quedado sin trabajo aparecieron estados depresivos y angustiosos. Su trabajo siempre había sido para él un importante sostén en la vida, y en los períodos en los que estaba desempleado, aumentaban marcadamente las inseguridades y su baja autoestima, que lo agobiaban desde su juventud.</p>
Nivel 4 Muy alto	<p>Este nivel se aconseja en pacientes en los que predomina la representación verbal/gestual/escénica de sus problemas y sobrecargas sociales y/o intentos explicativos sociales, sin que el entrevistador lo haya pedido explícitamente.</p> <p>Ejemplo: Un paciente de 58 años refiere sentirse desesperado y desesperanzado, con severo insomnio. Sus problemas se habrían iniciado al renunciar a su trabajo hace tres años. Posteriormente, todas sus solicitudes de trabajo fueron rechazadas por su edad. Teme tener que vender su casa, pues el subsidio de desempleado no cubriría sus gastos. Por lo anterior, debió dejar su abono al teatro y retirarse del club deportivo, lo que, secundariamente, ha disminuido más y más sus contactos sociales.</p>

4.1.4

Concepto de enfermedad del paciente (modelo explicativo)

4.1.4.1

Concepto de enfermedad somáticamente orientado

Definición

Este ítem evalúa el modelo subjetivo consciente con el que el paciente se explica a sí mismo, y a otros, la formación, desarrollo y molestias de su enfermedad.

Se evalúa en qué medida tiene una comprensión de su enfermedad basada en relaciones explicativas médico-somáticas. En qué medida cree que sus molestias y problemas son causados o influenciados por deficiencias corporales, procesos y mecanismos físicos patológicos, etcétera.

Operacionalización

En la evaluación, el examinador se forma una impresión sobre la comprensión que el paciente tiene de su enfermedad. Se basa, por una parte, en las ideas sobre las causas y desarrollo de la enfermedad que éste explicita espontáneamente y, por otra parte, sobre preguntas específicas del entrevistador respecto a la formación y transformaciones de sus molestias y problemas. Es irrelevante si estas explicaciones son adecuadas médicamente, lo central es determinar el modelo explicativo subyacente que predomina (factores desencadenantes, relaciones causales, etcétera).

Un bajo nivel en la escala muestra un modelo explicativo somático poco desarrollado, así como representaciones imprecisas de los factores físicos desencadenantes. Por otro lado, un alto nivel apunta a un modelo explicativo somático relativamente específico sobre la enfermedad o el problema.

Este ítem no evalúa el grado en que el paciente puede estar fijado a una explicación específica de su trastorno, esto se determina tomando en cuenta el perfil de los tres ejes OPD (2, 3 y 4).

Graduación de las características y ejemplos de anclaje	
Nivel 0 Ausente/apenas presente	Se sugiere esta alternativa en pacientes que no plantean causas físicas o somáticas como explicación de sus molestias. Al ser específicamente preguntados sobre el tema, rechazan una explicación somática. Ejemplo: Un paciente bronquítico crónico, a quien su médico le ha pedido reiteradamente que deje de fumar tanto (30 cigarrillos diarios), responde que su tos no se debe a ello, ya que tanto su padre como su abuelo fumaban incluso más y no tenían tos. «Los hombres de mi familia siempre han tenido pulmones fuertes.»
Nivel 2 Medio	En este nivel se deben clasificar los pacientes que consideran que sus problemas podrían tener causas físicas, aunque no estén seguros de ello, por ejemplo, a través de una infección o una génesis tóxica.

Nivel 4 Muy alto	<p>Ejemplo: Un paciente describe síntomas de cansancio, decaimiento y náuseas matutinas. Se ha informado por Internet sobre el <i>sick building syndrome</i> y espera que un estudio médico detallado confirme o rechace esta hipótesis.</p> <p>El paciente está convencido de que sus molestias están provocadas por causas físicas. Es capaz de establecer claras interrelaciones causales, diagnósticos o influencias biofísicas externas.</p> <p>Ejemplo: Un paciente refiere tener una borreliosis. Se ha unido a un grupo de autoayuda de borreliosis y presiona reiteradamente a los médicos tratantes sobre nuevas terapias antibióticas. Apoyándose en información de Internet acerca de un «tipo de borreliosis seronegativa», rechaza los argumentos de su médico tratante respecto a que él no presenta ni las señales típicas de mordida de garrapata ni tampoco los anticuerpos correspondientes.</p>
-----------------------------	---

4.1.4.2

Concepto de enfermedad referido a factores psicológicos

Definición

Este ítem evalúa en qué medida el paciente considera elementos psicológicos e interpersonales (interactivos psicológicos) en la formación y desarrollo de sus molestias y problemas, y cuán dispuesto está a una explicación psicológica de ellos. Es así que en este ítem hay que verificar si el paciente se da cuenta de que sus puntos de vista, actitudes y conductas se asocian con la formación y desarrollo de sus molestias y problemas y si es capaz de relacionar sus propias reacciones con su entorno social.

Operacionalización

En la entrevista, el evaluador intenta hacerse una imagen acerca de hasta dónde el paciente está abierto a un modelo explicativo psicológico de sus molestias y si ha desarrollado fantasías al respecto. (Las interacciones con el ambiente desempeñan un papel en tanto no sean utilizadas exclusivamente para externalizar los problemas.)

Un nivel bajo en la escala indica una comprensión psicológica (psicosomática) de la enfermedad poco desarrollada y sólo ideas imprecisas

Diagnóstico Psicodinámico operacionalizado (OPD)

acerca de los factores psicológicos desencadenantes. Un alto nivel, por su parte, señala la presencia de un modelo psicológico relativamente específico de enfermedad. Este ítem no evalúa el grado en que el paciente puede estar fijado a una explicación específica de su trastorno, esto se determina tomando en cuenta los tres ejes psicodinámicos (2, 3 y 4).

Graduación de las características y ejemplos de anclaje	
Nivel 0 Ausente/apenas presente	<p>El paciente no considera alguna causa psíquica, psicológica o interaccional como explicación de sus molestias. Incluso, al insistirle, descarta categóricamente esta posibilidad.</p> <p>Ejemplo: Una paciente describe síntomas depresivos, pero dice «no tener idea» con qué podrían estar relacionados. El terapeuta intenta señalarle como posible causa los conflictos de pareja que describió, lo que es rebatido por ella: «Hace tiempo que tenemos problemas con mi marido, ¿por qué debería deprimirme ahora por ello?».</p>
Nivel 2 Medio	<p>El paciente no está seguro acerca de si factores psíquicos, psicológicos o interaccionales participan en la formación de sus molestias. Sin embargo, no descarta esta posibilidad y puede seguir fácilmente las indicaciones del entrevistador al respecto.</p> <p>Ejemplo: El terapeuta le interpreta a un paciente diabético, que siempre «olvida» tomar su medicación, que esta conducta podría relacionarse con un rechazo inconsciente a su madre, que sufría también de diabetes. El paciente, que inicialmente pensaba que su «trastorno de memoria» era una consecuencia tardía de la enfermedad, fue capaz de seguir esta línea interpretativa, refiriendo a continuación cuánto le hastiaba cuando niño esta madre enferma y demandante.</p>
Nivel 4 Muy alto	<p>El paciente está convencido de que influencias psicológicas o interaccionales tienen un efecto causal y desencadenante en sus molestias. El examinador se encuentra con un concepto de enfermedad emocional o interaccional que, sin embargo, puede ser manejado en forma flexible de acuerdo con las indicaciones del profesional. El paciente toma en consideración su participación en los conflictos relacionales y puede reflexionar sobre su propia contribución a ellos.</p> <p>Ejemplo: Una paciente agorafóbica plantea su presunción de que su sintomatología habría surgido ahora para «espabilarla» y hacerle reflexionar sobre lo que será su vida en el futuro. Hace mucho tiempo que mantiene una relación de pareja insatisfactoria sólo por sus hijos. En realidad, preferiría separarse pero tiene mucho temor a vivir sola.</p>

4.1.4.3
Concepto de enfermedad referido a factores sociales

Definición

Este ítem evalúa en qué medida el paciente piensa que sus molestias y problemas son causados por su entorno social. Esta explicación puede ser muy inespecífica (la sociedad, el sistema social, «los de arriba»), pero también pueden existir representaciones muy concretas y específicas respecto de la influencia de las condiciones sociales y las personas.

Operacionalización

Aquí el examinador se forma una idea sobre en qué medida considera el paciente al sistema social y sus condiciones (por ejemplo, desempleo, agencias de reinserción laboral, densidad de la fuerza laboral), así como a las personas (por ejemplo, *mobbing* o acoso laboral por parte de colegas o un jefe descalificador) como desencadenantes o causantes de sus molestias y problemas. También evalúa cuánto considera el paciente que influyen en él, específica o globalmente, estos factores (el puesto de trabajo, el jefe, la degradación laboral, las condiciones laborales desfavorables etcétera).

Un nivel bajo indica representaciones muy vagas acerca de la influencia del contexto social. En el nivel medio se considera la influencia social en forma de factores estresantes más o menos específicos y, finalmente, en un nivel alto, los pacientes refieren condiciones sociales y personas frente a las cuales no pueden hacer nada.

Graduación de las características y ejemplos de anclaje	
Nivel 0 Ausente/apenas presente	<p>El paciente no reconoce ninguna influencia social o externa como responsable de la formación y desarrollo de sus molestias. También descarta esta posibilidad al preguntarle específicamente por ello.</p> <p>Ejemplo: «¿Por qué tendrían que relacionarse mis dolores de espalda con mi trabajo? Finalmente, fue positivo no ser ascendido a jefe de sección, así no tengo que estar lidiando con colegas poco motivados», contesta el paciente cuando se le pregunta sobre posibles relaciones entre el comienzo de sus dolores y la no obtención del ascenso laboral</p>

Diagnóstico Psicodinámico operacionalizado (OPD)

Nivel 2 Medio	<p>El paciente no está totalmente convencido de que factores sociales o influencias del medio participen en la formación de sus molestias. Puede considerar esta posibilidad y seguir al terapeuta en ello, manteniendo, sin embargo, el equilibrio entre las atribuciones causales propias y externas.</p> <p>Ejemplo: Después de una indicación del terapeuta, el paciente puede confirmar la relación entre la aparición de palpitaciones cardíacas y el hecho de estar desempleado: «Sí, creo que tiene razón. Antes estuve muchas veces sin empleo, pero ahora estoy algo más preocupado, pues no se si podré conseguir trabajo a mi edad. Quizás no pueda seguir pagando mis deudas, como me traté de autoconvencer al comienzo».</p>
Nivel 4 Muy alto	<p>El paciente atribuye exclusivamente a las influencias sociales o del medio la causa de la formación y desarrollo de sus molestias. Está convencido de que las causas reales son externas a él y enumera diversos estresores externos. No acoge las sugerencias relativizadoras o propuestas de explicación alternativas.</p> <p>Ejemplo: «He destrozado mi espalda trabajando por años y ahora no se me reconoce. Voy de especialista en especialista y siempre me dicen lo mismo, que mis dolores de espalda no justificarían jubilarme. ¿Debo estar al borde del colapso para que me hagan caso? Los políticos siempre se llevan la mejor parte y nosotros tenemos que pagar por ello, frente a esto sólo queda resignarse. Este gobierno me ha destrozado», contesta, muy agitado, ante la pregunta inicial del terapeuta.</p>

4.1.5

Conceptos de cambio del paciente

4.1.5.1

Estimación del tratamiento deseado por el paciente: tratamiento somático

Definición

Este ítem evalúa en qué medida el paciente desea un tratamiento somático para su trastorno/problema. En este ítem no se considera si el tratamiento deseado es el más indicado. «Tratamiento somático» se refiere a una intervención que causa cambios directos en el cuerpo, por ejemplo, el uso de medicamentos, procedimientos médico-quirúrgicos, como opera

ciones o medidas fisioterapéuticas. No se consideran aquí intervenciones centradas en el cuerpo en un contexto psicoterapéutico (por ejemplo, los diferentes tipos de terapia corporal). Las distintas formas de tratamiento deseadas por el paciente no se excluyen mutuamente en el eje I, pues un paciente puede desear tanto un tratamiento físico como psicoterapéutico o apoyo en el área social.

Operacionalización

Debe ponerse atención a los deseos de tratamiento somático, directamente expresados por el paciente. Además, son importantes las expresiones escénicas de este deseo. Se evalúa el deseo actual de tratamiento. Una descripción exhaustiva de los tratamientos somáticos recibidos en el pasado puede ser indicio de un elevado deseo de tratamiento físico en el presente.

Graduación de las características y ejemplos de anclaje	
Nivel 0 Ausente/apenas presente	<p>Se selecciona este nivel cuando los pacientes no refieren en la entrevista deseos de un tratamiento físico. Éste puede ser el caso cuando un paciente expresa el deseo exclusivo de psicoterapia o de apoyo social. Sin embargo, puede corresponder también a pacientes que desconocen el tipo de tratamiento más adecuado para ellos.</p> <p>Ejemplo: Un paciente con una colitis ulcerosa desea una psicoterapia para llegar a las «causas psicológicas» y las consecuencias psíquicas de su enfermedad. Rechaza un tratamiento de su trastorno intestinal por medio de medicamentos.</p>
Nivel 2 Medio	<p>Una manifestación media se encuentra, por ejemplo, en pacientes que desean tanto un tratamiento somático como otro tipo de tratamiento. Consideran que un solo tipo de tratamiento es insuficiente para ayudarlos a superar su problema. También se encuentran en esta categoría los pacientes que no están plenamente convencidos sobre un tratamiento somático.</p> <p>Ejemplo: Un paciente enfermo de cáncer acepta la quimioterapia tras largas conversaciones. Además de esto, desea conversar con el psicólogo de la unidad, pues supone que sólo con ayuda psicoterapéutica podría enfrentar los efectos secundarios de la quimioterapia.</p>

Diagnóstico Psicodinámico operacionalizado (OPD)

Nivel 4 Muy alto

En la categoría de «muy alto» se clasifican los pacientes que claramente desean un tratamiento somático. En este nivel se evalúa el deseo inequívoco de tratamiento somático, independientemente de si éste es considerado adecuado por el examinador. Esto puede darse en pacientes para los que está indicado exclusivamente un tratamiento somático, en pacientes con gran resistencia a la psicoterapia, pero también en pacientes mal informados, que no consideran otras posibilidades de tratamiento. Por supuesto que en el caso de enfermedades psicosomáticas, o también en casos de comorbilidad de enfermedades somáticas o psíquicas, pueden coexistir un fuerte deseo de tratamiento físico y el deseo de un tratamiento psicoterapéutico.

Ejemplo:

Un paciente con un trastorno psicosomático es derivado al psicoterapeuta, con quien se muestra escasamente motivado. Expresa hacia el final de la entrevista que no tiene «nada en la cabeza, sólo permanentes dolores de espalda». Descarta ingresar a una unidad de tratamiento del dolor y expresa su desilusión, por el hecho de que no se le hayan prescrito medicamentos efectivos para el dolor o alguna otra forma de tratamiento somático.

4.1.5.2

Estimación del tratamiento deseado por el paciente: tratamiento psicoterapéutico

Definición

Este ítem evalúa el deseo del paciente por un tratamiento psicoterapéutico. Se evalúa sólo si existe el deseo, no lo adecuado de éste.

Operacionalización

En la evaluación se debe prestar atención a las expresiones directas del deseo de tratamiento psicoterapéutico, pero también a las señales indirectas que apunten a ello. En este caso, hay que considerar el nivel educacional y la estructura del paciente, debido a que pueden influir en la expresión de este deseo. La apertura hacia la psicoterapia puede expresarse también mediante el interés por conversar acerca de temas personales y sociales por parte del paciente.

Graduación de las características y ejemplos de anclaje	
Nivel 0 Ausente/apenas presente	<p>Se sugiere este nivel cuando los pacientes no dan señales durante la entrevista de desear un tratamiento psicoterapéutico. Por ejemplo, cuando el paciente expresa el deseo exclusivo de otro tipo de tratamiento, por ejemplo, somático. Sin embargo, también puede ser el caso de pacientes que desconocen los distintos tratamientos disponibles.</p> <p>Ejemplo: Un paciente con una fobia cardíaca rechaza la propuesta de psicoterapia, piensa que su corazón tiene un daño y que aún no se encuentra la causa de éste. Presiona por terminar rápidamente el estudio diagnóstico y considera a la psicoterapia como una «peligrosa pérdida de tiempo».</p>
Nivel 2 Medio	<p>Una manifestación media se encuentra, por ejemplo, en pacientes que desean tanto un tratamiento psicoterapéutico como otro tipo de tratamiento. Consideran útil la psicoterapia, pero insuficiente por sí sola para el tratamiento de su problema.</p> <p>Ejemplo: Un paciente con un síndrome doloroso llega al consultorio psicoterapéutico buscando una terapia de manejo del dolor. Desea aprender cómo optimizar la medicación para el dolor. Piensa que la psicoterapia lo puede ayudar, pero no como único tratamiento para su dolor.</p>
Nivel 4 Muy alto	<p>Se encuentran en esta categoría los pacientes que inequívoca y persistentemente desean una psicoterapia. Esto puede indicar, por ejemplo, buena capacidad de introspección y comprensión de los factores psicológicos, pero también puede ser resultado de los temores o resistencias del paciente frente a la medicación u otras intervenciones somáticas.</p> <p>Ejemplo I: Una paciente relata una sintomatología agorafóbica y síntomas neurovegetativos de ansiedad. Considera que son causados por un problema de pareja y desea una terapia de grupo, conductual, de manejo de la angustia, para disminuir sus limitadores síntomas. Luego, desea una psicoterapia psicodinámica individual para elaborar sus conflictos de pareja.</p> <p>Ejemplo II: Otro paciente refiere que padece taquicardia, sudoración y sensación de debilidad en las piernas. Desea un tratamiento psicoterapéutico para su angustia, pues piensa que ésta y el resto de sus síntomas son desencadenados por problemas de pareja no resueltos. Rechaza hacerse un examen de la glándula tiroidea para descartar un eventual hipertiroidismo.</p>

4.1.5.3
Estimación del tratamiento deseado por el paciente: área social

Definición

Este ítem evalúa en qué medida un paciente desea ayuda en el área social. Esto puede ser, por ejemplo, el deseo que se le asigne una asistente social, asesoramiento para la reducción de deudas financieras, asistencia y orientación para abordar el proceso de jubilación, colocación laboral, etcétera. Corresponden también a esta categoría los deseos de orientación en otras instancias, que no corresponden estrictamente a una psicoterapia (orientación familiar, educacional, etcétera)

Operacionalización

El deseo de intervenciones sociales se expresa muy poco escénicamente, por lo que es necesario evaluar las expresiones concretas del paciente durante la entrevista. Eventualmente hay que profundizar en el tema, mediante clarificaciones y preguntas específicas.

Graduación de las características y ejemplos de anclaje	
Nivel 0 Ausente/apenas presente	<p>Durante la entrevista el paciente no expresa el deseo de una intervención social. Nuevamente, esto puede significar que no existe una necesidad objetiva o que el rehusarse es una expresión de resistencia del paciente.</p> <p>Ejemplo: Un paciente rechaza todas las sugerencias de apoyo social para orientarlo en su reinserción laboral. En el transcurso de la terapia, se hace más y más evidente la ganancia secundaria y su deseo de pensionarse.</p>
Nivel 2 Medio	<p>Una manifestación media se encuentra en pacientes que, junto con tratamientos somáticos o psicoterapéuticos, desean también un tratamiento o consejería social.</p> <p>Ejemplo: Un paciente <i>borderline</i> se ha dado cuenta en su psicoterapia de que sus constantes cambios de trabajo y vivienda (que lo llevaron a grandes deudas) son el resultado de un trastorno en el control de impulsos. Junto con su elaboración en psicoterapia, desea apoyo del servicio social, para estructurar su reinserción laboral y sus deudas económicas.</p>

Nivel 4 Muy alto	Los pacientes que expresan el deseo de contar sólo con apoyo/orientación social corresponden al nivel «muy alto». Otras posibilidades de tratamiento son rechazadas, aún cuando podrían estar indicadas. Ejemplo: Un paciente con una fobia cardíaca acude frecuentemente a un servicio de orientación familiar, donde espera recibir consejos para manejar a su hija anoréxica, «porque con sus dietas me llevará al infarto».
-----------------------------	--

4.1.6

Recursos para el cambio

4.1.6.1

Recursos personales

Definición

Este ítem evalúa en qué medida el paciente posee actualmente capacidades y modos de conducta sanos y adaptativos (últimos seis meses). No se evalúa en qué medida disponía de estas capacidades en el pasado.

Un paciente con elevados recursos personales puede afrontar en forma activa su enfermedad, manteniendo su estilo de vida previo o incluso organizándolo de manera que promueva su salud. Se verá poco afectado por la enfermedad y sus consecuencias, gracias a su vivencia de autoeficiencia. Podrá mantener su actitud básicamente optimista, estableciendo nuevas perspectivas de vida en forma flexible y emocionalmente responsable, incluso con una enfermedad grave.

Operacionalización

Durante la entrevista, hay que evaluar las conductas adaptativas, constructivas y de afrontamiento (*coping*), el modo en que se manifiestan en la vida cotidiana del paciente y la medida en que éste, pese a sus limitaciones, lleva a cabo su vida activamente (o intenta hacerlo). No se trata de una evaluación de los mecanismos específicos de afrontamiento y cuán exitosos puedan ser. Se trata, más bien, de una evaluación global de los recursos de afrontamiento de que dispone el paciente en su vida cotidiana. En la entrevista, se evalúa la descripción del manejo diario de estresores y sobrecargas, en el contexto de su trastorno. Período de tiempo a evaluar: los seis últimos meses.

Diagnóstico Psicodinámico operacionalizado (OPD)

Graduación de las características y ejemplos de anclaje	
Nivel 0 Ausente/apenas presente	<p>Se sugiere este nivel cuando el paciente prácticamente no dispone, subjetiva u objetivamente, de recursos personales para manejar constructivamente su trastorno.</p> <p>Ejemplo</p> <p>Un paciente pasivo-regresivo con dolores somatomorfos crónicos se siente impotente y desamparado frente a su enfermedad y tiene una visión pesimista de su futuro. No quiere interactuar con otros y ha restringido drásticamente las actividades que antes realizaba. No puede relajarse o distraerse y rechaza cualquier sugerencia orientada al enfrentamiento del problema, por encontrarla inútil y sin sentido.</p>
Nivel 2 Medio	<p>Un nivel medio de recursos personales se presenta cuando el paciente puede mantener en algunas áreas un estilo de vida activo. A pesar de sus molestias y limitaciones, puede usar parcialmente sus recursos por la vía de las compensaciones. Se esfuerza por mantener perspectivas de vida independientes de su enfermedad.</p> <p>Ejemplo:</p> <p>Un paciente con fibromialgia crónica es capaz de mantenerse activo, gracias a ejercicios corporales. Posee además práctica y experiencia en técnicas de relajación. No centra su vida en el trastorno y puede aceptar que algunos episodios dolorosos persistirán. Es capaz de imaginar su vida futura, integrando las molestias crónicas que lo acompañarán.</p>
Nivel 4 Muy alto	<p>Como «muy alto» se evalúan los pacientes que disponen de un amplio espectro de recursos personales para afrontar la enfermedad. Pese a las grandes presiones psíquicas, pueden mantener un sentimiento positivo de la vida. Además, poseen o ponen en función hábitos que promueven su salud. Tienen capacidades emocionales muy desarrolladas y una alta competencia social, lo que les ayudará en la construcción de buenas redes sociales.</p> <p>Ejemplo:</p> <p>Una paciente con un trastorno de ansiedad y esporádicas crisis de angustia ha desarrollado múltiples actividades para enfrentar estas crisis (distrarse, relajarse, auto-tranquilizarse). Se ha informado muy bien sobre la naturaleza de su trastorno (bajo riesgo vital) y siente que puede influir de algún modo en su sintomatología. Está preparada para sus crisis y las considera parte de su vida. A pesar de estas limitaciones, es capaz de continuar sus actividades laborales y recreativas. Además, cuenta con su pareja y una amiga como apoyo emocional.</p>

4.1.6.2

Apoyo (psico) social

Definición

Este ítem evalúa si el paciente percibe y puede hacer uso de recursos objetivamente disponibles en su entorno social. En la evaluación, el examinador tiene que relacionar, por tanto, aspectos formales, como la disponibilidad de una red social, con aspectos subjetivos, como la percepción y utilización de las posibilidades de apoyo, familiar, social y de pareja.

Los parámetros objetivos o estructurales de la red social (cantidad, configuración formal) no son tan relevantes como la capacidad actual del paciente de percibirlos y utilizarlos en el afrontamiento de su trastorno o problema.

Operacionalización

Se describen, por un lado, las posibilidades de apoyo externo, y por el otro, el apoyo social percibido por el paciente y la capacidad de hacer uso de él. Estos componentes del apoyo (psico) social se relacionan entre sí. Se consideran además los distintos tipos de apoyo social (instrumental y emocional).

El examinador debe evaluar si el paciente (1) pudo vincularse previamente a personas cualitativamente valiosas, que prestan apoyo y ayuda, y si éstas se encuentran potencialmente disponibles (aspecto formal); (2) si, en las condiciones de su trastorno actual, percibe la posibilidad de usar estas fuentes de apoyo (apoyo social percibido) y, además, (3) si presenta una conducta que muestre claramente a estas personas su necesidad de ayuda (movilización del apoyo social). Es decir, el paciente debe poder hablar sobre sus molestias para pedir ayuda, responder positivamente a las ofertas de apoyo y responder en forma constructiva frente a estas ofertas.

Como señalamos previamente, respecto a los procesos interaccionales de ayuda, se distinguirá entre apoyos emocionales e instrumentales. Los emocionales se refieren a la cercanía, comprensión, empatía, afecto, valoración, compasión, consuelo, conversaciones de contención, cultivo de las relaciones sociales, etcétera. También pueden incluir la entrega de información y consejo, mientras sea percibido como un aporte a la relación.

Diagnóstico Psicodinámico operacionalizado (OPD)

El apoyo instrumental hace referencia a las actividades que otros realizan por el paciente, por ejemplo, apoyo en las tareas domésticas, realizar las compras, solución de problemas cotidianos (por ejemplo, regar las plantas), apoyo de los vecinos (por ejemplo, en la resolución de trámites municipales). Este también puede abarcar consejos y transmisión de información, en tanto sea entendido como ayuda en la solución de problemas. El apoyo meramente informativo no debe ser evaluarse por separado. El período de tiempo que se ha de evaluar son los últimos seis meses.

Graduación de las características y ejemplos de anclaje	
Nivel 0 Ausente/apenas presente	<p>El paciente no cuenta (o escasamente) con personas de las que pueda recibir apoyo instrumental y/o emocional. Señala claramente que tampoco lo considera necesario ni posible.</p> <p>Ejemplo: Un paciente con un trastorno narcisista/esquizoide vive aislado en su departamento. Tolerar que su madre le traiga la ropa limpia. Fuera de eso, no mantiene mayor contacto con su familia. El paciente está separado, desempleado y se ha alejado de los pocos amigos que tenía. Lo único que desea es ser dejado en paz, pues los demás sólo «querrían manipularlo».</p>
Nivel 2 medio	<p>Existen personas de las cuales el paciente podría recibir apoyo instrumental y/o emocional. El paciente percibe esto y tiene ocasionalmente contacto con ellos. Sin embargo, no puede utilizar estos contactos como apoyo instrumental o emocional para el manejo de su trastorno o problema.</p> <p>Ejemplo Un paciente con un trastorno depresivo posterior a la muerte de su esposa se ha retraído mucho socialmente. El círculo de conocidos de la pareja aún se encuentra disponible, tanto en el apoyo instrumental (ayuda en las compras y quehaceres del hogar), como emocional («puedes pasar cuando quieras por nuestra casa»). Sin embargo, el paciente lo rechaza por sentimientos de lealtad con el objeto perdido. No sabe cómo desahogarse respecto de su pérdida, porque antes su esposa siempre se expresaba por él.</p>
Nivel 4 Muy alto	<p>En el relato del paciente aparecen muchas personas de las cuales éste puede recibir apoyo instrumental y/o emocional. El paciente está en condiciones de considerar y utilizar ambas posibilidades de apoyo, para el enfrentamiento de su trastorno o problema.</p>

Ejemplo:

Una paciente agorafóbica dispone de un círculo de amigos y conocidos muy comprometidos con ella. Puede buscarlos activamente como apoyo en las actividades cotidianas que le causan temor (por ejemplo, ir de compras y desplazarse al trabajo). En especial, puede conversar sobre sus miedos con su madre, sintiéndose muy entendida por ella.

4.1.7

Obstáculos para el cambio

4.1.7.1

Obstáculos externos para el cambio

Definición

Para que la motivación al cambio se traduzca concretamente en que el paciente ingrese a una psicoterapia, las variables contextuales son muy significativas. Corresponden a éstas, por ejemplo, el financiamiento de la psicoterapia, o que se den las condiciones para un estudio diagnóstico en profundidad previo a la correcta indicación. También las condiciones sociales básicas (por ejemplo, la situación laboral) que permitan el acceso a la terapia, así como una actitud abierta del entorno frente al diagnóstico psicosomático o la psicoterapia. Si alguno de estos factores está sólo parcialmente disponible o definitivamente ausente, los podemos considerar como obstáculos externos para la iniciación de una psicoterapia. En cada caso individual, el paciente sopesará los beneficios esperados de la terapia versus los costos asociados. Entre los últimos se consideran los obstáculos reales para acceder a servicios psicosomáticos o a una psicoterapia, así como para traducir la motivación existente en hechos. Deben incluirse aquí, por ejemplo, una disponibilidad limitada de la psicoterapia indicada, así como las dificultades para contactar con un especialista psicosomático o un terapeuta. También las dificultades de financiamiento de la psicoterapia pueden disminuir la motivación al cambio. Otros obstáculos externos pueden ser la precariedad del puesto de trabajo o, si se considerara una psicoterapia en régimen hospitalario, el escaso apoyo familiar en el cuidado de los hijos. El temor a la estigmatización o a las consecuencias

sociales, pueden ser consecuencia también de condiciones externas como, por ejemplo, en su lugar de trabajo.

Operacionalización

Es necesario evaluar si el procedimiento diagnóstico o psicoterapéutico indicado está siquiera disponible, o si asistir a psicoterapia obliga a costosos y largos traslados (por ejemplo, en pacientes que residen en otra provincia). La escasa cobertura de los seguros de salud también debe considerarse aquí. Los obstáculos sociales se muestran, por ejemplo, si el paciente teme problemas laborales asociados a la indicación, tales como el riesgo de perder el puesto de trabajo a causa del tratamiento hospitalario o la disminución de las posibilidades de ascenso. Otro ejemplo sería el caso de una madre que no puede ser ingresada por no contar con apoyo para el cuidado de sus hijos. Además, es importante la aceptación que tiene el tratamiento en la red social, pues las estigmatizaciones reales o temidas pueden actuar como obstáculos al cambio.

Graduación de las características y ejemplos de anclaje	
Nivel 0 Ausente/apenas presente	<p>No se presentan obstáculos externos relevantes.</p> <p>Ejemplo</p> <p>Un paciente con un trastorno psíquico o psicosomático, que se encuentra básicamente motivado a realizar un cambio y a realizar una psicoterapia, encuentra en su región un psicoterapeuta y un encuadre psicoterapéutico adecuados. El tema de los costos ha sido ya aclarado y el tratamiento planificado puede implementarse fácilmente y no representa motivo de conflicto en su contexto familiar y laboral.</p>
Nivel 2 Medio	<p>Se presentan obstáculos externos aislados, los cuales, sin embargo, pueden ser resueltos.</p> <p>Ejemplo:</p> <p>Un paciente con un trastorno de ansiedad y motivado para una psicoterapia no encuentra en su región una terapia conductual ambulatoria, por lo que tendría que efectuar largos viajes para efectuarla. Como alternativa, aceptaría un tratamiento en régimen hospitalario.</p>

Nivel 4
Muy alto

Existen graves obstáculos externos.

Ejemplo I:

Un ejecutivo de alto nivel con un trastorno psíquico está básicamente motivado para una psicoterapia, pero no encuentra en su región un psicoterapeuta adecuado, por lo que tendría que acceder en forma alternativa a una psicoterapia en régimen de hospitalización. Esto tendría consecuencias indeseadas para él, pues teme que una nueva licencia pudiera limitar sus posibilidades de ascenso. Además, teme que sus colegas y superiores adviertan sus problemas psicológicos y que esto pueda perjudicarlo laboral y personalmente.

Ejemplo II:

A una madre soltera, con dos hijos de 10 y 12 años, se le indica un tratamiento hospitalario por un severo trastorno de ansiedad. La paciente está motivada para realizarlo. Sin embargo, no encuentra posibilidades de hacerlo, ya que no cuenta con apoyo seguro y confiable para el cuidado de sus hijos.

Ejemplo III:

Un paciente desempleado, con un trastorno doloroso crónico, desarrollado en gran parte a partir de factores psicosomáticos, ha solicitado jubilarse después de una serie de fallidos tratamientos físicos y de rehabilitación. Estaría dispuesto a realizar una rehabilitación psicoterapéutica-psicosomática, recomendada por un experto en el tema. Sin embargo, teme que una eventual mejoría de su estado de salud haga fracasar la solicitud de jubilación y se mantenga su ya incierta situación social de desempleado.

4.1.7.2

Obstáculos internos para el cambio

Definición

Este ítem comprende los «obstáculos internos» del paciente, que se derivan de su línea específica de desarrollo psíquico. Comprenden, por ejemplo, conflictos psicodinámicos inconscientes, pero también características típicas de la estructura psíquica (como, por ejemplo, una limitada capacidad de regulación y tolerancia a las sobrecargas). Desde este trasfondo puede, por ejemplo, surgir una elevada resistencia al cambio, o pueden aparecer desarrollos muy regresivos, que dificulten o limiten la participación en una psicoterapia.

Operacionalización

Un modo de indagar sobre los obstáculos intrapsíquicos al cambio, es buscar activamente conflictos intrapsíquicos que dificulten al paciente aceptar una psicoterapia. Pertenecen a éstos, por ejemplo, los conflictos de individuación/dependencia y sometimiento/control. Otra vía para evaluar el factor «cooperación en la terapia consiste en determinar si existen factores estructurales de personalidad que la dificulten. Así, por ejemplo, un paciente con escasos recursos cognitivos y/o emocionales, que desea una terapia reflexiva-introspectiva, muy probablemente no pueda realizarla, aunque sí una terapia de apoyo. De modo similar, una limitada capacidad de regulación y tolerancia a los estresores puede limitar considerablemente las capacidades del paciente para participar en psicoterapia. También, motivos narcisistas pueden influir negativamente una aparente motivación a la psicoterapia.

Graduación de las características y ejemplos de anclaje	
Nivel 0 Ausente/apenas presente	No aparecen obstáculos internos. Ejemplo Un paciente joven con un trastorno de ansiedad evidencia una buena motivación a la psicoterapia y posee los prerequisites afectivos y cognitivos para ella. Presenta, además, una adecuada capacidad de tolerancia a los estresores. Para él y para su entorno familiar y laboral, la psicoterapia representa una oportunidad de desarrollo.
Nivel 2 medio	El paciente evidencia ya sea diversos obstáculos internos u obstáculos únicos pero muy relevantes. Ejemplo: Un abogado con buenos recursos emocionales y cognitivos obtiene, sin embargo, una elevada y compleja ganancia secundaria por su trastorno. Ella implica, por ejemplo, la jubilación por incapacidad laboral y una descarga masiva de las tareas cotidianas más ingratas, que sus familiares realizan por él.
Nivel 4 Muy alto	Se observan una serie de obstáculos internos muy relevantes. Ejemplo: Un paciente con un trastorno somatomorfo no tiene acceso a comprender las condiciones psicosociales de su enfermedad y tiene, en general, escasa capacidad emocional de expresión. Además, experimenta como una ofensa la sugerencia de realizar un diagnóstico psicosomático. Teme que en su entorno lo consideren «loco», por lo que su actitud hacia la psicoterapia es más bien negativa

4.1.5P

Concepto de cambio del paciente (Módulo de psicoterapia)

Esta categoría evalúa los cambios que el paciente desea alcanzar, es decir, sus expectativas de cambio. Es necesario considerar que estos deseos y objetivos evolucionan continuamente mediante diversas influencias, por lo que su desarrollo tiene el carácter de un proceso más dinámico que estático. Las experiencias en la primera entrevista psicoterapéutica o en la psicoterapia pueden llevar a cambiar los objetivos deseados por los pacientes. Una tarea central de la primera entrevista es desarrollar junto con el paciente objetivos terapéuticos adecuados para él. Pero también en la psicoterapia propiamente tal se trabaja mucho este punto. Los modelos de cambio deseado no son mutuamente excluyentes, pues un paciente puede presentar simultáneamente deseos de cambio en muchos o en todos los niveles.

4.1.5.P1

Reducción de síntomas

Definición

Generalmente, un paciente con un trastorno psíquico o psicosomático está muy interesado en eliminar o reducir su sintomatología. Encontramos también pacientes que, pese a la sintomatología presente, están especialmente interesados en cambiar características personales, modos de percibir, estilos relacionales y conductuales. En muchos casos, los pacientes están motivados tanto al cambio sintomático como al cambio de factores personales o interaccionales. El tipo de metas terapéuticas no proporciona información sobre la motivación básica para la psicoterapia o qué clase de psicoterapia le interesaría. Ese tema será abordado en los ítems 17 a 20.

Operacionalización

El tipo de motivación al cambio puede estimarse a partir de cómo presenta el paciente su problema en la entrevista, así como de la referencia directa del paciente respecto a sus objetivos. En esta evaluación, importan tanto los contenidos de la entrevista como la información escénica (por ejemplo, naturaleza y extensión de la presentación de sus síntomas).

Diagnóstico Psicodinámico operacionalizado (OPD)

Graduación de las características y ejemplos de anclaje	
Nivel 0 Ausente/apenas presente	<p>El paciente quiere cambiar y desarrollarse. La presión de los síntomas no parece tan relevante como para que el paciente desee liberarse de ellos.</p> <p>Ejemplo:</p> <p>Un paciente con un problema doloroso relativamente leve está más bien interesado en aclarar y elaborar los factores psicosociales relacionadas con su sintomatología, así como en entender otros problemas psicológicos pasados y actuales. Una rápida reducción sintomática es secundaria con relación a otros cambios deseados.</p>
Nivel 2 Medio	<p>El paciente considera relevante tanto una reducción rápida y eficiente de sus síntomas como clarificar y elaborar los factores psicosociales relacionados con éstos. Espera que el tratamiento tenga el mismo efecto en ambos problemas.</p> <p>Ejemplo:</p> <p>Un paciente depresivo que tiene conciencia de su problema crónico de adicción desea poder elaborarlo. Sin embargo, a la vez, le interesa una disminución rápida y efectiva de sus síntomas depresivos (rumiaciones, desánimo y desinterés).</p>
Nivel 4 Muy alto	<p>El paciente únicamente desea una reducción rápida y efectiva de sus síntomas y no está interesado en comprender otro tipo de problemas (psíquicos o psicosociales). Esto puede deberse a que el malestar que provoca el síntoma es tan severo que no le permite usar sus propios recursos para considerar otros temas, o bien se debe a que el paciente tiene escasa o nula conciencia de otros problemas psicosociales. También puede ser el caso de pacientes con suficientes recursos internos, pero que debido a una situación específica (por ejemplo, un examen universitario), están motivados sólo a una reducción de síntomas rápida y específica.</p> <p>Ejemplo I:</p> <p>Un paciente con un trastorno somatomorfo quiere modificar exclusivamente su sintomatología física, ya que no tiene capacidad para tomar contacto con otras áreas psicosociales problemáticas. Su incapacidad de mentalizar le impide tomar conciencia de problemas intrapsíquicos.</p> <p>Ejemplo II</p> <p>Un paciente que presenta una intensa angustia frente a las evaluaciones, está pronto a rendir un importante examen. Debido a la necesidad de reducción sintomática rápida y eficiente, estaría dispuesto a aceptar todas las medidas de tratamiento, en tanto sean de acción rápida y eficiente.</p>

4.1.5.P2
Reflexiva-aclaradora de motivaciones/orientada al conflicto

Definición

En el contexto de la teoría psicodinámica se evalúa cuán interesado está el paciente en lograr una conciencia afectiva y cognitiva del eventual trasfondo psicosocial (psicodinámico) de su sintomatología y de sus problemas psíquicos.

Esto puede comprender desde motivos y conflictos intrapsíquicos y dimensiones más específicas o generales de la personalidad hasta problemas interpersonales.

Operacionalización

Se evalúa en qué medida el paciente tematiza sus vivencias y motivos conflictivos, así como sus actitudes cognitivas, y busca modificarlos con ayuda psicoterapéutica. Se evalúa básicamente la disposición del paciente, independientemente de su capacidad para la tarea. El paciente debería mostrar un cierto nivel de autorreflexión, así como disposición y capacidad de comprometerse en una relación terapéutica estrecha y en el proceso de regresión concomitante.

Graduación de las características y ejemplos de anclaje	
Nivel 0 Ausente/apenas presente	<p>El paciente no tiene motivación por lograr un acceso afectivo o cognitivo a los posibles trasfondos psicosociales de sus síntomas. Muestra una actitud poco reflexiva en cuanto a entender su trastorno. No le interesa clarificar ni elaborar áreas conflictivas de su vida. Rechaza las posibles asociaciones entre sus conflictos y su sintomatología que le sugiere el terapeuta.</p> <p>Ejemplo: Un paciente expresa explícitamente su deseo de «no cavar tan hondo» o muestra claramente su resistencia (inconsciente), «olvidando», por ejemplo, las conexiones previamente elaboradas. Esto podría deberse a que el paciente no tiene acceso a sus dinámicas internas o a que se angustia frente a las sobrecargas intra o interpersonales.</p>

Diagnóstico Psicodinámico operacionalizado (OPD)

Nivel 2 Medio	<p>El paciente tiene interés en el trasfondo psicosocial y psicodinámico de su sintomatología. Su motivación de cambio comprende también una conexión afectiva y cognitiva con este trasfondo. Él desea comprender y resolver estas constelaciones conflictivas.</p> <p>Ejemplo: Un paciente puede describir el trasfondo psicosocial/psicodinámico de su sintomatología y las emociones y afectos emergentes relacionados con ello. Percibe la propuesta del tratamiento ofrecido (reflexivo) como un medio importante para la solución de su conflicto.</p>
Nivel 4 Muy alto	<p>El paciente desea lograr en gran medida una comprensión afectiva y cognitiva del trasfondo de su sintomatología. Además de su motivación al cambio, destaca su deseo de comprender la constelación problemática (o conflictiva) en sus aspectos relevantes inter e intrapersonales.</p> <p>Ejemplo: Un paciente utiliza su buen nivel de conciencia cognitivo y emocional en la comprensión de sus problemas y establece relaciones con la sintomatología más relevante. Su principal meta en la terapia es la comprensión de la constelación conflictiva.</p>

4.1.5.P3

Apoyo emocional

Definición

Se evalúa en qué medida el paciente busca prioritariamente apoyo emocional, descarga y desahogo, consuelo o acompañamiento. Aun cuando la motivación a una psicoterapia de apoyo no se contradice con una psicoterapia reflexiva-aclaradora de las motivaciones, el paciente debería mostrar más interés por la primera que por la segunda.

Operacionalización

En el proceso diagnóstico es necesario observar en qué medida el paciente se muestra impotente, dependiente y orientado a la búsqueda de apoyo o si manifiesta directamente el deseo de contención emocional y apoyo para la superación de sus problemas.

Graduación de las características y ejemplos de anclaje	
Nivel 0 Ausente/apenas presente	<p>El paciente no presenta una motivación a la psicoterapia orientada al desahogo emocional, al apoyo, al consuelo o a la compañía. No muestra necesidad o interés en este tipo de terapia. Esto puede deberse a que no tiene necesidad o interés en estos aspectos de la terapia o se defiende de las correspondientes necesidades.</p> <p>Ejemplo: Un paciente, hospitalizado en una situación de crisis, no se interesa por la ayuda del terapeuta o del personal clínico, ya que se encuentra relativamente firme en el plano emocional y/o encuentra apoyo emocional en su entorno. Por tanto, no requiere ayuda terapéutica de este tipo.</p>
Nivel 2 Medio	<p>El paciente está interesado en desahogarse y recibir apoyo en una psicoterapia, pero también está en condiciones de involucrarse en un proceso psicoterapéutico que involucre otros focos psicoterapéuticos. Sin embargo, el deseo de resolver estos aspectos en terapia no es especialmente importante.</p> <p>Ejemplo: Un paciente utiliza su terapia reflexiva también para desahogarse emocionalmente. Por momentos exige al terapeuta, en forma directa o escénica, que lo apoye en sus necesidades emocionales.</p>
Nivel 4 Muy alto	<p>Lo más importante para el paciente en una psicoterapia es el desahogo emocional, recibir consuelo, ser acompañando y tener la sensación de contención emocional y de protección en la relación con el terapeuta. Rechaza una terapia que no tenga estas características.</p> <p>Ejemplo: El paciente busca siempre al terapeuta o al personal del hospital para desahogarse emocionalmente. Le es difícil reducir sus tensiones sin la ayuda de otros. Las terapias interpretativas y confrontativas lo agobian y exacerban, eventualmente, su sintomatología.</p>

4.1.5.P4
Activo-directivo

Definición

El paciente busca principalmente apoyo activo-directivo para resolver sus problemas. Su disposición y, eventualmente, también su capacidad para enfrentarlos reflexivamente están actualmente disminuidas. El paciente se encuentra más bien orientado, pragmáticamente, hacia métodos que

buscan un cambio directo de su conducta, antes que un apoyo emocional profundo por parte del terapeuta.

Operacionalización

Se evalúa en qué medida el paciente busca especialmente una ayuda activa para resolver sus problemas, y que le sea transmitida por el terapeuta a través de informaciones y tareas (por ejemplo, programas para el manejo del dolor, programas de manejo de la ansiedad). También se incluyen aquí otros procedimientos, como ejercicios de relajación, entrenamiento de la autoestima, medidas activadoras tales como la quinesioterapia, etcétera.

Graduación de las características y ejemplos de anclaje	
Nivel 0 Ausente/apenas presente	<p>El paciente considera poco relevantes los procedimientos activo-directivos. Esta actitud puede expresar una buena capacidad reflexiva en pacientes que no necesitan este abordaje. Sin embargo, puede ser también expresión de dificultades interpersonales o de resistencia.</p> <p>Ejemplo: Un paciente con un trastorno narcisista se niega a participar en estrategias terapéuticas en las que deba seguir indicaciones concretas. Argumenta su rechazo señalando que son métodos «demasiado banales» e inadecuados para resolver sus problemas.</p>
Nivel 2 Medio	<p>El paciente desea ayuda especialmente a través del suministro de información, procedimientos corporales activadores y medidas terapéuticas orientadas a un cambio conductual. Rechaza las terapias que no contemplen estos aspectos, pero se muestra receptivo a otras aproximaciones complementarias a lo activo-directivo.</p> <p>Ejemplo: Un paciente con un síndrome doloroso busca específicamente ayuda a través de un programa del manejo del dolor. Si con este método surgen temas relativos a conflictos profundos se muestra dispuesto a abordarlos y continuar trabajando sobre ellos.</p>
Nivel 4 Muy alto	<p>El paciente espera ayuda exclusivamente a través de medidas que lo activen, lo dirijan o sean realizadas en él. Entre ellas se cuentan especialmente los tratamientos centrados en el cuerpo, como la fisioterapia, la terapia farmacológica, los programas de entrenamiento y de manejo de problemas o apoyo social. Si no están presentes estos aspectos o no son relevantes el paciente rechaza una terapia.</p>

Ejemplo:

Un paciente con un síndrome doloroso busca insistentemente ser tratado con masajes e inyecciones. Las terapias individuales y grupales son utilizadas sólo para expresar reiteradamente este deseo. Si no, las considera irrelevantes para resolver su «problema real». Los terapeutas y otros miembros del equipo que acceden a sus deseos son idealizados por el paciente.

4.1.6P

Recursos para el cambio

4.1.6.P1

Capacidad de introspección y mentalización

Definición

Este ítem se refiere a la apertura del paciente hacia una consideración psicológica, por ejemplo, centrada en la interacción y el conflicto, de sus síntomas psíquicos/psicosomáticos. También se refiere a la capacidad e interés del paciente en confrontarse, básicamente, con la psicogénesis de sus problemas (aspecto individual) y con las interpretaciones correspondientes realizadas por el psicoterapeuta psicodinámico (aspecto interpersonal).

Operacionalización

Se debe estimar en qué medida el paciente puede percibir y expresar sus procesos psíquicos (deseos, pensamientos, emociones) en forma introspectiva e interpersonal y relacionarlos con sus molestias y limitaciones. Es importante evaluar si el paciente es capaz de percibir su participación en el proceso, incluso los procesos psíquicos inconscientes e interpersonales, como parte de una comprensión más amplia y rica de sus síntomas. Debería evaluarse, además, si el paciente tiene una disposición a examinar constructivamente las observaciones del terapeuta (interpretaciones de prueba adecuadas, centradas en la defensa más que en el impulso) sobre posibles relaciones entre los procesos internos e interpersonales y sus problemas y síntomas.

En la entrevista, hay que determinar en qué medida el paciente establece conexiones entre sus vivencias internas, sentimientos, pensamientos y relaciones interpersonales, por una parte, y sus síntomas, por la otra.

Para evaluar esta disposición, es muy útil centrarse en pasajes del diálogo en los que el paciente podría reflexionar sobre la aparición o cambio de sus síntomas, con respecto al contexto psicosocial, su biografía personal, su sexualidad o su experiencia emocional.

Al preguntar detalladamente sobre las situaciones desencadenantes, debe prestarse atención a la actitud del paciente frente a las intervenciones del terapeuta. Por ejemplo, si reacciona con rechazo, desinterés, sorpresa, curiosidad o con una actitud reflexiva frente al interés del evaluador por los detalles de la situación desencadenante: ¿se mantiene más bien pasivo o comienza a plantear posibles relaciones, por ejemplo, con conflictos interpersonales o sexuales, de modo activamente exploratorio? Del mismo modo, es importante cómo toma las indicaciones del entrevistador sobre posibles relaciones psicodinámicas. Por lo tanto, hay que observar tanto el interés del paciente por reflexionar sobre las relaciones psicodinámicas significativas, y su disposición a hacerlo, como sus reacciones (escénicas, emocionales, no verbales y verbales) frente a las indicaciones interpretativas.

Graduación de las características y ejemplos de anclaje	
Nivel 0 Ausente/apenas presente	<p>El paciente no puede (o escasamente) establecer relaciones entre sus procesos internos e interpersonales con sus problemas/síntomas. Asimismo, rechaza las observaciones del evaluador respecto de la posible importancia de ellos en su vida. Es incapaz de imaginar, siquiera, que estas relaciones podrían ser significativas para él.</p> <p>Ejemplo: El paciente se limita exclusivamente a la descripción de sus síntomas físicos. Al describir relaciones disfuncionales, permanece centrado en los datos externos. El paciente no tiene acceso a su propio mundo interno (ninguna capacidad de introspección). Rechaza toda sugerencia acerca de su participación en la formación de sus síntomas. No entiende o rechaza interpretaciones de prueba adecuadas: «Mis dolores van y vienen, la mayoría de las veces van justo desde la cadera hasta la columna y de ahí de vuelta. No hay nada más que hacer, a pesar de haberlo probado todo. Mi médico me preguntó una vez si podría imaginarme que esto podría estar relacionado con mi situación en casa. Creo que él está tan desorientado como yo, a pesar de haber estudiado».</p>
Nivel 2 Medio	<p>El paciente se refiere en forma muy diferenciada a procesos intrapsíquicos (por ejemplo, deseos, pensamientos, emociones). Sin embargo, no puede relacionarlos con sus propios problemas/síntomas. Admite con sorpresa las indicaciones correspondientes, sin utilizarlas para una comprensión más amplia de sus síntomas.</p>

Nivel 4 Muy alto	<p>Ejemplo: El paciente relata sus molestias o relaciones disfuncionales. Además logra incluir su vivencia interna («a veces se me ocurre que mis dolores empeoran cuando me siento sobrepasado»). Sin embargo, no logra ver por sí mismo las conexiones entre sus molestias y sus experiencias e influencias ambientales. No lo desconciertan las indicaciones sobre estas conexiones, las respeta, por ejemplo, como opiniones de un experto, sin reflexionar más acerca de ellas</p> <p>El paciente describe interrelaciones entre sus deseos, emociones y pensamientos, por una parte, y sus síntomas/modos de conducta, por otra. Aprovecha además las indicaciones del terapeuta para comprender mejor su vivencia y su conducta. Puede reconocer asimismo patrones conductuales y de procesamiento mental condicionados biográficamente.</p> <p>Ejemplo: El paciente establece relaciones causales, mediante la introspección, entre sus molestias o relaciones disfuncionales y su vivencia interna, incluyendo elementos de su biografía. Al hacerlo, considera sus deseos, emociones y pensamientos contradictorios («el dolor que siento cuando nuevamente tengo que lidiar con el cuidado de mi padre demente me recuerda cuánto sufrí en mi infancia por causa de él; igual que entonces, mira a través de mí, como si no me viera; siempre deseé mucho que alguna vez me mirara realmente»). Acepta en forma constructiva las interpretaciones de prueba y las utiliza para realizar otras exploraciones sobre sí mismo.</p>
-----------------------------	--

4.1.7P

Obstáculos para el cambio

4.1.7.P1

Ganancia secundaria de la enfermedad/ condiciones que mantienen el problema

Definición

Este ítem hace referencia a la ganancia (inconsciente o consciente) que representan las ventajas sociales percibidas por su enfermedad o sus consecuencias. Ésta se expresa, por ejemplo, en licencias médicas cada vez más frecuentes, largas estadías en el hospital y evitación de las actividades laborales cotidianas. Frecuentemente, el hecho de «estar cubierto por un seguro» (por ejemplo, jubilación por incapacidad laboral, exigencias por seguro de accidentes, etcétera) hace que el paciente mantenga –cons

ciente o inconscientemente– la enfermedad o sus consecuencias, para poder exigir estos beneficios. Los pacientes con alta ganancia secundaria tienden, en comparación a otros pacientes con la misma sintomatología, a presentar mayores conductas de evitación frente a las exigencias del medio. A menudo, en estos pacientes la regresión representa un intento inconsciente de afrontamiento de su enfermedad.

Operacionalización

Para determinar en qué medida un evento (por ejemplo, una licencia médica, una pensión), representa o no una ganancia secundaria para un paciente en concreto, debe evaluarse el balance, «cuánto pierdo cuánto gano», que éste hace. El balance que hace el paciente no es sólo consciente, puede ser también inconsciente. Es necesario observar en qué medida ciertos acontecimientos, experiencias, etcétera, son considerados «positivos» por el paciente. A menudo encontramos intenciones, conscientes o inconscientes, de aferrarse a la ganancia de la enfermedad o expandirla. Para identificar esto, sirve de ayuda evaluar los acontecimientos «críticos» del momento sobre el trasfondo del desarrollo individual y del entorno psicosocial general. También es de interés evaluar la red social y sus intereses y necesidades. El período de tiempo a evaluar es desde el desarrollo de la enfermedad hasta el presente. La «ganancia secundaria de la enfermedad» es examinada por el evaluador independientemente de cómo la plantee el paciente durante la entrevista. Es importante no interpretar automáticamente las consecuencias habituales de la enfermedad (hospitalizaciones, licencias, jubilación, etcétera) como una ganancia secundaria. Cuando existe una elevada ganancia secundaria, muchas veces es perceptible en la contratransferencia, frecuentemente el paciente se cierra frente a la posibilidad de modificar su situación.

Graduación de las características y ejemplos de anclaje

Nivel 0 Ausente/apenas presente	No se observa una ganancia secundaria de la enfermedad. La enfermedad tiene únicamente consecuencias negativas para el paciente. El paciente no puede evidenciar, o sólo puede hacerlo en mínimo grado, ganancias secundarias de la enfermedad, a pesar de recibir apoyo social por ésta.
--	---

	<p>Ejemplo I: El paciente sufre una grave depresión recidivante. Debido a su larga enfermedad perdió su trabajo y aún no aprueban su solicitud de jubilación. Por las reiteradas fases depresivas, fue abandonado por su esposa y sus amigos se alejaron.</p> <p>Ejemplo II: Un paciente está jubilado por recomendación y solicitud de su médico. Sin embargo, desea continuar trabajando, pues siempre le ha importado mucho el reconocimiento que allí recibe.</p>
Nivel 2 Medio	<p>Además de las molestias por la enfermedad, se observan notorias «ventajas» conscientes o inconscientes, que mantienen la enfermedad o el problema.</p> <p>Ejemplo: Una paciente con un trastorno de ansiedad agorafóbico y crisis de pánico percibe a éstas como muy amenazantes. Actualmente, no se encuentra en condiciones de salir sin acompañamiento de su casa. Su pareja, por la que se ha sentido hasta el momento muy poco apoyada y que se habría preocupado sólo de su propia carrera profesional, debe realizar ahora todas las compras y llevar a los niños al colegio.</p>
Nivel 4 Muy alto	<p>Se observan importantes ventajas por la enfermedad en áreas específicas (por ejemplo, beneficios económicos, seguros sociales, apoyo familiar, etcétera), o en varios aspectos de la vida, que en suma representan una elevada ganancia secundaria.</p> <p>Ejemplo: Un paciente desempleado refiere tener «insuportables dolores de cabeza» después de un accidente, a pesar de no tener un correlato físico asociado y que el sufrimiento no parece comprensible. Continuamente pide ser hospitalizado y obtiene altos pagos de un seguro por hospitalizaciones, inicia la solicitud de jubilación laboral y demanda por daños a quien habría provocado el accidente.</p>

4.2

Eje II: Relación

4.2.1

Introducción

El OPD ofrece dos formas de diagnóstico relacional que se encuentran conceptualmente muy vinculadas, pero se diferencian en cuanto a su complejidad en la tabulación.

Por un lado, el diagnóstico individualizado del patrón relacional disfuncional conforma el procedimiento estandarizado y permite describir

en forma diferenciada los «enredos» típicos entre un paciente y su interlocutor, reconstruyéndolo como acontecimientos cíclicos maladaptativos. Este procedimiento focaliza exclusivamente los aspectos disfuncionales de la configuración relacional de un paciente.

Por otro lado, la escala de temas y recursos permite la identificación de temas relacionales que pueden ser muy problemáticos para el paciente, o corresponder a un recurso relacional de éste. Esta tabulación es más fácil de realizar y permite un diagnóstico orientador, suficiente para responder a las necesidades prácticas del funcionamiento clínico.

El requisito para las dos tabulaciones es una entrevista clínica-diagnóstica que se basa en las indicaciones generales de la «Entrevista OPD» (véase capítulo 5). En la evaluación se consideran las siguientes dos fuentes de información:

- Primero, las vivencias relacionales que el paciente relata durante la entrevista. Gracias a sus relatos, el entrevistador puede hacerse una imagen de cómo el entrevistado se vivencia a sí mismo, y cómo vivencia a los otros en diferentes interacciones, y cómo éstas se desarrollan habitualmente.
- Segundo, la información escénica-interaccional obtenida de la interacción directa entre paciente y evaluador. A través de ésta, se tiene acceso directo a la conducta relacional del paciente. Paralelamente a la conducta relacional observable del paciente, se pueden utilizar como información las propias vivencias y reacciones del evaluador (contratransferencia).

4.2.2

Cambios del OPD-1 al OPD-2

El eje II, «Relación», ha mantenido la estructura básica presentada en el OPD-1. Así, en el OPD-2 también se trata de describir el patrón relacional disfuncional central del paciente desde dos perspectivas, es decir, tanto desde la perspectiva vivencial del paciente como desde la de su interlocutor. Como en el OPD-1, se presenta una lista de ítems relacionales, desde la que se eligen los que corresponden a las descripciones del respectivo caso. Además, se realizaron los siguientes cambios y ampliaciones:

- La composición de los ítems en la lista sigue en forma más estricta la lógica del modelo circunflejo de la conducta relacional y hace un uso más consecuente de la estructura del modelo circular. Por lo tanto, en esta adaptación se cambiaron levemente los contenidos de los ítems y aumentaron de 30 a 32.
- En el OPD-2 se presenta una guía acerca de cómo las dos perspectivas vivenciales (o bien, las posiciones interpersonales descritas a partir de los ítems) pueden ser resumidas o integradas en una formulación dinámica relacional. Ésta permite convertir la formulación dinámica relacional en una pieza sólida del diagnóstico del eje II en el presente OPD-2 (en el OPD-1 era todavía opcional).
- Para el diagnóstico de rutina, se propone una variación que puede ser aplicada con un menor esfuerzo y que se reduce al descubrimiento de los temas relacionales centrales.
- En el marco de esta escala de temas relacionales, también se pueden describir modalidades relacionales que el paciente puede utilizar en su propio beneficio y que posee como recursos personales.

4.2.3

Procedimiento estándar

El diagnóstico relacional del OPD utiliza una serie de términos y herramientas metodológicas que serán introducidas y explicadas a continuación:

- La perspectiva vivencial del paciente y de los otros.
- Las así llamadas posiciones interpersonales.
- La lista de ítems para la descripción de aspectos relacionales.
- El modelo circunflejo en el que se basa la lista de ítems.
- El esquema para la formulación relacional dinámica.

4.2.3.1

Las perspectivas vivenciales

En la descripción del patrón relacional central se distingue entre la perspectiva vivencial del paciente y la de los otros (la cual incluye al evalua-

dor), siendo las fuentes de información las relaciones relatadas por el paciente y la conducta observable durante la entrevista de evaluación.

■ **Perspectiva vivencial del paciente (perspectiva A)**

A partir del relato de las vivencias relacionales del paciente se descubre cuál es su imagen interna de acuerdo con la manera en que establece sus relaciones. A través de este relato se puede acceder a los elementos relacionales que él mismo puede vivenciar y nombrar en su propia conducta, así como en la de su interlocutor. El evaluador debe identificar esta perspectiva vivencial y representarla en su diagnóstico relacional.

■ **Perspectiva vivencial de los otros, incluyendo también la del evaluador (perspectiva B)**

En esta perspectiva se aborda la pregunta de cómo los otros (los interlocutores del paciente) vivencian repetidamente las «ofertas relacionales» que hace éste y cómo reaccionan frente a estas ofertas. Para responder a esta pregunta es posible utilizar diferentes fuentes de información. El evaluador puede, por un lado, identificarse con los objetos descritos por el paciente y revisar cómo él, desde esa perspectiva, probablemente lo vivenciaría y cómo respondería frente al paciente. Por otro lado, puede revisar su propia vivencia en el encuentro con el paciente y evaluar los impulsos y emociones que el paciente desencadena en él. Finalmente, el terapeuta puede también tratar de ajustar su propia experiencia a su imagen sobre la experiencia de los otros. Si esto es posible, entonces, se pudo identificar con cierta seguridad los rasgos característicos del patrón disfuncional. No obstante, si esto no se puede hacer, serán necesarias otras explicaciones: el evaluador tiene que examinar si no ha pasado por alto aspectos importantes de la «oferta relacional» del paciente; o revisar de qué manera específica el paciente vivencia en forma distorsionada las relaciones, para así poder atribuir las discrepancias a estas alteraciones en la percepción.

El proceso de evaluación recién descrito se puede ampliar a través de un nivel de observación adicional, cuando la evaluación (por ejemplo, en contextos de investigación) se basa en grabaciones de vídeo. En este caso el evaluador puede, primero, tratar de identificar la perspectiva vivencial de los objetos según el relato del paciente; en segundo lugar, puede

revisar la conducta y las reacciones del entrevistador en el vídeo; y, en tercer lugar, puede observar sus propias emociones e impulsos relativos al paciente. También en este contexto de evaluación es necesario integrar las diferentes informaciones y tratar de hacerlas corresponder para poder llegar a una estimación válida acerca de cómo los objetos vivencian en general al paciente y cómo reaccionan habitualmente frente a él.

4.2.3.2

Las posiciones interpersonales

Los patrones relacionales disfuncionales se representan a través de constelaciones específicas de modos de conducta interpersonal:

- a) Del paciente.
- b) De los otros (sus objetos).

Éstos se presentan en las dos perspectivas vivenciales, de manera que se pueden distinguir cuatro posiciones interpersonales.

Posiciones en la perspectiva vivencial del paciente

- **El paciente vivencia repetidamente que él, respecto a los otros...**

Acá el foco se orienta a la vivencia interpersonal y a la conducta del paciente. Se describen aquellas formas de relación que se manifiestan como dominantes y, habitualmente, operantes en la vivencia del sí mismo del paciente.

- **El paciente vivencia repetidamente que los otros...**

Aquí se focaliza en las formas habituales en que los objetos interactúan en relación con el paciente, así como el modo como son vivenciados y descritos por él.

Posiciones en la perspectiva vivencial del evaluador

- **Los otros, también el evaluador, vivencia(n) repetidamente que el paciente lo (s)**

Aquí el foco se orienta a la oferta de relación que hace el paciente a otras personas, incluido también el evaluador. Se describen las formas

habituales de conducirse del paciente, tal como son percibidas por los demás.

■ **Los otros, también el evaluador, se vivencian repetidamente respecto al paciente que...**

Aquí se focaliza en las reacciones, impulsos y emociones que el paciente desencadena en otros, incluso también en el evaluador. Se describen aquellas respuestas que el paciente generalmente induce en otros.

4.2.3.3

La lista de ítems

La evaluación de las perspectivas vivenciales se realiza con ayuda de los ítems que se encuentran incluidos en la lista del anexo 12.2.1. En esta lista se representan las cuatro posiciones interpersonales recién descritas, a través de cuatro columnas en las que se pueden marcar diferentes modos relacionales. Las columnas en las cuales se representan las vivencias del paciente tienen un fondo claro; y aquellas en las que se abordan las vivencias de los otros tienen un fondo oscuro. En el lado izquierdo se marca la conducta del paciente, y en el derecho la de sus objetos (los otros). Los ítems anotados en los lados izquierdo y derecho son idénticos, respectivamente, en cuanto al contenido, y se diferencian únicamente con relación a las formas gramaticales (según si el paciente o los otros conforman el sujeto gramatical). Con la ayuda de la lista se pueden marcar, para cada una de las posiciones interpersonales, aquellos ítems que son relevantes para la descripción del patrón relacional disfuncional del paciente. Normalmente, basta un máximo de tres ítems para describir adecuadamente cada una de las posiciones interpersonales.

Los ítems tienen básicamente una orientación patológica, debido a que se describen conductas disfuncionales. Esta orientación se expresa en algunos ítems a través de la cualidad (por ejemplo: «El paciente vivencia repetidamente que él ataca/daña a otros»); en otros, a través de la cantidad o bien intensidad (por ejemplo: «El paciente vivencia repetidamente que él se hace cargo/se preocupa demasiado de los otros»).

El paciente vivencia repetidamente que él respecto a los otros...	Temas relacionales	El paciente vivencia repetidamente que los otros...
Los otros (también el evaluador), vivencia(n) repetidamente que el paciente...		Los otros (también el evaluador) se vivencian repetidamente respecto al paciente, que...
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 1. les da demasiados espacios de libertad/deja hacer solo	conceder libertad	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 1. le dan demasiada libertad, lo dejan hacer
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 2. los dirige poco, evita influir	dirigir a otros	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 2. lo dirigen poco, evitan influir
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 3. los admira, idealiza	valorar a otros	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 3. lo admiran, idealizan
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 4. se disculpa, evita reproches	responsabilizar a otros	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 4. lo disculpan, evitan reprocharlo
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 5. los ahoga con su afecto	demostrar afecto	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 5. lo ahogan con su afecto
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 6. evita agresiones y armoniza,	demostrar agresividad	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 6. evitan agredirlo y armonizan
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 7. los cuida demasiado/se preocupa demasiado,	cuidar a otros	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 7. se preocupan demasiado por él y cuidan demasiado
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 8. los asedia, importuna sin tacto	establecer contacto	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 8. lo asedian, importunan sin tacto
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 9. les da pocos espacios de libertad, se entromete	conceder libertad	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 9. no le dejan espacios de libertad, se entrometen
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 10. los domina, controla/exige	dirigir a otros	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 10. lo dominan, controlan/exigen
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 11. los descalifica, desvaloriza, avergüenza	valorar a otros	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 11. lo descalifican, desvalorizan, avergüenzan
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 12. les hace reproches/culpa	responsabilizar a otros	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 12. le hacen reproches/culpan
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 13. les retira el afecto	demostrar afecto	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 13. le retiran el afecto
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 14. los ataca/daña	demostrar agresividad	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 14. lo atacan/dañan
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 15. los descuida/abandona	cuidar a otros	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 15. lo descuidan, abandonan
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 16. los ignora, desatiende	establecer contacto	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 16. lo ignoran, desatienden
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 17. exige espacios de libertad y autonomía	desenvolverse	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 17. exigen espacios de libertad y autonomía
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 18. porfía, se opone	adaptarse	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 18. porfían, se oponen
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 19. se enaltece, se coloca en el centro de interés	valorarse	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 19. se enaltecen, se colocan en el centro de interés
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 20. rechaza toda culpa	reconocer la culpa	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 20. rechazan toda culpa
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 21. se pierde a sí mismo, se confunde cuando le demuestran afecto	abrirse al afecto	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 21. se pierden a sí mismos, se confunden cuando les demuestra afecto
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 22. se protege poco, se expone al peligro	protegerse	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 22. se protegen poco de él, se exponen al peligro
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 23. se apoya, se aferra	apoyarse	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 23. se apoyan en él, se aferran
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 24. no pone límites, permite demasiada cercanía	permitir contacto	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 24. no ponen límites, permiten demasiada cercanía
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 25. evita la autonomía, busca ser guiado	desenvolverse	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 25. evitan la autonomía, buscan ser guiados
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 26. se sobreadapta/se contiene/desiste	adaptarse	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 26. se sobreadaptan/se contienen/desisten
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 27. se descalifica, se desvaloriza	valorarse	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 27. se descalifican, se desvalorizan
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 28. se culpa a sí mismo	reconocer la culpa	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 28. se culpan a sí mismos
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 29. se cierra/huye cuando otros le demuestran afecto	abrirse al afecto	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 29. se cierran/huyen cuando les demuestran afecto
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 30. se protege mucho de ataques, está alerta	protegerse	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 30. se protegen mucho de sus ataques, están alerta
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 31. se apoya poco, se muestra poco necesitado	apoyarse	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 31. se apoyan poco, se muestran poco necesitados
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 32. se retira, se cierra, se va	permitir contacto	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 32. se retiran, se cierran, se van

4.2.3.4

El modelo circunflejo

La lista de ítems se fundamenta en el modelo circunflejo de la conducta interpersonal desarrollado por Benjamin (1974, 1993). En este modelo (ver recuadro 4-2) se presentan las cualidades interpersonales en dos círculos, de los cuales:

- El superior contiene modos relacionales activos que se orientan a su contraparte.
- El inferior contiene los modos relacionales reactivos o bien intransitivos (orientados al sí mismo).

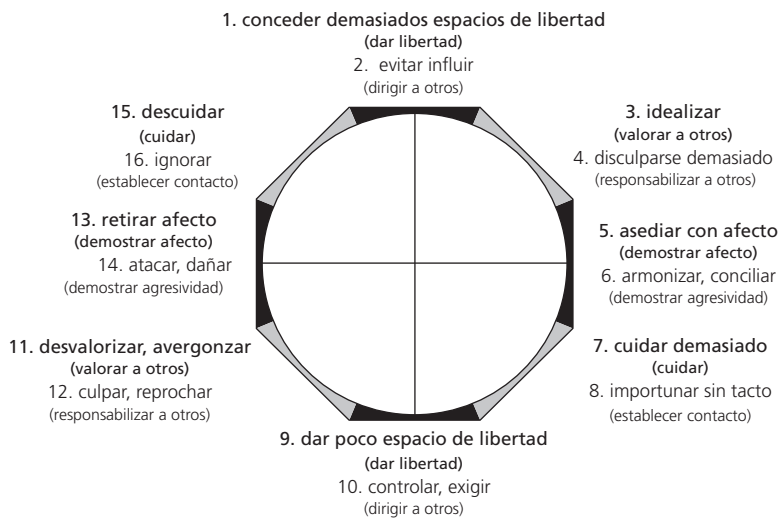
Los dos círculos se dividen por un eje horizontal con los polos «hostilidad» (izquierdo) versus «afecto» (derecho). El eje vertical varía en el círculo superior entre una conducta de conceder autonomía y controlar, y en el círculo inferior entre reafirmar y someter.

La mezcla específica entre estas dos dimensiones de afiliación (eje horizontal) y la interdependencia (eje vertical) establece la posición exacta en los círculos de una determinada conducta relacional.

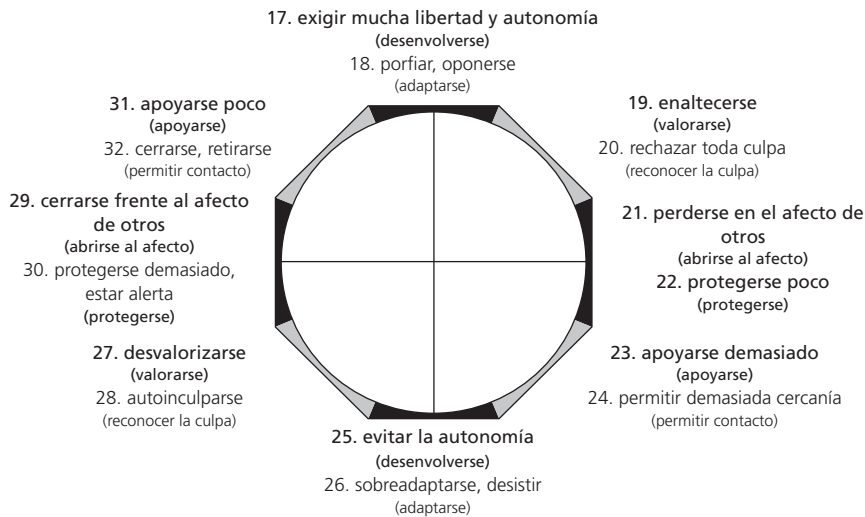
La variedad y la formulación de los ítems sigue una lógica especial que mencionamos aquí brevemente. Para graficarlo, podemos observar el ítem 7, «cuidar demasiado», que se encuentra ubicado en el círculo superior, abajo a la derecha, y que evidencia una mezcla entre afiliación positiva e influencia (interdependencia negativa). Frente de él se encuentra el ítem 15, «descuidar», con una afiliación negativa y una interdependencia positiva (en el sentido de que se deja al otro a su propia suerte). Estos dos ítems están relacionados temáticamente, debido a que describen formulaciones opuestas de una misma temática relacional, que puede ser señalada como «cuidar». El tema relacional aparece escrito entre paréntesis debajo de los ítems. Todos los demás ítems se encuentran dispuestos de la misma manera (frente a frente en el mismo círculo) en torno a un mismo tema relacional.

La lógica del modelo continúa haciendo referencia implícita a que los ítems que se encuentran en el círculo superior e inferior, ubicados en la misma posición, describen cualidades relacionales complementarias.

Conducta interpersonal orientada hacia el otro



Conducta interpersonal orientada hacia sí mismo



Recuadro 4-2. Modelo circunflejo de la conducta interpersonal

El tema relacional recién nombrado, «cuidar», se representa en el círculo inferior con el tema complementario «apoyarse», a través de los ítems 23, «apoyarse demasiado», y 31, «apoyarse poco». Por lo tanto, existe para cada pareja de ítems de una temática relacional una pareja de ítems complementaria, que se encuentra en el otro círculo circunflejo. Esto significa que siempre existirán cuatro ítems relacionados entre sí (del total de 32 ítems): dos en el círculo de arriba y dos en el círculo de abajo, conformando entonces ocho parejas temáticas complementarias (como, por ejemplo, cuidar/apoyarse).

Estas agrupaciones temáticas de los ítems tienen un sentido clínico gracias a que, a menudo, uno encuentra en un patrón relacional disfuncional varios ítems unidos en un complejo temático. Para nombrar algunos ejemplos:

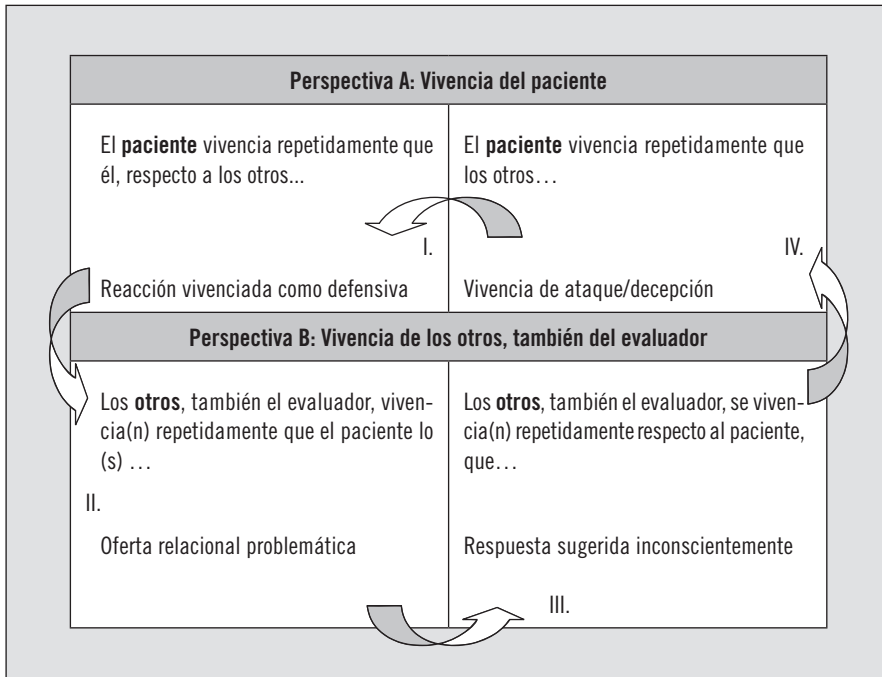
- Una paciente puede elaborar la experiencia de haber sido descuidada (ítem 15), apoyándose poco en otros (31) y, por otro lado, preocupándose intensamente por los demás (7), quienes, por su lado, se apoyan en ella (23) (pareja temática: cuidar/apoyarse).
- Un paciente con una problemática de autoestima puede evidenciar un modelo en el que se desvaloriza a sí mismo (27), de la misma forma como se da especial importancia a sí mismo (19) y desvaloriza a los otros (11), así como también los idealiza (3) (pareja temática: valorar a otros/valorarse).

4.2.3.5

Formulación dinámica relacional

El objetivo del diagnóstico es crear una formulación dinámica relacional que vincule las cuatro posiciones interpersonales. A través de esta formulación, se amplía y profundiza la aproximación puramente descriptiva de la situación relacional hacia una comprensión dinámica (véase Grande *et al.*, 2004a).

El recuadro 4-3 describe relaciones típicas entre las posiciones y es orientador para el desarrollo de las diversas interrelaciones posibles. En la perspectiva vivencial del paciente la secuencia de interacciones dinámicas relacionadas se desarrolla, generalmente, de derecha a izquierda:



Recuadro 4-3. Esquema del diagnóstico relacional según el OPD.

- **Interacción dinámica relacional I:** Los pacientes relatan conductas relacionales de otros que tienden a repetirse y que son percibidas como decepcionantes, desagradables u hostiles, frente a lo cual sienten que deben reaccionar. Esto significa que, desde la perspectiva del paciente, frecuentemente se le adscriben a las demás personas modos de conducta activos y, a sí mismos, reactivos.
- **Interacción dinámica relacional II:** Desde la perspectiva de los otros y del evaluador, los acontecimientos se presentan, generalmente, justo al revés: lo que un paciente relata como una reacción al objeto, aparece desde esta perspectiva como una oferta relacional problemática, que provoca, envuelve y presiona. Generalmente, son estas iniciativas de la conducta relacional del paciente las que quedan excluidas de su autopercepción y las que provocan una diferencia característica entre la percepción de sí mismo y cómo lo ve el otro.

- **Interacción dinámica relacional III:** En esta interrelación dinámica relacional se unen las dos casillas de abajo, de izquierda a derecha. El paciente provoca a través de su oferta relacional determinadas reacciones, que son experimentadas en la contratransferencia como sentimientos, fantasías e impulsos a actuar.
- **Interacción dinámica relacional IV:** El evaluador puede ahora hacer la siguiente revisión: ¿cuál sería la vivencia del paciente si yo siguiera los impulsos que me sugiere a través de su oferta relacional? ¿Percibiría mi conducta de la misma manera como él percibe esa conducta habitualmente en las otras personas? Esta pregunta alude a la conexión entre las casillas de abajo a la derecha y de arriba a la derecha.

Si es posible articular en forma coherente la interrelación recién nombrada, entonces se ha finalizado la interpretación del proceso dinámico relacional, la cual puede ser resumida en una formulación redactada brevemente. Esta formulación se presenta en forma de un círculo que se refuerza a sí mismo y explica cómo el paciente, a través de sus ofertas relacionales, provoca precisamente aquellas reacciones que en realidad teme y desea evitar. Las interrelaciones coherentes entre los impulsos percibidos en la contratransferencia y la vida objetal del paciente son el criterio determinante para evaluar si fue exitoso el diagnóstico del patrón relacional.

4.2.3.6

Procedimiento práctico

El diagnóstico relacional, en su procedimiento estándar, exige del evaluador tres pasos:

- En el primer paso se marcan, en las listas de ítems, todos aquellos que correspondan a la descripción del modelo disfuncional para cada una de las cuatro posiciones interpersonales. Éstos son los elementos relacionales problemáticos (referidos a su propia conducta y a la de los otros) dentro de la perspectiva vivencial del paciente, así como los elementos problemáticos (nuevamente referidos a la conducta del paciente y a la de los otros) desde la perspectiva de los otros, incluyendo al evaluador.

En este paso, el número de los ítems seleccionados no está limitado, pero hay que cuidar de marcar únicamente los modelos conductuales típicos y disfuncionales, para que la lista no sea tan extensa.

- En el segundo paso, se seleccionan y se registran en la hoja de respuesta (recuadro 4-4) los ítems más importantes para cada una de las cuatro posiciones. Para cada posición se permite elegir un máximo de tres ítems. Con el fin de desarrollar el patrón relacional disfuncional de la manera lo más precisa y resumida posible, se recomienda limitarse a dos ítems, e incluso a uno, si el correspondiente caso así lo permite.
- En el tercer paso, se establecen las interrelaciones indicadas en el recuadro 4-3 entre las distintas posiciones interpersonales y se resumen en una formulación dinámica relacional. Al hacerlo, hay que comprobar si la relación entre los impulsos contratransferenciales y la vida objetal del paciente se puede establecer de modo coherente, tal como se explicó anteriormente. Si la formulación no resulta suficientemente coherente, se recomienda revisar la selección de los ítems y, si es necesario, corregirla de tal manera que el ciclo relacional pueda ser cerrado de modo consistente y convincente.

En la selección de ítems hay que fijarse que, además del contenido de un ítem, debe cuadrar su posición en el modelo circunflejo. Esto significa que el elemento relacional que se busca abordar debe corresponder a las expresiones de las dos dimensiones «afiliación» e «interdependencia», que están representadas en la posición del ítem sobre el círculo. Por ejemplo: un paciente relata que ha «desistido». Esta palabra pertenece al ítem 26, que corresponde al tema relacional «adaptarse». Sin embargo, el contexto de esa afirmación evidencia que este paciente «desiste» en el sentido de no querer esforzarse más por los otros y desear seguir su propio camino. En este caso, se independiza (interdependencia positiva) y se distancia al mismo tiempo de los otros (afiliación negativa). Esta conducta es reactiva y se posiciona en el círculo inferior arriba a la izquierda. La observación de los ítems anotados en ese sector permite ver que el ítem 32 «retirarse» describe exactamente la conducta del paciente y, por ello, representa la mejor elección.

Eje II: Relación

Perspectiva A: Vivencia del paciente			
El paciente vivencia repetidamente que él respecto a los otros...		El paciente vivencia repetidamente que los otros...	
	<i>Ítem N°.</i> <i>Texto</i>		<i>Ítem N°.</i> <i>Texto</i>
1.	_____	1.	_____
2.	_____	2.	_____
3.	_____	3.	_____

Perspectiva B: Vivencia de los otros (también del evaluador)			
Los otros , también el evaluador, vivencia (n) repetidamente que el paciente lo (s)		Los otros , también el evaluador se vivencia (n) repetidamente respecto al paciente, que...	
	<i>Ítem N°.</i> <i>Texto</i>		<i>Ítem N°.</i> <i>Texto</i>
1.	_____	1.	_____
2.	_____	2.	_____
3.	_____	3.	_____

Recuadro 4.4. Hoja de respuesta para el eje «Relación».

4.2.3.7
Ejemplo clínico

Un paciente de 32 años es hospitalizado luego de un episodio depresivo-suicida. Desde su perspectiva, su novia lo abandonó de manera totalmente inesperada e inexplicable después de una relación de, aproximadamente, seis años. Ella lo hace justo en el momento en que él tuvo que internarse en una clínica por unas semanas debido a una enfermedad.

La problemática sobre cómo establece sus relaciones se hace patente en el contexto de sus relaciones laborales: él se hace cargo de tareas importantes y exigentes y las maneja bien, según su relato; sin embargo, continuamente entra en conflicto con sus superiores y éstos corrigen

las decisiones tomadas por él sin comunicárselo e ignorando, según él, los acuerdos tomados. El paciente piensa que sus superiores lo hacen intencionalmente y como consecuencia de la posición de poder de éstos, lo que indigna al paciente y lo lleva a ponerse terco y a defender su posición a todo precio, sintiendo que la razón está con él. Esta situación produce una escalada, hasta el punto de que se empieza a mencionar que puede ser despedido; otras veces, el paciente simplemente tira sus cosas y se va.

En la entrevista, el paciente se muestra «monolíticamente imperturbable» e inalcanzable, y no es posible abordarlo ni por medio de preguntas ni a través de cuestionamientos. En forma provocativa, demuestra una generosa y relajada serenidad a través de la cual uno se siente rápidamente impotente y dominado. En la contratransferencia, se siente el impulso de querer entrar en una lucha de poder con él, resignándose rápidamente debido a su imperturbabilidad y, finalmente, predomina el deseo de querer retirarse del encuentro con él.

Perspectiva A: vivencia del paciente					
El paciente vivencia repetidamente que él respecto a los otros...			El paciente vivencia repetidamente que los otros...		
1.	18.	se opone	1.	10.	lo dirigen, controlan
2.	32.	se retira, se va	2.	16.	lo ignoran
3.			3.	14.	lo dañan

Perspectiva B: vivencia de los otros, también del evaluador					
Los otros , también el evaluador, vivencia(n) repetidamente que el paciente lo (s)...			Los otros , también el evaluador, se vivencia(n) repetidamente respecto al paciente, que...		
1.	10.	dirige, controla	1.	18.	se oponen
2.	17.	exigen mucha independencia	2.	26.	desisten
3.	11.	descalifica, desvaloriza	3.	32.	se retiran

Recuadro 4-5. Ejemplo de un paciente de 32 años.

Los ítems seleccionados para este ejemplo están contenidos en la hoja de tabulación, que se muestra en el recuadro 4-5. Siguiendo el esquema representado en el recuadro 4-3, se pueden formular las siguientes interrelaciones psicodinámicas:

- El paciente está convencido de que hace las cosas correctamente y de que tiene derecho a que se le respete y se le reconozca su trabajo. Él, sin embargo, percibe que los otros ignoran esto (ítem 16), que lo controlan intencionalmente (10) y que, eventualmente, quieren abusar de él para su propio beneficio (14). Él reacciona frente a ello, persistiendo inalterablemente en su propia posición (18) y finalmente, retirándose (32).
- Esta testarudez, que el paciente defiende como una respuesta totalmente justificada frente a los atrevimientos de los otros (17), es percibida por los demás como una actitud rígida y dominante (10), que él representa con aires de superioridad (11), sin cuestionarse su actuar.
- El paciente hace que los otros se enojen con él y los provoca de manera que éstos se defienden en forma obstinada (18), lo que no les da resultado, profundizándose, así, el sentimiento de impotencia (26). Esta secuencia lleva a los otros a interrumpir las negociaciones con él y a apartarse (32). (El examinador puede imaginarse, identificándose con los superiores del paciente, que éstos, debido a las negociaciones infructuosas, finalmente optaron por tomar decisiones sin comunicárselo; de manera parecida puede imaginarse que su novia aprovechara el momento de su ausencia para separarse, debido a que así podía evitar un enfrentamiento.)
- Si otros rompen el contacto con el paciente (32) y no negocian más con él, entonces esto significa para él, según su punto de vista, que nuevamente fue ignorado (16), dañado (14) y dominado intencionalmente (10). Esta última interrelación es coherente y confirma con ello los ítems seleccionados para la descripción de los patrones relacionales disfuncionales.

4.2.4

La escala de temas y recursos

La práctica del manejo del OPD demuestra que existen diversos campos de aplicación en los cuales el procedimiento estándar es muy exigente y en los que bastaría con un diagnóstico relacional menos complejo para las necesidades prácticas correspondientes. Esta situación se daría, por

ejemplo, en el caso de un diagnóstico de rutina en que se quieran conocer únicamente los aspectos problemáticos acerca de cómo establece sus relaciones un paciente.

Del mismo modo, en el contexto de una investigación dependerá de las preguntas específicas que se hayan formulado y si tiene o no sentido una aproximación individualizada del patrón relacional.

Con la escala de temas y recursos se pone a disposición un instrumento que simplifica considerablemente el proceso de diagnóstico, manteniendo, sin embargo, la compatibilidad con la estructura básica del diagnóstico individualizado del procedimiento estándar.

4.2.4.1

Temas relacionales

La interrelación de los temas relacionales se facilita mediante el modelo circunflejo que se muestra en el recuadro 4-2. Como se mencionó previamente, dentro de este modelo se pueden relacionar entre sí cuatro ítems, unos con otros. Por ejemplo, al tema relacional «cuidar» le corresponden dos formas relacionales polares que describen respectivamente desviaciones problemáticas de un modo apropiado de «cuidar»: «descuidar a otros» (ítem 15), en el sentido de «cuidar demasiado poco», y «cuidar demasiado» (ítem 7), como expresión de un exceso de este tema relacional.

Correspondientemente, se pueden formular dos variaciones problemáticas para el tema complementario de «cuidar» es decir, para el tema «apoyarse», el cual se ubica en el círculo inferior (ítem 23, «apoyarse demasiado»; ítem 31, «apoyarse poco»).

En el diagnóstico relacional simplificado del OPD-2, la escala de temas y recursos tiene una aplicación práctica, ya que alude a una forma relacional adecuada que se desvía hacia conductas problemáticas en dirección a un exceso o un déficit. La hoja de respuesta se presenta en forma completa en el anexo 12.7.

El recuadro 4-6 muestra una sección de la hoja de respuesta en la que se representan los temas complementarios «cuidar/apoyarse» y «dirigir a otros/adaptarse», respectivamente. Los dos pares temáticos están separados gráficamente entre sí por medio de bordes dobles.

Variantes disfuncionales: «demasiado poco»		P	Temas relacionales	R	Variantes disfuncionales: «demasiado»	
<input type="checkbox"/>	no preocuparse en absoluto por los otros, abandonarlos	<input type="checkbox"/>	preocuparse y cuidar a los otros en forma adecuada	<input type="checkbox"/>	preocuparse y cuidar especialmente a los otros	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ser totalmente auto-suficiente, no necesitar ayuda alguna	<input type="checkbox"/>	demostrar las necesidades, confiar, apoyarse	<input type="checkbox"/>	demostrar demasiado sus necesidades, apoyarse demasiado en los otros	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	retroceder frente a cualquier posibilidad de influir sobre otros	<input type="checkbox"/>	guiar dirigir a los otros en forma adecuada (acorde al rol)	<input type="checkbox"/>	controlar, hacer exigencias y demandas	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ser muy obstinado, oponerse a toda regla	<input type="checkbox"/>	adaptarse, amoldarse en forma adecuada (acorde al rol)	<input type="checkbox"/>	adaptarse rápidamente, replegarse rápidamente	<input type="checkbox"/>
					preocuparse y cuidar constantemente a los otros	
					aferrarse mucho a los otros, colgarse de los otros	
					controlar mucho, exigir derechos y hacer fuertes demandas	
					someterse totalmente, desistir, resignarse	

Recuadro 4-6. Escala de temas y recursos (recorte).

En la columna central se describen los temas relacionales como una competencia, en el sentido de una conducta adecuada. Cuando un paciente dispone de esta competencia, posee un recurso relacional que se marca en la casilla R (Recurso). Los recursos relacionales pueden ser utilizados terapéuticamente, conformando una base sana en la que se puede apoyar el terapeuta en el trabajo conjunto con el paciente. En las casillas de la izquierda y de la derecha se describen las variaciones disfuncionales de los temas relacionales en dos graduaciones, respectivamente. Esta graduación hace posible describir las desviaciones de la conducta funcional presentes en diferente nivel, de manera que se puede clasificar un amplio espectro de modos dominantes de establecer relaciones. En las casillas derecha e izquierda se describen las variantes disfuncionales en una graduación de menor y mayor intensidad.

4.2.4.2

Procedimiento práctico

El diagnóstico relacional en la escala de temas y recursos requiere cuatro pasos:

- El evaluador marca primero en las casillas de los extremos izquierdo y derecho todos los modos relacionales disfuncionales del paciente, revisando cada modo y viendo si alguna de las descripciones puede dar cuenta del paciente. El número de ítems que se pueden marcar no está limitado aún.
- A continuación, decide cuál de estos modos es más relevante con relación al trastorno relacional, dentro de la columna representada con una P (Problema). En este paso se pueden marcar, como máximo, dos temas.
- Posteriormente, se realiza la formulación en el formato general: «El paciente tiende a (*variación disfuncional*) en vez de (*tema relacional*)». Ejemplo: «El paciente tiende a oponerse a toda regla en vez de adaptarse adecuadamente (de acuerdo con el papel)». En esta formulación se nombra de modo descriptivo el problema y la meta terapéutica, de modo que se puede contar con una orientación general para el tratamiento.

- Finalmente, se revisa si el paciente dispone de capacidades especialmente buenas en los temas relacionales para los cuales no se encontró una disfunción. Si éste es el caso, se marca esa competencia en la columna R, como recurso.

4.2.4.4

Contratransferencia

En la escala de temas y recursos no se considera explícitamente la respuesta de los otros (ni la del evaluador) al paciente, a diferencia del procedimiento estándar. No obstante, la contratransferencia desempeña un papel importante en la selección de los temas problemáticos. Se sugiere al evaluador revisar qué reacciones provoca el paciente a través de su «oferta relacional» y qué temas corresponderían a esas reacciones. Él puede, por ejemplo, señalar que el paciente se aferra intensamente en las relaciones y, debido a ello, pone a los otros bajo presión. Al mismo tiempo, puede describir que se siente inducido a dejar ir a su paciente, pasando por alto su sufrimiento. Tanto el aferrarse como también los impulsos de rechazo, o bien de negligencia, pertenecen al par temático complementario «cuidar a otros/apoyarse» (ver anexo 12.2.2). Éste se conforma gracias a la incorporación de la contratransferencia como un tema relacional problemático.

4.2.4.5

Caso clínico

En el ejemplo del paciente de 32 años antes descrito, se estableció como problema más relevante:

- «El paciente tiende a ser obstinado y se opone a todas las reglas en vez de adaptarse adecuadamente (de acuerdo con el rol)». Como segundo tema de problemática, parcialmente parecido, se eligió: «El paciente tiende a hacer todo a su manera en vez de desenvolverse, en relación con los otros, de manera adecuadamente libre y autónoma». La reacción contratransferencial «oponerse» (18) y «desistir» (26), presentada en la descripción de caso (recuadro 4-5), confirman el tema problemá-

tico nombrado primeramente. No se puede identificar en este paciente ningún recurso interpersonal.

4.3

Eje III: Conflicto

En contraposición al diagnóstico categorial/discontinuo que ofrecen las clasificaciones del CIE-10 y el DSM (actualmente en su cuarta versión), gran parte de la investigación empírica de los trastornos psíquicos hace referencia a modelos dimensionales, por ejemplo, a la severidad de la depresión como continuo desde leve hasta severa. El modelo dimensional-continuo también permite, para el diagnóstico del conflicto, diferenciar entre tensiones conflictivas normales –que conforman una constante antropológica de fenómenos sub-clínicos– y conflictos clínicamente relevantes y descriptibles, en una graduación continua. Además, este modelo permite comprender mejor cómo los esbozos de conflicto en estructuras poco integradas (o directamente desintegradas) pueden llegar a determinar la vida de estas personas. Las limitaciones estructurales también corresponden a un modelo dimensional, y se expresan en un continuo que va desde el funcionamiento normal hasta las limitaciones severas.

Cada ser humano es parte de una red de conflictos motivacionales básicos, conscientes e inconscientes, que le ha deparado la vida. Debido a la historia personal, estas tensiones conflictivas tienen características singulares, las cuales se reflejan en patrones vivenciales y conductuales individuales que en sí mismos no constituyen anormalidades psíquicas ni necesitan de tratamiento específico. En términos psicodinámicos tradicionales, esto ha sido descrito como la estructura de las neurosis es decir, la interrelación de estructuras motivacionales moldeadas por la biografía. Este nivel subyace a la descripción clínica –descriptiva, sintomatológica–, pues no presenta ni síntomas ni otras señales de trastorno. En la entrevista OPD, estas personas serían capaces de presentar al evaluador las etapas conflictivas y tensionantes de su vida. Serían capaces de recordar los afectos pertinentes, de un modo correspondiente a la contratransferencia concordante del entrevistador y estarían en condiciones de plantear vías para el manejo (*coping*) o resolución de estas tensiones conflictivas. Una

tico nombrado primeramente. No se puede identificar en este paciente ningún recurso interpersonal.

4.3

Eje III: Conflicto

En contraposición al diagnóstico categorial/discontinuo que ofrecen las clasificaciones del CIE-10 y el DSM (actualmente en su cuarta versión), gran parte de la investigación empírica de los trastornos psíquicos hace referencia a modelos dimensionales, por ejemplo, a la severidad de la depresión como continuo desde leve hasta severa. El modelo dimensional-continuo también permite, para el diagnóstico del conflicto, diferenciar entre tensiones conflictivas normales –que conforman una constante antropológica de fenómenos sub-clínicos– y conflictos clínicamente relevantes y descriptibles, en una graduación continua. Además, este modelo permite comprender mejor cómo los esbozos de conflicto en estructuras poco integradas (o directamente desintegradas) pueden llegar a determinar la vida de estas personas. Las limitaciones estructurales también corresponden a un modelo dimensional, y se expresan en un continuo que va desde el funcionamiento normal hasta las limitaciones severas.

Cada ser humano es parte de una red de conflictos motivacionales básicos, conscientes e inconscientes, que le ha deparado la vida. Debido a la historia personal, estas tensiones conflictivas tienen características singulares, las cuales se reflejan en patrones vivenciales y conductuales individuales que en sí mismos no constituyen anormalidades psíquicas ni necesitan de tratamiento específico. En términos psicodinámicos tradicionales, esto ha sido descrito como la estructura de las neurosis es decir, la interrelación de estructuras motivacionales moldeadas por la biografía. Este nivel subyace a la descripción clínica –descriptiva, sintomatológica–, pues no presenta ni síntomas ni otras señales de trastorno. En la entrevista OPD, estas personas serían capaces de presentar al evaluador las etapas conflictivas y tensionantes de su vida. Serían capaces de recordar los afectos pertinentes, de un modo correspondiente a la contratransferencia concordante del entrevistador y estarían en condiciones de plantear vías para el manejo (*coping*) o resolución de estas tensiones conflictivas. Una

4. Operación de los ejes según OPD-2

entrevista como ésta, centrada en los episodios de sobrecarga psíquica, permitiría identificar en los estudios de campo a personas «sanas», asintomáticas y con una adecuada percepción y elaboración de sus conflictos. En situaciones de estrés de nivel elevado a severo, éstas pueden desarrollar contradicciones motivacionales conflictivas y síntomas psicossomáticos que, sindrómicamente podrían catalogarse como un «trastorno de adaptación». Una sobrecarga conflictiva de estas características (conflicto actual) debe distinguirse de los conflictos neuróticos disfuncionales, determinantes de la vida y que se han revelado ya previamente en la historia personal.

Estos conflictos disfuncionales, determinantes vitalmente, pueden encontrarse en perturbaciones de personalidad ligadas a conflictos y/o en personas con conflictos neuróticos repetitivos. En los trastornos de personalidad condicionadas por conflicto (véase nota al pie 1 en apartado 3.3) se desarrolla en forma duradera una limitación del vivenciar y de la conducta, clínicamente relevante y a menudo egosintónica. Un ejemplo de lo anterior es el trastorno de personalidad obsesivo, asintomático pero con relevantes y a menudo heterogéneas perturbaciones del vivenciar y de la conducta.

En oposición al anterior está el conflicto neurótico clásico, con síntomas clínicos que se manifiestan intrapsíquica y/o interpersonalmente. Estos conflictos son disfuncionales, resueltos de modo «subóptimo» (ganancia primaria de la enfermedad) y se muestran en el transcurso de la vida como patrones conflictivos repetitivos (compulsión a la repetición; regresión a aprendizajes previos). En situaciones de prueba o de fracaso, situaciones límite y situaciones desencadenantes, internas y/o externas, se refuerza la ambivalencia motivacional. Estas situaciones pueden descompensar, por ejemplo, aquellos casos que, gracias a circunstancias externas favorables, se han mantenido asintomáticos, y conducir a la aparición de síntomas.

En el diagnóstico del conflicto son relevantes el momento diagnóstico actual (diagnóstico de estado) y el anamnésico (biográfico), reactivado en la entrevista. A través de ambos, se hace efectiva y manifiesta la dinámica conflictiva interpersonal e intrapsíquica (transferencia y contratransferencia); asimismo es perceptible la manera en que determina la conducta. El conflicto se expresa, finalmente, con un afecto guía bien delimitado (por ejemplo, la angustia en el conflicto de autonomía versus dependencia), que varía de acuerdo con el tipo de conflicto.

El entrevistador tiene el desafío adicional de distinguir entre las tensiones conflictivas neuróticas que emergen entre él y el paciente, por un lado, y sus propios conflictos, prejuicios y normas, por el otro (transferencia propia del terapeuta; Heuft, 1990). El período de tiempo que se habrá de evaluar para el modo de elaboración (activo versus pasivo) comprende los últimos meses, en los que estos patrones de conflicto disfuncional pueden verificarse biográficamente, como perturbaciones del vivenciar y de la conducta, o mediante sintomatología neurótica. En las estructuras de personalidad escasamente integradas, así como en las desintegradas, se reconocen todos o casi todos los temas conflictivos en diversos episodios relacionales (véase el apartado 3.6.2), claramente influido por el desarrollo biográfico de la persona.

En estos casos los temas de conflicto se presentan escasamente delimitados, su relevancia cambia rápidamente en la entrevista y no es posible reconocer una configuración estable. Esta observación evidencia que en una estructura (y en un funcionamiento estructural) escasamente desarrollada, no es posible delimitar claramente ningún conflicto repetitivo disfuncional, por lo que en estos casos sugerimos hablar de «esbozos de conflicto».¹

Presentamos a continuación un modelo de los niveles de conflicto (o niveles conflictivos):

Recuadro 4-7. Modelo de niveles del conflicto.

Salud relativa	Trastorno neurótico	Trastorno estructural
(1.) Tensión conflictiva subclínica; «acentuación de los rasgos de personalidad» o bien Nuevos conflictos motivacionales sin un patrón conflictivo repetitivo disfuncional	(1.) Conflictos neuróticos con patrones disfuncionales persistentes, interpersonales e intrapsíquicos	En parte, múltiples esbozos de conflicto, de relevancia variable, en las estructuras escasamente integradas (eje IV del OPD)
(2.) Conflictos vinculados a estresores (conflictos inducidos por estresores o conflicto actual)	(2.) Perturbación neurótica de la personalidad (con relación a conflictos intrapsíquicos)	

1. Konfliktschemata en el original. Hemos preferido la palabra «esbozo», para enfatizar el carácter difuminado y «borroso» de estos patrones. (N. de los T.)

4. Operación de los ejes según OPD-2

Puntuación de los conflictos

En la aplicación clínica de este eje, se diagnostican solamente los dos conflictos más importantes. El período de tiempo que se habrá de evaluar para ellos y el modo de elaboración del conflicto principal es el corte transversal en el aquí y ahora (tomando los últimos meses) de los dos conflictos principales, aunque su reiteración temporal sólo puede confirmarse en la dimensión biográfica de la entrevista (evaluación anamnésica). Por ejemplo, si un paciente presenta un conflicto de cuidado versus autarquía –compensado en los últimos años–, pero en su manifestación y descompensación actual predomina el modo pasivo de elaboración, entonces debería puntuarse este último aspecto como el predominante.

Preguntas previas a la evaluación del conflicto – Valoración de los prerequisites

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

E) Conflictos disfuncionales repetitivos	Ausente	Poco significativo	Significativo	Muy significativo	No evaluable
1. Individuación versus dependencia	①	①	②	③	⑨
2. Sumisión versus control	①	①	②	③	⑨
3. Deseos de protección y cuidado versus autarquía (autosuficiencia)	①	①	②	③	⑨
4. Conflicto de autovaloración	①	①	②	③	⑨
5. Conflicto de culpa	①	①	②	③	⑨
6. Conflicto edípico	①	①	②	③	⑨
7. Conflicto de identidad	①	①	②	③	⑨

Conflicto principal: _____ Segundo conflicto más importante: _____

Modo de elaboración del conflicto principal	Predominantemente activo	Mixto, preferentemente activo	Mixto, preferentemente pasivo	Predominantemente pasivo	No evaluable
	①	②	③	④	⑤

Recuadro 4-8. Esquema de puntuación de los conflictos.

El esquema de puntuación de conflictos (recuadro 4-8) presenta el diagnóstico de ellos paso a paso. Las explicaciones que siguen tienen la misma secuencia e instruyen sobre el procedimiento que se debe seguir.

A) Falta de seguridad diagnóstica

Previamente a cualquier puntuación y clasificación de los conflictos, es necesario determinar si es factible evaluar este eje. No es el caso, por ejemplo, cuando un paciente con una reacción aguda por estrés es evaluado 30 minutos después de un grave accidente automovilístico y el evaluador le muestra cognitivamente la «normalidad» de su reacción.

También en casos en los que falta evidencia, pues el paciente rehúsa cooperar (puntuar «sí»).

B) No hay conflictos bien delimitados

Cuando el nivel de integración estructural es bajo, no es posible identificar conflictos bien delimitados, en el sentido de la operacionalización que hemos presentado. Incluso en el nivel de integración estructural moderado-bajo, la variedad de esbozos conflictivos puede determinar a tal punto el cuadro clínico que hace imposible la puntuación de los conflictos (puntuar:»sí«).

C) Percepción de afectos y conflictos limitada por el uso de mecanismos defensivos

Es necesario evaluar limitaciones defensivas en la percepción de afectos y conflictos.

4. Operación de los ejes según OPD-2

Tabla 4.3. Percepción de afectos y conflictos limitada por el uso de mecanismos defensivos.

Percepción de afectos y conflictos limitada por el uso de mecanismos defensivos
Descripción general
<p>Se trata de personas que pasan por alto los conflictos propios y en las relaciones interpersonales, así como también las necesidades y sentimientos propios y ajenos. Las influencias culturales (por ejemplo, la estigmatización de la enfermedad mental) desempeñan un papel central. Básicamente, se trata del uso de defensas intrapsíquicas excesivas, como una función de protección que permite evitar y manejar las tensiones intrapsíquicas e interpersonales. Por la aparente «ausencia» o supresión de los afectos, no es posible observar un afecto guía. La defensa (represión, racionalización, aislamiento, negación), está primariamente dirigida a la evitación de afectos displacenteros. Los afectos placenteros aparecen incorporados en la defensa, aunque en menor grado. Por tanto, la evaluación ofrece poco material conflictivo para analizar.</p> <p>En su autodescripción, pareciera que su vida y relaciones con otros estuviesen casi desprovistas de tensiones y fuertemente determinada por convenciones, aunque el evaluador tendría razones para sospechar tensiones y conflictos subyacentes. Presentan su situación de vida como si no tuviesen problemas. Frecuentemente, describen sus emociones y circunstancias vitales como «todo está bien». Raramente mencionan sentimientos y conflictos respecto de otras personas («nos llevamos bien, sin problemas») o los conflictos son enfrentados de un modo «técnico» o lógico («ya lo solucionaremos razonablemente, como adultos»). Los sentimientos más intensos, los propios y ajenos, son percibidos como perturbadores y, por ello, son rápidamente desestimados. Las circunstancias o eventos vitales estresantes se resuelven por medio de la acción, sin que medie una elaboración interna.</p> <p>Cuando fracasan las posibilidades defensivas, surgen síntomas somáticos. Aunque el evaluador se percate de síntomas psíquicos subyacentes, el paciente tiende a reprimirlos. A veces se observa, incluso, que el paciente se congratula por ello, por ser «tan tranquilo y poco perturbable».</p> <p>Este enfoque afectivamente monótono y racionalizador dificulta la formación de una idea clara acerca del paciente y su mundo interno. En la contratransferencia, rápidamente se desarrollan sentimientos de aburrimiento y desinterés. Muchas veces, los sentimientos contratransferenciales corresponden a los que el paciente trata de rechazar. Esta presentación defensiva puede provocar también irritación en el entrevistador. Cuando se evalúa la motivación a la psicoterapia, se muestran como pacientes poco motivados y «difíciles».</p> <p>También en los pacientes con capacidades estructurales disminuidas, especialmente en la percepción de sí mismos y del objeto, así como en la autorregulación, hay una reducción en la percepción de los afectos en sí mismos y en los otros. Por la misma acción de las defensas y su interferencia en la expresión afectiva y del conflicto, estas personas no exhiben el predominio de afectos anhedónicos, característico de los pacientes con trastornos estructurales.</p>
Áreas de la vida
Familia de origen
<p>Describen sus relaciones familiares de modo técnico y monótono, como «no problemáticas», en un tono afectivo bajo y uniforme, incluso cuando existen condiciones concretas realmente complejas. Las relaciones</p>

interpersonales están reguladas por convenciones. Los conflictos generacionales son negados o resueltos en un nivel muy concreto, con gran esfuerzo de su parte. La permanencia o separación de la familia de origen transcurre aparentemente sin problemas y no suele generar conflictos en el interior de ella.
Pareja/familia
La normalidad y el funcionamiento adecuado de la vida familiar aparecen en el primer plano del relato. Refieren los cambios en las relaciones familiares y de pareja —especialmente las separaciones— como un dato más de su historia. Las relaciones de pareja se establecen a menudo por razones externas, ya que «marido/esposa/hijos son parte de una vida normal».
Trabajo
En su vida profesional, suelen orientarse a trabajos más bien técnicos, en los que pueden ser muy exitosos, en la medida que las relaciones interpersonales estén reguladas funcionalmente (por ejemplo, con los subalternos). Otorgan gran importancia al rendimiento, especialmente en la resolución especializada de problemas laborales. Por su competencia y focalización en los hechos, suelen ser muy apreciados por sus colegas y superiores, pero ocasionalmente se involucran en conflictos para ellos incomprensibles, al no considerar suficientemente los aspectos emocionales de las relaciones.
Contexto social
La vida social también está configurada funcionalmente, por una evitación activa de las áreas emocionales y conflictivas.
Bienes materiales
La relación que tienen con sus bienes materiales es funcional y orientada a lo concreto («hay que estar contento con lo que se tiene», «el dinero no es todo»). No es infrecuente que su relación con los bienes materiales sea más importante que las relaciones con las personas.
Cuerpo/sexualidad
La relación con el cuerpo es racional y basada en hechos técnicos. La representación corporal se asemeja al funcionamiento de una máquina. Las experiencias corporales placenteras difícilmente tienen lugar y el «funcionamiento sexual» puede ser muy importante como expresión de «normalidad» (en vez de serlo como experiencia sensual). Los procesos de cambio y envejecimiento físico son negados («llevados a reparación»).
Enfermedades
Las enfermedades son vivenciadas como eventos del destino, sin mayor compromiso emocional o como un problema que ha de ser resuelto técnicamente. A menudo, y de modo superficial, existe una buena aceptación del tratamiento médico y apoyo para «reparar el problema». Su concepto somático de enfermedad los hace preferir los tipos de tratamiento técnicos. Son pacientes de escasa motivación respecto de intervenciones psicosociales/psicoterapéuticas.

Percepción de afectos y conflictos limitada por el uso de mecanismos defensivos

Viñeta clínica: La mujer que no se da cuenta de nada

La Sra. A. de 50 años de edad, fue derivada desde el Departamento de Gastroenterología de la Clínica Universitaria. En la entrevista, refiere persistentes e intensos dolores abdominales de un año de evolución, con alternancia de diarrea y estreñimiento, evacuaciones frecuentes y secreción mucosa. Un exhaustivo examen gastroenterológico no muestra correlato orgánico de los síntomas, por lo que se plantea el diagnóstico de «síndrome de colon irritable». Después de ser derivada a la Clínica Psicosomática, señala desconocer las razones de ello. Después de todo, sus problemas estarían «en el abdomen, no en mi cabeza».

Ella es dueña de casa y madre de dos hijos, el menor de los cuales se mudó de la casa hace un año. Al referirse a sus sentimientos respecto de esto, señala que «así es la vida».

Su esposo, ingeniero eléctrico, viaja frecuentemente por razones laborales. Señala que ello no le afectaría, pues «es su trabajo». Ambos se llevarían bien, sin mayores dificultades de pareja. Su vida gira en torno a las labores del hogar, a las que se dedica intensamente. Para ella, es muy importante cultivar buenas relaciones con sus vecinos, algo que aprendió de sus padres («tener buenas relaciones con todo el mundo»).

Después de que el hijo se mudara, comenzó a trabajar en una panadería, pero fue despedida recientemente. Sus compañeros de trabajo se habrían quejado de ella. Hasta hoy, no comprende bien las razones de ello. Como siempre, habría tratado de hacer su trabajo del mejor modo y no se interesaba en las «habladurías y chismes» de sus colegas.

No parecía realmente preocupada por sus molestias abdominales y estaba segura de que los médicos finalmente encontrarían su origen y corregirían el problema. En este punto de la entrevista, el evaluador comenzó a sentirse aburrido y en varios momentos comenzó a apretarse un pulgar.

Posteriormente, en una entrevista a la pareja, el marido contó que recientemente le había confesado a ella que mantenía una relación extramarital y estaba considerando seriamente separarse. Muchas veces

intentó plantearle el tema a ella, quien no le creyó. Siempre habría sido difícil acercarse emocionalmente a ella, pues dedicaba más tiempo e interés a la casa (por ejemplo, adornándola, cuidando el jardín), en vez de realizar alguna actividad juntos. Aunque están casados hace más de treinta años, refiere conocer escasamente la vida previa de su mujer. Por la hermana de ella, supo que cuando niña habrían sido cuidadas negligentemente, recibido escaso apoyo emocional y habrían sido frecuentemente golpeadas.

D) Conflicto por estrés (conflicto actual)

Este criterio evalúa si los síntomas presentes derivan básicamente de un conflicto actual.

Tabla 4-4. Conflicto por estrés (conflicto actual)

Conflicto por estrés (conflicto actual)
<p>Criterios generales</p> <p>Bajo sobrecargas (estresores) considerables o severas emergen –desde demandas concretas, internas o externas– contradicciones entre los sistemas motivacionales del paciente, que explicarían la sintomatología física y/o psíquica en el sentido de un «trastorno adaptativo» (período de tiempo que se habrá de evaluar: últimos seis meses)</p> <p>No todo evento vital estresante (muerte de la pareja, separaciones) se traduce en un conflicto por estrés. Es más relevante el significado subjetivo del evento vital específico, comprensible desde las tensiones conflictivas preexistentes.</p> <p>La probabilidad de aparición de un «trastorno adaptativo» está determinada por:</p> <ol style="list-style-type: none">1) a intensidad de las tensiones conflictivas internas y del estresor externo,2) os recursos disponibles (vulnerabilidad, defensas, estructura, apoyo social, resiliencia, etcétera). <p>El conflicto inducido por estrés o conflicto actual es un verdadero conflicto en tanto se expresa en el interior de las antinomias motivacionales humanas (individuación versus dependencia, cuidado versus autarquía, regulación de la autovaloración, etcétera) y configura las tensiones conflictivas preexistentes. De modo similar, se encuentran los mismos afectos guías observados en los patrones de conflictos intrapsíquicos disfuncionales.</p> <p>El conflicto actual se presenta, así, teñido conflictivamente, pues los patrones motivacionales básicos determinan la experiencia interna, sin que necesariamente exista un conflicto en el sentido en que lo hemos definido (patrón disfuncional persistente en el tiempo). Independientemente de ello, pueden presentarse distintos patrones conflictivos disfuncionales internos.</p>

4. Operación de los ejes según OPD-2

<p>Sin embargo, cuando un estresor interno y/o externo activa un patrón conflictivo disfuncional, biográficamente persistente, conducente a la formación de síntomas, se trata entonces de una situación desencadenante de un conflicto motivacional en sentido estricto y no de un estresor conflictivo.</p> <p>En general, llamamos vulnerabilidad a la capacidad disminuida de tolerar la sobrecarga tensional. Está determinada, primero, por cierta tensión conflictiva, en segundo lugar, por las capacidades estructurales desarrolladas en el curso de la vida y por la red de apoyo social y, en tercer lugar, por las condiciones biológicas individuales (por ejemplo, retraso mental congénito, procesos de demencia en la vejez, etcétera). Las vulnerabilidades conflictivas aquí mencionadas pueden interactuar con las biológicas y estructurales y cumplir –desde el punto de vista sintomático– los criterios para un trastorno adaptativo según el CIE-10.</p> <p>Sin embargo, un trastorno adaptativo puede emerger exclusivamente desde vulnerabilidades estructurales o biológicas (véase el eje V).</p> <p>El conflicto inducido por estrés debe distinguirse del estrés postraumático (PTSD). Las situaciones traumáticas conducentes a un PTSD representan dimensionalmente el grado extremo de estrés. En estos casos, el estrés psíquico es tan severo (sobrecarga de las funciones del yo, capacidades defensivas, etcétera) que apenas alcanza a desarrollarse un conflicto motivacional, y aparecen entonces los signos clínicos típicos, como aplanamiento afectivo o ausencia de sentimientos, disociación, pensamientos intrusivos, etcétera. No toda situación traumática conduce a un PTSD, nuevamente es imprescindible considerar el conjunto de tensiones conflictivas motivacionales, las capacidades estructurales y las condiciones biológicas individuales.</p> <p>Básicamente, son posibles un modo pasivo y uno activo de elaboración de las sobrecargas: capacidad de manejo (<i>coping</i>).</p> <p>Modos/tipos/afectos guías/contratransferencia/interacción: en lo concerniente a sus intensidades, corresponden a las descritas para otros conflictos, dependiendo del sistema motivacional involucrado.</p>	
Modo pasivo	Modo activo
Criterios generales	
En situaciones de severa sobrecarga, predomina en el manejo y la defensa la elaboración pasiva, en forma de adaptación, resignación y retraimiento.	Predominan patrones vivenciales, conductuales y de afrontamiento activos y centrados en la defensa.
Áreas de la vida	
Los criterios para las restantes áreas vitales corresponden en su impronta a los descritos en otros conflictos, en el modo pasivo de elaboración, de acuerdo con el sistema motivacional involucrado.	Los criterios para las restantes áreas vitales corresponden en su impronta a los descritos en otros conflictos, en el modo activo de elaboración, de acuerdo con el sistema motivacional involucrado.

Conflicto actual: modo pasivo

Viñeta clínica: El gerente

Hace siete años el Sr. B. se cambió a una gran empresa, en un cargo gerencial. La empresa, ubicada en un sector en desarrollo, era considerada en ese entonces innovadora y de buen potencial futuro. A partir de esta situación laboral –cargo gerencial, perspectivas de altos ingresos a largo plazo– construyó junto a su esposa y sus dos hijas una casa propia, en las cercanías de su trabajo.

Dos años antes de la primera evaluación, la empresa se declaró en quiebra, la estructura de capital colapsó por manejos ilegales de sus directivos, algunos de los cuales se encontraban prófugos. Repentinamente, pues, el Sr. B. se encontró desempleado y sin posibilidades de pagar la hipoteca de su casa. Era predecible que en esta región en desarrollo le sería muy difícil encontrar un nuevo empleo, acorde con su nivel de experiencia. Además, fracasó la venta de la casa, por el alto índice de desempleo en la región y, en el corto plazo, no era factible la llegada de potenciales compradores al área. Finalmente, se vio obligado a rematar la casa.

Su esposa –junto con sus hijas– lo abandonó y se mudó a la casa de sus padres. Para ambos era incierto el futuro de su matrimonio, como refirió el Sr. B. al ser admitido en la unidad psicosomática/psicoterapéutica del hospital. Su motivo de consulta actual consistía en que se sentía muy furioso e impotente, desde hacía tres meses aproximadamente: «No sé qué hacer con esto, me siento atrapado».

El sentirse derrotado lo había llevado, entretanto, a una conducta sumisa y resignada, una especie de fatalismo, ligado a sentimientos de desvalorización: ser un fracasado, económica y profesionalmente. Cognitivamente, el Sr. B. tenía clara la imposibilidad de prever esta quiebra fraudulenta. Emocionalmente, sin embargo, estaba atrapado en estos sentimientos.

En un nivel sindrómico, presentaba un episodio depresivo de mediana severidad.

En la entrevista inicial y también en las siguientes, se confirmó repetidamente la impresión inicial: hasta el episodio en cuestión, había sido capaz de manejar sus dificultades emocionales, así como sus propias

4. Operación de los ejes según OPD-2

tendencias dominantes y sumisas, de modo flexible y adaptativo. Previamente, no había patrones repetitivos disfuncionales y relacionales, en una persona con un nivel medio a bueno de integración estructural.

Conflicto actual: modo activo

Viñeta clínica: La viuda

Una paciente de 70 años fue derivada desde la Clínica Universitaria por un cuadro de conjuntivitis crónica, opacidad corneal y una ausencia de secreción lagrimal, sin correlato orgánico. Por las limitaciones visuales secundarias, se vio obligada a dejar de conducir su coche.

Paralelamente, a causa de una artrosis moderada estaba severamente limitada en su movilidad.

Como vivía en los suburbios y ya no podía conducir, se sentía muy aislada de las pocas relaciones significativas que había cultivado.

Psicopatológicamente, era evidente el ánimo depresivo, con sentimientos de desamparo y desesperanza. En la evaluación, parecía buscar ayuda, aunque su desesperanza era notoria. A pesar de ello, no presentaba riesgos de suicidio.

No tenía antecedentes biográficos de problemas mentales o patrones conductuales conflictivos significativos. Su esposo había fallecido repentinamente hacía ya tres años, por un infarto al corazón. Previamente, habían conversado acerca de la eventual muerte de cada uno y reflexionado acerca de cómo enfrentarla mejor. Después de que él falleciese, ella había tratado de mantener su estilo de vida habitual (modo activo), lo que la protegía desde el punto de vista psicosocial. La masiva limitación funcional concomitante a su enfermedad ocular sobrepasó completamente sus capacidades de afrontamiento (*coping*), y la llevó a presentar síntomas depresivos. En una psicoterapia ambulatoria breve, la paciente logró estabilizarse. Su condición oftalmológica mejoró sustancial y perdurablemente. A la par, el hecho de clarificar y comprender cómo este evento se ligaba a un conflicto interno (cuidado versus autarquía), la motivó a readecuar el contacto con su entorno e hizo amistad con unos vecinos que vivían cerca de su apartamento.

4.3.1
Individuación versus dependencia

Tabla 4-5. Conflicto 1: Individuación versus dependencia.

Individuación versus dependencia	
<p>Los vínculos y relaciones tienen una importancia existencial en nuestra vida. En un continuo dimensional, comprenden desde el anhelo por una relación de intimidad y cercanía simbióticas (polo de la dependencia) hasta el deseo de una marcada independencia e individuación (individuación forzada). Individuación y dependencia son elementos básicos de la experiencia humana y son inherentes a todas las áreas de la vida. Se presenta un conflicto en esta área cuando esta tensión esencialmente bipolar se transforma en una polarización. Así, un conflicto entre dependencia e individuación se presenta sólo si esta constelación es existencialmente significativa y configura la biografía.</p> <p>El conflicto comprende la activación de experiencias que buscan o evitan la intimidad y no la configuración de las relaciones en el sentido de ser cuidado o no (comprende la formación del vínculo antes que las cualidades de éste). Se trata del tema de «poder estar sólo versus poder estar con otros». En su versión patológica, el énfasis está en tener que estar sólo o tener que estar con otros como necesidad existencial. Es necesario delimitarlo del conflicto «cuidado versus autarquía», en el que el acento está puesto en la polaridad «cuidar a otros versus cuidar de uno mismo», lo que presupone la capacidad de hacerlo.²</p>	
Modo pasivo	Modo activo
Criterios generales	
<p>Son típicos los esfuerzos por lograr relaciones muy estrechas y que brinden seguridad casi a cualquier costo.</p> <p>La responsabilidad e independencia son evitadas, se subordinan los deseos propios a los del otro —reales o interpretados— para no arriesgar la estrecha relación. Las tendencias divergentes y los conflictos son minimizados o negados.</p> <p>La autopercepción está marcada por el desamparo, la debilidad y la subordinación al otro. El afecto guía es la angustia y amenaza existencial frente a la separación del objeto, es decir, frente a la separación y la soledad. En la contratransferencia, se mezclan los sentimientos de cuidado y compromiso con el paciente, con temores por sus intensos deseos de cercanía y fusión.</p>	<p>Este modo de elaboración se caracteriza por los esfuerzos del paciente en construir una fuerte independencia emocional y existencial de las relaciones con otros («no los necesito, me basto a mí mismo»).</p> <p>Todos los aspectos de la vida están determinados desde esta permanente lucha por la independencia y autodeterminación. Las propias necesidades de vínculo, apoyo y cercanía deben ser reprimidas. La autopercepción está marcada por una independencia forzada («pseudo independencia») y la convicción de no necesitar a otros.</p> <p>El afecto guía es nuevamente la angustia frente a la cercanía y fusión. En la contratransferencia, apenas se esbozan sentimientos de compromiso para con el paciente, escasos deseos de cuidarlo y protegerlo, pero una preocupación latente frente a la intensa dependencia reprimida.</p>

2. El conflicto en torno a «cuidar versus ser cuidado por otros» supone ya el establecimiento de una relación objetal —conflictiva o no—, en tanto que en el conflicto «individuación versus dependencia» está en juego la formación de este vínculo. (N. de los T.)

4. Operación de los ejes según OPD-2

Áreas de la vida	
Familia de origen	
Se observa una actitud psíquica de no ser adulto, predominando en la comprensión de sí mismo una posición infantil, que se observa en la configuración de las relaciones interpersonales (quedarse en la casa de los padres o frecuentes e intensivos contactos con la familia de origen). No es infrecuente que oscilen entre valoraciones positivas y negativas de sus objetos relacionales primarios. Incluso grandes dificultades y estresores no constituyen obstáculo para mantener este contexto familiar.	En la relación hacia la familia de origen se observa una separación forzada —externa o interna— de la familia, con la aceptación de las consiguientes pérdidas y desventajas. A menudo se observa una separación prematura de la familia («huida del nido»), también se dan intensos conflictos e incluso rupturas familiares. Frecuentemente, es negada la posición de hijo(a). El significado de los vínculos primarios a menudo es subestimado. Suelen ser descritos superficialmente como «positivos», como una defensa frente a la aparición de recuerdos dolorosos.
Pareja/familian	
El paciente se coloca voluntariamente en un papel subordinado y asegura esto a través de su elección de pareja y la relación resultante. Renuncia a una configuración activa y conjunta de la relación y entrega la responsabilidad a su pareja. Los desarrollos divergentes en relación con el otro deben ser impedidos o negados. Por lo general, tratan de armonizar las diferencias, trivializar los conflictos o terminarlos rápidamente cediendo («no quiero discutir más»). Los cambios, especialmente aquellos que conducen a una mayor independencia, son evitados o racionalizados cuando son inevitables.	Puede lograrse una buena relación sólo si la elección de pareja y la manera en que se configura la relación permiten alcanzar una posición de suficiente independencia. Así, las necesidades de un tipo de vínculo autónomo de ambos miembros pueden llevar a arreglos relaciones estables en el tiempo. Cuando las necesidades individuales de vínculo son diferentes entre los miembros de la pareja, se hacen notorias las necesidades de dependencia, lo que conduce a tensiones. Esta ambivalencia, y el hecho que estos pacientes necesitan vivir sus patrones relacionales, lleva a un alto grado de conflicto. Estos conflictos pueden también ser escenificados para asegurar una independencia y distancia emocional segura, al mismo tiempo de permitir conservar la relación. Los movimientos hacia la autonomía son realizados independientemente de la pareja e incluso a expensas de ella.
Trabajo	
En su vida profesional, tienden a buscar tareas más bien de colaboración y/o subordinadas y evitar responsabilidades y cargos directivos. Tienden a eludir las rivalidades profesionales, para proteger la cercanía y el vínculo. Son excelentes colaboradores aunque evitan destacar sobre la media y, en general, no buscan desarrollar una carrera profesional. Les importa más	Su vida profesional se focaliza al logro de la independencia y la autonomía. Tratan de ocupar aquellos nichos profesionales que ofrecen un gran grado de autonomía y la mayor independencia posible, en los que no necesitan cooperación de otros y donde no exista competencia visible. El éxito profesional o económico es secundario y están subordinados más bien al logro de posiciones

<p>la solidaridad y el sentimiento de pertenencia a una institución, por lo que suelen permanecer en el mismo trabajo largo tiempo, incluso en tiempos de crisis, aceptando a veces condiciones muy desventajosas. Son reticentes a cuestionar y reorientar su actividad profesional cuando declina su rendimiento e incluso cuando su salud lo aconseja.</p>	
Bienes materiales	
<p>El dinero y bienes materiales son usados para asegurar las relaciones y vínculos. Esto se puede manifestar como ambición o renuncia, aunque el objetivo es siempre el mismo. A veces pueden renunciar rápidamente a sus bienes materiales, cuando sienten amenazada la relación. Pueden realizar actos altruistas y generosos para construir o sostener una relación. También pueden buscar un estado de ascetismo, deshaciéndose de bienes materiales, para evitar sentirse atados a estos bienes y no sentirse obligados a administrarlos activamente y tomar responsabilidades.</p>	<p>Independientes. A menudo, tienen problemas en el trabajo de equipo y una tendencia a entrar en conflicto con sus colegas y superiores. Pueden cambiar con frecuencia de trabajo y/o profesión. Pese a ello, suelen ser exitosos económicamente.</p>
Contexto social	
<p>En el ámbito social, buscan asociarse a diversos grupos, especialmente aquellos que refuerzan un sentido de pertenencia y una ideología compartida, pues el sentido de pertenencia es central en ellos. Pueden incluso comprometerse en la organización e incluso en su dirección.</p>	<p>Tienden a evitar la pertenencia a grupos y, por lo mismo, su red de contactos sociales es escasa. Suelen establecer contactos esporádicos y cambiantes y prefieren aquellos que se avienen con este ideal de independencia, por ejemplo, grupos de <i>chat</i> en Internet. En general, suelen desvalorizar o ignorar los compromisos sociales.</p>
Cuerpo/sexualidad	
<p>Las necesidades corporales y el cuidado del cuerpo —por ejemplo, la sexualidad— están subordinadas a las necesidades de cercanía. Por ello, las necesidades o limitaciones en este ámbito sólo son tomadas en cuenta en tanto no interfieran con la necesidad de cercanía, sino que, más bien, la faciliten o posibiliten. Los cambios y limitaciones físicas, como el envejecimiento, son usados para reforzar el vínculo y la cercanía («dependo de ti»). Lo mismo ocurre con la sexualidad, en la que incluso las necesidades personales son relegadas a segundo plano.</p>	<p>Las necesidades y limitaciones corporales son ignoradas hasta donde es posible, pues su aceptación podría conducir a sentimientos de dependencia y cercanía. Más bien, el rendimiento físico es cultivado como una manera de reforzar la independencia. Las limitaciones propias del envejecimiento, como la disminución del rendimiento, son ignoradas o disimuladas con diversos intentos de rejuvenecimiento. La sexualidad es aplastada o bien vivida superficialmente.</p>

4. Operación de los ejes según OPD-2

Enfermedad	
La enfermedad ofrece la posibilidad de vivir más fuertemente la dependencia y cercanía afectiva, entrega una legitimación médica y objetiva de las necesidades de dependencia. Suelen asistir frecuentemente al médico y mantenerse fieles durante años a su médico de cabecera. Durante su tratamiento, suelen mostrarse muy limitados en la capacidad de valerse por sí mismos e insisten en continuar tratándose, incluso a expensas de permanecer enfermos. La relación con sus médicos está determinada por la necesidad de cercanía, la que tratan de establecer también con ellos.	La enfermedad es vivenciada como una amenaza a la independencia y sus consecuencias suelen subestimarse o negarse. Buscan tratamiento en etapas ya avanzadas de la enfermedad y cuando ya es inevitable. Como temen la amenaza a su independencia, tienden a rechazar o sabotear claramente los tratamientos prescritos, por lo que su adhesión a ellos es muy baja. Tratan de establecer con su médico una relación distante y «objetiva», a veces la interacción es conflictiva, cambian de médico con frecuencia, en tanto les permite evitar el surgimiento del vínculo.

Individuación versus dependencia: modo pasivo

Viñeta clínica: La dueña de casa

La Sra. L., una mujer de 52 años poco llamativa, plantea al comienzo de la entrevista –previamente calificada como una evaluación– que desea asegurarse de si ésta era su sesión semanal habitual, como si hubiese iniciado ya una psicoterapia. Explica que su médico de cabecera le había sugerido previamente consultar un psicoterapeuta, donde encontraría de algún modo apoyo. Desde hace un año, aproximadamente, se sentía abatida, con muchas dudas acerca de su propio valor, con labilidad emocional y sentimientos de soledad y agotamiento físico. Presenta además trastornos del sueño, dolor articular y cefaleas que no tienen un fundamento orgánico.

Todo había comenzado cuando su hija de 24 años dejó la casa familiar para vivir con su novio, aunque se mudó a un lugar cercano. Señala que desde entonces se ven muy poco, aunque previamente tenían una relación muy cercana, como de hermanas, y se hacían confidencias mutuamente. No entendía el cambio de su hija, ni su distanciamiento, y lo atribuía a su novio. Al poco tiempo, su hijo de 20 años empezó a estudiar en una universidad que él había elegido; ésta quedaba lejos de casa, lo que no representaba obstáculo para él. Ahora venía a casa infre

cuentemente, sólo cuando necesitaba algo. Previamente, cuando él estaba en el colegio, ella siempre se había interesado en su vida, consolándolo en las disputas con su novia, aconsejándolo, etcétera. Dice extrañar mucho a sus hijos, pero señala que así es como funciona el mundo.

Aparte de ello, tenía problemas con su esposo, quien repentinamente había cambiado su actitud hacia ella. Hacía años que no tenían una relación fluida, pero habían logrado llegar casi a las bodas de plata. Se había casado a los 18 años y después de un breve período de noviazgo quedó embarazada («casi en la primera oportunidad» que mantuvieron relaciones sexuales). Esto no representó mayor problema para ella y dejó la casa paterna, donde no había ni la calidez ni el cariño suficientes para mantener unida a la familia, por lo que cada hijo había seguido su propio camino.

Pronto se hizo evidente que su esposo tenía problemas con el alcohol, bebía mucho, abusaba de ella y la golpeaba. La utilizaba sexualmente según su propia necesidad, situación que ella toleraba, aunque sin placer, pues pensaba que todo era parte del matrimonio y la vida en común. A pesar de esta actitud, su esposo repetidamente «se iba» con otras, lo que ella había aceptado, pues finalmente él siempre «volvía» con ella. Hacía seis meses, sin embargo, él parecía estar viviendo una «segunda juventud». Posiblemente mantendría otra relación, esta vez estable, y querría irse de la casa, situación que sería «terrible» para ella.

Desde entonces, se había mudado a una pequeña casita-invernadero en el jardín, siempre tratando de mantener las apariencias, y como una forma de seguir viviendo juntos, mientras su marido continuó viviendo en la casa. Seguían manteniendo la misma situación, juntos pero viviendo separadamente. Ella cocinaba para él, mantenía sus ropas limpias y cuidaba de la casa. A veces, él le permitía quedarse un momento en la casa, veían televisión y conversaban un poco. Cuando él estaba fuera, ella se quedaba en la casa, ahí se sentía a gusto, aún podía sentir como si su marido y sus hijos estuviesen allí. Por las noches, sin embargo, se quedaba en la casita del jardín, siempre muy triste y temerosa de que su esposo la expulsase incluso de allí o se fuese definitivamente.

Desde hacía quince años trabajaba a tiempo parcial como administradora de un hogar de ancianos. Apreciaba su trabajo, donde existía un grupo de colaboradoras que se apoyaban unas a otras, lo que la hacía

4. Operación de los ejes según OPD-2

sentirse muy contenida. Hacía ya cinco años, le pidieron hacerse cargo de la administración del hogar, pues «yo era muy capaz», oferta que rechazó por el temor a perder la buena relación que mantenía con sus colegas.

En todos estos años nunca había faltado al trabajo, a pesar de sufrir recientemente de frecuentes y variados dolores físicos, los que pensaba «eran parte de las penas y alegrías de la vida». Sentía que aún tenía mucho que dar, tanto en su casa como en su trabajo, en el que sentía muy apoyada.

Fuera de lo descrito, L. no era muy activa socialmente, pues había renunciado a todo por su familia. En el último tiempo, y por casualidad, había encontrado un grupo de mujeres coetáneas que la habían acogido muy bien. El grupo le otorgaba, además, un sentido de pertenencia. Planeaba reunirse más frecuentemente con ellas, pero extrañaba mucho lo que había recibido previamente de su familia. Realmente esperaba que todo volviera a ser como antes, al menos, conservar a su esposo en casa.

Individuación versus dependencia: modo activo

Viñeta clínica: El viajante de comercio

El Sr. I., un hombre de 58 años, consulta después de reiteradas sugerencias de su médico familiar, quien por años habría intentado motivarlo a realizar una psicoterapia. La naturaleza de su trabajo se lo habría impedido hasta ahora, en que, pronto a retirarse, tendría más tiempo para ello. Además, sus molestias se habrían hecho tan intensas que se veía obligado a buscar ayuda. Desde la adolescencia pasaba por fases de agotamiento general, distimias leves y difusas, sentimientos de soledad y ansiedad poco definidas. Desde dos años atrás, además, presentaba un tinnitus, que se acentuaba cuando estaba con muchas personas, desde hace quince años que tiene diversas molestias digestivas (estreñimiento, dolores estomacales) y trastornos del sueño desde hace dos años.

En la anamnesis destacaba la permanente búsqueda de independencia. Nunca se había involucrado en una relación emocional o laboral estable. Siempre en el contexto de su trabajo, había cambiado frecuentemente de empleador, lugar de residencia y también de relaciones, aunque manteniendo siempre un alto compromiso laboral y éxito profesional.

En la contratransferencia se percibían los deseos de autonomía y, por otra parte, un fuerte anhelo de vínculo y tranquilidad.

4.3.2
Sumisión versus control

Tabla 4-6. Conflicto 2: Sumisión versus control.

Sumisión versus control	
Descripción general	
<p>El autocontrol y el de los otros es una necesidad humana básica. En este caso, el énfasis está puesto en aquellas personas cuyo motivo principal es dominar a los otros o someterse a ellos. Aquí desempeñan un papel central los impulsos agresivos latentes o manifiestos. Hay que distinguir este nivel motivacional de los fenómenos obsesivos correspondientes a aquellos intentos de reparación que están al servicio de conservar la estructura de personalidad en los pacientes de escasa integración de la estructura («de otro modo, todo se derrumba»). Sumisión y control representan simplemente polos no adaptativos de un continuo dimensional entre la capacidad de «ser guiado» o «guiar a otros», respectivamente. Las normas de conducta y otras regulaciones personales y sociales tienen un valor central. Las experiencias de poder e impotencia pueden influir especialmente en la vivencia de la autovaloración, por lo que es importante distinguir claramente los conflictos de sumisión/control del conflicto de autovaloración en un sentido estricto.</p> <p>En el modo pasivo de elaboración, debe distinguirse si la vergüenza puede entenderse a partir del sentimiento de estar sometido o subyugado, o si es que, en la interacción con el otro, éste provoca sentimientos de devaluación en la vivencia consciente e inconsciente del paciente. En este caso, se trataría del conflicto de autovaloración.</p> <p>En el modo activo de elaboración, hay que distinguir si el placer de dominar al otro está en primer plano o, más bien, la necesidad de devaluar al otro (para sentirse «el mejor»).</p>	
Modo pasivo	Modo activo
Criterios generales	
<p>En general, predomina el tipo de sumisión pasivo/agresiva. Concordantemente, en la contratransferencia el afecto guía es una experiencia de rabia e impotencia. En la interacción, puede vivirse como una conducta agresiva latente y conducir a sentimientos de irritación en el terapeuta. La vivencia de estar sometido puede sentirse como vergonzosa, aunque el motivo central sigue siendo el enfrentamiento con la dinámica «estar arriba/abajo».</p>	<p>Este tipo de paciente, con una tendencia agresiva dominante, busca alcanzar un control permanente sobre otros o sobre las situaciones. El afecto guía es una agresividad desafiante, que se percibe abiertamente en la contratransferencia. Interaccionalmente, emerge una lucha de poder con todos los medios disponibles, como protección frente al temor de ser controlado. La pérdida de control se percibe como amenazante. La devaluación y la denigración del otro obedecen a la necesidad de sentir y demostrar el poder que se tiene sobre él</p>

4. Operación de los ejes según OPD-2

Áreas de la vida	
Familia de origen	
Se observa una sumisión a la tradición familiar, con el propósito de mantener «paz y tranquilidad». Se aceptan las relaciones intrafamiliares jerárquicamente estructuradas. Las relaciones y tradiciones familiares existentes por generaciones, son reguladas mediante deberes y responsabilidades. Esta sumisión a las reglas predeterminadas disminuye el temor a enfrentamientos potencialmente conflictivos. Faltan situaciones en las que podrían emerger sentimientos de rebeldía.	Se imponen reglas rígidas que han dominado a través de generaciones. En determinadas circunstancias, el ejercicio del poder es racionalizado, argumentando oferta de cuidado. En caso de tensiones transgeneracionales, el contacto puede interrumpirse bruscamente, acompañado por intensas explosiones de ira («qué se creen para hablarme de este modo»). Parece imposible un diálogo conciliador de los intereses contrapuestos. Se les hace muy difícil mantener el orden de un modo equilibrado.
Familia/pareja	
Se aprecia gran dificultad en decir «no». Los propios deseos y opiniones son subordinados a los de la familia y/o pareja. La rabia derivada de esta frustración y la angustia de verse sometida a ella son dominadas estableciendo reglas rígidas que atrapan a la contraparte controladora y dominante: «Si quieres decidir qué ropa me pongo, entonces págamela». Son personas de apariencia sencilla y modesta, aparentemente satisfechos en su rol subordinado. La resistencia es actuada pasivamente (retrasos, testarudez, obstinación) y en gran medida inconsciente. Esta conducta sí es percibida como resistencia por sus cercanos (relaciones sociales) y frecuentemente suscita enojo en ellos. Por su incapacidad de contradecir, parecieran «estar sacrificándose» por la familia.	El voluntarismo puede intensificarse hasta una agresividad pertinaz, junto al deseo de configurar todo según las propias ideas y deseos. Las proposiciones diferentes dan origen a protestas y a un sentimiento de ser «determinado por otros». Dependiendo del contexto, su conducta puede parecer muy dominante, controladora, a menudo perturbadora, inquietante e, incluso, poco social, en este caso, como la actitud constante del sabelotodo. No cuestionan sus propias reglas («se hace lo que yo digo»). En la relaciones de pareja complementarias o recíprocas, este tipo de tiranía puede pasar inicialmente desapercibida o impresionar como especial gentileza, sabiduría o como un gran compromiso con la familia o la pareja («los demás no sabrían qué hacer sin mí»).
Trabajo	
A pesar de tener oportunidades de ascenso, mantienen posiciones subordinadas. La toma de decisiones y el ejercicio del poder son evitados, por el temor que suscitan. Por el contrario, las exigencias laborales son saboteadas pasivamente (por ejemplo, extremado perfeccionismo en la realización de tareas, lo que demora su entrega, etcétera). A menudo, es difícil distinguir si se trata de una disminución real o aparente de su capacidad laboral. En los casos mixtos, de elaboración predominantemente pasiva, es posible que aparezcan como el «exitoso pero eterno número dos».	Aspiran a posiciones de liderazgo, desde una perspectiva jerárquica, o que ofrezcan gran autonomía («nichos» de autodeterminación, trabajos independientes, <i>free lance</i>). El juicio y estilo de liderazgo propio constituyen la medida de todas las cosas. También las críticas constructivas o sugerencias de otros son interpretadas como ataques a su propia posición. Debido a las aspiraciones de dominación, se les atribuye alto valor al trabajo, al logro y a la profesión. Se percibe claramente su ambición lo que hace que su conducta sea especialmente conflictiva.

Contexto social	
En su vecindario, comunidades y grupos de amigos asumen un papel subordinado («se pliegan a lo que el grupo decide»).	Los clubes, grupos sociales y amistades son valorados, si es que sirven como posibilidad de ejercer su poder, así como de aumentarlo. Para alcanzar posiciones de poder en estos grupos, su compromiso aparentemente puede ser muy «social» y desinteresado. Las aspiraciones de poder se desenmascaran, sin embargo, en el caso de diferencias de opinión, elecciones o enfrentamientos con quienes les sucederán (por ejemplo, en puestos honoríficos). La pérdida de poder es vivenciada como una amenaza.
Tienden a subordinar obedientemente sus propias creencias religiosas, convicciones políticas y cosmovisiones a los planteamientos del grupo, aun cuando sean opuestos a los propios. Parecieran tolerar ecuanímente el ser determinados humillantemente por otros.	
Bienes materiales	
Aunque el dinero y los bienes materiales desempeñan un papel central en su vida, se observa una aparente disposición a renunciar a ellos. A veces, esto se refiere a parte de los bienes, en tanto que un «bien vivido como nuclear» es extremadamente protegido, para disminuir la ansiedad. La fantasía subyacente podría expresarse como «antes de ser robado y atacado, renunciaría voluntariamente a todo lo que no sea absolutamente indispensable en mi vida».	Tanto el dinero como los bienes materiales son considerados un medio importante para realizar sus ideas: «El dinero es poder». «Por dinero, (los otros) harían todo por mí». Frente a necesidades o deseos de personas de menos recursos, reaccionan rechazándolas, considerándolas como unas «don nadie».
Cuerpo/sexualidad	
El cuerpo puede ser vivenciado como un objeto a cuyas demandas y necesidades se está subordinado, por lo que deben ser atendidas. Por ejemplo, hay una necesidad compulsiva de mantener el ritmo de sueño o apegarse a una dieta arbitraria o seguir literalmente un programa de acondicionamiento físico, pues de otro modo emerge la amenaza del «trastorno» o directamente de síntomas. Se está sujeto, pues, a las demandas del propio cuerpo. Así, por ejemplo, la fantasía de tener que sustituir los oligoelementos puede tomar la forma de «adoración al cuerpo». En este mismo sentido, las indicaciones médicas son seguidas literalmente. Una mirada crítica al tratamiento se expresa de modo pasivo, por ejemplo, «olvidando» los medicamentos. Cuando no se logran controlar las señales del cuerpo emergen sentimientos de indefensión. Más aún, la corporalidad puede servir para transmitir la sumisión de manera no verbal («actitud de hombros caídos»). Tienden a someterse a las demandas sexuales del otro o rechazarlas inconscientemente.	El cuerpo es un instrumento para las aspiraciones de poder («el gran jugador de tenis») y, simultáneamente, es funcionalizado («no soy un quejumbroso»). En este sentido, el cuerpo puede ser sobreexplotado e ignorarse las limitaciones que impone el físico, en una actitud de desprecio a éste. La apariencia física puede usarse como demostración de poder y fuerza (físicoculturismo, mediante énfasis en los atributos físicos, etcétera). Los médicos son forzosamente puestos en una función reparadora del cuerpo: «¡Repáreme pronto la máquina, doctor!» Asimismo, la sexualidad puede usarse con los mismos propósitos.

4. Operación de los ejes según OPD-2

Enfermedad	
La enfermedad es vista como un destino al cual hay que resignarse. En la relación medico-paciente predomina la obediencia; sin embargo, suelen sabotear pasivamente las indicaciones de tratamiento. En las enfermedades graves, pueden desarrollar un estilo de manejo que implica aceptar numerosos efectos adversos, por ejemplo, medicamentosos, sin buscar ayuda en su médico para aminorarlos («el doctor me lo indicó así y debo aceptar las molestias sin quejarme»). Posteriormente, pueden emerger reproches en la relación médico-paciente.	Se lucha contra la enfermedad con todos los medios disponibles. El lema es «no me doblegaré». Más allá de una actitud de manejo básicamente positiva, la obstinación del paciente le dificulta el enfrentamiento de las recaídas o fallas en el tratamiento. En la relación médico-paciente las confrontaciones están motivadas por el «derecho a la autodeterminación», en tanto que se vivencia a los médicos como «tercos (poderosos) y controladores». Esta vivencia puede extenderse, asimismo, a la institución u hospital como un todo. Como estilo de manejo en las enfermedades graves, predomina una obstinada formación reactiva en contra de la amenaza de pérdida del control.

Sumisión versus control: modo pasivo

Viñeta clínica: El empleado administrativo

El Sr. A., empleado administrativo de 45 años, literalmente salta de su asiento, saludando al entrevistador con una reverencia. Relata minuciosamente sus problemas intestinales, de los cuales el principal sería el estreñimiento, que le causa considerables molestias, como tener que permanecer por mucho tiempo en el cuarto de baño. Refiere que los médicos consultados no habían podido ayudarle, pese a su estricto cumplimiento de las indicaciones recibidas. Se sentía casi resignado a esta situación, impotente frente al problema, por lo que no esperaba mucho de esta evaluación (se percibía en ello la agresividad latente). Cuando se le señala que posiblemente esté irritado, responde enfáticamente: «No, no estoy enojado, sólo resignado; me pregunto sólo si los médicos están suficientemente formados y se mantienen al tanto de los últimos avances en medicina».

Proviene de una familia de clase obrera, en la que ambos padres siempre buscaron que sus hijos tuviesen más oportunidades y bienes materiales que ellos. Él, como el mayor de los hermanos, desde muy joven se había comprometido a dar lo mejor de sí mismo. Los padres

enfaticaban especialmente la importancia de atenerse a las reglas, por lo general reducidas al dicho popular: «No se le enseñan nuevos trucos a un perro viejo». Ésta habría sido una regla de comportamiento fundamental en su vida, que trató de inculcar a sus propios hijos. Durante la pubertad y la adolescencia, como era de esperar, surgieron diferencias con sus padres, pero asumió rápidamente que –como hermano mayor– tenía una gran responsabilidad hacia su hermano, a saber, ser un ejemplo para él y ayudarlo a mantenerse dentro de «los cauces normales». En el curso de la entrevista quedó claro que estaba al borde de ser sancionado por no cumplir las responsabilidades que su cargo demandaba. Por una parte, pese a estar siempre en el trabajo, por su problema digestivo debía pasar mucho tiempo en el cuarto de baño. Por otra parte, trataba de ser muy exacto y preciso en su trabajo («evitar trasgredir los límites»). Con voz enérgica declara que él se desgasta por el trabajo, revisa frecuentemente los reglamentos pertinentes, permanece más tiempo del necesario, pese a lo cual nadie agradece este compromiso (placer al someterse).

Desde hace dos años que se siente en extremo controlado por su nuevo jefe. Incluso pensó entregar una hoja en blanco en lugar de los informes requeridos, para señalar que su elaboración le exige tiempo extra que requiere con urgencia para su trabajo (furia impotente). Por ello, frecuentemente está agotado en su tiempo libre y se alegraría si su familia o su círculo de amigos lo incorporaran en sus actividades. A veces su esposa le reprocha no haber sido más exitoso en lo profesional y económico, tampoco está satisfecha con él en su vida sexual, lo que refiere algo avergonzado. Señala no tener problemas con el dinero, pero que si se viese obligado a elegir, privilegiaría cumplir adecuadamente en su trabajo antes que luchar por el éxito profesional.

Sumisión versus control: modo activo

Viñeta clínica: El empresario

El señor B. (56 años) se deja caer en el asiento y extiende sobre la mesa, entre él y el examinador, un montón de documentos. Esto, junto al

4. Operación de los ejes según OPD-2

torrente de quejas por los síntomas que lo aquejarían, genera en el evaluador el sentimiento de ser aplastado por un torrente de papeles (agresividad pertinaz). Las explicaciones iniciales del entrevistador respecto a los objetivos de la entrevista se pierden entre los reproches del paciente: ¡«Ya me imaginaba que no tendría suficiente tiempo para entenderme realmente! ¡Para ello se necesitarían horas...!»! (sentimiento contratransferencial: ¿podré siquiera sobrevivir a esta entrevista? ¿podré siquiera intervenir?).

Su médico de cabecera le habría sugerido la interconsulta, pues el tratamiento médico no lograba estabilizar su hipertensión arterial. Él ya habría pensado en cambiar de médico, debido a que habría podido demostrarle que existían otros medicamentos contra la hipertensión, información que obtuvo en Internet.

Finalmente, su motivo de consulta consistía en que su matrimonio estaba al borde del fracaso, su esposa lo había amenazado con abandonarlo, pese a tener todas las comodidades económicas: una casa hermosa, un gran coche, dos hijos sanos, etcétera. Económicamente, él era un empresario exitoso e independiente. Inicialmente, había trabajado en una empresa de seguros, sin embargo, sentía que tener que atenerse rigurosamente a las normas no era lo suyo. El necesitaba libertad, le gustaba ser su propio jefe. A principio, a su esposa también le agradaba que él fuese tan buen proveedor. Ahora, ella quería atarlo a la casa, diciendo que los niños requerían su preocupación, ya que estaban creciendo. Señala que él siempre les había dado normas de vida claras a las que atenerse: cada nota sería recompensada con dinero. «¡Ellos saben exactamente que si no quieren esforzarse no habrá nada para ellos! Así también he llevado las cosas con mis padres: cuando ellos quisieron entrometerse, corté el contacto.» El que su señora ahora retomara el contacto con sus padres lo enfurecía.

Señala que su esposa lo controla subrepticamente, especialmente su teléfono móvil, buscando mensajes de alguna amante. Admite, sin embargo, que estos celos tendrían algún fundamento, pues «cuando estoy de viaje necesito tener algo entre manos, mi esposa me da muy poco en el área sexual» (placer en el poder).

Dado que participa en muchos clubes y asociaciones, permanece poco tiempo en casa. «Usted sabe, como empresario, tengo que cultivar

las relaciones, como representante comercial puedo también facilitarle empleos a otros, algo que agradecen facilitándome nuevos contactos comerciales... en fin, ¡una mano lava la otra!» El que un médico le sugiriera bajar su ritmo de trabajo le pareció muy extemporáneo: «¡Si fuese por eso, me pueden enterrar inmediatamente!».

4.3.3
**Deseo de protección y cuidado versus autarquía
(autosuficiencia)**

Tabla 4-7. Conflicto 3: Deseo de protección y cuidado versus autarquía

Ser cuidado versus autarquía
Descripción general
<p>Este conflicto se refiere a la necesidad básica de todo ser humano de recibir algo, asegurarse protección o cuidado o poder entregarlo, en oposición a no necesitar cuidado alguno. Los deseos de cuidado y protección son una temática básica en la existencia humana. La experiencia del conflicto «cuidado versus autarquía» supone que la persona se encuentra fundamentalmente en condiciones de establecer relaciones y vínculos de apego. La configuración y la vivencia de estas relaciones siguen, sin embargo, los deseos específicos de cuidado y protección, o bien, la defensa frente a ellos. Cómo se enfrenta el sujeto a estos deseos no constituye la relación objetal, sólo configura y moldea una relación preexistente.</p> <p>Es necesario delimitar cuidadosamente este conflicto del conflicto «individuación versus dependencia», ya que en este último se trata básicamente de la dependencia en la relación y no de la relación misma. Los intensos deseos de ser cuidado y protegido pueden expresarse como «dependencia»; se diferencian, sin embargo, de la forma existencial de la dependencia, que puede llegar en el conflicto «individuación versus dependencia» hasta la necesidad de fusión con el objeto.</p> <p>Dado que ambos sistemas motivacionales están presentes desde el comienzo del desarrollo y se superponen de diversos modos, su distinción puede resultar especialmente difícil. El concepto psicoanalítico de oralidad se refiere a este tema, aunque no es idéntico a él.</p> <p>La configuración conflictiva se mueve entre el polo captativo (llegando hasta la explotación de otros) y el polo retentivo (absoluta autosatisfacción en el sentido de Schultz-Hencke). Los afectos guía pertinentes son la tristeza y la depresión, con temor por el otro, así como el temor a perder al otro. El tema de la pérdida desempeña un papel central como situación desencadenante. También en la interacción/contratransferencia se configuran muy rápidamente las temáticas «ser cuidado versus ser autosuficiente».</p>

4. Operación de los ejes según OPD-2

Modo Pasivo	Modo Activo
Descripción general	
<p>Se trata de personas fuertemente vinculadas emocionalmente a un otro significativo y que expresan deseos de protección y cuidado. Frente al rechazo, abandono, separaciones, responden con ánimo depresivo y/o angustia.</p> <p>En su relación con otros, se muestran muy dependientes, demandantes y con tendencia a aferrarse al otro. Este modo de relación podría describirse como «dependiente y demandante». En forma alternativa, aparece un «hambre de contacto»: se intenta llenar el vacío depresivo interno mediante frecuentes contactos. En este contexto, establecen a veces relaciones pasajeras y breves (en parte parasitarias). Hay que distinguirlo del conflicto individuación/dependencia, que involucra una «dependencia existencial» y del conflicto de autovaloración, en el que estas relaciones ayudan a regular el sentimiento de autoestima. Como ya señalamos, los afectos guía son la tristeza y la depresión con angustia por temor a perder al otro, o bien, por el vacío depresivo interno. Con frecuencia, se muestran envidiosos («ellos reciben más»). En la interacción/contratransferencia, el evaluador experimenta sentimientos de ser controlado, chantajeado, de preocupación o desesperanza.</p>	<p>Establecen relaciones con otros, caracterizadas por la autosuficiencia, ausencia de exigencias e incluso modestia. Podríamos describir esta actitud como «altruista». Es necesario distinguirla de la expiación, sentimientos de culpa y/o tendencias de auto recriminación y masoquistas, conscientes o inconscientes. Aquí se trata de alguien que se preocupa por el otro, sin pedir ni demandar, como una forma (inconsciente) de obtener cuidado. En consecuencia, el afecto guía sería la preocupación por los otros, con sentimientos depresivos subyacentes que son rechazados defensivamente. Son frecuentes los sentimientos de envidia («yo hago tanto y recibo tan poco»). Aun cuando estas conductas se manifiesten y representen vehementemente, el entrevistador percibe en la contratransferencia aspectos del paciente, como la tristeza y el anhelo de ser cuidado. En la interacción surgen escenas tales como «hacer todo por los otros», «no ser una carga», etcétera.</p>
Áreas de la vida	
Familia de origen	
<p>Los marcados deseos de ser cuidado pueden presentarse a través de generaciones, pero se muestran especialmente en la familia de origen. Los adultos jóvenes se quedan mucho tiempo y lealmente en la casa paterna, incluso durante el tiempo libre, lo que se justifica a través de múltiples necesidades. Falta la percepción de los problemas que conlleva esta solución.</p> <p>Importante: considerar el condicionamiento socio-cultural.</p>	<p>El esfuerzo por alcanzar la autonomía puede llevar a un alejamiento precoz de la familia de origen («huida del nido») o conducir al cuidado y preocupación desinteresada y «altruista» por los padres. Finalmente, en la esperanza –inconsciente– de ser cuidado posteriormente, el vínculo es perpetuado asumiendo un papel activo de cuidado de los padres (que puede llegar al límite del autosacrificio). Las posibilidades de ayuda y alivio son desestimadas mediante racionalizaciones o directamente rechazadas</p>

Pareja/familia	
En la pareja, prevalece el ansia de ser cuidado. La separación parece imposible, se necesitan uno al otro. La fuerte unión es racionalizada («juntos por siempre»). Los esfuerzos de diferenciación de la pareja, las fantasías de separación, desencadenan sentimientos depresivos de insuficiencia o temor a quedarse solo, lo que conduce a impulsos reactivos de control y aferramiento. En este contexto, pueden sucederse desde intensos reproches hasta el descontrol rabioso contra la pareja, la cual vivencia este patrón relacional como «chantaje». Las parejas pueden reaccionar con una preocupación exagerada o en forma defensiva-agresiva latente. Si la pareja también tiene fuertes deseos de ser cuidada, ambos pueden hacerse sintomáticos y así reivindicar su derecho a ser cuidados.	En la vida de pareja, puede negarse totalmente la necesidad de protección. Suelen mostrarse autosuficientes y sacrificados, aunque el deseo subyacente «algún día será retribuido» es perceptible. Demandan una relación estrecha con el otro, «para poder estar siempre ahí». Estas tendencias relacionales y de aferrarse al otro pueden llevar a frecuentes cambios de relación («ya encontraré en otro lado»).
Bienes materiales	
En la relación con los bienes materiales, el conflicto se evidencia en forma bastante nítida: hay que poseer a los objetos y a las personas y el dar se evita con angustia. Ninguna posesión que proporcione el sentimiento de cuidado y protección es suficiente. Cuando predominan las formaciones reactivas, esta hambre de cuidado y posesión se transforma en una ausencia de necesidades. En el área social esta conducta a menudo provoca un cuidado activo y protección por parte de los otros.	En cuanto a los bienes materiales, la abnegación y entrega que se muestran frente a los demás contiene a menudo un componente de cálculo inconsciente. El bien material entregado se sigue manteniendo internamente y tiene más bien el carácter de préstamo, sobre el cual —además del pago— se esperan intereses adicionales.
Trabajo	
Se buscan situaciones laborales que proporcionen apoyo y protección. Por lo mismo, suelen alcanzar puestos por debajo de sus reales capacidades, pues no asumen decisiones independientes. Siempre buscan aliados y apoyos, a veces evitan posibilidades de ascenso para no perjudicar la contención social. Las exigencias pueden ser vividas como una pérdida de apoyo y reaccionan a ellas con desaliento, desánimo y hasta negándolas.	En la vida laboral estas personas parecen ser irremplazables, compañeros de trabajo sacrificados y hacendosos, que no se cuidan, pero que a cambio esperan la benevolencia de los demás. Si el premio a esta suerte de autoexplotación no se presenta, pueden generarse estados de abatimiento, capaces de llegar hasta la profunda desesperación. Esta autoexplotación en el área laboral puede también ser dañina para la salud. Los períodos de dificultades económicas (desempleo, quiebra) son de alto riesgo psíquico para ellos.

4. Operación de los ejes según OPD-2

Contexto social	
Socialmente son personas más bien retraídas y se orientan a las relaciones estrechas y proveedoras. En la comunidad, son percibidas como demandantes y agotadoras, a pesar de que expresan en forma indirecta sus necesidades de cuidado.	En el medio social, estas personas se muestran muy preocupadas por otros. Sin embargo, no logran establecer relaciones recíprocas y viables. El compromiso social ocurre frecuentemente al servicio de un «intercambio altruista» («hoy por ti, mañana por mi»). Frecuentemente no reciben el reconocimiento esperado por su entrega, sino más bien se aprovechan de ellos y son devaluados. Esta reacción de los otros se corresponde, por parte de ellos mismos, con el desprecio o la envidia (inconsciente) que sienten respecto de aquellos a quienes cuidan.
Cuerpo/sexualidad	
Las necesidades corporales («necesito un tratamiento especial») permiten comunicar a otros las necesidades de cuidado. De este modo, el cuerpo es persistente motivo para la búsqueda de atención. En concreto, sin embargo, el cuerpo recibe escaso cuidado, predominantemente a causa de la comida, sustancias adictivas, etcétera. También la sexualidad se vivencia como oportunidad de ser cuidado y es funcionalizada al punto de llegar al «hambre de sexo».	El cuerpo con sus necesidades, señales y limitaciones no es percibido, si no que «debe funcionar». La constante extralimitación puede dañar la salud. Por otro lado, el cuerpo puede convertirse en objeto de cuidado—como todo lo demás—y, en este contexto, ser activamente protegido. Es plausible que respecto de la sexualidad predomine—por medio de una formación reactiva—la carencia de necesidades (sexuales). La sexualidad puede también facilitar vivir secretamente experiencias de cuidado y acogida.
Enfermedades	
Las enfermedades y accidentes demandan «aún más» cuidados. Se aferra de un modo pasivo y expectante a su médico. Por el deseo de la persona de ser cuidada llega a ser agotadora y enojosa para el cuidador. Cuesta llevar adelante un manejo activo-rehabilitador de la enfermedad, con estos pacientes. La ganancia secundaria de enfermedad (por ejemplo, jubilarse) es buscada directamente y vivida como algo completamente justificado.	En las enfermedades, muestran una incapacidad para tener una conducta regresiva adecuada (aceptación del papel de enfermo) y a menudo rechazan las proposiciones de ayuda. Sin embargo, los deseos inconscientes de cuidado se expresan frecuentemente como descontento con el cuidado real que reciben. En el hospital, suelen ofrecer demostrativamente ayuda a otros pacientes (altruismo), que es también una crítica—inconsciente—al cuidado recibido y a las funciones del personal.

Deseos de protección y cuidado versus autarquía: modo activo (y conflicto de culpa en el modo pasivo)

Viñeta clínica: La esposa del ingeniero

La señora A., de 48 años, fue ingresada debido a diarreas diarias que persisten desde hace años. Las dolencias se iniciaron al mismo tiempo en que sus conflictos matrimoniales se agudizaron. El marido la engañaba con diferentes mujeres y siempre la insultaba: «Eres una basura, te voy a destruir». Ella se rehusaba constantemente a creer en las infidelidades, aunque sufría mucho por los reiterados insultos. La situación se hizo crítica cuando comenzó a agredirla físicamente y fue imposible seguir culpándose a sí misma por la situación. Entonces, retiró gran parte de una fianza que había dejado para la empresa de su esposo. A partir de ese momento, se agravaron las malas relaciones, aumentó el abuso físico y, finalmente, él la abandonó. Vino entonces un período de mucho sufrimiento e intensos sentimientos depresivos, en constante aumento.

En la entrevista, se mostró siempre segura de sí misma y abierta en el contacto. Rápidamente se percibían, sin embargo, sus deseos de «realizar bien» la entrevista. Las muestras de apoyo eran rechazadas o entendidas –con culpa– como señal de su fracaso. Se percibía la tristeza subyacente. Pudo separarse durante el tratamiento y finalmente divorciarse.

El marido, de su misma edad y procedente del sur de Europa, era un exitoso ingeniero independiente. Ella administraba sus cuestiones financieras. Se conocieron mientras él estudiaba y desde el comienzo se configuró una «relación de protección y cuidado»: ella se preocupaba mucho de él, lo ayudó económicamente mientras estudiaba y «siempre estuvo ahí» para él. Siempre se adaptó, sacrificando todo por la familia, más bien evitando discusiones y asumiendo las responsabilidades, mientras él se volvía más y más agresivo. Abrumaba de cuidados a su único hijo, que había abandonado el hogar hacía años. Su esposo no participó en su educación y parecía sentir al hijo como una amenaza a los cuidados que recibía de ella. Él sentía que necesitaba cuidado y atención, en tanto que ella debía proveerlos.

4. Operación de los ejes según OPD-2

La constante búsqueda por cuidar de otros –para mantener una relación estrecha– se evidencia en la biografía de la paciente. Ella está básicamente en condiciones de establecer relaciones, aunque el modo de establecerlas y vivenciarlas están configurados por los deseos de cuidado y protección, o bien por la defensa frente a ellos. Además, suele asumir pasivamente toda la culpa. En su biografía aparecen las raíces de ello: nació en un pueblo pequeño, el padre regresó de la guerra destrozado y muy enfermo. Su madre –fuerte y vital– asumió la manutención de la familia trabajando en un pequeño negocio familiar. Fue criada por la abuela materna, una mujer depresiva que lloraba constantemente. Para cuidarla, la paciente dormía con ella, después que ocurrió la detención del abuelo al finalizar la guerra y fueran obligados a dejar la casa que ocupaban (él trabajaba en la policía, que le brindaba casa). Luego de esta experiencia denigrante, su abuela se deprimió e intentó suicidarse varias veces. Siempre se le pedía a A. cuidar y preocuparse por la abuela, que finalmente se suicidó. Entonces, nadie pareció percatarse de cuánto sufría la paciente por la culpa de «haber fallado». Desde entonces, la acompañaba el sentimiento de tener que estar ahí para ayudar a otros y asumir las culpas.

Ser cuidado versus autarquía: modo pasivo (y conflicto edípico en el modo pasivo)

Viñeta clínica: El empleado judicial

El señor K., de 36 años, consultó por una depresión iniciada hace un año y que desde entonces, se había agravado. Sus sentimientos depresivos de falta de sentido habían aumentado al punto de la ideación suicida. Desde la infancia presentaba angustia de perder a sus padres. Hacía diez años, cuando su primera esposa lo abandonó por otro hombre, había presentado por primera vez síntomas clínicamente depresivos. Estuvo en psicoterapia por tres años después de ello, período en el que se casó por segunda vez y nació su única hija. Desde entonces, K. tiene la sensación de no ser tomado en cuenta. Relaciona el incremento de su sintomatología con la creciente independencia de la hija («ya no

me necesita») y su ascenso laboral como funcionario del ministerio de justicia. Con esta promoción, dejó tras de sí a otros colegas y se abrió la posibilidad de ser transferido a otra ciudad.

El señor K. pasa desapercibido, como alguien poco atractivo e incluso algo desaseado. Simultáneamente, se aferra rápidamente a uno, exigiendo constantemente ayuda para aliviar su «grave» depresión («por favor, haga algo por mí»). El afecto guía es el temor permanente a ser abandonado por otros, a perderlos y al aumento de sus síntomas depresivos. Se percibe a sí mismo como dependiente del amor y el cuidado de otros, pese a que siempre intenta entregarles algo a ellos. En lo referido a la capacidad expresiva de sus propias emociones y necesidades, K. se muestra muy inhibido.

El señor K. –hijo único– creció en una ciudad pequeña. En algún momento, su padre trató de trabajar infructuosamente en forma independiente, por lo que su madre tuvo que preocuparse desde entonces de la manutención familiar. Hasta hoy mantiene con ella una relación muy estrecha. En las descripciones que hace de ella –y por lo idealizada que está– aparece difuminada, gris, únicamente como «proveedora».

Su padre trabajó como viajante de comercio –con escaso éxito– por lo que estaba poco tiempo con ellos, lo que favoreció que la relación madre-hijo se profundizara aún más. Conoció a su primera esposa durante sus estudios («ella era como una madre»). Al parecer, desde el inicio de la relación tuvieron muchas dificultades sexuales –hecho que lo avergüenza visiblemente–, que habrían llevado a su esposa a interesarse en otro hombre. Conoció a su segunda esposa en su entorno laboral, y también la describe como apoyadora y cuidadora. Desde el nacimiento de la hija, la sexualidad prácticamente no ha desempeñado ningún papel.

Laboralmente, privilegia las buenas y discretas relaciones laborales. Hasta que surgió la posibilidad de ascenso, se sentía protegido en el trabajo, vivencia que cambió desde entonces. En el ambiente social existen pocos contactos sin grandes conflictos. Sus síntomas le obligan a buscar constantemente ayuda médica.

4. Operación de los ejes según OPD-2

4.3.4
Conflicto de autovaloración

Tabla 4-8. Conflicto 4: Autovaloración.

Conflicto de autovaloración (autovaloración versus valoración del objeto)	
<p>Los conflictos de autovaloración son universales, mucho más que en los otros niveles de conflicto, pues cada ser humano desea la satisfacción y reconocimiento de su autoestima. Este conflicto se presenta como tal cuando los esfuerzos por lograr el reconocimiento del propio valor son muy intensos e infructuosos o cuando —actualmente o en la historia previa— parecen insuficientes o directamente fracasan.</p> <p>Los conflictos se refieren aquí a la valoración de sí mismo versus la del objeto, como polaridades no adaptativas de la temática cuestionarse y valorarse a sí mismo.</p> <p>Son significativos si sobrepasan claramente en su intensidad a la problemática narcisista presente en otros niveles de conflicto. Este conflicto no se refiere a la participación básica de un sistema motivacional narcisista («impronta» narcisista) que pudiera teñir cualquier otro conflicto.</p> <p>Con el paso de los años, aparecen descompensaciones narcisistas y sus respectivos intentos de compensación.</p> <p>Respecto de la autovaloración—al igual que en todos los conflictos— presuponemos una capacidad de regulación suficiente (estructura), que permita la aparición de un conflicto motivacional frente a situaciones desencadenantes específicas.</p>	
Modo pasivo	Modo activo
Criterios generales	
<p>Cuando predomina el modo pasivo, se ha producido un perceptible quiebre en la autoestima («ya no soy nada»). Generalmente, se atribuye la aparición de síntomas a este quiebre.</p> <p>El paciente disminuye sus exigencias narcisistas y enfatiza su falta de necesidades y poca importancia como persona. Directa o indirectamente, le atribuye la culpa a otros, especialmente médicos e instituciones públicas. El afecto guía es claramente la vergüenza. El modo pasivo puede también mostrarse como una actitud crónica de defensa, en que la evidente devaluación de sí mismo, sirve a los deseos inconscientes de enaltecimiento.</p> <p>Se muestra —a modo de ejemplo— en la transferencia la admiración idealizada del entrevistador. En la contratransferencia, aparecen sentimientos de querer apoyarlo (en los que subyace muchas veces la devaluación).</p>	<p>En el modo activo, predomina una forzada seguridad en sí mismo, frente a los demás como intento de manejo de una crisis —real o temida— en la autoestima. Inicialmente, los pacientes se muestran muy seguros. La inseguridad subyacente sin embargo, se evidencia rápidamente («pseudoseguro de sí mismo»).</p> <p>El afecto guía: cuando la imagen positiva-narcisista de sí mismo es cuestionada, pueden aparecer irritabilidad y rabia («rabia narcisista»). En la interacción, a menudo el entrevistador es cuestionado, pudiendo llegar hasta las afrentas devaluadoras. El evaluador puede sentirse ofendido, herido y tener impulsos de justificarse, debido a la devaluación, seguido de rabia, hasta el punto de querer denigrar al paciente.</p>

Áreas de la vida	
Familia de origen	
La tradición familiar continúa a menudo con la imagen negativa de sí mismo («¡Con nosotros se puede hacer cualquier cosa!»). Los pacientes tienen expectativas compensatorias y pese a sus esfuerzos, se mantiene el mito de la postergación y de la sub-valoración. Alternativamente, el paciente puede tender –sobre la base de logros familiares inalcanzables para él– a una permanente autodevaluación.	Dos situaciones: o se idealiza intensamente la familia de origen y la propia biografía, lo que hace que el paciente se sienta digno descendiente de ella, o ésta es minimizada, trivializada e incluso negada hasta el punto de no poder recordarla. La vergüenza latente respecto del tema es claramente perceptible en la entrevista.
Pareja/familia	
Suelen establecer vínculos de pareja estables, en los que pueden elaborar en conjunto experiencias previas –comunes a ambos– humillantes, descalificadoras o denigratorias, especialmente en el campo de la valoración social. La relación de pareja se estabiliza gracias a la percepción conjunta de ser «siempre perjudicados» y al distanciamiento de otros, que aparentemente estarían mejor.	Las relaciones familiares y las de pareja –en el modelo de los así llamados « <i>self</i> -objetos»– están al servicio de estabilizar la autoestima. Las relaciones se establecen de modo de ser admirado por la pareja o que ésta sea digna de admiración (con la esperanza entonces de ser vicariamente valorado). La permanente devaluación de la pareja también puede servir para aumentar la propia valoración («no se qué estoy haciendo con ella»). Quienes pertenecen a este tipo tienden a dividir al mundo entre amigos y enemigos.
Trabajo	
Laboralmente, muestran una marcada disposición al trabajo y al rendimiento, como compensación a ofensas y son frecuentemente exitosos en el marco de sus posibilidades. Dado que son muy sensibles frente al no reconocimiento de su compromiso, es frecuente que la sintomatología se inicie en relación con postergaciones u ofensas laborales. También pueden negarse u oponerse a trabajar y rendir, justificándolo con la imagen de sí mismos («¡De todos modos no soy capaz!»).	Tienden a sobreestimar la propia posición y capacidad de logro en el ámbito laboral. Los problemas en el lugar de trabajo y las fallas en el propio rendimiento son negados o atribuidos a otros. A menudo, no alcanzan buenos puestos en el trabajo, ya que tienden a romper relaciones y disminuir su rendimiento al sentirse humillados o devaluados.

4. Operación de los ejes según OPD-2

Contexto social	
En los grupos sociales, tienden a buscar posiciones secundarias, y más bien con personas a las que consideran en similares posiciones desventajosas. No es raro que se retraigan prematuramente de los contactos sociales y se apoyen en sí mismos o en pocas personas conocidas. Más bien se evitan nuevas experiencias sociales.	Se buscan especialmente agrupaciones sociales o contactos con personas famosas o conocidas, para asegurarse la propia valoración bajo el brillo de otros («tu resplandor me hace resplandecer también»). Tienen que diferenciarse activamente de los presuntos «fracasados», por temor al «contagio» de sus déficit.
Bienes materiales	
Los bienes que se poseen, el propio hogar y otros, compensan inconscientemente los sentimientos de minusvalía. Sin embargo, no constituyen una satisfacción narcisista, pues a menudo confirman la vivencia de no haber alcanzado lo ambicionado.	Los bienes y el dinero sirven como atributos representativos de la autovaloración («fetiches de la prosperidad»). Con frecuencia, estos atributos se encuentran más bien en los deseos y fantasías de los pacientes que en la realidad.
Cuerpo/sexualidad	
Los pacientes tienden a desvalorizar y descuidar el propio cuerpo («el cuerpo recibe lo que se merece»). Alternativamente, se presentan intentos correctivos quirúrgicos en diferentes partes del cuerpo («si mi nariz estuviera derecha, entonces...»). Esto se hace con el objeto de aumentar la autovaloración. Predomina la convicción de no ser sexualmente atractivo.	Fuerte tendencia a tratar de parecer joven, bonito y atractivo corporalmente, para compensar posibles o reales debilidades. Con relación al deporte, culturismo y otros fenómenos, se observan fantasías de indestructibilidad. El cuerpo está fuertemente investido (catectizado) libidinalmente. El envejecimiento lleva generalmente a descompensaciones y sus respectivos intentos compensatorios. La propia potencia y el atractivo sexual son ensalzadas como un refuerzo de autovaloración.
Enfermedades	
Las enfermedades confirman la visión negativa de sí mismos («lo tengo merecido»). Las enfermedades o accidentes se vivencian, consciente o inconscientemente, como algo equivalente a un intento injusto y malintencionado de ser dañados por otros, por ejemplo, por los médicos. El resultado de esto puede ser un comportamiento resignado o una exigencia agresiva de reparación del daño por parte de los médicos o autoridades.	Las enfermedades, también las insignificantes, amenazan el sentimiento de autoestima y pueden llevar al derrumbe de éste. En todo caso estas enfermedades demandan grandes esfuerzos de defensa y de compensación exageradamente superiores a lo que realmente corresponde. En casos extremos, se puede presentar una descompensación hacia el modo pasivo. En la conducta durante la enfermedad, dominan a menudo la negación y la minimización.
Para ambos modos, se le adscriben a los síntomas un efecto de amenaza a la autoestima («ya no valgo nada») o estabilizador de ella («sin los dolores estaría perfecto»), que va mucho más allá de lo comprensible clínicamente. La vida, por tanto, puede ser «organizada» en torno a la enfermedad. El alivio sintomático puede ser percibido —en la fantasía— como castigo más que como alivio.	

Conflicto de autovaloración: modo activo

Viñeta clínica: El consejero financiero

El señor D. (52 años) fue derivado a entrevista de evaluación por su cardiólogo a causa de una taquicardia frecuente sin correlato orgánico, por lo que asumió que debían existir factores psíquicos. Al saludarlo en la sala de espera, su mirada tardó bastante en pasar de la revista que leía al entrevistador, lo que transmitía a la escena el carácter de una audiencia. Mientras se dirigían a la sala de entrevista, el paciente mostró su decepción por la juventud del entrevistador. Señaló que esperaba ser evaluado por el médico jefe; a pesar de ello, aceptó colaborar y agradecía el tiempo que se tomaba con él. Comenzó la conversación y, durante los primeros cinco minutos, preguntó acerca del procedimiento de evaluación y las calificaciones del entrevistador para ello. Finalmente, fue posible para el paciente hablar sobre sus molestias. Señala que desde hace meses se sentía con un ánimo más bajo, más desmotivado y no podía seguir manteniendo sus actividades habituales. Recurrentemente presentaba crisis de taquicardia, sudoración, dificultad respiratoria, ligada a la angustia de morir por un infarto cardíaco. Refiere no reconocerse a sí mismo de esa manera, ya que nunca antes había estado enfermo y siempre se preocupaba especialmente de su salud y estado físico.

Señala que no podía permitirse estar enfermo y había estado muy estresado en su trabajo de consultor financiero independiente. Los clientes siempre exigían y en esos círculos sólo podría sobrevivir el que rindiera el cien por ciento. «Si se manejan los millones de otras personas, no puedo permitirme ningún error.» Sólo después de preguntarle más sobre su actual situación laboral, refiere una quiebra sufrida poco tiempo antes de la aparición de su sintomatología. Había perdido, sin haber asegurado una garantía previamente, no sólo el dinero de sus clientes, sino también su fortuna personal a través de dudosos procedimientos financieros. Con gran dificultad y perceptible vergüenza –que sólo latentemente se percibía– fue revelando su desoladora situación financiera, sus altas deudas y constantes procesos judiciales. El paciente minimiza sus problemas, él no vería en realidad una gran dificultad en resolverlos: «¡Donald Trump también lo logró!».

4. Operación de los ejes según OPD-2

Pese a todo, sus problemas le habrían permitido valorar más y mejor a su familia, a todo lo que han hecho por él. Señala que los había descuidado por trabajar la mayor parte del tiempo, sin percatarse de su importancia.

Refiere que sin su esposa, su ayuda y apoyo, no habría podido sobrellevar las últimas semanas. Sólo ahora se percata de la mujer excepcional que tiene: no sólo es atractiva y sería el sueño de cualquier hombre, también lo está apoyando en un cien por ciento. La describe como una «joya».

Como dispone actualmente de poco dinero, también ha notado lo poco que se necesita para ser feliz. Antes había valorado mucho los coches grandes y modernos, hoy conduce un pequeño coche usado, regalado por su hermano, que igualmente cumple su cometido. Antes concedía mucha importancia al lujo y se rodeaba de él, hoy siente no necesitarlo más. En general, todo el tiempo se percataba de que es posible gozar con las pequeñas cosas de la vida, por ejemplo con las flores en el borde del camino.

No se pudo realizar una anamnesis biográfica completa, pues el paciente ocupó mucho tiempo en las descripciones previas y no manifestaba interés en una segunda entrevista diagnóstica, planteando que se las podía arreglar solo con su «problemita». Sonríe irónicamente al despedirse y señalar que lamentablemente ya no va a estar disponible como objeto de ensayo. Para eso tendría que buscarse otra víctima, le dice al entrevistador.

Conflicto de autovaloración: modo pasivo

Viñeta clínica: El decepcionado

El señor K. (32 años) fue presentado por la Clínica Neurológica, después de ser tratado allí por primera vez por una crisis convulsiva. A los médicos les pareció de ánimo depresivo. Al saludarlo, el paciente da la impresión de ser muy amable pero inseguro en el contacto, a la vez que levemente desconfiado. La sintomatología depresiva fue confirmada por el paciente, señalando que la presentaba desde que tuvo

un accidente cerebrovascular hace años atrás (el sufre de un trastorno de coagulación hasta entonces desconocido). Entonces, su vida se derrumbó, su pareja lo abandonó, señalando que no quería vivir más con un «inválido». Le costó mucho reponerse de la situación, emocional, cognitiva y laboralmente.

En los años siguientes, tuvo otro accidente cerebral y dos infartos cardíacos, de los que ya no pudo recuperarse. Fue jubilado prematuramente, se le otorgó una pensión, después de lo que ya no le veía sentido a la vida e intentó suicidarse.

Su trabajo como auxiliar de servicio en una clínica psiquiátrica siempre había sido muy importante y, de algún modo, le había dado sentido a su vida. Ahora se siente sin rumbo y sin valor alguno.

Refiere que en su tratamiento psiquiátrico había tenido que reconocer que se encontraba en la situación inversa –como paciente– algo que previamente nunca había imaginado.

Se había sentido muy decepcionado porque sus parejas repetidamente habían terminado con él e incluso sus hermanos no habían estado a su lado. Desde entonces, siente que no puede confiar en nadie, pues teme ser decepcionado nuevamente. En los últimos dos años, ha tenido dieciséis relaciones de pareja, las que, esta vez, él finalizó después de corto tiempo. Cada vez que la relación se estabilizaba y comenzaba a sentirse seguro, pensaba que no se merecía tanta suerte y que –tarde o temprano– su pareja lo abandonaría. Para prevenir la futura decepción, prefería anticiparse y terminar la relación.

En retrospectiva, refiere que siempre fue sensible y retraído, incluso antes de la aparición de las enfermedades. En la infancia había recibido poco interés y cariño por parte de sus padres. Su padre había fallecido a temprana edad y desde entonces había tenido una relación muy estrecha con su madre. Ella había sido más bien como una amiga, apoyándolo cada vez que tenía problemas. Como siempre fue muy inseguro en cuanto a sus decisiones de vida, le pedía frecuentemente consejo.

En su relación con otros había logrado ocultar muy bien su inseguridad, mostrándose más bien enérgico y algo duro. Si esto molestaba a alguien, sería problema del otro y no valía la pena hacerse problemas por ello. De este modo, todo había estado bien en su vida hasta que por

4. Operación de los ejes según OPD-2

primera vez tuvo una pareja «de buena familia». Ella había sido muy rica, lo que le hizo por vez primera cuestionarse sobre su propio valor, ya que él no había sido más que un auxiliar de enfermería.

Pese a eso (o quizás debido a eso), había tratado de que ello no le afectase, rebelándose contra el sistema de valores de ella y destacando su estatus inferior, por ejemplo, conduciendo coches que eran casi chatarra. Después de que ella se separó de él, le fue cada vez más y más difícil manejar su vida. Progresivamente comenzó a dudar de sí mismo, poco tiempo después tuvo su primer ataque cerebral.

En los últimos años, varias veces intentó realizar una psicoterapia ambulatoria, intentos frustrados, pues todas las veces se había sentido decepcionado por los terapeutas. Uno de ellos le había dicho que debería suicidarse, si eso quería; el otro se había ocupado de otros asuntos durante las sesiones. Hasta ahora, no había encontrado un interés real en su persona por parte de los terapeuta, por eso había interrumpido sus tratamientos. Refiere que ahora sí podía imaginarse en una psicoterapia, pues se siente comprendido por el entrevistador.

4.3.5
Conflicto de culpa

Tabla 4-9. Conflicto 5: Conflicto de culpa (culparse a sí mismo versus culpar al otro).

Conflicto de culpa (culparse a sí mismo versus culpar al otro)
Descripción general
El sentimiento de culpa se presenta cuando se ha dañado —objetiva o subjetivamente— a otras personas, o cuando se han restringido sus necesidades o derechos. En general, se observa en este conflicto una relación entre tendencias egoístas y pro-sociales. No necesariamente tienen que tratarse de transgresiones reales o fantaseadas en la conducta interpersonal, sino que también pueden consistir en daños a valores y sistemas normativos internalizados. El contenido y el nivel de las normas internalizadas y de los sentimientos de culpa que de éstas se desprenden están fuertemente influidos socialmente y dependen de cada cultura. Naturalmente que un prerequisite de este conflicto es la capacidad de sentir culpa.
Aquí no se trata de la satisfacción de motivaciones y deseos de cuidado o de la estabilización de la autovaloración, sino de la sobrecarga sobre sí mismo versus sobre el otro por conflictos de conciencia.

<p>Cada trasgresión en contra de las tendencias pro-sociales —por autorreferencia, egoísmo, pero también por los impulsos de autonomía o autarquía— es señalada por los sentimientos de culpa. Esto obliga a corregir la fantasía o la conducta o a la defensa frente al sentimiento de culpa, por medio de la represión, el desplazamiento, la resignificación de la realidad, la proyección, etcétera. A través de estos mecanismos, a menudo la culpa es transferida a otros, y el conflicto se manifiesta entonces en la oposición concreta «ver la culpa en uno versus ver la culpa en el otro». Tensiones conflictivas de este tipo son cotidianas.</p> <p>Aquí nos interesan las fijaciones y compromisos no realistas, en el sentido de una tendencia constante hacia el rechazo de la culpa o, inversamente, hacia una aceptación constante y sumisa de la culpa. Conductas excesivamente altruistas pueden generarse como formaciones reactivas frente a tendencias agresivas y antisociales. Esto puede desarrollarse en forma adaptativa, sin embargo, más bien tienden a aparecer conflictos.</p> <p>La diferenciación con los conflictos de autovaloración puede ser difícil. Siempre es útil el afecto guía: en este conflicto predominan los sentimientos de culpa, y en el conflicto de autovaloración, la vergüenza.</p> <p>La capacidad de vivenciar sentimientos de culpa requiere un cierto nivel de estructura. La conciencia y la vivencia de conflictos de culpa relacionados con ésta también depende de procesos de maduración psíquica.</p>	
Modo pasivo	Modo activo
Criterios generales	
<p>Predomina el tipo «culposo»; son pacientes que asumen constante y exageradamente toda la culpa sobre sí mismos. Siempre tienen a mano disculpas para otros y tienden al autorreproche constante. Muestran una actitud sumisa, (sobre) adaptada y abnegada.</p> <p>La culpa se compensa mediante castigos generados por ellos mismos o aceptados sumisamente, si es que provienen de otros. Paradojalmente, los elogios o las disculpas pueden intensificar la autocrítica y autoculpabilización.</p> <p>El afecto guía es el sentimiento de culpa. Complementariamente, pueden surgir temor a la pérdida, al castigo y tristeza.</p> <p>En la contratransferencia, surge compasión, deseos de ser muy cuidadoso y esfuerzos en contrarrestar la autoculpabilización del paciente o de sobrevalorarlo. Sin embargo, también se pueden percibir impulsos agresivos.</p>	<p>Típicamente, se niegan o reprimen los sentimientos de culpa y, en general, son atribuidos a otros. Se genera un «bloqueo» inconsciente que impide percibir estos sentimientos. (Atención esto debe diferenciarse de la carencia de sentimientos de culpa, estructuralmente determinada, por ejemplo, en los trastornos antisociales.) Superficialmente consideradas, estas personas transmiten la sensación de que están dispuestas a buscar «fríamente» su propio beneficio y a luchar por el poder «sin consideraciones de culpas o responsabilidades».</p> <p>La gran represión de los sentimientos de culpa hace que aparezcan como afecto guía la rabia hacia otros o una actitud cínica.</p> <p>En la contratransferencia se vivencia el impulso a confrontarlos rápidamente, a juzgarlos moralmente o a reaccionar frente a ellos con sentimientos de culpa.</p>

4. Operación de los ejes según OPD-2

Áreas de la vida	
Familia de origen	
<p>Cuando ocurren problemas y dificultades familiares, se sienten rápidamente responsables y asumen por ello la culpa que se les atribuye («chivo expiatorio», «oveja negra»). Están dispuestos a asumir muchos problemas por la familia y a sacrificarse a favor de otros miembros de ésta.</p> <p>Tienden a disculpar rápidamente a los demás y, simultáneamente, a reprocharse constantemente. La culpa es compensada a través de castigos generados por ellos mismos o aceptados (de otros) y cuyo rigor demuestra la intensidad de la rabia, amargura y resentimientos reprimidos.</p>	<p>Los miembros de la familia son responsabilizados por las dificultades y problemas propios o de la familia. Los sentimientos de culpa son reprimidos o las culpas atribuidas a otros. Apenas existe disposición de asumir parcialmente la culpa. La familia de origen y los conflictos generacionales son presentados y valorados, generalmente desde la óptica de la autojustificación.</p>
Pareja/familia	
<p>Se tiende a asumir la culpa y disculpar a la pareja, así como a los niños. Se tiende, además, a quejarse de sí mismo e incluso generar situaciones en las que rápidamente se destaca como el culpable. En la conducta, manifiesta una actitud sumisa y en parte degradada.</p>	<p>Intenta —predominantemente en la pareja y en los hijos— atribuir las culpas.</p> <p>Las «conductas negativas» de la pareja son «coleccionadas» y constantemente enrostradas (se lleva una verdadera «contabilidad» de ello). Tienden a generar en su pareja constantes sentimientos de culpa. La propia culpa apenas es asumida y, si lo es, inmediatamente es condicionada («sí, pero...»).</p>
Trabajo	
<p>Se evitan y temen posiciones de liderazgo. Las alabanzas y reconocimientos no sólo son un apoyo, simultáneamente son percibidos con incomodidad e inseguridad. El ascenso social, ascensos en la carrera y el éxito laboral les acarrearán sentimientos de culpa y, en consecuencia, pueden desarrollar síntomas (angustias, síntomas psicósomáticos, etcétera) y, a veces, retrocesos al cargo anterior. Se presenta una tendencia a asumir la culpa, incluso cuando las faltas son de otros (colegas o superiores). El deterioro del propio rendimiento es explicado generalmente por descuidos o dificultades propias y no por deficientes condiciones laborales objetivas o sobreexigencias.</p>	<p>El predominio de las defensas frente a los sentimientos de culpa a menudo es condición de una conducta arrogante o egoísta. En forma extrema esto puede llevar a conductas desconsideradas y extralimitadas respecto de otros.</p> <p>Para no asumir los propios errores, se tiende a responsabilizar a otros.</p> <p>La «suma de las culpas» es morosamente reunida y enrostrada a los colegas. Los olvidos y fallas personales son asumidos con bastante dificultad y, a menudo, sólo restringidamente.</p> <p>La crítica es rechazada inmediatamente.</p>

Contexto social	
Se asumen prematuramente las propias faltas y la culpa es inmediatamente aceptada. Los otros pueden llegar a criticarlos e incluso aprovecharse de ellos en beneficio propio. El compromiso social frecuentemente está muy desarrollado y se privilegian las actividades grupales que permitan «compensar» la culpa.	El medio social otorga un amplio campo de adjudicación de la culpa a otros. La defensa frente a los sentimientos de culpa conduce naturalmente a la «búsqueda de beneficios», llegando hasta el aprovechamiento y usurpación. Algunos se manejan «en el límite de la legalidad» («no tengo culpa de ello»), sin llegar, sin embargo, a los actos criminales.
Bienes materiales	
Dar y recibir, así como la posesión de bienes, es motivo de conflicto, pues de ellos derivan responsabilidades y remordimientos de conciencia. Los regalos y las alabanzas sólo pueden aceptarse con cargos de conciencia, desencadenando más bien inseguridad y la sensación de tener que retribuirlo inmediatamente. Mediante frecuentes regalos y «atenciones» a otros y la renuncia a los propios beneficios o el seguir regalando lo recibido, intenta mantener la «contabilidad de la culpa» siempre baja.	La conducta egoísta y posesiva se considera justificada («no tengo la culpa»). Con los otros intenta «regatear»; siempre atento por si se puede obtener una «ganga» («ellos mismos tienen la culpa»). Pese a lo anterior, persiste la tendencia a sentirse discriminado, en desventaja o engañado («ellos son culpables...»).
Cuerpo/sexualidad	
El trato con el cuerpo y sus necesidades, incluida la sexualidad, es para muchas personas, educadas en una sociedad normativa y orientada a la culpa, muy problemático. Lo espiritual sería lo valioso y la corporalidad algo que se debe superar y combatir. Las necesidades corporales y especialmente las sexuales, desencadenan desde sentimientos de culpa hasta deseos de expiación. Esto lleva, no pocas veces, al desprecio a las necesidades corporales básicas y a conductas que perjudican la salud.	Los esfuerzos por superar activamente la responsabilidad y la culpa relativas al cuerpo, puede conducir abusar de éste, en tanto la responsabilidad propia es negada y delegada («las compañías tabaqueras son las culpables de mi adicción a la nicotina»). Frecuentemente, se intenta vivir la sexualidad en forma «libre de culpa». También en el caso de conductas sexuales extralimitadas se le adjudica la culpa al otro.
Enfermedades	
Las enfermedades son aceptadas humildemente. Dentro de la enfermedad se pasan por alto o minimizan los errores o la inaccesibilidad de los médicos. La enfermedad es entendida como consecuencia de las propias conductas equivocadas o como un castigo justificado. Las intervenciones médicas son soportadas voluntariamente, pocas veces se quejan y casi no expresan sus insatisfacciones.	Las enfermedades son mal toleradas. Se responsabiliza frecuentemente a los demás por la propia enfermedad. A menudo, se culpa a los médicos de negligencia y por errores diagnósticos. La propia responsabilidad (por ejemplo, baja adhesión al tratamiento, malos hábitos de salud) es minimizada o rechazada. En los hospitales, son llamativas las dificultades en el trato con otros..

4. Operación de los ejes según OPD-2

La relación médico-paciente se caracteriza por la obediencia, que puede llegar a la sumisión. Las indicaciones médicas son seguidas en detalle. En los hospitales estas personas son «fáciles de cuidar»; se disculpan casi por su existencia.	Sobreexigen al personal hospitalario, demandan sus derechos como si fuera lo más natural, incluso a costa de otros pacientes. Se los considera como pacientes «difíciles»
--	---

Conflicto de culpa: modo pasivo

Viñeta clínica: Fracasos en el éxito

La paciente, de 36 años, había buscado ayuda psicoterapéutica debido a una importante falta de ánimo, insomnio, rumiación, sentimientos de culpa por su incapacidad laboral, mareos y taquicardia. Se le indicó reposo laboral y fue tratada con antidepresivos por un internista.

Desde hacía un año, la paciente había vuelto a su ciudad de origen, básicamente por dos razones: primero, su abuela de más de 90 años se había «derrumbado» en cuanto a su salud; segundo, había retirado su trabajo de postulación a un grado académico en una universidad extranjera y, asimismo, había desistido de concursar a un puesto de trabajo en una universidad local. Esto último lo decidió porque, según ella, su profesor de secundaria habría tenido problemas por haberla apoyado demasiado en esta postulación. En consecuencia, él habría tomado distancia y, desde entonces, la apoyaría menos que antes. Ella se sentía culpable por haber destruido esta relación (trasgresión fantaseada en la conducta interpersonal con tendencias autorreferentes). Se vivenciaba a sí misma como alguien con «delirio de grandeza», pues ¿cómo pretendía una hija de mineros llegar a tales posiciones?

Su abuela fue muy significativa en su vida. Los padres pertenecían a la clase obrera, muy ambiciosos y envidiosos de los ricos. Ambos trabajaban y, cuando niña, la dejaban al cuidado de sus abuelos, que eran muy cariñosos pero estrictos. Cuando sus padres iban a recogerla los fines de semana, no quería volver con ellos (a veces, no quería seguir viviendo). En oposición a la actitud envidiosa, avara y egoísta de sus padres frente a la vida, desarrolló una actitud altruista y pro-social. Como fue una excelente alumna, pudo completar estudios teológicos

y sociales. Se sentía totalmente culpable por el odio que sentía hacia su madre y cada vez que discutían se lo reprochaba fuertemente.

Entre ella y su nuevo jefe se generó un nuevo conflicto. En su ciudad natal, había aceptado un trabajo muy por debajo de su nivel académico. Entró en conflicto con su jefe debido a que éste se aprovechaba de sus calificaciones en beneficio propio y la descuidaba en comparación a otros miembros del equipo. Trató de defenderse, pero se desprecia-ba y devaluaba por su actitud competitiva. Se consideraba a sí misma «intolerable», se sometía, trataba de adaptarse, ser desapegada, aunque, por otro lado, estimulaba a una compañera de trabajo egoísta.

En la transferencia, buscaba apoyo en el terapeuta. En la contratransferencia, despertaba compasión y reconocimiento, así como la necesidad de apoyarla en su trabajo, como una persona valiosa y competente.

Se hizo cargo inmediatamente del cuidado de su abuela tan querida cuando ella enfermó y sus padres –debido a sus propias enfermedades– no estaban en condiciones de ocuparse de ella. Justificaba esto con el argumento de que ambos padres también necesitaban de ayuda. Con su pareja, mantenía una relación poco vital (incluyendo la sexualidad). No se atrevía a modificar su situación laboral, pese a haber recibido ofertas para asumir posiciones de liderazgo. Era más bien desconfiada y escéptica frente a ese tipo de reconocimientos. Su presentación era bien cuidada, aunque no prestaba gran atención a sus aspectos femeninos. Aceptó con alivio el ofrecimiento de psicoterapia, aunque simultáneamente se sentía culpable, pues otros estarían aun peor que ella.

Sentimientos de culpa: modo activo

Viñeta clínica: Deseos de vínculo

La paciente, de 60 años, fue derivada por su médico de cabecera a un psicoterapeuta. Inicialmente, su médico la había motivado a ello y derivado a un neurólogo, quien no deseaba asumir un tratamiento psicoterapéutico con ella. Desde hace años está en tratamiento con distintos especialistas (médico general, ginecólogo, cirujano ortopédico) por enfermedades somáticas combinadas con molestias psicosomáticas: «Problemas de la

4. Operación de los ejes según OPD-2

columna vertebral, deficiencia de estrógeno, sensaciones de frío, dolores en la cadera». Actualmente, recibía doce medicamentos, estaba muy insatisfecha con su tratamiento y culpaba a los médicos de no brindar suficiente atención a su caso, «por no tener seguro privado de salud». Considerando el número de fármacos prescritos, era evidente que se había llegado al uso inadecuado y excesivo de ellos (*Polypragmasie*).³

Hace más de veinte años, estuvo en psicoterapia por problemas de ansiedad (angustia de muerte), pero la abandonó por sentirse disconforme y molesta con su terapeuta y con los médicos.

Se presenta ahora con múltiples quejas, crisis de pánico y ansiedad, temor a la incontinencia urinaria y temor a las personas, ánimo depresivo, sentimientos de desamparo e ideación suicida. Su queja principal se refiere a la relación con su marido. Por años, él no habría accedido a sus deseos de cercanía y ternura, retirándose y rechazándola. Desde hace seis años que no mantenían relaciones sexuales. Es claramente perceptible la rabia que le tiene y cómo lo responsabiliza como causa principal de sus sentimientos de desamparo e inutilidad.

Nació en Dánzig; a fines de la segunda guerra mundial la familia huyó a Kiel, cuando aún ella era lactante. Allí creció, asistiendo a la escuela básica. En 1953 se mudó a la Cuenca del Ruhr, donde finalizó el colegio y se formó como pequeña empresaria. Durante la entrevista, enfatizó especialmente la estrecha relación que tenía con su padre, quien había sido muy estricto, ateniéndose rígidamente a la moral católica. Ella sentía gran necesidad de cercanía hacia él, que éste no había satisfecho, por lo que ella lo culpaba de sentirse tan necesitada. El padre había muerto diez años atrás y la madre hacía un año aproximadamente. La madre era una mujer muy resuelta, aunque la rechazaba y golpeaba frecuentemente. La paciente culpaba a su madre por haberla despreciado de este modo, aunque sentía mucha nostalgia de su cercanía. Cuando niña, tenía mucho miedo de morir, por lo que pedía a su madre dormir con ella. Es la segunda de tres hermanas, separadas por dos años de diferencia, con las que mantiene escaso contacto.

3. *Polypragmasie* en alemán: cuando el empleo excesivo y descoordinado de medicamentos –por parte de los médicos– puede llevar a severos e inesperados efectos secundarios y adversos. La OMS la define a partir del empleo de seis medicamentos simultáneamente. (N. De los T.)

Como decíamos, piensa que su problema principal es la relación con su esposo, con quien está casada desde hace treinta y cinco años. Antes de casarse, había estado enamorada de otro hombre («su gran amor»), quien la dejó cuando estaban a punto de casarse. Nunca habría estado enamorada de su actual marido. Se siente culpable por haberse casado con él, como sustituto del que la abandonó. De todos modos, lo culpaba por no cortejarla, o solo inicialmente, también por no dar muestras ni de ternura ni de amistad, por no apoyarla ni hablarle siquiera y por no mantener desde hace años relaciones sexuales con ella. Describe su relación como aburrida y triste. Gran parte de la entrevista la ocupó en los reproches y molestias con su marido, pese a que éste la apoya financieramente, trabaja regularmente y se preocupa de los hijos.

En el curso de la conversación, refiere con sentimientos de culpa, haber tenido una relación afectivamente muy cercana y amorosa –incluyendo relaciones sexuales– con un sacerdote y que mantiene actualmente una relación extramarital con un hombre alcohólico. Él habría sido muy fluctuante con ella, en ocasiones muy cariñoso y en otras, brusco y soez. (Terminó esta relación durante la psicoterapia.) Culpaba a su marido por estas relaciones extramaritales, por lo descuidado que habría sido con ella.

Del matrimonio habrían nacido tres hijos, dos varones y una mujer. No se siente suficientemente reconocida, a pesar de todo lo que habría hecho por ellos. Por ejemplo, se preocupó y ayudó mucho a su hijo cuando éste tuvo un accidente de moto y estuvo largo tiempo entre la vida y la muerte. Pese a esto, él no estaría agradecido. No se hablan con su hija menor desde hace diez años y la culpa por no haberse preocupado suficientemente por ella y privilegiado sus propios intereses.

Sólo en sus relaciones con otros hombres, que vivía muy culposamente, se sentía reconocida, amada y valorada, sentimientos que su familia no conseguía despertar en ella.

En la transferencia, la paciente deseaba un objeto paternal que se relacionara con ella seria e intensamente, y especialmente de manera amorosa y validadora. El terapeuta se sentía culpable cuando no respondía a sus necesidades. Cuando él la frustraba, ella reaccionaba con angustia de pérdida y ánimo depresivo, lo que aumentaba los sentimientos de culpa en el terapeuta. El señalarle aspectos positivos en

4. Operación de los ejes según OPD-2

su vida, por ejemplo, la alegría que experimentaba participando en un coro, tampoco lograba cambiar la visión fundamentalmente negativa de su vida. Después de treinta horas de psicoterapia (un año aproximadamente), la abandonó con una carta acusatoria al terapeuta por ser poco confiable, pues había suspendido algunas horas por enfermedad. Intentos posteriores de contactarse con la paciente por medio de cartas no consiguieron superar su enojo hacia la terapia.

4.3.6
Conflicto edípico

Tabla 4-10. Conflicto 6: Conflicto edípico.

Conflicto edípico
Descripción general
<p>La necesidad de obtener atención y reconocimiento como hombre o como mujer es—junto con el goce corporal y sensual y la excitación sexual— una motivación básica. A ella pertenecen tanto la vivencia genital sexual como la totalidad de las aspiraciones y sentimientos de mostrarse frente a otros, ser valorado, así como disfrutar y configurar el contacto con otros de modo erótico y tierno. Es necesario distinguir dicha motivación especialmente de las áreas motivacionales de vínculo, cuidado y autovaloración.</p> <p>La constelación edípica presupone la presencia real o fantaseada de tres personas, que se encuentran en un campo tensional de reconocimiento, rivalidad y erotismo. La constelación edípica se caracteriza por el deseo de ser reconocido por las personas primarias significativas, sobre la base de sus atributos personales y corporales. Se trata del reconocimiento como hombre o como mujer y no del reconocimiento del «valor» (autovaloración). Esta temática incluye también la identificación y la adopción de rol específicas al género, prescritas por los padres. Estos roles tienen su raíz en la constelación erótica con los otros significativos primarios y los desarrollos consecuentes a ello. El conflicto abordado aquí gira, por tanto, también en torno al reconocimiento del atractivo corporal-sexual, valor como hombre o como mujer y las expectativas e inhibiciones que se le oponen. Sin embargo, no se trata de un trastorno sexual primario, dado que la sexualidad puede hallarse en una variedad de otras motivaciones.</p> <p>En las interacciones se trata de (especialmente en relación con los aspectos de los roles de género) ser reconocido versus pasar desapercibido, poder rivalizar versus poder desistir, poder disfrutar versus poder renunciar al placer corporal. En situaciones de conflicto, aparecen emociones intensas, cambiantes y en parte exageradamente dramáticas, pero también superficiales, para asegurarse la atención y el reconocimiento. Estas personas no confían en sus fortalezas personales ni en sus competencias cognitivas para poder interesar e influenciar a otras personas, más bien sienten que deben hacerlo a través de mostrarse atractivos y deseables. Esta atención y cuidado pueden alcanzarse de múltiples formas, por ejemplo, a través de una actitud quejumbrosa.</p>

En este contexto pueden aparecer, como también en otros conflictos, sentimientos de culpa. Aquí la culpa tiene la tonalidad específica del conflicto y se genera por una lealtad simultánea a ambos compañeros relacionales, por ejemplo, a través de tendencias competitivas y de rivalidad. No se trata, pues, de un conflicto específico de culpa.

Modo pasivo	Modo activo
Criterios generales	
<p>Se trata de personas que, debido a su manera de ser y su corporalidad (especialmente como hombre/mujer), se sienten sexualmente poco admirados, reconocidos y atractivos. Por ello, se mantienen en un segundo plano, se sienten subordinados, desisten y reprimen su sexualidad en la percepción, comunicación y afecto. Dominan, por lo tanto, los rasgos de alguien inofensivo e infantil. La vivencia de sí mismo se caracteriza por la resignación o el «desconocimiento» acerca de temáticas sexuales o de rivalidad/reconocimiento. Sin embargo, el interés en esta temática se expresa solapadamente, en una cierta coquetería, en actos fallidos y en la contratransferencia. La evitación pasiva puede llevar también a una falta de atractivo total y a una intención de ser «asexuado».</p> <p>Un afecto guía evidente, en el sentido más propio del término, no se presenta. Más bien, llama la atención la falta de afectos adecuados a situaciones específicas de conflicto. Paciente y evaluador viven cian la timidez, y el temor y la vergüenza de vivir las posibilidades sexuales específicas de género, lo que puede llegar hasta ansiedades de castración. En la contratransferencia surgen sentimientos que van de la «neutralidad sexual», hasta el desinterés.</p>	<p>Se trata de personas que, a través de su presentación corporal y su conducta inadecuadamente erotizada y provocativa, buscan (especialmente como hombre/mujer) estar siempre en el centro de la atención. Estas personas se ven impulsadas a ponerse en el primer plano, ser la «estrella», brillar y seducir. A diferencia del conflicto de autovaloración, los temas escenificados pueden cambiar rápida y frecuentemente. Sin embargo, el público será siempre necesario. En esta sexualidad forzada, puede existir una inhibición en la relación y satisfacción sexuales. No es infrecuente que el observador se sienta avergonzado por esta conducta provocativa.</p> <p>Los afectos guía son emociones, en parte dramáticas, fuertemente cambiantes. La erotización y rivalidad pueden llegar a la falta de vergüenza. En la contratransferencia, se fluctúa entre la atracción y fascinación, y una desilusión molesta.</p>
Áreas de la vida	
Familia de origen	
<p>La relación con una persona significativa primaria es frecuentemente idealizada en forma «infantil» y deserotizada, mientras simultáneamente el tercero significativo real o fantaseado es excluido. La historia familiar es descrita de modo gris y desvitalizado, los conflictos familiares y rivalidades entre hermanos son reprimidos. Existe un conservatismo temeroso.</p>	<p>Se presentan a menudo relaciones familiares muy cargadas emocionalmente, a menudo con una especial atención y reconocimiento del padre de sexo contrario. El/la paciente conservan el papel de «preferido» de uno de los padres hasta la vida adulta o sigue luchando constantemente por conseguir o conservar ese papel. En la relación fraternal existen fuertes rivalidades.</p>

4. Operación de los ejes según OPD-2

En ambos modos, los pacientes están fuertemente influenciados y unidos a la familia de origen, tanto en el «clima interpersonal», como en su mundo interno.	
Pareja/familia	
Las relaciones de pareja en general son estables, y en ellas se trata frecuentemente de obtener protección y cobijo, excluyendo las áreas de rivalidad, reconocimiento y erotismo (en casos extremos, puede llegarse a «matrimonios blancos»). A menudo, se eligen parejas que suelen parecerse a la persona significativa primaria que se privilegia. Se generan crisis debido al cambio de roles que demanda el paso de los años.	También en las relaciones existe una constante dramatización para obtener atención y reconocimiento. La conducta teatral emocional o contradictoria (seducir-bloquear, relaciones triangulares), genera mucho sufrimiento en todos los participantes. Dado que la elección de pareja está orientada habitualmente al objeto primario, la pareja es vivenciada frecuentemente como poco accesible. Se generan desarrollos críticos cuando el paso de los años impone un cambio de roles, que es prácticamente incompatible con el modo activo de elaboración de este conflicto (por ejemplo, «Lolita» llega a ser madre y lo mismo ocurre con «don Juan»).
Bienes materiales	
Visto superficialmente, se evita usar los bienes materiales al servicio del propio atractivo y la rivalidad. Pese a ello, aquéllos pueden servir como una compensación silenciosa e inconsciente.	Los bienes materiales y el dinero son utilizados para colocarse en el centro de la atención, rivalizar y ganar reconocimiento. Por tanto, tiene que tratarse de una casa, un coche, etcétera, especialmente llamativos, de modo que los objetos puedan ser intercambiables según la situación, sin percibirse un vínculo interno con ellos.
Trabajo	
También en la vida laboral predominan las relaciones discretas y en gran medida de buena calidad, en las que no se realzan las competencias propias ni interpersonales, con el fin de evitar rivalidades. Como correlato, se tiende a asumir posiciones subordinadas.	Se aspira al reconocimiento y a la atención laboral, más bien a través de puestas en escena, frecuentemente, de conductas eróticas, antes que por medio de un rendimiento laboral constante. La abierta competencia sólo agrega estrés a una situación laboral ya sobreexigida. A menudo, esto se traduce en constelaciones laborales cambiantes y en posiciones que se encuentran más bien debajo de las reales capacidades del afectado.
Contexto social	
En los grupos sociales, se privilegian las relaciones estables y discretas, que excluyen o evitan el tema de la rivalidad sexual (relación armónica, como de hermanos). Pudiera ser que estos pacientes, sin	Los grupos sociales, clubes y amigos, están puestos al servicio de la dramatización mencionada y cambiados rápidamente según las circunstancias. Suelen considerar las relaciones sociales más

ser directamente rechazados, no dejen un recuerdo perdurable en los demás.	personales de lo que realmente son. Se pueden producir constelaciones triangulares destructivas en las cuales domina la motivación y el gozo por destruir las relaciones de pareja de otros.
Cuerpo/Sexualidad	
Se le presta poca atención a la corporalidad y a la apariencia física, sin descuidar el aseo personal. Incluso se intenta ocultar, esconder o disimular posibles atractivos, la sexualidad y la rivalidad, con el fin de evitar la emergencia de estas áreas temáticas. Esta problemática puede persistir hasta edad avanzada, cuando ya pareciera justificada con el argumento de la «edad» («¡A mi edad eso ya no se necesita!»). En casos extremos, existe desinterés sexual.	El cuerpo y sus partes se usan para ganar atención y competir, por lo que se les presta gran atención, se lo «arregla» sensual e incluso provocativamente para ser «exhibido». Las limitaciones físicas o pérdida del atractivo corporal (por ejemplo, en la vejez) representan, en este sentido, una gran amenaza. En algunas circunstancias incluso se las trata de disimular al extremo de lo caricaturesco («mantenerse joven a cualquier precio»). Existe un marcado interés por la sexualidad (chistes y obscenidades llegando al donjuanismo/ninfomanía).
Enfermedad	
Las molestias y sufrimientos ofrecen una posibilidad inconsciente de lograr la atención y el reconocimiento deseados. Durante la enfermedad, estas personas dan la sensación de ser débiles y pseudo regresivas. Muchas veces buscan procedimientos terapéuticos que sirven como discreto reemplazo del reconocimiento, así como de la satisfacción sexual.	Las enfermedades pueden ser utilizadas para obtener atención y cuidado, mediante dramatizaciones que cautivan a todos los involucrados. Pero, simultáneamente, ningún profesional es capaz de responder realmente a estas necesidades, por lo que siempre se buscan nuevos expertos. El papel de enfermo proporciona un medio para múltiples identificaciones. A menudo, la enfermedad conduce en la relación médico-paciente a erotizaciones y rivalidades.

Conflicto edípico: modo activo

Viñeta clínica: La paciente de emergencia

La señora B., de 30 años, fue admitida en el servicio de urgencias debido a una tetania por hiperventilación. Desde hace dos años, las crisis por hiperventilación eran cada vez más frecuentes, a veces diarias. Presentó su primera crisis cuando una amiga le contó por teléfono que acababa de ser madre.

4. Operación de los ejes según OPD-2

En la entrevista, la señora B. charlaba muy animadamente. Era una mujer atractiva y comenzó a hacer reiteradas dramatizaciones frente a su médico. En momentos, reía inopinadamente o caía bajo una intensa pesadumbre, llorando sin causa aparente. Llegó a emergencias como un caso urgente, por lo que provocó gran revuelo en el servicio a raíz de su llamada. Por una parte, el entrevistador tenía el sentimiento de sentirse gratamente atraído por ella y, a la vez, irritado por la inadecuación de su dramatización.

Su historia de vida era una enumeración de «experiencias salvajes» y «planes locos». Provenía de una familia humilde y era la segunda de seis hermanos, además de ser la única mujer. Esta la hizo «especial» y, por ello, la favorita del padre. Sin embargo, éste tenía un papel periférico dentro de la familia: crónicamente enfermo desde el nacimiento de la paciente, por lo que se había jubilado anticipadamente. Su madre era dueña de casa y también estaba siempre enferma. La familia era bastante unida, a pesar de la rivalidad de los hermanos por conseguir cuidado y atención. A los 19 años se mudó a la casa de su pareja, un embarazo, un aborto y una «vida loca» de fiestas le siguieron, con un progresivo consumo de alcohol. Después de esta relación contrae su primer matrimonio que habría sido producto de un «plan desquiciado», ya que se había casado para «liberar» a su futuro marido de la cárcel. Hasta hoy, no comprende las causas de su casamiento. Se separó al cabo de un año, sin haber intimado nunca con él. Después de conocer al que sería su segundo marido, se separó y dejó totalmente el alcohol. Habría conocido a su actual marido por propia iniciativa. Durmieron juntos durante mucho tiempo sin que se generara contacto íntimo, él era muy formal y tímido. Desde que se casaron, ella desea tener hijos, pero no ha podido quedar embarazada. En lo profesional ha realizado diversas actividades, a veces considerablemente por debajo de sus capacidades. A pesar de tener muchos amigos, con ninguno de ellos comparte sus preocupaciones. Sólo lo hace con su marido. Se percibe físicamente atractiva, sin embargo, la atención de los hombres es para ella a veces molesta.

Conflicto edípico: modo pasivo

Viñeta clínica: La estudiante

La estudiante de leyes, de 26 años, se presentó en la consulta señalando que padecía síntomas depresivos. Era una joven bastante pálida y de aspecto infantil, predominantemente vestida en tonos oscuros y que hablaba muy despacio. Daba una impresión desvitalizada y poco atractiva. No se percibía un manifiesto estado depresivo, más bien excesiva timidez, inhibición y vergüenza. Durante la entrevista, se mostró extraordinariamente pasiva, hablaba en forma vacilante sobre su motivo de consulta, de manera que siempre era necesario volver a preguntarle.

La sintomatología comenzó subterciamente hace más o menos dos años. Un compañero de su grupo de seminario comenzó a mostrarse cada vez más interesado en ella. Para evitar esta tentación erótica, trató de esconderse más y ocultar sus atributos femeninos, mediante ropa poco llamativa. Su intento de mantener con él una «buena amistad» hizo que éste finalmente se decidiera por otra estudiante. Esta experiencia confirmaba su sentimiento de inferioridad y de ser poco atractiva. Fue entonces cuando se acentuó su sintomatología depresiva, aunque la paciente no puede establecer una conexión entre ambos hechos.

Desde ese momento intensificó las ya intensas relaciones familiares, hablando todos los días por teléfono con sus padres y visitándolos todos los fines de semana. Ambos padres eran descritos como cariñosos, aunque poco vivaces y opacos. Su relación con el padre sería «afectuosas, como camaradas». Él parecía ser su mejor amigo más que su padre. Aparentemente, la madre desempeñaba un papel más bien secundario en el equilibrio familiar. No parecían existir conflictos. Todo el clima familiar es descrito como conservador y protegido. Desde su infancia y adolescencia, le gustaba estar con sus amigas y amigos, aunque prefería pasar «desapercibida». Desde la pubertad, ha preferido la amistad con amigas, manteniendo igualmente una posición más o menos periférica. Participó en las actividades propias de su nivel de desarrollo, como, por ejemplo, cursos de baile, debido a que era «lo que correspondía». Muchas veces, sin embargo, tenía el sentimiento de que ello era «muy precoz» y de que no era adecuado. En el período que siguió y hasta la situación

4. Operación de los ejes según OPD-2

desencadenante, ningún hombre había mostrado interés erótico por ella. Esto no la molestaba conscientemente, deseaba no obstante obtener protección y cobijo de su pareja antes que ser deseada sexualmente.

4.3.7
**Conflicto de identidad (del sí mismo, self) –
(disonancia de identidad)**

Tabla 4-11. Conflicto 7: Conflicto de identidad (del sí mismo, self) (disonancia de identidad).

Conflicto de identidad
<p>Descripción general</p> <p>Entendemos por «sí mismo» (self) la totalidad de las imágenes internas de una persona sobre sí misma. Este sistema de identidad del «sí mismo» debe ser cualitativamente diferenciado en dos áreas: el área de la regulación de la autoestima (narcisismo) y el área de la identidad del self. En ambas áreas existen estados libres de tensiones que se acompañan de bienestar y sentimientos de seguridad (Sandler y Joffe, 1970). Una formación de identidad exitosa, con suficiente continuidad y cohesión, asegura los sentimientos previamente mencionados. Los conflictos surgen cuando existen representaciones contradictorias del self, conectadas con sentimientos de inseguridad y desánimo. La disonancia conflictiva del sí mismo debe ser estrictamente diferenciadas de la difusión de identidad. Esta difusión es descrita y presentada en el eje «Estructura» del OPD como problema estructural. Si se presentan conflictos de disonancia en sentido estricto, éstos hacen referencia a la propia identidad. Estos conflictos no son exclusivamente inconscientes, frecuentemente son conscientes o pre-conscientes. Se trata, pues, de personas que no lograron construir un sentimiento de identidad propio, con el correspondiente sentimiento de bienestar. Sin embargo, no se trata aquí de los conflictos internos y externos que se presentan en todas las personas, por ejemplo, en el marco de una migración (como un musulmán en una sociedad occidental) y que se basan principalmente en contradicciones reales dentro del sistema social.</p> <p>Los pacientes con trastornos estructurales del yo y del self (por ejemplo, trastornos limítrofes, borderline) son representados en el eje «Estructura», en tanto que los conflictos en el área de la identidad corresponden a personas con representaciones del sí mismo y del objeto establecidas, con suficientes funciones yoicas intactas, en los cuales, sin embargo, la imagen de sí mismos lleva a conflictos.</p> <p>La formación de la identidad es un proceso que dura toda la vida. Ésta encuentra, en cada etapa del desarrollo, su reflejo en un sentimiento subjetivo de identidad y continuidad. La identidad está siempre vinculada a las relaciones con diferentes objetos, esto quiere decir que existen múltiples y diversas identidades que —en casos libres de conflicto— aparecen como una identidad del sí mismo coherente y continua (por ejemplo, identidad sexual, identidad como padre, identidad religiosa, identidad social, identidad familiar, identidad nacional y étnica, etcétera).</p> <p>Dado que las personas, en el transcurso de su desarrollo, a menudo son socializadas en diferentes identidades, se generan por ello representaciones del sí mismo conscientes, como también inconscientes, a</p>

menudo mucho más marcadas (Schüssler, 1995). Se pueden presentar especialmente trastornos en la siguientes áreas parciales de identidad: identidad corporal, sexual, familiar, étnica, religiosa, social, política, emocional y laboral. Se pueden generar, por ejemplo, conflictos entre la identidad como padre de un niño y la de hijo de su padre o la procedencia de una familia extranjera y el deseo de ser integrado (pertenencia nacional), o el deseo de ser exitosa (de manera masculina) y mantenerse femenina, o el ascenso social asumiendo una nueva identidad en oposición a la lealtad respecto de la procedencia social. Otros conflictos de identidad abarcan conflictos entre distintas imágenes corporales: cuerpo de deportista versus cuerpo femenino, cuerpo discapacitado versus integridad corporal, eterno joven versus envejecer, pero también estados posoperatorios, como, por ejemplo, después de una mastectomía.

El conflicto de identidad puede diagnosticarse cuando la mayor parte de la fenomenología psicodinámica se manifiesta en esta área más que en los conflictos previamente mencionados (culpa, sumisión, etcétera).

Modo pasivo	Modo activo
Criterios generales	
En el modo pasivo de elaboración se presenta un sentimiento crónico o persistente de carencia de identidad («¿Quién soy yo en definitiva?, ¿cuáles son mis raíces?») Como estrategias de elaboración, observamos básicamente la minimización y la racionalización, hasta la negación de disonancias de identidad, lo que en casos extremos se muestra como sentimiento de una total carencia de identidad. Hay que distinguir, sin embargo, a las personas que conscientemente ocultan su identidad (como los espías). Un proceso constante es el evitar confrontar situaciones (vitales) que podrían evidenciar las propias inseguridades de identidad.	En el modo activo de elaboración, se observa una tendencia general a disimular activamente la inseguridad ya descrita. Un elemento constante en esta elaboración es un manejo compensatorio y la evitación de las propias disonancias de identidad (por ejemplo, la construcción de una novela familiar, orígenes familiares más bien fantaseados e identidades prestadas). El sentimiento básico predominante es el temor y la angustia a que el propio sistema de identidad sea amenazado por las contradicciones.
Áreas de la vida	
Familia de origen	
La identidad del origen familiar parece difusa o evidentemente quebrada. Había pocos roles suficientemente atractivos que posibilitasen una identificación aceptable. En la familia se habla de identidades poco claras o contradictorias, por ejemplo, el padre pudo haber sido al mismo tiempo (o sucesivamente) hombre de negocios exitoso, un timador encubierto, un banquero quebrado y un humillado receptor de ayuda social.	Se disimulan activamente las contradicciones de identidad en el área familiar mediante construcciones (biográficas) que llaman la atención por la intensidad con que son representadas. La historia de la familia de origen evidencia idealizaciones y ficciones. El descenso económico estaría condicionado por una conspiración de enemigos o una especial nobleza del padre («demasiado bueno para este mundo»). En una familia de origen percibida como insignificante o incluso denigrada, domina el deseo inconsciente de diferenciarse y comenzar de nuevo (fundador de dinastías: «todo lo he logrado por mí mismo»).

4. Operación de los ejes según OPD-2

Pareja/familia	
Se evitan las parejas que por sus características claras y admiradas pueden proporcionarle identidad y apoyo. Esta constante discrepancia es difícil de tolerar y recuerda inevitablemente la propia inseguridad respecto de la identidad. Si pese a ello el paciente establece una pareja estable que posea estas características, no es infrecuente que ponga incondicionalmente su propia identidad al servicio de esta familia.	Se buscan parejas, relaciones y familias que, por sus características, puedan darle al paciente identidad y apoyo. Se pueden generar soluciones estables, por ejemplo, que el nuevo miembro se convierta en el historiador familiar. Sin embargo, también se pueden provocar adaptaciones fallidas, cuando se asume la identidad familiar en forma forzada o exagerada (por ejemplo, la etiqueta del «nuevo rico»).
Trabajo	
Los pacientes presentan contradicciones en cuanto a sus éxitos académicos y laborales. Falta una consistencia interna y seguridad en el rol, para triunfar. Pueden dar la impresión de inautenticidad o inestabilidad en el rol («se disfrazó de médico»). A veces, hacen intentos en distintos roles y posiciones.	Desarrolla una exagerada identidad de rol laboral, que sirve como sostén de la identidad (por ejemplo, en el rol de médico «siempre dispuesto y trabajando»). Por ello, su conducta laboral se muestra problemática y rígida, debido a que se exageran características y valores propios, sobrevalorándolos (fanáticos y farsantes). La objetividad y orientación al trabajo, necesarios en el mundo laboral, quedan en segundo plano respecto a la relación hacia sí mismo y la propia identidad.
Bienes materiales	
Los bienes y el dinero pueden servir para reemplazar el sentimiento de inseguridad descrito (tener en vez de ser). A veces, no saben qué hacer con el dinero que ganan («no tiene que ver conmigo»).	Las condiciones económicas son utilizadas, esencialmente, para crear y estabilizar la propia identidad («yo soy el connoisseur sensible, al que le pertenece esta colección. Yo soy el vanguardista, capaz de hacerse construir esta casa»). En esta área, hay que diferenciarlo del conflicto de autovaloración (narcisista).
Contexto social	
Por sus intentos de adaptación, se muestran camaleónicos en su medio social. Sin embargo, parecen poco interesantes («adaptados»). Carecen del perfil social personal, que a veces puede causar conflictos, pero que es necesario para el reconocimiento de los otros. Éste es probablemente el motivo por el cual, finalmente, no son respetados. Por otro lado, podría ser también la causa por la que evitan contactos sociales que los podrían exponer.	Buscan y cuidan la pertenencia a grupos, pues éstos pueden cumplir la función de crearles una identidad («los artistas»). Pueden llamar la atención por las exageraciones en que incurrir al asumir estos roles, lo que puede ser hasta caricaturesco («se reconoce al intelectual porque usa anteojos»).

Cuerpo/sexualidad	
La falta de vitalidad y desorientación respecto de la propia identidad llevan a un manejo indiferente con el propio cuerpo. No se puede describir un modelo típico. Si el padre fracasado y rechazado tiene un abdomen grande, entonces el marcado interés por cuidar la alimentación y mantenerse delgado sirve inconscientemente para diferenciarse. Casualidades biográficas o propias de la vida pueden tener un gran efecto en estas personas. La relación con la vestimenta es similar, recatada y sin un estilo propio. También se dan grandes cambios externos, que apuntan a una identidad determinada pasivamente («hay que seguir la moda»).	Es necesario evaluar si el estilo forzado en el manejo del propio cuerpo cumple una función en cuanto a la creación de una identidad. Si se le atribuye masculinidad a un cuerpo entrenado («abdomen de tabla»), una barba a medio crecer y la cabeza rapada, se puede entender como un intento de estabilización de su masculinidad mediante ello. La vestimenta siempre ha fortalecido la identidad y ha apoyado al inseguro («la ropa hace a las personas»). Un «descuido forzado» o un peinado punk, estilizan la identidad de la misma manera que los uniformes, los trajes y la ropa de marca. Es característica una limitación en las posibilidades de elección y las fijaciones.
Enfermedades	
Por su pasividad, en las enfermedades graves, no logran encontrar y aceptar un rol adecuado de enfermo. Evitan enfrentar esta situación y en general están desorientados, con una actitud sumisa y pasiva.	Estos pacientes tienden a aceptar y manejar activamente su rol de enfermos (Molière: El enfermo imaginario). Si previamente no eran nada, ahora son enfermos. Definen la totalidad de su imagen por el hecho de ser un enfermo. En el otro extremo se encuentra la negación forzada del rol de enfermo, por su incompatibilidad con la idea que se tiene de la propia identidad («yo no soy el tipo de persona que se enferma de eso», «a mí no me pueden meter en la cama»). Ambos extremos (intensificación y negación) refuerzan la cronificación y consecuencias de la enfermedad.

Conflicto de identidad: modo pasivo y activo combinado

Viñeta clínica: La extranjera suiza

La paciente, de 36 años, inició la entrevista exponiendo aparentes dificultades de pareja: su marido le dice que ella parece no saber bien qué quiere. Ella ha estudiado y trabajado desde hace años en una posición directiva; sin embargo, quería estudiar psicología y comenzar nuevamente desde abajo. Eso sucedía en varios aspectos de su vida. Él le decía que ella buscaba algo, sin saber bien qué y lo que tenía nunca la satisfacía. Estos reproches los llevaban siempre a discusiones de pareja.

4. Operación de los ejes según OPD-2

La paciente es suiza y creció en Zúrich. En la primera entrevista, al entrevistador le llamó poderosamente la atención que su lenguaje, ni siquiera en la pronunciación, delataba su procedencia, pues hablaba en perfecto alemán culto.⁴ Más impresionante fue cuando se enteró de que ella provenía de una antigua familia suiza y de que vivía en Alemania desde que se casó con un alemán, hacía apenas seis años. Al mencionárselo, sonrió amablemente y dijo que eso correspondería a su sobreadaptación. En todo sería así, y muchos admiraban esta capacidad, aunque ella la veía con cierto escepticismo. Relató que una vez de visita en Suiza, fue a comprar a un negocio, hablándole a la vendedora en su idioma natal. Para su sorpresa, ésta le había respondido en alemán culto, como a una extranjera que se esforzase en hablar el alemán suizo.

La paciente podía referir varios ejemplos como éste: en la empresa donde trabajaba, todos asumían que ella era abogado, aunque había estudiado ingeniería comercial. El abogado era su padre, del que (como hija preferida) quiso diferenciarse, no siguiendo su carrera: «parece que no lo logré mucho», comenta al pasar. Los conocimientos jurídicos le surgían naturalmente, el pensamiento lógico-jurídico, así como un gran interés por los temas legales. Esto la llevaba fácilmente a «situaciones insólitas»: su jefe le pedía la opinión respecto del trabajo de abogados especializados en el tema. Probablemente, el abogado a cargo la odiaba por ello, aunque de seguro era lo suficientemente inteligente como para entender que también aquí era la «hija preferida», y le comentaba en el casino, como al pasar, los casos pendientes. Era casi obvio que su marido también era abogado. La paciente, inteligente y reflexiva, entendía que su deseo por estudiar psicología era un deseo doble: por un lado, sería otro intento por diferenciarse y no ser más confundida con otra cosa y, por otra parte, sería un intento por aclarar las cosas, la esperanza de saber más sobre sí misma a través del estudio. «Así como he manejado las cosas hasta ahora, debería llegar a ser una excelente psicóloga», ironiza levemente.

4. *Hochdeutsch* es el idioma alemán oficial, a diferencia de los diversos dialectos regionales. El alemán de los cantones suizos también es considerado una forma dialectal, como el alemán suizo de Zúrich (*Züridütsch*). (N. de los T.)

La paciente se presentó a la entrevista diagnóstica vestida en un estilo de alta ejecutiva. Éste era ciertamente femenino y de buen gusto. Era difícil de creer su comentario acerca de que fuera del trabajo iba vestida «casi» como un hombre («ellos sí que van más cómodos»). En la contratransferencia daba la impresión de que la paciente probablemente coqueteaba, lo que, sin embargo, probablemente no era cierto.

Tenía tres hermanos mayores («ahí había que adaptarse para sobrevivir», éste era uno de los pocos comentarios que daban cuenta de conflictos). El padre era un exitoso abogado comercial, la madre era dueña de casa. La descripción de la infancia se mantuvo borrosa («teníamos todo lo que necesitábamos»). Los tres hermanos estudiaron leyes, se desempeñaban, sin embargo, en actividades muy variadas. Debido a que no toleraba ver sangre, descartó estudiar medicina, lo que sí hubiese tolerado por el padre. Su solución de compromiso fue estudiar ingeniería comercial, disciplina que ella no valoraba tanto. El padre era evidentemente quien formaba la identidad de la familia con su lenguaje. Era un suizo nacionalista y eligió un partido xenófobo. Los hijos no podían escabullirse de su «donación de identidad», sin embargo, lograron soluciones individuales, al parecer suficientemente satisfactorias. La paciente oscilaba entre la adaptación (+) y la resistencia (-). El marido es alemán (-) y abogado (+). La ingeniería comercial no es muy valorable (-), pero no representa la rebeldía (+). Se la considera una abogado (+), pero ella no puede presentarse como tal (-). Es suiza de nacimiento (+) pero se adapta tanto a los extranjeros que ya no se la puede reconocer como suiza (-). Pertenece al género equivocado (-), sin embargo, no quiere tener hijos, lo que parcialmente atenuaría el daño (+); pero, por otra parte, por ello no puede proporcionarle un nieto a la familia (-), algo que sus hermanos ya hicieron. Sin embargo, el padre está satisfecho (+), sólo la madre cuyo rol es totalmente secundario, parece estar afectada por ello. A sus 36 años, la paciente se encuentra en el umbral de un nuevo intento por encontrar su identidad y esta vez su concepto es más bien revolucionario (-). Por ello, alterna esta idea con la de estudiar leyes, pese a todo, lo que estima no le resultaría difícil (++). «¡Entonces sólo me faltaría reaprender nuevamente la pronunciación del alemán suizo!»

4. Operación de los ejes según OPD-2

En la contratransferencia, domina en general un sentimiento de desorientación y de confusión (algo borroso). La dinámica relatada aquí tan claramente se hizo evidente sólo en el curso de varias entrevistas diagnósticas, pues fue presentada de modo difuminado y poco claro y, por el alto nivel de perturbación subjetiva, podría haberse pasado fácilmente por alto.

Junto con los indicadores de un conflicto de «ser cuidado versus autarquía», un conflicto de autovaloración y un conflicto edípico-sexual, fenomenológicamente se encuentra en primer plano el conflicto de identidad. Ningún otro patrón de conflicto alcanza este grado de manifestación. En un nivel superficial, sobresale el área laboral y, en menor intensidad, el tema de la nacionalidad. Menos evidente, y más bien hipotéticamente, se encontraría un conflicto de la identidad sexual: está en la piel equivocada sin importar la profesión que escoja.

4.4

Eje IV: Estructura

4.4.1

Introducción

La estructura se refiere al *self* y su relación con los objetos, más precisamente a la disponibilidad de funciones psíquicas en la regulación del *self* y su relación con los objetos internos y externos. El grado de disponibilidad o de limitación es descrito en función del nivel de integración estructural de cada función.

Ambos, estructura y conflicto, describen aspectos diferentes del sistema psíquico. El conflicto como patrón repetitivo describe aspectos psicodinámicos del contenido de los acontecimientos y, por consiguiente, también las condiciones para desencadenar los síntomas. La estructura se refiere a la vulnerabilidad de la personalidad, la predisposición a la enfermedad y la capacidad para elaborar los conflictos internos y las experiencias estresantes externas.

Los mismos temas de conflicto expresan, en diferentes niveles de la estructura, diferentes configuraciones (por ejemplo, diferente cualidad de los afectos, diferentes imágenes de los objetos, características e intensidad de las necesidades, variados niveles de maduración de la defensa, etcétera). Algunos estudios permiten reconocer una preferencia de ciertos conflictos por determinado nivel de estructura (por ejemplo, conflicto de individuación-dependencia y conflicto de autovaloración en un nivel bajo de estructura, conflicto sexual- edípico en un mejor nivel de estructura). Cuanto menor es el nivel de estructura, más difícil se hace poder identificar patrones estables de conflictos.

¿Según qué observaciones y dentro de qué rango de tiempo de observación se desarrolla la estimación de estructura?

El «material clínico», que se evalúa desde un punto de vista estructural, contiene:

- Las interacciones y experiencias de vida relatadas por el paciente,
- las capacidades estructurales mostradas en la relación diagnóstica,
- la contratransferencia vivida por el terapeuta,
- las evaluaciones sobre la propia persona y su manera de actuar, desarrolladas introspectivamente por el paciente en forma espontánea o a través de preguntas.

La estimación de la estructura no se orienta necesariamente por el trastorno actual, sino por las posibilidades estructurales que se encuentran a la base, y la manera en que se han manifestado en el comportamiento interaccional de los últimos uno a dos años. Los trastornos actuales, sobre todo los estados regresivos y las crisis, no determinan por sí mismos el nivel estructural, sino que corresponden a indicadores de una predisposición estructural.

Cuando se evalúa el nivel estructural es necesario probar cuál de las operacionalizaciones presentadas en el manual corresponde de manera más exacta al paciente, por lo que, probablemente, se observen distintos niveles de integración en las diferentes dimensiones de diagnóstico. La evaluación final del nivel estructural integra la estimación estructural de las dimensiones particulares desde puntos de vista clínicos.

4.4.2

Operacionalización

Características generales de los niveles de integración

Nivel alto de integración

La estructura psíquica bien integrada ofrece un espacio interno, en el cual se pueden percibir las vivencias psíquicas de manera diferenciada (cogniciones, afectos, fantasías, recuerdos, decisiones, etcétera). Igualmente, se pueden elaborar los conflictos de manera intrapsíquica; conflictos, por ejemplo entre diferentes necesidades, así como entre diversos impulsos, por un lado, y normas internalizadas e ideales (en el marco de un superyó maduro), por el otro.

El nivel estructural bien integrado se caracteriza por presentar funciones reguladoras que, por principio, se encuentran disponibles para el paciente y que, por períodos largos de la vida, también pueden ser evocadas o recuperadas en situaciones de estrés interno y externo.

La angustia central corresponde a la pérdida del amor del objeto.

La contratransferencia de estos pacientes se caracteriza por la percepción de impulsos emocionales, que hacen revivir experiencias biográficas relevantes con personas de la propia historia.

Nivel medio de integración

El nivel de integración medio se caracteriza por el mantenimiento de la disponibilidad de las capacidades y funciones ya descritas, pero de manera reducida. En este nivel también dominan los conflictos intrapsíquicos, los cuales, sin embargo, se configuran y manejan de otra manera que en el nivel bien integrado: por el lado de los deseos se encuentran impulsos inconscientes de avidez, poder y de sometimiento; del lado contrario, evidentemente sobre-regulado, se encuentran normas estrictas, rígidas y castigadoras («superyó inmaduro»), así como ideales exagerados.

La angustia central corresponde a la pérdida del objeto o a la separación del objeto significativo, así como a la angustia frente a los fuertes impulsos propios.

En la contratransferencia, esto corresponde a una vivencia puntual difícil de soportar, la cual, sin embargo, puede ser reintegrada a las expe-

riencias significativas de relaciones del paciente mediante una consecuente autorreflexión terapéutica.

Nivel bajo de integración

Al contrario de los niveles estructurales antes descritos, en este nivel la disponibilidad sobre las funciones reguladoras está notoriamente reducida, ya sea en forma permanente (en el sentido de déficit de desarrollo) o, en forma repetitiva, en situaciones de estrés (vulnerabilidad estructural). El espacio interior emocional está poco desarrollado, a diferencia del nivel anterior. El *self* es muy necesitado, muy frágil y muy impulsivo, las imágenes de los objetos son amenazantes, perseguidoras o nostálgicamente idealizadas. La estructura normativa (en el sentido del superyó) se encuentra disociada. Los deseos inconscientes no se «ligan» intrapsíquicamente, sino que se enfocan directamente hacia afuera. De esta manera se desarrollan menos los conflictos intrapsíquicos, y más los interpersonales (pareja, trabajo y entorno social).

La angustia central corresponde a la destrucción del *self* por el objeto malo o por la pérdida del objeto bueno.

La contratransferencia está marcada por la violencia, por lo abrupto de la vivencia y por el hecho de que las reacciones emocionales siguen teniendo un efecto en el terapeuta más allá de la presencia real del paciente, una vez que éste se ha ido. Estos pacientes no evocan en su interlocutor conflictos biográficos relevantes, sino que movilizan, mediante identificaciones proyectivas, vivencias psíquicas que no son conscientes para el otro.

Nivel Desintegrado

Desintegrado no es sinónimo de desorganizado. La falta de coherencia en el *self* y la emocionalidad desbordante son cubiertos, en el sentido de una restitución, por formas de organización postpsicóticas, postraumáticas, perversas, etcétera. Las imágenes del *self* y del objeto se tienden a mostrar confundidas, una percepción empática del objeto es prácticamente imposible, no se siente responsabilidad por las propias acciones impulsivas (las cosas simplemente ocurren).

En el marco de descompensaciones psicóticas pasajeras, puede llegarse a elaboraciones proyectivas, delirio.

4. Operación de los ejes según OPD-2

El concepto «desintegrado» se refiere a la permanente limitación de las funciones estructurales, no a estados excepcionales, ni tampoco a cuadros psicóticos específicos ni a sus residuos.

La angustia central corresponde a objetos ominosos, además de la angustia de la pérdida del yo y de la disolución del *self*.

La contratransferencia está impregnada por la vivencia de lo inexplicable, lo desconocido y lo ominoso, amenazante.

Recuadro 4-12: Criterios para la estimación del nivel de estructura.

① Nivel alto de integración	<i>Self</i> relativamente autónomo; espacio intrapsíquico estructurado, en el cual se pueden desarrollar conflictos intrapsíquicos; capacidad de autorreflexión y percepción realista del otro; capacidad de automanejo; capacidad de empatía; suficientes objetos internos buenos. Angustia central: tendencia a perder el objeto.
1,5	Nivel de integración alto a medio .
② Nivel medio de integración	Los conflictos intrapsíquicos son más destructivos; existen tendencias autodes- tructivas y autodevaluativas; dificultad para formar una identidad y autoimagen; sobre-regulación y regulación limitada de la autovaloración; imágenes objetales reducidas a pocos patrones; baja capacidad de empatía; priman las relaciones diádicas. Angustia central: perder el objeto significativo.
2,5	Nivel de integración medio a bajo .
③ Nivel bajo de integración	Espacio intrapsíquico poco desarrollado y diferenciación baja de subestructuras psíquicas; los conflictos son interpersonales en vez de intrapsíquicos; existe falta de autorreflexión, difusión de identidad, intolerancia de los afectos negativos; actuaciones (<i>actings</i>) impulsivos y gran tendencia a sentirse ofendido. Defensas: disociación, idealización, desvalorización; falta de empatía y capacidad de comunicación limitada; los objetos internos son preponderantes, perseguidores y castigadores. Angustia central: destrucción del <i>self</i> por la pérdida del objeto bueno o por el objeto malo.
3,5	Nivel de integración bajo a desintegrado
④ Nivel Desintegrado	La falta de coherencia del <i>self</i> y la emocionalidad desbordante son ocultados por formas de organización post-psicóticas, postraumáticas y perversas; las imágenes del <i>self</i> y del objeto aparecen confundidas. La percepción del objeto en forma empática es prácticamente imposible. No se percibe la responsabilidad de los propios actos impulsivos (las cosas, simplemente, pasan). Angustia central: fusión simbiótica de los representantes del <i>self</i> y del objeto con la consecuencia de la pérdida del <i>self</i> .

4.4.3.
Las dimensiones de la evaluación estructural

a) Capacidades cognitivas: percepción de sí mismo y percepción del objeto

Referido al *self*: la dimensión cognitiva describe la capacidad de percibir de manera diferenciada una imagen del propio *self* y de los sucesos intrapsíquicos, especialmente de los afectos. Esto se refiere, también, a la capacidad de mantener constante, a través del tiempo, la autoimagen en cuanto a aspectos psicosexuales y sociales (identidad).

Referido a los objetos: con relación a los objetos, se trata de la capacidad de desarrollar una imagen realista del interlocutor, en especial, consiste en poder percibir al otro como poseedor de características individuales. El requisito central para una percepción realista del objeto radica en poder distinguir entre lo propio y lo de otros (diferenciación *self*-objeto). Esta diferenciación no sólo es importante para una percepción realista del objeto, sino para una percepción realista de sí mismo.

Recuadro 4-13: Percepción de sí mismo y percepción del objeto.

Percepción de sí mismo y percepción del objeto	
Percibir el <i>self</i>	Percibir el objeto
1.1 Reflexionar sobre la autoimagen y establecer diferenciaciones.	1.4 Diferenciación self-objeto: diferenciar pensamientos, necesidades e impulsos propios de los de otros.
1.2 Diferenciar los propios afectos.	1.5 Percibir a los otros en sus diferentes aspectos, es decir, completamente.
1.3 Tener una imagen de la propia identidad y desarrollarla.	1.6 Ser capaz de tener una imagen realista de los otros.

Nivel alto de integración:

Es posible una percepción diferenciada y reflexiva de uno mismo. La imagen es básicamente constante y coherente en el tiempo. Los sucesos intrapsíquicos pueden ser observados con interés y percibidos en relación con sus

4. Operación de los ejes según OPD-2

correspondientes afectos. Los afectos vivenciados abarcan todo el espectro de alegría, curiosidad y orgullo, por un lado, y angustia, desprecio, enojo, asco, dolor, culpa, vergüenza, por el otro. La capacidad autorreflexiva puede verse disminuida por conflictos, pero sin desaparecer por completo.

El paciente puede nombrar características y capacidades (ya sea espontáneamente o al ser preguntado), que ilustran la imagen que tiene de sí mismo, «qué tipo de persona es», y qué lo diferencia de otras personas. Puede diferenciar distintas facetas de sus experiencias emocionales. En el examinador surge la impresión de que moviliza en el paciente un interés autorreflexivo que puede ser utilizado por éste.

Los afectos, impulsos y pensamientos pueden referirse al sí mismo o a los objetos en forma notoriamente separada. Los intereses propios se distinguen claramente de los de otros. Así, surge una percepción diferenciada del interlocutor, cuya imagen es básicamente constante y coherente a través del tiempo. Aun en situaciones conflictivas y estresantes, permanece esencialmente estable. Bajo la influencia de conflictos relacionales pueden intensificarse temporalmente sentimientos tales como rabia, decepción o tristeza, sin que se pierda la realidad del otro.

El paciente puede, a través del relato, describir y destacar a las personas que le son cercanas. Por lo tanto, se crea una imagen de las personas significativas, con sus limitaciones y posibilidades, con sus fortalezas y debilidades.

Nivel medio de integración:

La percepción reflexiva del *self* es limitada, se orienta fundamentalmente al yo que actúa. La introspección, con relación a los propios afectos, está reducida. La coherencia de la autoimagen se pone en duda en momentos de estrés. La diferenciación entre lo propio y lo otro es difícil.

Al ser preguntado, el paciente describe más bien lo que hizo o dijo en situaciones determinadas en detrimento de una descripción más profunda sobre quién es él. La autoimagen depende de las situaciones y del estado de ánimo, en general, el paciente es fuertemente influenciado por situaciones y estados de ánimo, o bien intenta mantenerse estable evitando los afectos.

Los propios afectos y necesidades dificultan percibir de manera integrada y realista al otro; creándose así una imagen parcial y estereotipada de éste.

El paciente, básicamente, puede señalar una imagen adecuada del otro, pero esta imagen no es estable, sobre todo cuando se ve expuesto a fuertes deseos o se siente presionado. En esas situaciones se «vuelca» la imagen del otro, desembocando en dificultades en la relación. Sin embargo, es posible volver a tomar distancia de las reacciones intensas, percibir los intereses del otro y considerar su realidad.

Nivel bajo de integración:

La autopercepción reflexiva, en la medida que es posible, no suscita una imagen individual reconocible. Así, los propios afectos sólo pueden ser percibidos de manera poco diferenciada; la vivencia de sí mismo está determinada por afectos negativos que se expresan sobre todo como menosprecio y rechazo; en lugar de las vivencias afectivas puede surgir el vacío afectivo y la alienación; y, por último, no se puede distinguir bien una atribución dentro-fuera en el surgimiento de los afectos. No existe una sensación de identidad, apareciendo aspectos de sí mismo disociados uno junto al otro.

El paciente es incapaz de entregar una imagen de sí mismo y de relatar al examinador de manera coherente sus afectos y fantasías, aun recibiendo apoyo para poder hacerlo. No aparece una imagen coherente: «Soy muchas cosas al mismo tiempo y nada realmente». La autoimagen se encuentra, bajo ciertas circunstancias, distorsionada, es decir, grandiosa o devaluada, a veces difusa e, incluso, mezclada con la imagen de otros significativos. Las preferencias internas, incluso las sexuales, permanecen poco claras. Puede llegar a asumir roles sociales contradictorios. En una segunda entrevista de evaluación, pocos días después, puede surgir la impresión de una persona completamente diferente y con expectativas distintas respecto al tratamiento. En la vivencia del examinador puede suceder que el paciente no permanezca en la mente del evaluador y sea olvidado.

En la percepción del otro se confunden aspectos propios y del objeto; en especial falta una comprensión del interlocutor como poseedor de virtudes y defectos personales, que tenga su propia biografía. Las descripciones de los otros son burdamente simplificadas o exageradas e increíbles. El otro debe estar al nivel de sus expectativas, o no hay nada que pueda hacer con él (idealización/devaluación). Como pareja ideal

4. Operación de los ejes según OPD-2

se percibe a alguien que, por su lado, no establezca demandas, que no presente insuficiencias y con quien todo sea posible.

Cuando el paciente describe a otras personas, llama la atención que es difícil imaginárselas. Las maneras de actuar y reaccionar de éstas son incomprensibles para el paciente. En consecuencia, la imagen del otro permanece empobrecida o exagerada en cuanto a lo bueno o lo malo. Resulta poco claro si el paciente habla de sí mismo o de su interlocutor.

Nivel desintegrado

Se mantiene la incapacidad del paciente para caracterizarse a sí mismo; no surge una imagen de su personalidad con aspectos físicos, sociales y sexuales de identidad. En su lugar, se describen ya sea aspectos altamente normativos, y, por lo tanto, no creíbles, o aspectos extraños y chocantes o con rasgos grandiosamente exagerados.

Un paciente que se encuentra en una institución forense debido a delitos agresivos se describe a sí mismo como un «ciudadano tranquilo», que se encuentra aquí para participar en un programa de entrenamiento psicológico y presume que pronto lo dejarán ir.

La descripción de los objetos es tan vacía e incomprensible, extraña y amenazante como la percepción de sí mismo; bajo ciertas circunstancias, características específicas pueden ser atribuidas a todo el objeto (ojos azules muestran un alma pura). La percepción de los objetos externos esta dominada por las propias necesidades; los objetos, por ejemplo, son considerados como perseguidores y torturadores y, por consiguiente, son temidos y rechazados. No es posible relativizar los miedos referidos al objeto. Las imágenes del objeto pueden presentarse completamente fijas, pero también pueden desdibujarse confundiendo el bien y el mal.

El paciente parece no percibir características o intereses de otros; el otro está fusionado con necesidades y características propias de personalidad, de manera que, por ejemplo, el paciente agresivo-sexual manifiesta la convicción de que sus víctimas lo quisieron de esa manera.

b) Capacidad de manejo: autorregulación y regulación del objeto

Referido al *self*: la dimensión «regulación» describe un aspecto integrador de la vivencia psíquica. De ello resulta la capacidad de responsabilizarse como el gestor de las propias acciones competentes; de esta autoeficacia deriva la confianza en sí mismo y la autoafirmación.

El manejo es un concepto bipolar: si se presenta de manera exagerada (manejo excesivo), puede verse disminuida la capacidad de acción y las posibilidades de comunicación con otros; si es muy débil, de manera que la integración de afectos e impulsos se vea afectada, se llega a acciones no deseadas o manifestaciones impulsivas de afectos y deseos.

La regulación de la autoestima también corresponde al automanejo.

En la capacidad de manejo el acento está puesto en el rendimiento regulador activo. Esto es particularmente notorio, por ejemplo, en la capacidad de manejo de los propios afectos e impulsos. Se da por entendido que en la medida en que el nivel de estructura disminuye, la capacidad de manejo se encuentra cada vez menos disponible; las cosas simplemente acaecen y dejan al *self* pasivo y no como actor responsable de sus propios sucesos psíquicos.

Referido a los objetos: las tareas de regulación frente al objeto incluyen tanto la protección de la relación frente a los propios impulsos como el resguardo de los propios intereses, para que éstos no se pierdan ante la influencia de otros. La capacidad de anticipar las reacciones de los demás tiene una influencia en el propio comportamiento. El hecho de poder generar una distancia adecuada, la exactitud de la observación y la capacidad de decisión poseen una importancia similar, en el ámbito interpersonal, a la que tienen el manejo regulativo de los propios afectos o impulsos o la reacción frente a las ofensas. Las funciones regulativas posibilitan no «sucumbir» o «dejarse arrastrar» permanentemente por algo, sino poder distanciarse del acontecimiento, reflexionar sobre sí mismo y desarrollar una nueva actitud desde esa posición.

4. Operación de los ejes según OPD-2

Recuadro 4-14. Manejo.

Manejo	
Regulación del <i>self</i>	Regulación de la relación con el objeto
2.1 Distanciarse de los impulsos, dirigirlos e integrarlos.	2.4 Proteger la relación de los propios impulsos perturbadores, defensa intrapsíquica en vez de interpersonal.
2.2 Distanciarse de los afectos y regularlos.	2.5 En las relaciones, resguardar los intereses personales y considerar adecuadamente los intereses del otro.
2.3 Distanciarse de las ofensas, regulando la autoestima.	2.6 Anticipar las reacciones de otros.

Nivel alto integración

El *self* se reconoce como el creador de conductas competentes. Las pulsiones pueden ser integradas, se busca la satisfacción, pero también pueden ser pospuestos o desplazados. Se toleran las ambivalencias y se buscan soluciones de compromiso. No se tienen que evitar los afectos incómodos. Se puede resguardar la autoestima, o bien, en caso de que se desestabilice, se puede recuperar.

El paciente puede reflexionar con el entrevistador sobre las discrepancias entre los deseos propios y los intereses de otros, y trabajar en la solución de las contradicciones internas, sin reaccionar ofendido o enfadado.

La relación con el otro no se ve presionada por la defensa interpersonal, o bien por el actuar de los propios impulsos, de manera que se toman en consideración apropiadamente los intereses del otro, al igual que los propios. De esta manera, pueden ser anticipados aspectos significativos de la conducta del otro.

El paciente relata, por ejemplo, sobre un distanciamiento apropiado respecto al otro y sobre sus esfuerzos exitosos de canalizar la rabia de manera que no se vea afectada la amistad.

Nivel medio de integración

La posibilidad de realizar los deseos pulsionales de manera socialmente adecuada y en correspondencia a los propios valores está notoriamente

te disminuida; predomina la tendencia al control excesivo, es decir, los afectos y los deseos se toleran mal en el consciente, por lo que se rechazan defensivamente, y, por consiguiente, no pueden ser percibidos como señales ni como guías de acción. El resultado es un fuerte autocontrol y limitación en la flexibilidad emocional. Junto al manejo excesivo también es posible que se den irrupciones de los impulsos. Al mismo tiempo, se ve disminuida la posibilidad de manejar de manera flexible los deseos pulsionales y los afectos, debido a que hay una gran fijación a determinados deseos reprimidos. La posibilidad de posponer o desplazar la satisfacción del deseo se ve igualmente disminuida. La agresividad no vivenciada puede llevar a tendencias intrapsíquicas autodevaluativas, autocastigadoras y autodestructivas, que dan la impresión de ser «masoquistas». En estados en que falla el manejo, pueden presentarse tendencias autoagresivas.

La regulación de la autoestima es claramente alterable, lo que se manifiesta en una tendencia a sentirse ofendido, a enaltecerse o a devolverse a sí mismo.

La conversación con el paciente no fluye (se mantiene resistente), éste se presenta externamente complaciente, controlado y poco vivaz. Se vuelve evidente que sólo demanda preocupación y atención por él de manera indirecta, no deja notar sus necesidades de cuidado. El examinador se entera más bien casualmente de abusos de alcohol y atracones ocasionales.

La capacidad disminuida del manejo de los propios impulsos, afectos y de la autoestima, dificulta la regulación de las relaciones significativas, que en consecuencia se ven afectadas. Los propios intereses o los de los otros no se perciben claramente o se ven rígidamente exagerados. La capacidad de estimar la reacción de otros frente al propio comportamiento es limitada.

El paciente se siente frecuentemente presionado y exigido por los demás, no puede defenderse frente a eso y siempre vuelve a caer en dificultades.

Nivel bajo de integración

La posibilidad de concretar los deseos pulsionales de manera socialmente adecuada y en correspondencia con los propios valores es baja, al igual que la posibilidad de posponer o desplazar la satisfacción del

4. Operación de los ejes según OPD-2

deseo. En consecuencia, presenta una conducta impulsiva, que es percibida como egodistónica por el mismo protagonista, de manera muy intensa y dolorosa o a través del rechazo del entorno por inadecuado, agresivo e intenso. Los intentos de manejo son burdos e ineficaces. Las tendencias destructivas y autodestructivas son evidentes en fantasías o conductas. Los sentimientos de culpa no se elaboran intrapsíquicamente, sino que llevan a autocastigos y, bajo ciertas circunstancias, se manifiestan en forma de tendencias autodestructivas. A diferencia del nivel medio de integración, predomina un manejo insuficiente. La conducta impulsiva es muchas veces liberada a través de afectos desagradables, que no son procesados internamente y que llevan a cambios bruscos de la conducta.

La frágil regulación de la autoestima se manifiesta en una marcada tendencia a sentirse ofendido, o bien en imágenes de grandeza irreales.

Un paciente hace muecas en la primera conversación cuando se tocan temas de carga emocional. Cuando el examinador (hombre) alude a ello, el paciente lo interpela directamente, diciendo que se quede callado, que no quiere seguir hablando de eso, y que de todas formas no puede hablar con hombres. La conversación puede continuarse sólo con esfuerzo, hasta el momento en que el paciente comienza a relatar abruptamente detalles de su vida íntima.

La relación con los demás esta impregnada por el rechazo defensivo interpersonal del paciente. No puede elaborar intrapsíquicamente sus necesidades y temores conflictivos, sino que permite que impregnen directamente las relaciones, las cuales se ven fuertemente afectadas por este motivo. No es posible establecer un equilibrio entre los intereses propios y los de los demás ya que, en especial, se inclina por favorecer los propios. Las reacciones esperables de los demás no son anticipadas y no pueden ser utilizadas para el control de la conducta.

Nivel desintegrado

No existe la sensación de ser quien domina la propia conducta. Desde la perspectiva del paciente, el manejo no es un tema, las cosas simplemente ocurren.

Los impulsos agresivos no pueden ser integrados en el espectro general de la conducta. La persona parece poseída por un odio destructivo,

el cual, sin embargo, no es vivido como agresividad propia, sino como reacción justificada a la acción de otros.

Los impulsos sexuales no se refieren al objeto, sino que son impulsos parciales llevados a la acción, que se realizan representando roles (por ejemplo, la perversión). Se producen estados en que se pierde la capacidad de manejo, en conductas delictivas o en situaciones de abuso temporal de alcohol y drogas. La sensación de supremacía y dominio de otros puede llevar hasta la sensación de ser influido y manejado por otro. No parece haber una estimación interna de la propia conducta por medio de instancias normativas; desde el propio punto de vista, la conducta es lógica, necesaria o justificada, o es totalmente negada.

La autoestima varía entre la grandeza y una gran desvalorización. Las humillaciones son aniquiladoras, y, al igual que otros afectos negativos, requieren maniobras apresuradas como reacción.

El paciente es incapaz de seguir una meta objetiva a largo plazo, debido a que tiene motivaciones poco claras; repetidas veces, interrumpe estudios que empezó y se vuelca arbitrariamente hacia otros estudios. Puede explicar que los profesores no habrían sido capaces de soportar su rendimiento y que lo instaron mediante comentarios a cambiar de disciplina.

Es difícil reconocer un *self* intencionado en el paciente estructuralmente desintegrado, por lo que, evidentemente, no es posible que tenga objetos diferenciados, capacidad de considerar sus intereses y de anticipar sus conductas.

c) Capacidad emocional: comunicación hacia adentro y afuera

Referido al *self*: la comunicación emocional puede ser entendida intrapsíquicamente como la capacidad de llevar diálogos internos y de entenderse uno mismo. La capacidad de dejar que surjan los afectos en uno y de vivirlos es un requisito para lograr esa comunicación. En la comunicación interna, las propias fantasías desempeñan un papel importante como mediadoras de estados emocionales y de los diseños de acción asociados (también de soluciones creativas). La vivencia emocional de la propia corporalidad también es relevante (no del cuerpo como objeto, sino de la experiencia subjetiva de la propia corporalidad y su vitalidad).

4. Operación de los ejes según OPD-2

Referido al objeto: la comunicación generalmente se refiere al intercambio emocional entre el *self* y el otro. En ese sentido, esta dimensión estructural alude al establecimiento de contacto emocional entre personas, la comunicación de los propios afectos y la capacidad de dejarse «tocar emocionalmente» por los afectos de otros, así como la comprensión mutua y el sentimiento del «nosotros» de la reciprocidad.

La empatía es un proceso interpersonal e intrapsíquico a la vez, y se la define como la capacidad de entrar temporalmente con la propia vivencia psíquica en el mundo interno del otro y de vincular su punto de vista con el propio, todo lo cual supone un requisito para la capacidad de entender realmente a alguien.

Recuadro 4-15. Comunicación emocional.

Comunicación emocional	
Comunicación emocional hacia dentro	Comunicación emocional con otros
3.1 Generar y vivenciar afectos propios.	3.4 Creación de contacto emocional: permitirse las emociones hacia el otro, arriesgarse a investir al otro, alcanzar un sentimiento de nosotros (reciprocidad).
3.2 Diseñar las propias fantasías utilizarlas.	3.5 Expresar los propios afectos, dejarse tocar por los afectos de otros.
3.3 Percibir el propio cuerpo, o bien vitalizar emocionalmente el <i>self</i> corporal.	3.6 Vivenciar empatía.

Nivel alto de integración

Un paciente es capaz de experimentar afectos vívidos, adecuados a la situación, y también de sentirse corporalmente vivo al sentirlos; pudiendo relatar fantasías que acompañan a este estado mental.

Se posee la capacidad para establecer contacto emocional y para realizar un intercambio comunicativo y, también, se genera una sensación de vivacidad en la convivencia. Bajo ciertas circunstancias, la disposición a la comunicación puede verse perjudicada debido a conflictos neuróticos y las emociones asociadas de angustia, vergüenza y culpa, sin que se interrumpa la comunicación. Los procesos intrapsíquicos del otro pueden

ser comprendidos con interés; la persona puede ponerse empáticamente en el lugar del otro, participando de su experiencia.

Una paciente discute frecuentemente con su pareja sobre un tema específico, sobre el que tienen opiniones diferentes. El observador tiene la impresión de que la pareja es capaz de entenderse con relación al problema y de discutir, aparecen como más animados que frustrados. La paciente se puede imaginar cómo se siente su pareja durante la discusión y manifestar fantasías activas sobre lo que se podría hacer para encontrar una solución.

Nivel medio de integración

La capacidad para generar afectos presenta evidentes limitaciones, lo mismo ocurre con las fantasías. La limitación general de los afectos le dificulta al paciente comprenderse a sí mismo. La vivencia del cuerpo es experimentada de manera desvitalizada y, eventualmente, «egodistónica».

La comunicación es limitada debido a que la afectividad del paciente está refrenada y, en cuanto al contenido, se presentan dificultades por un comportamiento rígido y cohibido, subliminalmente, el paciente se muestra irritable y ofendido. La capacidad de empatía también parece restringida, los intereses del otro son preferentemente interpretados desde la propia perspectiva. No se crea fácilmente un sentimiento de «nosotros», debiendo éste ser conquistado de alguna manera.

Un paciente no puede entender en absoluto por qué su esposa se queja, y está desilusionado de que ella no reconozca sus esfuerzos por satisfacerla. Las conversaciones entre los cónyuges concluyen, frecuentemente, en malentendidos y son evitadas. También en el observador surge la impresión de que el paciente le comunica varias cosas de manera indirecta, entre líneas. Él relata de manera muy objetiva una pelea con su mujer, en que él rebatió «con buenos argumentos» el deseo de ella de ser madre. No puede formular una representación concreta sobre cómo sería para él ser padre. Con respecto a sus quejas hipocondríacas, opina que él necesita consejos médicos concretos, «para que su cuerpo funcione bien nuevamente».

Nivel bajo de integración

Al paciente le es difícil vivenciar sentimientos claramente estructurados, carece de sensaciones cálidas, amigables y tiernas, al igual que la tristeza

y la culpa. En vez de eso, presenta una agitación emocional que tiende a irrumpir y que es descrita como desesperación, pánico y rabia. La vivencia corporal puede estar congelada o fragmentada.

El contacto emocional se deshace fácilmente o no se consigue, se llega a malentendidos y a «diálogos de sordos». El paciente evidencia que no puede, de ninguna manera, ponerse en el lugar del mundo vivencial de otros. El terapeuta debe, por esto, regular fuertemente la relación con el paciente. Eventualmente, el paciente tiende a no respetar distancias, a la manipulación y a la intrusión. La confusión y el vacío son, bajo ciertas circunstancias, encubiertos por argumentaciones o comunicaciones del tipo «como si». No se genera el sentimiento de «nosotros» (reciprocidad).

En la conversación, el observador debe esforzarse cada vez más para entender qué es lo que al paciente realmente le preocupa, duda acerca de si es él quien no entiende o si es el paciente quien no puede comunicarse. Para el examinador es difícil distinguir si los intensos afectos del paciente le corresponden a él o al tema que está tratando el paciente. El examinador se siente puesto bajo intensa presión e incómodo o desconectado y vacío. Sus impulsos varían entre un excesivo compromiso y la retirada interior.

Nivel desintegrado

Emocionalmente el paciente se muestra expuesto a sus intensos y desestructurados estados afectivos, los cuales no pueden formularse en palabras. Alternando con la agitación emocional difusa, hay estados de desvitalización y rigidez. Fragmentos de fantasías son difíciles de diferenciar de recuerdos y hechos. El *self* corporal es vivido como ajeno o extraño y, bajo ciertas circunstancias, manipulado.

El establecimiento de contacto no acontece o lo hace de manera formal adscrito a roles sin correlato emocional o en forma hostil y distante. Las necesidades de los otros no son registradas, no existe empatía. Por otro lado, puede darse que los procesos internos del otro pueden ser intuitivos y utilizados para los propios fines. Un intercambio comunicativo, en sentido estricto, no es posible; sin embargo, todo lo que ocurre entre el paciente y su interlocutor puede adquirir el significado de una comunicación.

El terapeuta intenta conversar con el paciente sobre la cirugía plástica de la cara, que se hizo previamente. El paciente expresa, primero, que no habría sido una operación sino «un desarrollo natural». Más tarde, el paciente expresa la intención de operarse nuevamente, porque «un pedazo de plástico se quedó en la zona de la operación». La pregunta del terapeuta sobre si se trata en este caso realmente de plástico o del concepto de la plástica facial, nuevamente no es comprendida por el paciente.

d) Capacidad de vínculo: objetos internos y objetos externos

Referido al *self*: estas funciones estructurales se refieren a la capacidad de relacionarse con otros, tanto intrapsíquicamente como en el contacto interpersonal. El punto de partida lo genera la capacidad de crear representaciones internas de personas significativas (representantes de objeto), de investirlos emocionalmente de manera positiva y de mantenerlos, es decir, se refiere a capacidad de internalización. La disponibilidad de estos objetos internos positivos conforma el requisito de la capacidad de calmarse a sí mismo, de consolarse y de protegerse.

En un desarrollo favorable de la función de la internalización se encuentran disponibles diferentes objetos internos, los cuales representan distintas cualidades de la relación (por ejemplo, representaciones de imágenes paternas, hijos, hermanos, parejas, rivales, etcétera).

Referido a los objetos: la capacidad para internalizar objetos es un requisito para poder vincularse emocionalmente a otros en relaciones reales. El opuesto lo constituye la capacidad de separarse y de poder despedirse.

Un indicador de estabilidad en las relaciones es la capacidad de vivenciar afectos pro-sociales, ya sea en relación con las representaciones internas del objeto como en relación con los objetos reales externos. Estos afectos son la solidaridad, el sentido de responsabilidad, el cuidado, pero también, ante la trasgresión de normas éticas, la capacidad de experimentar culpa. De la misma manera, también corresponde la capacidad de sentir tristeza ante la pérdida de objetos internos o externos significativos.

4. Operación de los ejes según OPD-2

Cuadro 4-16. Vínculo.

Vínculo	
Vinculado a objetos internos	Vinculado a objetos externos
4.1 Internalización: representantes positivos del <i>self</i> , representantes positivos del objeto, capacidad de construir y mantener afectos positivos referidos a objetos.	4.4 Capacidad de vincularse: capacidad de vincularse emocionalmente a otro (agradecimiento, cuidado, culpa, tristeza).
4.2 Introyectos positivos: cuidarse a sí mismo, tranquilizarse, consolarse, ayudar, proteger, interceder por uno mismo.	4.5 Aceptar ayuda: apoyo, cuidado, preocupación, guía, poder aceptar las disculpas de otro.
4.3 Vínculos variados y triangulares: diferentes cualidades internas de los objetos; el cuidado de uno no significa el descuido del otro.	4.6 Capacidad de desprenderse en los vínculos y de despedirse.

Una consecuencia importante de la capacidad de vínculo interno y externo es la facultad de utilizar los objetos buenos disponibles en el mundo externo, es decir, buscar ayuda y consentirla, aceptar el apoyo bienintencionado y el cuidado de otros.

Nivel alto de integración

Se pueden resguardar internamente las experiencias relacionales significativas, por lo que se generan actitudes emocionalmente positivas hacia los objetos relevantes, así como también hacia la propia persona. Las imágenes internas de personas significativas son fácilmente diferenciables. También en circunstancias de conflictos por estrés permanece estable la investidura positiva de las imágenes internas de los otros. Se mantienen los sentimientos de pertenencia y de responsabilidad con relación a los objetos. El paciente puede calmarse a sí mismo con la ayuda de los objetos internos positivos y desarrollar conductas orientadas a metas.

Las relaciones sociales son variadas y se hace referencia a diferentes personas significativas. El paciente puede mantener relaciones triádicas. Los patrones relacionales descritos previamente no están dominados por la dependencia al objeto. Los conflictos surgen, bajo ciertas circunstancias, debido a que las contradicciones en los vínculos con ciertas personas

no se pueden conciliar, como, por ejemplo, rivalidad, celos, lucha por el afecto de terceros, etcétera. Se mantiene la capacidad de establecer vínculos emocionalmente estables, así como la capacidad de dejarse ayudar y apoyar por otros en caso de necesidad. Asimismo, se mantiene la capacidad de desprenderse en los vínculos, por ejemplo, lamentar pérdidas y separaciones y permitir las despedidas. La angustia central es perder el amor del objeto.

Una paciente describe que se siente acorralada por su marido, debido a que reacciona de manera celosa. Ella está sentimentalmente unida a su marido y confía en lograr una solución a los problemas con él. Lo que ella no nota es el hecho de que, debido a sus flirteos erotizados, le da motivo a su pareja para sentir celos.

Nivel medio de integración

Existen dificultades para crear imágenes internas estables de personas significativas, de manera de ser independiente de su presencia externa. Las imágenes pueden perderse en situaciones conflictivas. Asimismo, el significado emocional del otro significativo puede ser exagerado, de tal manera que persiste una evidente dependencia del objeto.

La capacidad de autorregularse con ayuda de los objetos internos buenos está claramente limitada, de tal modo que es importante la presencia del objeto real.

La variedad de las imágenes internas de los objetos está reducida, limitadas a pocos patrones que están determinados por la propia perspectiva, así como por deseos y necesidades propias.

Es difícil estimar el nivel de conexión emocional con los otros, debido a que las situaciones relacionales se describen más bien según las normas establecidas. La capacidad de referirse a otros se muestra limitada, el paciente parece no necesitar a los otros, o bien parece necesitarlos para una función específica. Las despedidas son evitadas y su significado omitido, o resultan complicadas por un aferramiento excesivo. El paciente es poco capaz de vivir relaciones triádicas y busca principalmente patrones relacionales diádicos.

La angustia central es ser separada del objeto significativo, sostenedor y regulador, o la angustia frente a la destrucción de éste debido a la propia impulsividad.

4. Operación de los ejes según OPD-2

Un paciente describe las relaciones con los hombres uniformemente: todos los hombres, padre, hermano y colegas, son enjuiciados según si, en términos de desempeño, son mejores o peores, y según si quieren dominar o descalificar al paciente. Él, en realidad, espera que su mujer preste atención a estas quejas relativas a los demás, pero teme que «ella se aburra y no lo pueda escuchar más». La disolución de su primer matrimonio para él «nada tiene que ver con la cuestión».

Nivel bajo de integración

A diferencia del nivel medio de integración la capacidad para generar imágenes internas de personas, y poder así ser más independiente de su presencia real, se encuentra seriamente alterada. Las imágenes internas de los objetos se caracterizan por rasgos amenazantes y persecutorios. También está fuertemente restringida la capacidad de calmarse con la ayuda de los objetos internos, de modo que se genera, bajo ciertas circunstancias, una dependencia existencial respecto de otros reales. En consecuencia, el vínculo emocional con personas significativas es inconstante. El relato contiene imágenes contradictorias, oscilaciones entre el afecto exagerado y el odio vehemente, o entre gran distancia e intensa cercanía. Los sentimientos de odio son vividos como intensamente destructivos, la dependencia es percibida como quedar a merced del otro.

La angustia central es la destrucción del *self*, ya sea por medio del objeto malo o por la pérdida del objeto bueno.

Un paciente describe sus relaciones de pareja como breves y cambiantes. Las parejas son caracterizadas de manera contradictoria, no son fácilmente distinguibles una de otra; hace referencia a aspectos amorosos, a los que les añade, de manera inconexa, aspectos muy negativos. El paciente se siente utilizado y engañado por las mujeres; enfatiza que nunca más quiere tener una relación de pareja.

Nivel desintegrado

Es difícil hacerse una impresión de los objetos internos del paciente, debido a que éstos no aparecen como representaciones objetales diferenciadas, sino que más bien se imponen como patrones de afectos y disposiciones conductuales, y, en ciertas circunstancias, como algo ajeno dentro de sí mismo. Por eso no pueden asumir funciones de autorregulación. Al

contrario, los objetos internos crean una fuente de intranquilidad e impulsividad.

Sobre este fundamento interno no es posible desarrollar vínculos emocionales prolongados con otros; allí donde existen relaciones interpersonales, éstas parecen ser ajenas, extrañas, inexplicables, y en ellas no es posible considerar los intereses del otro. La angustia central corresponde al temor a la fusión simbiótica de la representación del *self* con los objetos, lo cual conduce a la consecuente pérdida de la identidad.

Un paciente parece rígido y poco modulado en su expresión. Relata, sin distancia, que actualmente, por las noches, después de finalizar su trabajo, lleva la contabilidad de un burdel y que tiene la intención de casarse con una de las niñas. Pero él todavía no la habría invitado a su casa, porque no se podía confiar en personas extrañas. La puerta de su casa cuenta con una cámara de vigilancia. «Para casos de emergencia» él posee un arma de fuego, la que «consiguió con un truco, en el club de defensa deportivo». Ante la pregunta por una persona relevante para él, responde: «Si alguien quiere algo de mí, le doy duro. Yo soy un ciudadano respetado en mi comunidad».

e) Digresión: la función estructural de la defensa

El elemento de la defensa es de relevancia en todas las dimensiones estructurales, de tal manera que es tomado en consideración conjuntamente y no como una categoría independiente. De especial interés es la diferencia en cuanto a la calidad y efectividad de la defensa en los distintos niveles de estructura.

Nivel alto de integración

La defensa es intrapsíquica y se dirige contra los deseos de la pulsión y los afectos internos. Ello hace que esta defensa no altere las representaciones del *self* y del objeto. Determinadas satisfacciones y capacidades cognitivas pueden estar limitadas debido a conflictos. El patrón de defensa está constantemente disponible, es efectivo y se adecua en forma flexible a cada situación.

Mecanismos de defensa típicos: represión, racionalización y desplazamiento.

4. Operación de los ejes según OPD-2

Un paciente había olvidado por completo una determinada experiencia vergonzosa, en la que claramente participaba una fantasía erótica tabú. Su autorregulación y su relación se ven poco afectados por esto.

Nivel medio de integración

Se presenta una defensa intrapsíquica fuertemente desarrollada y rígida. En consecuencia, las posibilidades de satisfacción están evidentemente limitadas y, ocasionalmente, irrumpen los impulsos. El patrón de defensa está fuertemente limitado en cuanto a suflexibilidad y no puede variar para adaptarse a la situación. La defensa puede fracasar temporalmente debido a una crisis, en tanto que, transitoriamente, se activan mecanismos de defensa de menor nivel (por ejemplo, idealización, devaluación y escisión).

Mecanismos de defensa típicos: negación, vuelta contra sí mismo, formación reactiva, aislamiento y proyección.

Un paciente relata, sin participación afectiva reconocible, que su mujer lo ha abandonado recientemente. Él está pensando cómo mantener el contrato de arriendo de la vivienda que tiene en común con su esposa. Sólo más tarde en la conversación relata sobre los ataques de llanto, que son inexplicables para él.

Nivel bajo de integración

La defensa intrapsíquica no alcanza a ser suficiente, se hace efectiva en la relación interpersonal; la defensa distorsiona las representaciones del *self* y del objeto. Necesidades y pulsiones inundan al paciente, se recurre a conductas impulsivas, las cuales, sin embargo, no producen una satisfacción persistente.

Mecanismos de defensa típicos: escisión de las representaciones del *self* y del objeto; de la escisión se derivan otros mecanismos de defensa de este nivel, por ejemplo, la identificación proyectiva y la idealización, o bien devaluación de los objetos.

Un paciente describe a su novia de una manera extremadamente contradictoria para el observador: ella no despertaría en él ningún interés sexual, además no lo entendería para nada. Él no le da ninguna importancia. Sin embargo, en otro contexto, él describe que ella le haría mucha falta y que se sintió totalmente abandonado cuando ella viajó por dos días para visitar a su madre.

Nivel desintegrado

La defensa causa un equilibrio interno a costa de una distorsión grave de la realidad. La defensa puede ser mantenida a largo plazo, pero también puede derivar, según ciertos desencadenantes situacionales aparentemente poco relevantes, en una experiencia psicótica. Se pueden desarrollar diversos comportamientos en estados de conciencia disociados, de los que no logra hacerse responsable.

En la primera parte de la conversación, un paciente relata sobre experiencias infantiles difíciles, significativas para él. A raíz de esto se vuelve progresivamente monosilábico y tenso en su expresión, rabioso. Al final de la sesión, él expresa la petición de que el terapeuta debiera, por fin, escucharlo, y afirma, además, que todos los médicos serían mentirosos y ladrones. Los intentos del terapeuta por establecer una conexión emocional fracasan.

Recuadro 4-17. Evaluación del nivel de la estructura.

Eje IV – Estructura	Nivel Alto	1,5	Nivel Medio	2,5	Nivel Bajo	3,5	Nivel Desinte-grado	No evalua-ble
	①		②		③		④	⑨
1a Percepción de sí mismo	①	•	②	•	③	•	④	⑨
1b Percepción del objeto	①	•	②	•	③	•	④	⑨
2a Autorregulación	①	•	②	•	③	•	④	⑨
2b Regulación de la relación con el objeto	①	•	②	•	③	•	④	⑨
3a Comunicación hacia adentro	①	•	②	•	③	•	④	⑨
3b Comunicación con hacia afuera	①	•	②	•	③	•	④	⑨
4a Vínculo con objetos internos	①	•	②	•	③	•	④	⑨
4b Vínculo con objetos externos	①	•	②	•	③	•	④	⑨
5 Estructura total	①	•	②	•	③	•	④	⑨

4.4.4

Ejemplos de casos

Ejemplo de un caso de nivel alto estructura

El estudiante de 20 años sufre desde hace cuatro meses de angustias referidas al cuerpo, con taquicardia, temor de contraer una enfermedad amenazante además de temor de no poder responder a las exigencias de sus estudios por trastornos en la concentración. Él se siente muy inseguro porque «nunca le había tocado vivir algo así».

En el colegio siempre tuvo un buen promedio, pero también tendía a autoexigirse. Ahora empezó a estudiar derecho con la meta de trabajar en una institución internacional, por ejemplo, en Bruselas. Su amigo de siempre había tenido que irse de la ciudad por motivo de estudios. Con su novia, de 22 años, maestra en un jardín de infancia, están juntos, «muy unidos», desde hace tres años, ella va frecuentemente a su casa, «es parte de la familia».

El paciente vive con sus padres, la madre, de 53 años, trabaja como profesora de educación básica, el padre, de 56, se mantiene ocupado con los ordenadores y con temas ecológicos, siendo en realidad amo de casa.

El paciente creció como hijo único, con un desarrollo poco llamativo. Él era muy apegado a su abuela, quien vivía en la casa. Expresa admiración por el padre debido a «sus geniales talentos»; las dificultades laborales del padre son atribuidas a «condiciones sociales». La madre tiene grandes esperanzas en el paciente («ella sólo me tiene a mí»).

Dinámica del conflicto: las dificultades de separación de un hombre joven, aún muy ligado a sus padres, saltan a la vista. Se siente empujado hacia afuera, siendo que al mismo tiempo tiene un fuerte vínculo con la familia. El ingreso al estudio, con nuevas oportunidades y exigencias a su identidad masculina, aún poco fortalecida, parece intranquilizar a este joven que se esfuerza por mantenerse objetivo y realista. La emergencia de la sintomatología ansiosa lo ató, en primera instancia, regresivamente al hogar paterno. No corresponde discutir aquí los conflictos por separado, sino la dinámica de la estructura, que se verá a continuación.

Funciones estructurales:

Percepción de sí mismo: está bien desarrollada. Con intervenciones cuidadosas el paciente es capaz de describir sus sentimientos contradictorios y enfrentar su ambivalencia.

Percepción del objeto: está limitada por conflictos relativos a los padres y la novia, no obstante, puede mostrar una imagen en gran medida vitalizada y realista de ellos.

Autorregulación: problemas respecto a la capacidad de manejo de sí mismo, no es algo que haya llamado la atención en los últimos años. Actualmente está algo limitada por la presión de la sintomatología ansiosa. El paciente muestra una imagen *cool*, consistente con su género y edad.

Regulación de las relaciones: el paciente se muestra neuróticamente comedido en la relación con los padres, sin embargo, en principio, es capaz de considerar los intereses ajenos y propios en una relación.

Comunicación hacia adentro: es capaz de acceder a los afectos y fantasías. Da la impresión de estar emocionalmente vivo y muestra estar en contacto con su vivencia corporal.

Comunicación hacia afuera: con el paciente se genera un contacto adecuado en la conversación, en el que el paciente parece emocionalmente accesible.

Vínculo con objetos internos: el paciente tiene representaciones internas de los otros significativos, que están investidas de manera emocionalmente positiva.

Vínculo con objetos externos: aquí resalta la dificultad del paciente de separarse lo suficiente de los objetos importantes de la familia nuclear como para poder dedicarse a sus objetivos en el estudio. El tipo de vinculación, sin embargo, da la impresión de corresponder más bien a una conflictiva neurótica y no a una vulnerabilidad estructural.

Observaciones del proceso: la hipótesis sobre la activación de un conflicto sobre la base de un buen nivel estructural se confirma en las sesiones de prueba. En éstas el paciente accede rápidamente a la temática de su conflicto y somete varios aspectos de su plan de vida a la prueba de realidad. La terapia con una terapeuta mujer le permite poder utilizar aspectos de la transferencia materna: madre que «no se aferra a su hijo» e

4. Operación de los ejes según OPD-2

incentiva su autonomía. En el marco de una terapia breve, de veinticinco sesiones, disminuye la sintomatología. El paciente se muestra menos irrealmente ambicioso en su estudio, y más objetivo. Pudo retomar su antiguo deporte de equipo, mostrándose especialmente cómodo en su grupo de pares.

Ejemplo de un caso de nivel medio de estructura

El paciente, de 46 años, pone en primer plano un dolor muscular que lo aqueja en el sector del brazo y hombro derecho. Éste se ha agravado notablemente desde hace dos años. Su dolencia se habría originado por un accidente en bicicleta, sin embargo, exámenes ortopédicos y neurológicos no evidenciaron problemas. El paciente relata sobre su estado de ánimo depresivo, sensación de debilidad y agotamiento y constante tensión. Su salud y su futuro ocupan permanentemente sus pensamientos. Él no sabe cómo responder a las exigencias en el trabajo como supervisor. Todo se habría vuelto más difícil desde que, hace dos años, la dirección de la empresa cambió. Su mujer ya no puede escuchar más las quejas sobre sus molestias físicas. Ella se ocupa principalmente de la hija que tiene un trastorno del aprendizaje. Al paciente le está causando especial problema el que su hijo de 21 años se haya ido molesto de la casa hace algunos meses. Él, en todos los ámbitos, no sabe bien cómo seguir.

Creció como hijo mayor, seguido de tres hermanas. Siempre se ha tomado las cosas con suma seriedad y ha tendido a dudar de sí mismo y a autorreprocharse, pues siempre quiso hacer todo correctamente. Valoraba que se procediera de manera justa, y siempre se esforzaba especialmente por autocontrolarse. Hace tres años, una vez perdió la cabeza y le gritó a su mujer por un gasto de dinero innecesario. Desde entonces, teme que ella pudiera querer divorciarse de él.

Dinámica de conflicto: la dinámica neurótica está relacionada con una temática superyoica y de culpa, pero también con un sentimiento de minusvalía y de ser rechazado. No corresponde discutir aquí los conflictos por separado, sino la dinámica de la estructura, que se verá a continuación.

Funciones estructurales:

Percepción de sí mismo: al paciente le cuesta percibir su situación interna y diferenciar sus afectos. Especialmente, parece no poder distinguir la expresión de emociones a través del cuerpo de la sobrecarga corporal primaria. La imagen que muestra de sí tiene pocas facetas y apenas puede distinguir sus contradicciones conflictivas. Él, principalmente, relata lo que le dice a su esposa, a su jefe, a su hijo, y no lo que experimentó al hacerlo.

Percepción del objeto: también los otros son descritos unidimensionalmente desde la perspectiva de las expectativas y frustraciones del paciente. No existe una imagen realista claramente diferenciada de los otros.

Autorregulación: el paciente está evidentemente sobrecontrolado, con escasas irrupciones impulsivas; está perceptiblemente ofendido, pero apenas lo confiesa. Intenta solucionar todo normativamente.

Regulación de las relaciones: no se logra un equilibrio de intereses en las relaciones. A pesar de los esfuerzos del paciente por ser justo, los intereses y las necesidades de los otros apenas son vistos y considerados.

Comunicación hacia adentro: el paciente parece emocionalmente ausente y más bien sujeto a roles normativos. Considera las fantasías como irracionales. Con relación a su corporalidad, se encuentra disgustado con el kinesiólogo, quien «aún no ha logrado solucionar esto».

Comunicación hacia afuera: la relación con el paciente se establece de manera razonablemente objetiva, indirectamente se percibe decepción y desconfianza. No se crea un sentimiento del «nosotros».

Vínculo con objetos internos: las imágenes de objetos internos mencionados por el paciente se presentan todos como parecidas; siempre se trata de que alguien critica, reprocha, demanda o no recibe.

Vínculo con objetos externos: el paciente se esfuerza especialmente por ser independiente; no da señales de desear relacionarse, no busca ayuda. Omite temas que se relacionen con la separación y el duelo, al parecer le son muy incómodos.

Observaciones del proceso: en las sesiones de prueba se intensifica la ambivalencia del paciente: él insiste en ser sometido a exámenes y a tratamientos somáticos y duda del sentido de «conversaciones psicológicas».

4. Operación de los ejes según OPD-2

Junto con estas desvalorizaciones, el terapeuta siente el fuerte grito de ayuda no formulado. Indica una terapia psicósomática con hospitalización, con la que podría ser mitigada la sintomatología dolorosa. La psicoterapia psicodinámica planificada debe tomar en cuenta, especialmente, tanto la temática del conflicto (cuidado versus autarquía, conflicto 3) como las limitaciones estructurales de la vivencia afectiva.

Ejemplo de un caso de nivel bajo de estructura

La paciente, de 23 años, se queja de que «ya no logra organizarse». En el lugar donde hace su práctica profesional, en una institución de atención sociopedagógica, se la habría presionado por medio *demobbing* (acoso laboral), porque se habría preocupado demasiado por las personas. Vive angustiada por los constantes ataques y reproches. Teme también que se sepa de un accidente automovilístico que sufrió, en el que la culparon por manejar bajo la influencia del alcohol. A veces, siente por dentro una gran tensión, momentos en que se rasguña la piel de las axilas. Puede estar horas tendida sobre la cama, encuentra su cuerpo «asqueroso». Lo peor para ella es quedarse sola en la noche, eso no lo aguanta. En lo posible, intenta que su novio se mantenga cerca, quien es entonces bien tierno, pero a veces él también la habría golpeado. Hace un año tuvo una relación sexual con una mujer, a quien los celos habrían destruido.

Creció con una madre muy joven, que trabajaba como mesera y que cambiaba muchas veces de pareja. A partir del quinto año de vida de la paciente, la madre fue hospitalizada reiteradamente en diferentes clínicas, sin que quedara claro el porqué de ello. La paciente fue cuidada principalmente por una tía, que la trató de manera estricta. Entre el octavo y el duodécimo año de vida, el marido de la tía abusó sexualmente de ella. A los 14 años se escapó. A los 15, la oficina de protección de menores la puso al cuidado de una pareja mayor. Con ello se habría sentido a gusto. Desde los 17 años desarrolló un trastorno de alimentación; con 19 años, tuvo un intento de suicidio después de ser abandonada por un novio.

Dinámica de conflicto: son reconocibles aspectos del conflicto individuación-dependencia. Más relevante es, sin embargo, que la pro-

blemática de la autoestima y la inseguridad respecto a la identidad corresponden más bien a déficit estructurales que a conflictos intrapsíquicos.

Funciones estructurales:

Percepción de sí mismo: se encuentra muy limitada, la paciente no sabe quién es y lo que ocurre dentro de ella; en particular no tiene la capacidad de percibir diferenciadamente los propios afectos. Normalmente, se siente internamente vacía y, a veces, insoportablemente tensa.

Percepción del objeto: no se crea una imagen completa o realista de los otros; éstos son o «afectuosos» o inexplicablemente agresivos y, frecuentemente, ambas cosas alternadamente.

Autorregulación: las necesidades y los afectos la inundan intensamente o se pierden por completo. La autoestima está determinada en gran parte por su susceptibilidad a sentirse ofendida. Estados emocionales insoportables generan conductas autodestructivas, sin que la paciente pueda hacer algo en contra de eso.

Regulación de las relaciones: no existe la reciprocidad en las relaciones, no hay equilibrio de intereses, ni posibilidad de proteger las relaciones. Éstas son breves, y, o bien se padecen, o bien «se compran».

Comunicación hacia adentro: cuando se encuentra sola, la paciente normalmente se siente vacía o inundada por la ansiedad. Intenta evitar las fantasías, porque generalmente son «horrorosas». No son posibles ni una sensación de bienestar en el propio cuerpo ni una satisfacción con su apariencia corporal.

Comunicación hacia afuera: debido a que la paciente no se comprende a sí misma, le cuesta hacerse entender. Su forma de presentarse es esquiva, desconfiada. En ocasiones intenta hablar sobre sí misma y su situación en términos psicológicos, sin embargo, esto aporta poco a la comprensión. La conversación no le ayuda a aclararse y tampoco la alivia, de modo que queda una tensión desagradable, que hace temer un empeoramiento de la paciente.

Vínculo con objetos internos: la paciente tiene dificultades para describir huellas de experiencias relacionales positivas. No hay objetos investidos positivamente, con los que podría relacionarse para calmarse a sí misma; en cambio, predominan voces internas de crítica, de reproche,

4. Operación de los ejes según OPD-2

de ataque, que activan temores frente a una amenaza a la propia persona (por ejemplo, «volverse loca»).

Vínculo con objetos externos: la paciente intenta establecer relaciones a través del aferramiento o la sexualización, las cuales, sin embargo, no llevan a vínculos, sino que se pierden rápidamente y refuerzan su desconfianza en las personas. Ella no puede imaginarse que alguien la pudiera ayudar, ni que ella pudiera buscar esa ayuda. No hay separación, en el sentido de un proceso de disolución de un vínculo emocional con afectos de duelo.

Observaciones del proceso: en una serie de sesiones de prueba, se pudo aclarar lo que condujo a la actualización de la problemática (el excesivo involucramiento laboral con las víctimas que asistían a la institución, sobrecargando a los colegas de trabajo y a sí misma). Se estableció el déficit estructural que más hacía sufrir a la paciente y el modo en que ella podría superarlo. Se trata principalmente de la temor de no poder tolerarse a sí misma. La paciente se siente aliviada por esto, por lo que da por finalizado el tratamiento luego de algunas sesiones. Después de tres semanas se comunica nuevamente llena de pánico y reproches «porque nada sirvió». Se planea una psicoterapia de baja frecuencia fijando objetivos relativos a la estructura.

Ejemplo de un caso de nivel desintegrado de estructura

El paciente, de 29 años, es evaluado en una institución forense. Él había amenazado a un vecino con un cuchillo, porque estaba tocando música muy fuerte, y luego había hecho intentos de prenderle fuego a un coche de niño en el pasillo. En relación con esto, el paciente comenta que él es un ciudadano tranquilo y que no se deja provocar por nadie. Hace dos años había llamado la atención porque había llevado a un niño de nueve años a su departamento y lo había encerrado allí «para protegerlo de la calle». Rebate la sospecha de actos pedófilos diciendo que se trata de una calumnia de los vecinos. El paciente vive solo y, en gran medida, sin contacto. Tiene una ocupación irregular en una empresa de mudanzas. En ocasiones, va a observar el entrenamiento en el club de tiro. Según la anamnesis, ha sido drogadicto desde los 19

a los 22 años, con varios tratamientos de desintoxicación. Ahora está libre de drogas.

El paciente es el hijo del medio de tres hermanos, ambos padres trabajan en el sector agrícola, el padre es alcohólico, la madre siempre fue depresiva y se suicidó en el séptimo año de vida del paciente. Los hermanos fueron acogidos por parientes, el paciente se quedó con el padre, quien le «enseñó los modales con el látigo» hasta que, gracias a gestiones de la oficina de protección de menores, llegó a un hogar. Después, realizó estudios de jardinería, pero no los finalizó.

Dinámica de conflicto: no se reconocen conflictos intrapsíquicos inconscientes delimitados que se manifiesten como contradicciones internas.

Funciones estructurales

Percepción de sí mismo: el paciente no puede transmitir una imagen de su personalidad. Se refiere a sí mismo en forma global, diciendo que sería «un ciudadano libre y artista de la vida». Lo que lo diferencia de otros tampoco lo puede decir: «Ellos también son todos ciudadanos libres». No se puede hablar sobre la percepción de sus emociones, en el sentido de la diferenciación de los afectos, ya que él opina que siempre tendría los sentimientos correctos.

Percepción del objeto: le es difícil describir personas. Expresa principalmente que «de ellos siempre hay que cuidarse estando alerta».

Autorregulación: el manejo parece no ser un tema, el paciente no puede verse como actor de su comportamiento, tampoco las conductas delictivas son percibidas como intencionadas, y son además parcialmente negadas. No le es posible describir el tipo de necesidades sexuales que tiene y el manejo de éstas. Es altamente susceptible e irritable, aspecto que él mismo no percibe.

Regulación de las relaciones: en un sentido estricto, él no vivencia las relaciones, de tal manera que no puede haber un equilibrio de intereses. Estimaba que tenía que proteger al niño que encerró, a la vez, se mantienen las sospechas de agresiones sexuales.

Comunicación hacia adentro: el paciente no puede describir una relación emocional hacia su propia persona. Por un tiempo intentó, por

4. Operación de los ejes según OPD-2

medio del entrenamiento muscular intensivo, de hacer de su cuerpo una «máquina de combate».

Comunicación hacia afuera: el paciente evita en general el contacto, se siente «constantemente provocado» por los vecinos. En la conversación diagnóstica se muestra muy tenso, tiene que pararse una y otra vez a tomar agua. Captó la palabra «entrevista» y formula: «Yo le estoy dando una entrevista». Una comprensión empática de otros no es posible (por ejemplo, de los vecinos amenazados por él).

Vínculo con objetos internos: al preguntarle por personas que él vivenció como especialmente importantes, responde aludiendo al personaje cinematográfico «Terminator». No se hallan objetos internos delimitados, más bien estados internos, que van acompañados de extrema tensión agresiva.

Vínculo con objetos externos: los otros parecen representar una amenaza difusa. De niño, había llevado una vez un pájaro herido a la casa: «[...] y a ese (refiriéndose al pájaro), lo mató el papá».

Observaciones del proceso: en el contacto con el paciente se mantiene en primer plano lo extraño y ominoso. Las reflexiones sobre asignaciones diagnósticas no llevan en principio a ningún resultado evidente. En el marco de la institución, se desarrollan conversaciones con el paciente, que deben aclarar si es que existe alguna posibilidad de anclaje terapéutico. Debido al comportamiento perjudicial hacia terceros, debe tratarse, estructuralmente, la percepción y los intereses de otros. Esto presupone que el paciente experimente, en la relación terapéutica, un interés respetuoso por su propia persona.

5

La entrevista OPD

En los capítulos previos fueron presentados los cinco ejes que componen el OPD-2. En este capítulo presentaremos cómo debe obtenerse la información requerida para evaluar las áreas específicas de cada eje. El desarrollo del OPD-1 nos mostró la imposibilidad de evaluar completamente los ejes del OPD mediante una clásica entrevista psicodinámica (Freyberger *et al.*, 1996a; Freyberger *et al.*, 1996b). A partir de esta limitación, desarrollamos una entrevista OPD y sus guías clínicas. Ésta es una síntesis de una entrevista psicodinámica, con una serie de estrategias más estructuradas de entrevista, tomadas en parte de los sistemas diagnósticos preexistentes y, posteriormente, adaptadas metodológicamente.

Comenzaremos por lo tanto, describiendo la entrevista psicodinámica, sus singularidades y la historia de su desarrollo. Discutiremos, también, otros métodos de entrevista relevantes para el OPD. Finalmente, presentaremos una descripción de cómo realizarla, a partir de estrategias generales de entrevista junto con la ayuda de guías clínicas, como hilo conductor. En el anexo (Material de trabajo 12.6) se presentan, para cada eje, herramientas de entrevista que pueden servir de ayuda en el aprendizaje de la ejecución de una entrevista OPD.

5.1

Teoría de la entrevista psicodinámica

Contamos con dos planteamientos diferentes para el desarrollo de una entrevista diagnóstica: el primero de ellos es un planteamiento exploratorio, que tiene como meta la recolección de datos por medio de preguntas específicas y que tiene sus raíces en la psiquiatría de orientación biológica; el segundo, corresponde a un planteamiento dinámico-relacional, basado

en una actitud genuinamente psicoanalítica y que obtiene su información a través de la «reconstrucción de relaciones objetales infantiles en el juego transferencia/contratransferencia entre psicoterapeuta y paciente» (Janssen *et al.*, 1996). El desarrollo de la entrevista diagnóstica en psiquiatría y psicoterapia en los últimos cien años se ha enmarcado en el campo de tensión generado por estos dos polos (exploratorio y dinámico-relacional).

A comienzos del siglo xx, la psiquiatría científica veía al paciente como «un objeto de observación» y buscaba alcanzar «una comprensión y descripción lo más exacta posible de los indicadores de enfermedad» (Kind, 1978). Ya Kraepelin (1887) lamentaba «que el examen de los síntomas psíquicos parecía tan poco prometedor y satisfactorio» (citado en Buchheim *et al.*, 1994). Pero también Freud mostró una notable moderación diagnóstica (Freud, 1925 [1923]). Por una parte, quería evitar una transferencia muy intensa antes del inicio de la terapia y, por otra, no creía que una exploración diagnóstica fuese de utilidad en la indicación de psicoanálisis, por lo que recomendaba un análisis de prueba de entre una y dos semanas de duración. En esa época, Freud podía permitirse tal «nihilismo diagnóstico», pues no existían alternativas psicoterapéuticas al psicoanálisis, por lo que tenía que plantear solamente una indicación adaptativa: ¿es el paciente apto para psicoanálisis o no? La respuesta natural a esa pregunta era que el análisis de prueba era el medio más apropiado. Actualmente, debido a la gran variedad de psicoterapias disponibles, nos vemos obligados a plantear una indicación diferencial, es decir, preguntar nos qué tipo de terapia es apropiada para este paciente en particular. De esta moderna pluralidad en las oferta de tratamiento se desprende que, para la entrevista diagnóstica contemporánea, resultan insuficientes sólo la exploración sintomática o la capacidad de «ser analizable».

El desarrollo de métodos de entrevista multimodales y multiaxiales modernos ocurrió a través de diferentes etapas, que mencionaremos brevemente a continuación (véase también Janssen, 1994). El primero fue Deutsch (Deutsch, 1939; Deutsch y Murphy, 1955), quien desarrolló la llamada *associative anamnesis* (anamnesis asociativa), en la que el entrevistador debía mantener una actitud discreta y atenta, permitiéndole así al paciente desplegar su mundo interno conflictivo. Deutsch aplicaba su método especialmente con pacientes psicósomáticos.

Poco tiempo después le siguieron los modelos de Sullivan (1954) y Gill y colegas (1954). Sullivan subrayaba, en su técnica predominantemente estructural del *psychiatric interview*, el carácter de proceso interpersonal de la conversación y el rol del entrevistador como «observador participante». La recolección de información sobre la biografía y las condiciones de vida del paciente desempeñan, en la entrevista de Sullivan, un papel considerablemente más importante que en el enfoque de Gill, Newman y Redlich. Estos autores concebían su *initial interview in psychiatric practice* (entrevista inicial en la praxis psiquiátrica), como una situación psicológico-social diferenciada del tratamiento, en la que la relación entre entrevistador y paciente se convierte en el tema central; una meta importante era la motivación al tratamiento. En primer lugar, la función diagnóstica es realizada junto con la función terapéutica de la primera entrevista. Hans Kind (1973, 1978), en los años setenta, fue quien reimportó a la psiquiatría europea los enfoques psicodinámicos de la entrevista. En 1973 publicó una monografía «Directrices para la exploración psiquiátrica», basada esencialmente en los trabajos de Sullivan y que, hasta hoy, es elogiosamente reeditada (sexta edición, Kind y Haug, 2002).

Paralelo a este desarrollo norteamericano en el campo de la psiquiatría se desarrolló un proceso similar al interior del psicoanálisis europeo. Paula Heimann (1950), en su notable y polémico artículo, aludió por primera vez en forma explícita a la gran importancia de la contratransferencia como un elemento diagnóstico en el psicoanálisis (Heimann, 1950):

«[...] parto de la base de que la reacción emocional del analista frente al paciente, en la situación analítica, es una de las herramientas más importantes para su trabajo. La contratransferencia del analista sirve como instrumento para la investigación del inconsciente del paciente. [...] El inconsciente del analista entiende el de su paciente. Este *rapport* en un nivel profundo llega a la superficie en forma de emoción, que el analista percibe como su reacción frente al paciente, como su contratransferencia», (pág. 81 y sig.).

Pese a que los comentarios de Heimann no se referían a la entrevista diagnóstica, éstos influyeron en el desarrollo posterior del diagnóstico psicoanalítico. Balint y Balint subrayaron en su «Entrevista diagnóstica»

(Balint y Balint, 1961), desarrollada en la clínica Tavistock, que aquélla se trata de una evaluación de las relaciones interpersonales y realzaron, explícitamente, el significado de la contratransferencia en el proceso diagnóstico. Argelander (1970) desarrolló aún más este enfoque en su monografía «La primera entrevista en psicoterapia». Allí, diferenciaba tres niveles en la obtención de información: el nivel objetivo, el subjetivo y el escenificado. Mientras los primeros dos se basan en contenidos verbales (datos comprobables en el nivel objetivo y referencias verbales sobre la vida interna del paciente en un nivel subjetivo), en el nivel de información escenificado se trata de referencias no verbales en forma de «escenificaciones» (¿qué hace el paciente?, ¿cómo dice aquello que está diciendo?). Argelander veía este tercer nivel como el más importante para la primera entrevista diagnóstica:

«La estructura central de la primera entrevista, la escena establecida creativamente, es una información clave para la comprensión de los sucesos psíquicos de otros. Esta escena tiene, según su naturaleza, su propia dinámica o drama, que se alimenta de fuentes inconscientes» (pág. 63).

El concepto de contratransferencia se ha desarrollado, desde sus inicios, como un modelo integrador (Gabbard, 1995). Mientras Freud sólo aludía a la transferencia de los conflictos inconscientes del terapeuta y Heimann la veía primariamente como un instrumento diagnóstico para la comprensión de los procesos inconscientes del paciente, hoy entendemos la contratransferencia en relación con la transferencia, como un proceso conjunto interconectado entre terapeuta y paciente. Se trata, entonces, de una interacción compleja tanto de la vivencia real como de «transferencias neuróticas» del paciente y del terapeuta.

Para permitir que los procesos intrapsíquicos relevantes del paciente puedan ser, efectivamente, presentados en el escenario de la primera entrevista, el terapeuta tiene que ofrecerse al paciente como un otro dispuesto a co-representar esta pieza teatral bipersonal. Dado que inicialmente el terapeuta desconoce el «guión», debe desarrollar una «disponibilidad libremente flotante de asumir roles», para poder, mediante la contratransferencia, reconocer y aceptar cualquiera de los papeles prescritos en el libreto (Sandler, 1976).

Esta postura teórica (centrar la entrevista psicoanalítica, total y exclusivamente en la comprensión escénica) ha adquirido gran importancia en

el desarrollo teórico contemporáneo (por ejemplo, véase Mertens, 1993). Leimböck (2000) plantea que los datos biográficos sirven únicamente «como otro apoyo al diagnóstico relacional, sin ser su fundamento» (pág. 11). Advierte sobre la combinación entre el «conducir psicoanalíticamente una primera entrevista» y el «diagnosticar» (pág. 17) y recomienda una separación nítida entre procedimientos escénicos y de exploración.

En Alemania, y condicionado por las directrices de los contratos de los seguros de salud, la «anamnesis biográfica de la psicología profunda»¹ representa un elemento central en la construcción del diagnóstico psicodinámico. Este esquema, que fue elaborado en los años cuarenta por Schultz-Hencke (1951) en Berlín y ampliado posteriormente por diversos autores (Dührsen, 1981; Rudolf, 1981), se basa en el modelo clásico de neurosis, que entiende la enfermedad psíquica como consecuencia de la reactualización de un conflicto, rechazado defensivamente, que se halla fundamentado en la historia personal. En este contexto, desempeña un papel central el que una disposición neurótica tempranamente adquirida se engrane con una situación desencadenante al modo en que la llave encaja en su cerradura (véase Doering, 2003). Para comprender mejor estas interrelaciones se requieren informaciones relativas a la situación social del paciente, así como de su desarrollo histórico vital. Éstas se adquieren a través de la «anamnesis biográfica de la psicología profunda», en las áreas de vínculos personales, relaciones afectivas y vida familiar, familia de origen, problemas laborales y dificultades de aprendizaje, vivencia y conducta en cuanto a la posesión de bienes, así como del contexto sociocultural. A continuación, y tomando como base los datos adquiridos, se formula una hipótesis sobre la interdependencia de las experiencias tempranas y las situaciones desencadenantes actuales en forma de una dinámica psíquica (Dührsen, 1981).

En los comienzos, se postulaba un modelo integrador de entrevista, considerado especialmente apto para un encuadre clínico-institucional, dado que, al contrario de lo que ocurre en la práctica privada, éste privilegia la indicación a una terapia específica y posterior derivación. Janssen (1994) presentó una «técnica psicoanalítica de primera entrevista» que

1. En la nomenclatura alemana hay que entender «psicología profunda» como sinónimo de psicología o psicoterapia psicoanalítica (N. de los T.).

combina una primera entrevista psicoanalítica, anamnesis biográfica y diagnóstico de desarrollo psicoanalítico. Ella permitiría formular tanto un diagnóstico psicodinámico como uno descriptivo del tipo CIE-10. De modo similar, Doering y Schüssler (2004) describieron una «primera evaluación psicodinámica» como una secuencia de la primera entrevista psicoanalítica, la evaluación psicopatológica exploratoria y la anamnesis biográfica.

En los sesenta y los setenta, Otto F. Kernberg percibió —especialmente en su estadía en la clínica Menninger en Topeka— que ni la técnica de tratamiento ni la típica primera entrevista psicoanalítica clásica eran adecuadas para la mayoría de los consultantes que a él le tocaba ver. El trabajo con pacientes limítrofes (*borderline*), de estructuras de personalidad muy frágiles, apenas permitía mantener la atención flotante durante la hora de entrevista. Se percató, asimismo, de las enormes dificultades que presentaba recabar una visión biográfica durante el tiempo estipulado. Esto lo llevó a diseñar una entrevista específica para estos pacientes, denominada «entrevista estructural» (Buchheim *et al.*, 1987; Kernberg, 1981, 1984). El adjetivo «estructural» alude al objetivo explícito de intentar obtener una comprensión del nivel estructural del paciente. Kernberg distingue tres niveles de organización estructural de la personalidad, neurótico, limítrofe o *borderline* y psicótico. Lo propio del nivel estructural *borderline* es que presente una identidad no integrada (difusión de identidad), así como el uso masivo de mecanismos de defensa primitivos, los que mantienen un control rígido de la realidad. Lo específico de esta técnica de entrevista es que se intercalan, cíclicamente, secciones no estructuradas con otras, de estilo claramente exploratorio. Además, se pone el foco en las relaciones interpersonales del paciente, especialmente la relación de transferencia. Debido a la alternancia entre una actitud de entrevista analítica y una estructurada, se accede tanto a la escenificación de modos de relación internalizados en la relación transferencial, así como también a informaciones de cómo los pacientes se perciben a sí mismos, a los otros y sus relaciones, de si las percepciones se ajustan a la realidad, de cómo enfrenta las exigencias laborales y cómo maneja su sexualidad y su escala de valores. Buchheim y colegas (1987) hablaban, con razón, de la segunda generación de entrevistas diagnósticas, debido a que los estilos de entrevista exploratoria y dinámica relacional no solamente se ordena-

ban una detrás de la otra, sino que conformaban una nueva e integrada configuración según un nuevo concepto cíclico de entrevista.

Debido a la presión ejercida por la práctica basada en la evidencia, que obliga a los tratamientos psicoterapéuticos a ajustarse a una validación científica cuantificable, se han desarrollado una serie de entrevistas diagnósticas estructuradas orientadas a la investigación, las cuales fueron definidas por Buchheim y colegas como la «tercera generación de métodos de entrevista» (Buchheim *et al.*, 1987). Como ejemplo, se mencionan a continuación algunos de ellos:

- La «Entrevista clínica estructurada para el DSM-IV» («Structured Clinical Interview for DSM-IV», SCID-I y II; Fydrich *et al.*, 1997; Wittchen *et al.*, 1997), construida para el desarrollo del diagnóstico fenomenológico del DSM-IV, en la cual se preguntan secuencialmente cada uno de los ítems operacionales del DSM-IV.
- La «Adult Attachment Interview» (AAI; George *et al.*, 1985), que evalúa los patrones de apego en adultos y se orienta a comprender las representaciones actuales de las experiencias relacionales tempranas. Esta entrevista consta de dieciocho preguntas, de respuesta semi-abiertas, que abordan las relaciones con los padres o figuras significativas tempranas y, también, las relaciones con los propios hijos. La tabulación de la entrevista se ejecuta basándose en transcripciones, en las que la coherencia del discurso constituye el criterio principal para su codificación.
- El «Tema central de conflicto de la relación» («Core Conflictual Relationship Theme», CCRT; Luborsky y Crist-Christoph, 1998; Luborsky y Kächele, 1988), que, a través de material claramente definido, episodios relacionales y material narrativo, busca dar cuenta de las estructuras relacionales internalizadas más relevantes y que son determinantes en la conducta interpersonal.
- La «Entrevista estructural para la organización de personalidad» («Structured interview for Personality Organization», STIPO; Caligore *et al.*, 2004; Clarkin *et al.*, 2004b), que intenta operacionalizar la entrevista estructural de Kernberg. A través de cien ítems se evalúan siete áreas diferentes de la estructura de personalidad. La codificación se realiza en una escala de seis niveles de la organización de la personalidad.

Estos enfoques formalizados de entrevista representan, en el eje exploratorio versus dinámico relacional, el polo opuesto de la primera entrevista psicoanalítica. Mientras esta última prepara, de la manera menos estructurada posible, el despliegue de una escena en la relación de transferencia, los modos de entrevista operacionalizados renuncian a este material dinámico relacional en el aquí y ahora, en beneficio de estimaciones confiables de pequeñas o micro unidades psicopatológicas. Continuando con la tipología de Buchheim y colegas (1994) la entrevista OPD se puede definir como una cuarta generación de entrevistas psicodinámicas (Dahlbender *et al.*, 2004b). En ella se plantea una síntesis de las generaciones previas, para la cual se requiere una actitud básica psicoanalítica, que permita la «activación de relaciones objetales infantiles en la transferencia-contratransferencia entre psicoterapeuta y paciente» (Janssen *et al.*, 1996). Sin embargo, como en la entrevista estructurada de Kernberg, aquí se interrumpe el procedimiento no estructurado, en forma cíclica, con secuencias más exploratorias y estructuradas. Éstas se desprenden, en parte, de instrumentos ya existentes, como, por ejemplo, la consulta sobre episodios relacionales, propia del método CCRT. Además, la entrevista OPD obtiene pasajes estructurados de una anamnesis biográfica, como también la detección de síntomas psicopatológicos. La entrevista OPD es *multiaxial* y *multimodal*, debido a que se reúne material para la estimación de los ejes y se utilizan diferentes modos de entrevista (ver recuadro 5-1 de: Dahlbender *et al.*, 2004b).

Desde el punto de vista psicoanalítico, a la entrevista OPD se le reprochaba el sacrificar demasiado material escénico por su multimodalidad y su manejo de la entrevista, debido a que los segmentos estructurados de la entrevista podrían inhibir el despliegue de una relación transferencia-contratransferencia (Mertens, 2004). Sin embargo, y siendo éste un argumento pertinente, defendemos la idea de que una entrevista OPD realizada con una actitud psicodinámica básica convenientemente sensible deja suficiente espacio para la activación de la interrelación entre la transferencia y la contratransferencia útil en el diagnóstico. Incluso, es posible que esta interrelación sea estimulable –al modo de Kernberg en la entrevista estructural– por medio de intervenciones muy precisas (Dahlbender *et al.*, 2004b).

Recuadro 5-1. Nivel diagnóstico y estrategias técnicas de la entrevista OPD en comparación a otros procedimientos de entrevista.



5.2
Desarrollo de la entrevista OPD

5.2.1
Requisitos

La meta de la entrevista OPD es generar el material necesario para poder estimar de manera confiable todos los ítems y dimensiones de los cinco ejes. Para facilitar esto, el entrevistador puede utilizar ciertas estrategias de entrevista, cuya aplicación depende de los siguientes requisitos:

- El entrevistador debe manejar una comprensión psicodinámica básica. Esto no requiere necesariamente de una formación psicoterapéutica

5. La entrevista OPD

de psicología profunda (pese a que ésta sería de gran ayuda). Más bien se requiere una *capacidad empática*, que le permita al entrevistador reconocer y entender aspectos relacionales en el aquí y ahora de la situación de entrevista, así como plantear relaciones entre la formación de síntomas y las experiencias relevantes en el allá y entonces (en la biografía del paciente). Esto exige del entrevistador el abrirse en la relación de entrevista a la experiencia del paciente y a la propia experiencia, en una «disponibilidad librementeflotante de asumir roles (que el paciente le asigne)», en el sentido de Sandler (1976).

- El entrevistador ha de tener en mente los contenidos de los ejes I a IV, para chequear durante la entrevista qué áreas fueron suficientemente evaluadas y para cuáles todavía no existe suficiente material. Esta competencia puede ser, en general, satisfactoriamente adquirida en el marco de tres cursos de entrenamiento de OPD de veinte horas, a condición de que lo aprendido sea practicado y aplicado entre los cursos.
- El entrevistador debe estar familiarizado con los criterios diagnósticos del CIE-10 o, en su defecto, del DSM-IV, para realizar una estimación confiable del eje V. Además, debe tener una suficiente experiencia clínica o haber completado los cursos de entrenamiento correspondientes para la aplicación de esquemas de clasificación.

5.2.2

Principios

Como mencionamos previamente, la entrevista OPD contiene un procedimiento multimodal y multiaxial con secuencias estructuradas en fases. La actitud básica primaria del entrevistador es la de una primera entrevista psicodinámica, que libera el escenario para el desarrollo escénico en la relación de entrevista, procediendo en forma poco estructurada y no exploratoria. Aunque esta actitud sea provisionalmente abandonada en secuencias estructuradas de la entrevista, el principio básico de la entrevista OPD es volver siempre a ella. Este proceder puede describirse como una oscilación entre una actitud de entrevista dinámica relacional y una exploratoria, a la que se le aplican diferentes grados de estructuración:

- Un manejo de la conversación no estructurada y abierta que facilita el desarrollo espontáneo de la vivencia interna y las ofertas relacionales del paciente.
- Un procedimiento medianamente estructurado que se focaliza en distintas áreas temáticas durante la entrevista y que, por medio de intervenciones discretas, orienta al paciente en una determinada dirección (por ejemplo, al recopilar la anamnesis biográfica o la revisión de episodios relacionales, junto con la percepción de sí mismo y del otro).
- Un procedimiento estructurado que evalúa detalles específicos, como, por ejemplo, en la exploración de estados psicopatológicos y de la sintomatología para la realización del diagnóstico sindrómico del CIE-10.

Las diferentes fases de la entrevista, en las cuales esta subdividida la entrevista OPD, deben ser introducidas, en lo posible, con una actitud de conversación abierta. La decisión respecto a qué importancia quiere darle a qué contenidos, lo que quiere relatar primero, lo que quiere desarrollar en detalle y lo que quiere transmitir entre líneas debe ser otorgada al paciente. Por encima de esto, las secuencias de entrevista no estructuradas dejan espacio para la «escenificación» de la transferencia y de la contratransferencia. En este punto, el entrevistador debe prestar especial atención, junto al contenido manifiesto de lo dicho, al material escénico, como, por ejemplo, la mímica y expresiones gestuales del paciente, sus valoraciones subjetivas, aquello que destaca y aquello que omite. En ciertos puntos psicodinámicamente relevantes, se presentan frecuentemente contradicciones entre el contenido y el tono emocional de lo dicho. Hay que fijarse, especialmente, en la oferta relacional que el paciente hace al terapeuta y la reacción emocional que ésta le despierta. De este acontecimiento relacional se pueden derivar hipótesis sobre conflictos neuróticos y patrones relacionales disfuncionales del paciente, los cuales pueden ser explorados en mayor medida a través de fases más estructuradas de la entrevista.

Cuando el diagnóstico está orientado a la estructura, interesan menos los *significados* explícitos o encubiertos de las expresiones y escenificaciones, pues adquieren preeminencia las *capacidades* o *limitaciones* estructurales, lo que describe implícitamente en su relato o lo que muestra directamente en la situación de entrevista. La manera en que el entre-

vistado trata las situaciones de estrés y los conflictos muestran en qué medida éste puede percibirse a sí mismo y a los otros, las posibilidades de manejo que posee y qué tanto entra en contacto consigo mismo y con los demás. El diagnóstico se centra, por lo tanto, menos en los *contenidos* inconscientes –los que determinan la textura del relato y la interacción inevitable con el entrevistador– que en la *forma* en que el paciente afronta y supera las exigencias planteadas por la entrevista.

En los momentos no estructurados y abiertos de la entrevista se pueden aplicar las estrategias psicodinámicas de intervención conocidas: aclaración, confrontación e interpretación. La *aclaración* permite investigar aquellos aspectos de la presentación del paciente que permanecieron difusos, poco claros o contradictorios. Aquí se trata del nivel de interacción «más objetivo» y cercano a la conciencia. Como ejemplo de una *aclaración*, presentamos la siguiente viñeta:

«Me ha dicho que a veces también le gusta salir con otras mujeres. La semana pasada tuvo una terrible pelea con su pareja, que se relacionaba con este tema. ¿Su pareja es extremadamente celosa, o realmente existían motivos para su indignación?».

La *confrontación* va un paso más adelante, al mostrarle al paciente contenidos inconscientes o preconcientes que se encuentran en contradicción y que son considerados, por el entrevistado, como normales y no problemáticos. En la base de este proceso participan generalmente procesos de defensa, representaciones contradictorias del sí mismo y del objeto, o limitaciones estructurales. La confrontación representa para el paciente una provocación, dado que contiene en forma implícita un cuestionamiento de su percepción y conducta. Ello genera una situación en la que se ponen directamente a prueba las posibilidades estructurales del paciente (por ejemplo, la regulación del afecto, de sí mismo y de la percepción). Por ejemplo:

«Usted dice que no quiere perder por ningún motivo a su pareja, pero, al mismo tiempo, siempre vuelve a tener contacto íntimo con otras mujeres, acerca de los cuales también le cuenta a su pareja. ¿Cómo entender esto a la luz de lo que ha dicho?».

La *interpretación* es aquella intervención más orientada al nivel inconsciente. Aquí no sólo se le muestra al paciente aspectos conflictivos, sino que también se le presentan algunas hipótesis sobre los motivos y fundamentos psicodinámicos que podrían desempeñar un papel en la génesis de la problemática. Debido a que durante una entrevista OPD, por lo general (todavía) no existe un marco terapéutico seguro, las interpretaciones tienen que ser presentadas de modo muy provisorio, como *interpretaciones de prueba con fines diagnósticos*, para no desestabilizar al paciente. Por ejemplo:

«Hemos visto que usted siempre inicia “relaciones paralelas”, cuando se siente especialmente cercano a su compañera; y también conmigo destacó, en un momento muy intenso de nuestra conversación, que quería tener por lo menos otras dos primeras entrevistas con otros terapeutas. ¿Podría ser que usted siempre abra otra “relación paralela” cuando la cercanía en una relación significativa es muy grande y, por ello, amenazante?».

Estas interpretaciones de prueba apuntan, por una parte, a estimular una comprensión profunda de los procesos inconscientes (como, por ejemplo, al señalar los conflictos neuróticos) y, por otra, entregan importante información relativa al eje I, respecto de la capacidad reflexiva y motivación de tratamiento del paciente.

En las secuencias medianamente estructuradas de la entrevista se ofrecen o focalizan diferentes áreas temáticas por parte del entrevistador. Por ello, es importante no plantear exclusivamente preguntas cerradas, sino, más bien, abordar lo más abiertamente posible el área pertinente. En el contexto de la anamnesis biográfica esto podría formularse así: «¿Podría relatarme cómo fue su desarrollo desde la infancia, cómo era su infancia?». A continuación, puede ser necesario focalizar con mayor detalle:

«De niño, ¿cómo era la relación con su padre?, ¿podría darme un ejemplo?».

Y, bajo ciertas circunstancias, aún más preciso, para aclarar la situación real de cuando era niño:

5. La entrevista OPD

«¿Alguna vez su padre lo golpeó con objetos, un cinturón, un palo u otro parecido?».

Estructuraciones y focalizaciones como las presentadas se utilizan en secuencias de la entrevista para determinar patrones relacionales, así como la percepción de sí mismo y de los objetos (véase más abajo).

Al explorar estados psicopatológicos y síntomas, para el diagnóstico sindrómico del CIE-10 o del DSM-IV, es necesario proceder de manera especialmente estructurada. Puede ser necesario plantear preguntas cerradas o muy precisas, para delimitar síntomas específicos, como por ejemplo en el caso de un paciente depresivo:

«T: ¿Usted refería sentirse últimamente «deprimido»? ¿A qué se refiere exactamente con ello?

P: Mmm... me siento decaído y agotado, muy diferente a como era antes, en general soy una persona entusiasta y vital.

T: Es como si hubiese perdido la alegría de vivir. ¿Hay algo, o alguien, que en este momento le proporcione alegría?

P: Bueno, honestamente, no se me ocurre nada ahora.

T: ¿Cómo se encuentra de ánimo?

P: Muy bajo, veo todo negro...

T: ¿Es decir, ni una luz en el horizonte, sin esperanza?

P: No, todo negro. Ni siquiera puedo estar realmente triste... no puedo llorar.

T: ¿Todo negro... alguna vez se sintió tan mal como para no querer vivir más?

P: Sí, alguna vez he pensado eso.

T: ¿Y alguna vez pensó seriamente en ello, en quitarse la vida?

P: Oh no, nunca podría hacerle algo así a mi familia, además, yo soy religioso, usted sabe, no podría hacer algo así.

T: ¿Entonces usted nunca ha intentado ni planeado quitarse la vida?

P: No, nunca.

Junto con estas estrategias generales de entrevista, la entrevista OPD propone algunos procedimientos diagnósticos específicos. Éstos suponen estimular episodios relacionales para la evaluación del eje II y la descripción de sí mismo y del objeto, para evaluar la percepción de los mismos (eje IV). Estas técnicas serán descritas a continuación y se encuentran además en el anexo (material de trabajo). En el anexo 12.6 se presentan las «Herramientas de entrevista» para cada eje y sus subdivisiones.

5.2.3

Desarrollo de la entrevista

La entrevista está dividida en cinco fases, cada una de las cuales, como se describió anteriormente, se introduce a través de una pregunta o intervención.

La estructuración es menor en la introducción y puede ir aumentando a medida que avanza la entrevista. Dentro de cada fase existe la posibilidad de incorporar, si es necesario, preguntas estructuradoras. Como se ha mostrado en la práctica, difícilmente una entrevista OPD pueda realizarse en menos de 90 minutos y, en ciertos casos, puede durar hasta dos a tres horas. Por ello, el terapeuta debería prepararse para un tiempo de aproximadamente una hora para la primera conversación. En el caso de no conseguir suficiente información relevante para un diagnóstico clínico en esta hora (o no conseguir información suficiente para responder a los criterios de los cinco ejes) se deben acordar una o dos entrevistas más con el paciente. Entre las conversaciones el terapeuta debe recordar para qué áreas del diagnóstico OPD le falta información.

5.2.3.1

Fase de apertura

En la fase de apertura se le debe comunicar al paciente el objetivo de la entrevista, así como el tiempo disponible, de manera similar al siguiente ejemplo:

5. La entrevista OPD

«Para esta conversación tenemos un tiempo de una hora. La meta de esta conversación es comprender con usted su enfermedad/problema».

Por lo general, el paciente comenzará con un relato de sus molestias, debido a que tiene problemas específicos o psicosomáticos y entrará, así, en una conversación con el terapeuta. El terapeuta debería poder llegar a una situación en la que pueda identificar los síntomas principales según el CIE-10 (Dilling *et al.*, 1993) o el DSM-IV. De no estar seguro, puede formular preguntas cuidadosas sin entrar en una exploración. El paciente debe mantener la posibilidad de hablar de manera libre y abierta sobre sus síntomas.

En esta fase, y después de una estimación inicial, el terapeuta será capaz de evaluar el grado de complicación de la enfermedad psíquica o somática, así como el nivel de sufrimiento del paciente. Del mismo modo, adquirirá las primeras impresiones sobre la situación de vida actual del paciente, así como sobre su percepción acerca de la vida que lleva.

Para la comprensión de las molestias y de la percepción de vida del paciente, no se indaga solamente sobre las experiencias de éste, sino también sobre hechos relativos a su situación psicosocial actual, como, por ejemplo su relación de pareja o su capacidad de trabajo. Probablemente, en esta fase ya se puedan descubrir conflictos determinantes para la vida en varias áreas de la vida del paciente. Éstos pueden ser profundizados y comunicados al paciente en fases posteriores. El terapeuta también debe considerar si el comienzo de los síntomas está relacionado con alguna situación desencadenante, como, por ejemplo el abandono de la casa de los padres, el comienzo de un estudio, el ascenso a una posición de liderazgo, la constitución de una familia o su jubilación. Por ejemplo:

La paciente A dice después de la apertura: «Y ahora estoy sentada aquí». Luego de relatar sus esfuerzos por tomar iniciativas propias, habla de manera muy detallada de sus miedos, depresiones y sensaciones de desamparo, particularmente sus tensiones internas tras regresar de un tratamiento psicosomático con hospitalización y encontrarse con su marido. Esta fase se cierra con una afirmación, que expresa llorando: «No aguanto más».

La paciente B relata de manera exacta y fría las evaluaciones y tratamientos somáticos de una colitis ulcerosa. Ella muestra las radiografías que le entregó el médico que la derivó. Da cuenta de cuáles son sus expectativas de mejoría cuando relata sobre su decisión de ensayar una nueva forma de tratamiento, la psicoterapia, a pesar de que su internista se la había desaconsejado.

El paciente C consulta debido a una crisis generada durante una capacitación por un cambio laboral. Él es depresivo suicida. Durante la conversación sobre sus dificultades laborales actuales, se nota su importante susceptibilidad (narcisística), expresándose en forma decepcionada y enojada sobre la mala calidad de su capacitación. Su relato sobre las condiciones externas son confusas y su vivencia de la enfermedad está determinada por la perplejidad y la desesperación.

En el encuentro inicial entre paciente y terapeuta, la llamada «escena inicial» (Wegener, 1992), y en la siguiente fase de «apertura» el entrevistador debe fijarse en la representación escénica del paciente, la cual ya aparece en la toma de contacto en la descripción de las molestias, en la vivencia y en la elaboración de su enfermedad. Esta representación escénica puede orientar al entrevistador el resto de la entrevista. Por ejemplo:

La paciente A comienza la entrevista mostrándole al terapeuta una hoja de derivación, en la cual aparece un diagnóstico que ella no puede leer. Ella le pide al terapeuta descifrar aquello que no logra entender y explicarle lo que significa. Ella inicia una relación en la que su postura es la de una persona que no sabe y que desea ser educada por el terapeuta. La modalidad de esta estructura escénica está determinada por sus deseos de dependencia, que ya se manifiestan en la relación hacia su padre y su marido.

Los relatos de la paciente B están orientados por una adaptación normativa al rol de paciente en una situación de examen médico. En las descripciones que hace, casi no se distinguen figuras relacionales.

El paciente C pone rápidamente en un primer plano su facilidad para ofenderse y la relaciona con una situación psicosocial (capacitación por un cambio laboral).

5.2.3.2

Fase de exploración de episodios relacionales

Al trabajar con las experiencias relacionales y sus episodios, el terapeuta debe respetar dos perspectivas. Por un lado, debe utilizar la transferencia y la contratransferencia actuales y, por otro, debe facilitar el análisis de las experiencias relacionales actuales o biográficas. Esta última perspectiva aborda principalmente los relatos de episodios relacionales con otras personas significativas. En este contexto interesan, principalmente, las conductas relacionales disfuncionales y reiterativas. El terapeuta deberá fijarse, en primer lugar, en relaciones neuróticas repetitivas que se generalizan, rupturas y contradicciones con los otros, así como en la diferenciación de los objetos en la vivencia del paciente. Para esto se puede referir, por un lado, a interacciones vividas de manera concreta y, por otro lado, a experiencias interaccionales acumuladas en un marco de patrones repetitivos.

Para acceder a este material en una entrevista OPD es obligatoria la obtención de episodios relacionales. Esto se apoya en el método CCRT (Luborsky y Crits-Christoph, 1998; Luborsky y Kächele, 1988) que evalúa la narrativa de interacciones relacionales concretas, las cuales son de algún modo complicadas, conflictivas o angustiantes para el paciente. Para la entrevista OPD se debería contar, al menos, con dos o tres episodios relacionales. (Algunas sugerencias para el procedimiento se encuentran en el anexo «Herramientas de entrevista para el eje II».)

Al formular preguntas referentes a los episodios relacionales, el terapeuta puede tomar de los fragmentos anteriores de la entrevista las primeras referencias a objetos y preguntar por situaciones relacionales concretas, o puede pasar del relato de las molestias a preguntas relacionales mediante preguntas sobre la reacción de los demás ante su enfermedad. Esto último, si el paciente no menciona las personas de la relación por sí solo. Por ejemplo:

En la paciente A, es en la relación con el marido donde se pueden reconocer conflictos de ambivalencia respecto de los deseos de dependencia y tendencias autónomas.

En la paciente B el elemento clave es la relación con la hija, que nació fuera del matrimonio. La paciente se preocupa mucho por ser una buena madre. La hija, por su parte, hasta ahora obstaculizaba la posibilidad de que la paciente concretara una relación de pareja.

El paciente C describe cómo siempre busca relaciones con mujeres idealizadas, de las que se decepciona rápidamente. Este fenómeno no se limita a las relaciones de pareja, sino también a otras relaciones, como, por ejemplo, con los centros de capacitación laboral. Por ello, este tema es muy importante en una eventual terapia.

El terapeuta debe estar siempre interesado en interacciones específicas, es decir, en ejemplos de experiencias relacionales, especialmente en pacientes que, por razones propias de la resistencia, describen puras generalidades. Por ejemplo, puede preguntarse:

«Todavía no me puedo representar bien su relación con X, tal vez me la pueda aclarar mediante un ejemplo».

El terapeuta también puede profundizar o interesarse más en el desarrollo temporal de la relación. Así, puede evaluar la singularidad de esta relación o si es comparable con otras.

Para trabajar de manera más exacta la dinámica relacional, puede ser importante preguntar por expectativas, deseos, miedos, tanto con relación a sí mismo como en relación con otras personas, así como también por reacciones conductuales y su vivencia personal. Para esto son muy adecuadas algunas preguntas tales como:

«¿Podría relatarme lo que espera o teme en este momento de X?»
«¿Cómo cree que se habrá sentido X respecto de usted en ese momento?»
«¿Podría decirme lo que él hizo o dijo en ese momento?»

En esta fase, lo principal es establecer los episodios relacionales. El terapeuta puede estimar de manera aproximada en qué posición se pone el paciente frente a sus distintos objetos, qué es lo que espera y teme, y cómo los demás se comportan frente a él. Sin embargo, también existe

la posibilidad de establecer experiencias relacionales en fases siguientes de la entrevista, particularmente en la tercera y cuarta fase. Durante las fases posteriores, el terapeuta debería fijarse, también, en los ejemplos concretos de episodios relacionales.

Con los episodios relacionales queda establecida gran parte de la información necesaria sobre el tipo de conflictos repetitivos del paciente. Por lo general, no es necesario explorar los conflictos de manera más detallada. Su impronta perdura durante toda la entrevista, tanto de manera escénica como en el contenido. Preguntas específicas ayudan principalmente a comprobar la existencia del conflicto en otros aspectos de la vida. («¿Se manifiesta esto también en su trabajo, en la relación con otras personas?, ¿en este aspecto usted se parece más a su padre o a su madre?, ¿es acertado considerar que sus problemas le conducen siempre a situaciones similares?»)

5.2.3.3

Evaluación de las vivencia de sí mismo y de las áreas vitales vivenciadas y reales

La tercera fase debe concentrarse en las vivencias personales del paciente. Se trata, básicamente, de estimar sus características estructurales (eje IV). Simultáneamente, se obtiene información sobre las áreas de la vida tanto vivenciadas como concretas (familia de origen, familia actual, entorno laboral), que son parte de la anamnesis biográfica. Las preguntas explícitas respecto de autodescripciones, así como la descripción de sus objetos o relaciones objetales descritas en el próximo párrafo, son la segunda estrategia obligatoria de una entrevista OPD. Esta técnica fue usada por Otto F. Kernberg en su entrevista estructural (Kernberg, 1981, 1984, véase también Buchheim *et al.*, 1987). Esta fase puede ser introducida con la siguiente frase (véase anexo, «Herramienta de entrevista para el eje IV»):

«Usted se ha referido en parte a sus molestias y relaciones importantes, pero me gustaría comprender un poco mejor cómo se veía usted antes a sí mismo y cómo se ve ahora».

Si el paciente responde a esta pregunta, entonces el terapeuta no sólo podrá ver si es capaz de describirse a sí mismo de manera diferenciada, sino también si es capaz de diferenciarse de los objetos, es decir, si tiene un concepto claro de sí mismo. Dado que los pacientes se describen a sí mismos en ciertas situaciones, el terapeuta descubrirá áreas de su vida familiar o laboral. Aquí existe la posibilidad de comprender situaciones biográficas, como, por ejemplo, la relación con los padres, hermanos, la pareja, el jefe o el compañero de trabajo, como también la vivencia personal del paciente en situaciones sociales y biográficas, mediante preguntas que profundicen en estos aspectos. Esta parte de la entrevista, junto con la cuarta fase, puede ser muy extensa, por lo cual suele ser necesario aclarar puntos específicos en entrevistas posteriores.

Es posible, por ejemplo, efectuar preguntas sobre la satisfacción del paciente con respecto a su familia, al trabajo actual y a los previos, a la carga de trabajo, a sus ingresos y a la relación con su jefe y sus compañeros. El terapeuta debería abarcar la mayor cantidad de estos ámbitos, para permitir así que emerjan los conflictos que son determinantes para la vida del paciente, en su sentido más amplio. Por ejemplo:

En la paciente A sus vivencias personales están condicionadas por la incapacidad que siente de llevar a cabo iniciativas independientes por la dependencia de su esposo. Respecto a su matrimonio anterior, relata que comenzó después de la muerte de su padre y cómo su marido la encerraba hasta volver del trabajo. Él justificaba esto con el argumento de que ella no necesitaba hacer nada, y que él podía hacer todo por ella. La paciente consideraba que esto era «entretenido». La hacía sentirse como un «valioso tesoro». A medida que fue pasando el tiempo y aparecieron síntomas agorafóbicos, trató inútilmente de separarse o tomar distancia de su esposo. La relación conyugal se complicó aún más después de que su esposo enfermara.

En la paciente B, las vivencias personales están marcadas por su adaptación al trabajo, la preocupación por su hija y sus sentimientos de culpa respecto de ser una mala madre, pero también por su voluntad de estar disponible para su familia. Ella se sacrifica por los demás.

5. La entrevista OPD

El paciente C se considera una víctima al que siempre perjudican. Sus grandes esfuerzos nunca serán reconocidos. A pesar de tener una discapacidad física, logró formarse como técnico calificado, por lo que siente una gran sorpresa al saber sobre su despido. Ahora, su objetivo laboral es conseguir un trabajo en el área del servicio social, «porque existen muchas dificultades en este mundo». El paciente es incapaz de transmitir una imagen actual de sí mismo o de su situación real.

Los ejemplos evidencian que en esta fase de la entrevista ya aparecen numerosos aspectos para estimar los conflictos (eje III) y elementos estructurales (eje IV).

5.2.3.4

Exploración de la vivencia respecto a los objetos y de los modos vivenciados y concretos de configurar la vida

La cuarta fase está estrechamente relacionada con la tercera. La vivencia de sí mismo, en general, es relatada con referencia a los objetos. Aun así, en esta cuarta fase el terapeuta debería concentrarse en la percepción y vivencia de los objetos, debiendo trabajar en la percepción que el paciente tiene de los otros en el «aquí y ahora» y el «allá y entonces». Por lo tanto, abarca las diferentes áreas de la vida, como, por ejemplo, la familia, las relaciones de pareja, la vida laboral, las amistades y la vida social en general. De manera análoga a la descripción de sí mismo, en esta fase es obligatorio preguntar sobre una descripción de los objetos. Esta fase puede ser introducida con la pregunta (véase anexo «Herramienta de entrevista» para el eje IV):

«Ya me relató cómo se vivenciaba y se percibía antes y ahora, lo mismo hizo respecto de los demás. ¿Podría contarme de manera más específica cómo ve a X?».

El terapeuta debería vincular sus preguntas a los relatos previos sobre los objetos referidos durante las primeras fases. No obstante, si el paciente no ha profundizado anteriormente en las áreas de su vida, el terapeuta

deberá hacer preguntas dirigidas y aclaratorias, con el fin de llevarlo a hablar sobre sus relaciones y temas de su vida, presentes y pasados. De esta manera, puede ser necesario hacer preguntas aclaratorias sobre la satisfacción del paciente en el área laboral: la carga de trabajo, sus ingresos y su relación con jefes y compañeros. Un modo de hacerlo sería, por ejemplo:

«Ya me habló sobre el nuevo trabajo que escogió y cómo comenzó una nueva capacitación. ¿Podría relatarme con mayor detalle cómo escogió este trabajo y cómo se siente hoy en día en él?».

Al utilizar procedimientos libres y no dirigidos, algunos pacientes dejan fuera aspectos importantes de su vida. Sin embargo, para comprender los conflictos determinantes de su vida, es necesario conversar sobre una gran cantidad de aspectos referidos a ella, lo que haría necesario preguntar, por ejemplo:

«Usted ha hecho una buena descripción de su vida en la familia. Pero aún no logro hacerme una idea de cómo le va en su trabajo. ¿Me puede dar una idea acerca de cómo es usted en su trabajo?».

Constantemente, el terapeuta debe tomar conciencia de que no se trata de recopilar información sobre una «verdad histórica», sino sobre las vivencias y recuerdos, que, por definición, son subjetivos, especialmente la percepción de los objetos. En algunos casos, es probable que el paciente sólo aluda a situaciones importantes. El terapeuta debería considerar esto con discreción y respeto, sin forzar al paciente hacia temas potencialmente angustiosos o desagradables, a los que quizás pueda referirse espontáneamente más adelante. Del mismo modo, siempre existirán situaciones y relaciones objetales importantes que serán omitidas por el paciente. El terapeuta puede referirse a esto, pero siempre considerando que a veces sólo conseguirá alusiones generales y se topará con resistencias para describir la «verdad» de las relaciones.

Para la paciente A, el objeto significativo es el marido. Esto guía la entrevista hacia su padre, a quien idealiza mucho, ella siempre podía

5. La entrevista OPD

acudir a él y él siempre la comprendía en todo. El padre murió poco antes de que ella se casara y, en el momento de la entrevista, todavía no lograba terminar de elaborar el duelo. Para la paciente B, el objeto significativo es la hija. En la entrevista se va desde la hija hacia la madre, también muy idealizada, quien murió poco antes de enfermarse la paciente. Para ella, la madre es quien siempre hizo todo por la familia, siempre se sacrificó y siempre estuvo ahí para sus hijos y de quien fue muy difícil separarse. La paciente tiene grandes sentimientos de culpa, debido a que la madre murió cuando no podía visitarla.

Para el paciente C es muy difícil establecer una percepción realista de otras personas. Oscila entre los dos polos, por un lado una gran idealización y grandes expectativas y, por el otro, la amarga decepción. No se puede reconocer ningún apego emocional interno hacia personas importantes. Esto también se aplica a sus dos hijos adolescentes de un matrimonio fracasado.

Al explorar las dimensiones estructurales en pacientes de bajo nivel de integración, puede ser necesario retomar un estilo dirigido y estructurado, abandonando la entrevista abierta. Este cambio puede ser de gran ayuda para estos pacientes, pues muchas veces son incapaces de percibir y nombrar sus procesos y limitaciones internas, lo que hace necesario mostrarles alternativas de lo que probablemente podría ocurrirles o de lo que podrían sentir internamente. En este proceso, puede ayudar el uso de metáforas, historias o escenas de películas. (Véase en anexo 12.6: «Herramientas de entrevista para el eje IV»).

5.2.3.5

Motivación a la psicoterapia, prerequisites para el tratamiento y capacidad de introspección

Hacia el final de la entrevista, el terapeuta debería mostrarle al paciente las historias y escenografías descritas por él en la evaluación (una especie de resumen). También debería registrar, para sí, cómo ha percibido al paciente y cómo ha percibido los principales problemas que la entrevista ha sacado a la luz. Sobre la base del material recopilado, debería formular una

intervención. Dependiendo del nivel estructural del paciente, ésta podría ser incluso una interpretación, que aproveche la contratransferencia para señalar aspectos transferenciales.

Esta intervención podría estar formulada, para la paciente A, de la siguiente manera:

«Usted desea poder vivir de manera autónoma, pero se siente muy ligada y dependiente de su marido, y también de mí, como hemos visto en nuestra conversación. En ese sentido, usted parece esperar que sea yo quien la ayude a salir de esta complicada situación.»

La intervención para la paciente B podría estar formulada de la siguiente manera:

«Durante años, usted se ha guardado la tristeza y los sentimientos de culpa después de haber perdido a su madre, y ahora estos sentimientos han vuelto a emerger en nuestra conversación. Esto parece hacerla sentir humillada, en la medida en que siente que no pudo mantenerse suficientemente controlada durante la entrevista.»

Al paciente C se le puede responder de la siguiente manera:

«Usted ha tenido una vida muy difícil. A pesar de sus esfuerzos ha terminado muchas veces con las manos vacías y fracasado. En mi opinión, es importante descubrir el motivo de esto. Tal vez se le ha escapado algo, o, quizás, no ha percibido adecuadamente a las personas que lo rodean.»

Estas intervenciones resumidas tienen el objetivo de acercar al paciente, en forma de «prueba», a su problemática y estudiar sus reacciones frente a ella. Esto es fundamental para comprender sus conflictos internos y estructura, respectivamente, así como para conocer la disposición del paciente a someterse a un tratamiento. El terapeuta debe analizar hasta qué punto es posible trabajar con el paciente sobre estas intervenciones y hasta dónde sería posible construir una base de comprensión común para conocer y elaborar la actualización renovada de sus modos tradicionales

de vivenciar. En esta fase de la entrevista se tocan temas de aquellos aspectos no aclarados del eje I, además de determinar cuáles son los conflictos y el nivel de estructura del paciente.

Si el terapeuta siente que al finalizar esta fase tiene una buena impresión de la estructura, los conflictos, las relaciones y las vivencias de enfermedad por parte del paciente, puede finalizar el examen. De lo contrario debería acordar nuevas evaluaciones con el paciente.

Si este examen es parte de una primera entrevista, ésta no puede finalizar sin que antes el terapeuta le indique al paciente sobre los siguientes pasos a seguir. Se le debería comunicar, brevemente, cuáles fueron los puntos aclarados y cuáles son los puntos en los que se debe seguir trabajando. Además, de ser posible al finalizar estas fases, se debe establecer una indicación a psicoterapia y comunicársela al paciente.

5.2.3.6

Trastornos psíquicos y psicosomáticos

El diagnóstico clínico descriptivo de los problemas psíquicos según el CIE-10 o el DSM-IV (eje V), como está previsto para la primera fase de una entrevista OPD, precisa una completa revisión de los síntomas nucleares de cada uno de las categorías del CIE-10 o del DSM-IV, respectivamente. En general, es posible registrar los suficientes datos y síntomas como para categorizar al paciente en alguno de los cuadros de estas clasificaciones. No obstante, se debería complementar con una exploración sintomática completa, lo cual requiere un procedimiento estructurado y, por ello, el abandono de la entrevista abierta.

El terapeuta debe estar familiarizado con las pautas y criterios de investigación del CIE-10. Es razonable tener un cierto entrenamiento diagnóstico, como ya fue demostrado en los diferentes estudios de confiabilidad y de aplicación del CIE-10 (Dittmann *et al.*, 1992; Freyberger *et al.*, 1990a; Schneider *et al.*, 1993).

En el marco de la investigación clínica, se pueden usar listas de evaluación de síntomas (*checklists*) como material de apoyo (por ejemplo, Dittmann *et al.*, 1992; Hiller *et al.*, 1995). Habitualmente, corresponden a procedimientos de heteroevaluación que pueden ser complementados

por medio de otras fuentes de información, como datos anamnésticos externos, la observación de la conducta y las vivencias durante la entrevista, entre otros. Para llegar a estos diagnósticos, los síntomas o grupos de síntomas relevantes, pueden evaluarse mediante estos *checklists*, lo que puede realizarse *post hoc*, mediante entrevistas complementarias.

Si, debido a objetivos relacionados con la investigación, se hace necesario realizar entrevistas diagnósticas estructuradas o estandarizadas además de la entrevista OPD (por ejemplo, para obtener muestras aleatorias homogéneas, o un estudio de comorbilidad), éstas deberían realizarse después de la entrevista OPD y, en lo posible, por otro entrevistador, para que la exploración altere lo menos posible la relación con el entrevistador OPD.

6 Ejemplo de caso: «La expulsión del paraíso»

6.1

Viñeta de la entrevista

La paciente llega puntualmente a la primera entrevista acordada. Se trata de una mujer vestida a la moda, que da la impresión de vivacidad en su arreglo personal. Sin embargo, sus facciones están cansadas y tensas. Describe detalladamente sus molestias físicas y su experiencia subjetiva. Hace seis años sufre de hemorragias intestinales. Éstas aparecen periódicamente, especialmente en «períodos críticos. Sin embargo, cuando se encuentra en situaciones de estrés debido a sus exigencias profesionales, las hemorragias no se presentan; al contrario, cuando está en calma, las hemorragias sí aparecen. Su médico de cabecera le habría explicado que esto es análogo a lo que sucede con los animales, los cuales, en situaciones de peligro, son capaces de correr muy rápido y de actuar con precisión. En este sentido, el modo de actuar característico de la paciente consistiría en sumergirse con gran motivación en su trabajo, agotando absolutamente todas sus fuerzas. Imparte clases frente a un ordenador siete horas diarias, de modo que después de cuatro días de enseñanza termina exhausta.

El terapeuta aclara brevemente sus molestias. Según sus antecedentes, no sufría dolores y tampoco diarreas. Los exámenes de laboratorio y de imágenes confirmaron una enfermedad intestinal crónica atípica. En los informes diagnósticos, se hace referencia a un desprendimiento de mucosa y sangre y a una inflamación leve del colon, confirmada a través de una rectoscopía, frente a lo cual recibió el tratamiento farmacológico correspondiente. Se le diagnosticó, además, una proctocolitis leve. La trataron sólo una vez con cortisona y nunca la hospitalizaron.

6. Ejemplo de caso: «La expulsión del paraíso»

El terapeuta pregunta por su autoimagen. Ella se describe como «Aries, pero con cuernos desgastados». De profesión, es especialista en informática. Describe su trabajo con grupos de capacitación, donde al parecer es muy exitosa. Sin embargo, ella se siente como un «bailarín» que tuviese que «hacer su show» delante del grupo y «dominar la situación». Frecuentemente, no tiene ganas de hacer eso y entonces se siente como una «prostituta», siempre disponible. Ella describe su trabajo como muy agotador, pero enfatiza, simultáneamente, que se siente apasionadamente comprometida con él.

Una vez sufrió una fuerte hemorragia intestinal cuando su marido se quedó repentinamente sin trabajo. Se sintió profundamente afectada, perdió el control por completo y padeció ataques de llanto (esto corresponde a la época en la que tuvo que ser tratada con cortisona). Ella vivenció esta situación como una amenaza existencial, debido a que pocos días después iban a comprar una casa. Su marido había estado muy afectado aquella vez. Ella se asustó porque nunca antes lo había visto así, siendo que siempre había sido una persona tranquila y equilibrada. Había resistido las clases con gran esfuerzo, pero, finalmente, logró superarlas de manera exitosa. Para sobrellevar su situación de mejor manera en el período posterior había leído bastante, especialmente un libro cuyo título es *Cuando las mujeres aman demasiado*.

El terapeuta interviene, diciendo que ella llora con el cuerpo y con el alma como expresión de lo muy sobrecargada que se siente, lo que significaría que ella experimenta una amenaza existencial. Ella acepta esto, confirmándolo con cautela, y comienza a contar su historia personal: proviene de un país de Europa del este, donde ejerció como profesora. Hace aproximadamente diez años emigró a Alemania. El Estado alemán compraba con mucho dinero la libertad de los inmigrantes que, como ella, eran descendientes de alemanes. No obstante, la paciente y su familia debían pagar una alta suma para poder salir del país. Primero, fue su marido quien partió a Alemania; ella se quedó con su hijo y lo siguió dos años después.

La descripción que hace de la vida en el país de Europa del este es bastante idealizada. Ella describe un mundo lleno de protección, seguridad e idilio. Imágenes aisladas, descritas por ella, parecen paradisíacas. El dinero no desempeñaba ningún papel, pues contaban otros valores.

El enclave alemán en ese país era un «mundo sano», con amplios espacios para las personas y los animales. Este mundo fue destruido en el marco de una violenta política de nacionalización, después de lo cual la «intelligentsia» abandonó el país. Pronto, la comunidad no habría tenido más apoyo, los lugares habrían tenido que ser abandonados, y las familias se habrían quebrado. Personas conocidas en Alemania la habrían finalmente ayudado a ella y a su familia a abandonar el país.

La paciente se vuelve grave y enfática cuando describe su encuentro con el desconocido mundo occidental. Ella había tenido que trabajar y estudiar mucho. Todo había sido nuevo y ajeno. Tanto que nunca antes había visto un ordenador. Las palabras y conceptos usuales para la gente del lugar no le eran de ninguna manera familiares, la vida en una economía de mercado le resultaba totalmente desconocida: debió luchar para abrirse paso, especialmente porque vivió dos años separada de su marido y de su hijo, cuando tuvo que irse a otra ciudad por motivos profesionales. Causa cierta impresión cuando relata cómo, de esa manera, se perdió una parte del desarrollo de su hijo, quien en ese tiempo se transformó «en un hombre». También, con este episodio, se percibe una pérdida dolorosa. Sin embargo, y debido a que como madre sería excesivamente comprometida, su ausencia le habría dado al hijo la posibilidad de volverse independiente y de desprenderse de ella. Ella no sería una madre tradicional, sino que exageraría en todo. Siempre se aferraba intensamente a las relaciones. Siempre hubo alguien que le «pertenece» por completo: cuando niña tenía una amiga, por ejemplo, que durante años la fue a buscar diariamente de camino al colegio, del mismo modo, a su marido lo conoce desde los 14 años.

Cuando los terapeutas le piden que describa a su marido ella dice que es «un hijo de Dios». Él vive en su propio mundo. Por el contrario, ella se describe como extrovertida y le agradaría mostrarse, por ejemplo, con un coche deportivo rojo, lo que para su marido no tendría ningún sentido. Él es reservado y no tiene ese tipo de ambiciones. También su hijo sería, por su carácter, muy diferente a ella, lo que a veces le resultaría a ella difícil de aceptar. Según refiere, su hijo exterioriza poco los sentimientos y se muestra distante, es, como lo llamarían hoy una persona *cool*. Ella, por el contrario, sería muy apasionada y sentimental, tanto en lo bueno como en lo malo.

6. Ejemplo de caso: «La expulsión del paraíso»

El terapeuta pregunta por los conflictos y acerca de cómo los maneja. Ella tiene muchas dificultades para decir algo al respecto, porque prácticamente no habría peleas ni con su marido ni con su hijo. Su marido sería conciliador, uno apenas podría pelearse con él. Por otra parte, en cosas importantes, él sería absolutamente firme e intransigente. Finalmente relata un acontecimiento pasado, en el que se llegó a un conflicto. En ese entonces ella intentaba promover una reconciliación entre su hijo y un amigo de él, pues se habían peleado seriamente. La manera de presentar los hechos deja claro que sus esfuerzos nacen, en primera lugar, de su propio sufrimiento frente a los conflictos y no en función de las necesidades de su hijo, quien por lo demás se defendió enérgicamente frente a esta intromisión. Ella toleraría mal las tensiones y la falta de armonía. En relación con esto, se refiere a una situación difícil padecida en un empleo anterior en una empresa en la que estaba haciendo una buena carrera, y que, sin embargo, repentinamente quebró. Este evento afectó profundamente a la paciente, aunque pudo cambiarse rápidamente a otra empresa, donde nuevamente le fue bien. Al finalizar, habla de su enorme sensibilidad ante las críticas. A pesar del alto reconocimiento que siempre se le vuelve a confirmar, ella reaccionaría enseguida con fuertes dudas sobre sí misma, cuando, por ejemplo, sus alumnos expresan el más mínimo reparo.

Por petición del terapeuta, habla sobre su familia. Nuevamente, hace un relato idealizado de su vida pasada en una familia numerosa, y se queja posteriormente de la dolorosa distancia física actual de sus padres y parientes, que viven lejos. Se refiere nuevamente a su sentimiento de «desarraigo total» cuando habla de su país lejano. En todo caso, no le sería difícil establecer contactos. Relata sobre la amistad con un colega, con el que tuvo una relación cercana cuando estuvo trabajando lejos de su marido y de su hijo. El relato da a entender que existió entre ellos una intensa confianza, de manera que, al escuchar, surge la duda acerca de si quizás se trató de una relación amorosa. Sin embargo, los aspectos erótico-sexuales no sólo no aparecen en esta parte de la conversación, sino en ninguna otra, aunque se hacen notar de manera lejana, si bien no se manifiestan explícitamente en ninguna parte.

El terapeuta guía la conversación hacia la familia de origen y pregunta por los padres: su madre sería «puro amor» y su padre, un tanto

«raro», pero ella lo quiere. Por su apariencia física, por ejemplo, por el pelo, ella se le parece. En esta parte se insinúa un drama familiar: el padre proviene originalmente de una familia rica, pero el abuelo, por parte paterna, se endeudó y acabó disparándose en la cabeza, aunque sólo se dañó el nervio óptico. Su padre habría sufrido mucho por el destino y la ceguera de su abuelo. Al finalizar la guerra tuvo que cumplir cinco años de trabajos forzados en Rusia. Él tenía en ese entonces 17 años y el trabajo habría sido muy duro.

El terapeuta intenta resumir hasta aquí: ella habría crecido en un entorno seguro y protegido y sentiría en su interior una gran pertenencia a su patria y a su familia. Por las condiciones políticas habría sido arrancada de esta vida y habría llegado a un mundo totalmente diferente, en el que tuvo que luchar por su existencia y su autonomía. Esto habría sido una gran pérdida para ella. La paciente guarda silencio y expresa finalmente que así ha sido. Después de un breve silencio, cuenta la historia de una niña de Alemania Oriental, que a raíz de las condiciones políticas estuvo en la cárcel durante el tiempo de la RDA. Allí fue torturada por mujeres criminales y separada de sus hijos. Esta niña no habría querido volver nunca a su patria, aunque esto hubiese sido posible. Ella misma no podría volver más a su patria, ya que ésta ya no existiría. Todo habría cambiado allí, la mayoría de la gente del campo se habría marchado. Sólo una única vez habría ido, pero únicamente habría llorado.

Finalmente se habla sobre los procedimientos futuros: se revela a continuación que fue enviada por un médico para una evaluación. Él la había derivado previamente a un psicólogo, a «una persona famosa», cuyo nombre ella no quiere mencionar. Con este terapeuta tuvo seis a siete sesiones. Ella finalmente concluyó la terapia, porque creía percibir que él en realidad la trataba de mala gana. Este episodio es descrito luego, de manera más detallada.

El terapeuta vivencia a la paciente como una persona diferenciada y reflexiva. Ella muestra una postura altamente autocrítica y revela, con esto, una gran inseguridad. En la transferencia busca un contacto paterno amoroso (la relación está, en parte, erotizada). En su manera de presentarse aparece, sin embargo, también controlada y fácilmente susceptible de ser lastimada. Por lo tanto, en la contratransferencia, el terapeuta se sitúa ofreciéndole un trato cuidadoso y precavido.

6. Ejemplo de caso: «La explosión del paraíso»

6.2
Evaluación y documentación del caso

Eje I (módulo base) Vivencia de la enfermedad y prerrequisitos para el tratamiento	Ausente o apenas presente	Medio			Muy alto	No evaluable
	①	①	②	③	④	⑨

Evaluación objetiva de la enfermedad /del problema (última semana)

1. Gravedad actual de la enfermedad /del problema						
1.1	Gravedad de los síntomas	①	X ①	②	③	④ ⑨
1.2	GAF: valor máximo de los últimos 7 días		→	75		⑨
1.3	EQ5 D Suma: __ 6 __ valor ítem è →	1.1	2.1	3.1	4.1	5.1 ⑨
2. Duración de la enfermedad /del problema						
2.1	Duración de los síntomas	< 6 meses	6-24 meses	2-5 años	X 5-10 años	> 10 años ⑨
2.2	Edad en la primera manifestación del trastorno	en años	→	36		⑨

Vivencia subjetiva de enfermedad/problema del paciente, concepto y forma de presentación

3. Vivencia de la enfermedad y descripción						
3.1	Intensidad del padecimiento subjetivo	①	①	2	③	④ ⑨
3.2	Presentación de síntomas y problemas físicos	①	①	X 2	③	④ ⑨
3.3	Presentación de síntomas y problemas psíquicos	①	①	X 2	③	④ ⑨
3.4	Presentación de problemas sociales	①	X ①	②	③	④ ⑨

4. Concepto de enfermedad del paciente							
4.1	Concepto de enfermedad orientado hacia factores somáticos	①	①	②	③	④	⑨
4.2	Concepto de enfermedad orientado hacia factores psíquicos	①	X ①	②	③	④	⑨
4.3	Concepto de enfermedad orientado hacia factores sociales	①	X ①	②	③	④	⑨
5. Concepto de cambio del paciente							
5.1	Tratamiento deseado: tratamiento somático	①	①	②	③	④	X ⑨
5.2	Tratamiento deseado: tratamiento psico-terapéutico	①	X ①	②	③	④	⑨
5.3	Tratamiento deseado: intervención social	X ①	①	②	③	④	⑨

Recursos para el cambio/Obstáculos para el cambio

6. Recursos para el cambio (últimos 6 meses)							
6.1	Recursos personales	①	①	X ②	③	④	⑨
6.2	Apoyo (psico) social	①	①	X ②	③	④	⑨
7. Obstáculos para el cambio							
7.1	Obstáculos externos para el cambio	X ①	①	②	③	④	⑨
7.2	Obstáculos internos para el cambio	①	①	②	X ③	④	⑨

Eje I (módulo psicoterapia)	Ausente o apenas presente		Medio		Muy alto	No eva- luable
(opcional)	①	①	②	③	④	⑨

6. Ejemplo de caso: «La explosión del paraíso»

Vivencia de la enfermedad, concepto y definiciones del paciente

5. Modelo de cambio del paciente							
5.P1	Reducción de síntomas	①	①	②	③	④	X ⑨
5.P2	Reflexivo-develador de motivaciones /orientado hacia el conflicto	①	X ①	②	③	④	⑨
5.P3	De apoyo emocional	①	X ①	②	③	④	⑨
5.P4	Activo-directivo	①	①	②	X ③	④	⑨

Recursos para el cambio/Obstáculos para el cambio

6. Recursos para el cambio							
6.P1	Capacidad de introspección y mentalización (psychological mindness)	①	①	X ②	③	④	⑨
7. Obstáculos para el cambio							
7.P1	Beneficio secundario de la enfermedad/condiciones para el mantenimiento del problema	X ①	①	②	③	④	⑨

Eje II: Relación

Perspectiva A: Vivencia del paciente	
<i>El paciente se vivencia a sí mismo</i>	<i>El paciente vivencia a otros</i>
<i>Ítem N°. Texto</i>	<i>Ítem N°. Texto</i>
1. 26: sobreadapta, se contiene	1. 10: exigen
2. 7: se preocupa mucho	2. 12: hacen reproches
3. _____	3. 11: avergüenzan

Perspectiva B: Vivencia de los otros (también del evaluador)	
<i>El paciente se vivencia a sí mismo</i>	<i>El paciente vivencia a otros</i>
<i>Ítem N°. Texto</i>	<i>Ítem N°. Texto</i>
1. 10: exige, controla	1. 26: se sobreadaptan, se contienen
2. 11: descalifica, avergüenza	2. 32: se cierran
3. 12: hace reproches	3. 12: hacen reproches

Formulación dinámica relacional:

Describa, por favor,	
... cómo el paciente vivencia repetitivamente a los otros	La paciente vivencia a los otros como demandantes y teme fracasar ante estas demandas y ser avergonzada..
↓	
... cómo reacciona él respecto a eso:	Ella intenta evitar esta situación por medio de adaptarse y de esforzarse mucho por los demás
↓	
.. qué tipo de oferta relacional (inconsciente) le hace a otros con su reacción	En contraste con esta autopercepción, hacia afuera aparece como exigente, demandante y crítica.
↓	
... qué tipo de respuesta induce inconscientemente en otros:	Esto lleva a los otros a tratarla con cuidado y protegerse, o a corregirla ofensivamente.
↓	
... qué vivencia el paciente cuando los otros responden a lo inducido por él	Surge el peligro de que cada una de estas dos respuestas sean vivenciadas como señales de que no responde a las expectativas y que ha fracasado.

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 = X ①
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 = ①	no = X ①

6. Ejemplo de caso: «La expulsión del paraíso»

C) Debido a defensas frente a la percepción de conflictos y emociones, el eje «Conflicto» no puede ser evaluado.	si = ①	no = X 0
D) Conflicto por estrés (conflicto actual), que no corresponde a patrones disfuncionales de conflicto	si = ①	no = X 0

Conflicto disfuncional repetitivo	ausente	poco significativo	significativo	muy significativo	No evaluable
1. Individuación versus dependencia	X 0	①	②	③	⑨
2. Sumisión versus control	⑦	①	X 2	③	⑨
3. Deseos protección y cuidado versus autarquía (autosuficiencia)	⑦	①	②	X 3	⑨
4. Conflicto de autovaloración	⑦	①	②	X 3	⑨
5. Conflicto de culpa	X 0	①	②	③	⑨
6. Conflicto edípico	⑦	X 1	②	③	⑨
7. Conflicto de identidad (o de roles normativos)	⑦	X 1	②	③	⑨

Conflicto más importante: ____ 3 ____

Segundo conflicto más importante: ____ 4 ____

Modo más importante de la elaboración del conflicto	Predominantemente activo	Mixto preferentemente activo	Mixto preferentemente pasivo	Predominantemente pasivo	No evaluable
	①	②	X 3	④	⑨

Eje IV: Estructura	Bueno	1,5	Medio	2,5	Bajo	3,5	Desintegrado	No evaluable
	①		②		X 3		④	⑨
1a Percepción de sí mismo	①	X	②		③		④	⑨
1b Percepción del objeto	①	X	②		③		④	⑨

Eje IV: Estructura		Bueno	1,5	Medio	2,5	Bajo	3,5	Desinte- grado	No eva- luable
		①		②		X ③		④	⑨
2b	Regulación de la relación con el objeto	①		X ②		③		④	⑨
3a	Comunicación hacia adentro	①		X ②		③		④	⑨
3b	Comunicación hacia afuera	①		X ②		③		④	⑨
4a	Vínculo con objetos internos	①		X ②		③		④	⑨
4b	Vínculo con objetos externos	①		X ②		③		④	⑨
5	Estructura Total	①		X ②		③		④	⑨

Eje V: Trastornos psíquicos y psicosomáticos

Va: Trastornos psíquicos:	CIE-10 (criterios de investigación)	DSM-IV (opcional)
Diagnóstico principal:	F 54,13	____. ____
Otros diagnóstico 1:	F ____ . ____	____. ____
Otro diagnóstico 2:	F ____ . ____	____. ____
Otro diagnóstico 3:	F ____ . ____	____. ____

Vb: Trastorno de personalidad:	CIE-10 (F60xx o F61.x)	DSM-IV (opcional)
Diagnóstico principal:	F ____ . ____	____. ____
Otro diagnóstico 1:	F ____ . ____	____. ____

En diagnósticos en eje Va y eje Vb:	① = Eje Va
¿Cuál trastorno se encuentra clínicamente en primer plano?	② = Eje Vb

FALTA TRADUCIR PARTE FINAL DE LA TABLA

6. Ejemplo de caso: «La expulsión del paraíso»

Vc: Enfermedades somáticas:	CIE-10 ¹	DSM-IV (opcional)
Diagnóstico principal:	F ____ . ____	____ . ____
Otro diagnóstico 1:	F ____ . ____	____ . ____
Otro diagnóstico 2:	F ____ . ____	____ . ____
Otro diagnóstico 3:	F ____ . ____	____ . ____

Paciente:	Número de codificación:	Edad:	sexo:	Fecha de evaluación:
			X ① = fem. ② = mas.	
	<u>La expulsión del...</u>	<u>42</u>		<u> </u> . <u> </u> .20 <u> </u>
Evaluador:	Número de codificación:	Edad:	sexo:	Institución:
			① = fem. ② = masc.	
	Grupo de trabajo OPD-2	<u> </u>		<u> </u>

6.3.
Comentarios sobre la evaluación

6.3.1
Vivencia de la enfermedad y prerequisites para el tratamiento

La gravedad del trastorno se califica como comparativamente «baja». El desarrollo de la colitis fue poco complicado. Hasta ahora, ha aparecido un solo evento complejo, que requirió un tratamiento con cortisona. Actualmente hay hemorragias, sin embargo, no se presenta una sintomatología grave. Las molestias psíquicas existen en forma de estados de ánimo depresivos que, sin embargo, no son tan limitantes. El GAF se evalúa de acuerdo con el estrés vivenciado subjetivamente en el contexto de su actividad como instructora en 75. El EQ-5D no presenta indicadores en cuatro de sus ítems (codificación 1), en el ámbito de los trastornos corporales, se puede marcar una «acentuación regular» (codificación 2). La sintomatología principal (colitis) se mantiene desde hace seis años (categoría 5-10 años), la paciente tenía, al momento de las primeras manifestaciones, 36 años.

El padecimiento subjetivo se evalúa como «medio», dado que la paciente evidentemente sufre por su enfermedad. La presentación de las molestias y problemas tanto físicos como psíquicos también es evaluada como «media»: tanto los síntomas de la colitis como el estrés psíquico (especialmente en relación con su trabajo) son presentados claramente. La presentación de problemas sociales en contraste es «baja» ya que, actualmente, y según su relato, las condiciones externas objetivas (por ejemplo, profesionalmente) no presentan una gran dificultad, sino, más bien, un manejo autoexigente en relación con éstas.

El modelo de enfermedad de la paciente no queda tan claro en la entrevista. Ella parece tender a reconocer influencias psíquicas en su colitis y buscar una mejoría de una manera psicoterapéutica. Esta orientación, sin embargo, no aparece como genuina sino, más bien, como consecuencia de un asesoramiento profesional. Debido a que no se exploró si había una imagen de enfermedad orientada a factores somáticos sería, «no evaluable», el concepto de enfermedad orientado por factores psicológicos sólo puede recibir una calificación «baja». Finalmente, es muy cuestionable si la paciente reconoce las conexiones desarrolladas en la conversación como relevantes para el trastorno. Como un indicador positivo, se pueden calificar especialmente aquellas expresiones de la paciente en las que describe la forma en que elabora el estrés, en las que parece asociar su «perfecto funcionamiento» bajo presión y las fracturas psíquicas posteriores. La orientación de la imagen de enfermedad en factores sociales también es «baja». Las molestias de este tipo son tomadas en cuenta como un elemento del pasado, como consecuencia de la migración, pero actualmente se encuentran en segundo plano.

Con respecto al tipo de tratamiento deseado, no se verifica un interés por la medicina («no evaluable»), el deseo de un tratamiento psicoterapéutico está «medianamente» desarrollado, ya que la motivación personal es limitada. No se desea ayuda en el ámbito social («ausente»).

La paciente cuenta con recursos personales en un nivel medio ya que, tanto en términos privados como profesionales, lleva una forma de vida que no se ve perjudicada por la enfermedad y es, en general, exitosa. Puede reconocer sus fragilidades, aunque ello no redundará en consecuencias prácticas en su manejo del autocuidado. El apoyo social se estima en un nivel «medio», ya que parece sentir una clara pertenencia y gozar

de un considerable apoyo en el ámbito familiar, pero fuera de esto da la impresión de ser más bien una luchadora solitaria que utiliza a otras personas (también al terapeuta) limitadamente, sólo en el sentido de un apoyo instrumental o emocional para la superación de sus problemas.

Por otro lado, no se observan obstáculos externos para el cambio («ausente/apenas presente»), excepto por la alta exigencia profesional. Los obstáculos internos para el cambio son evaluados como «altos», debido a que tanto lo visto en la entrevista como su intento de tratamiento previo muestran que, a pesar de que le interesa asumir el rol de paciente, se puede involucrar poco. Esto significa que experimenta la oferta psicoterapéutica finalmente como una exigencia exagerada que le puede generar una enorme presión, razón por la cual apenas puede experimentar los beneficios y la utilidad de dicha oferta.

Debido a que la entrevista en el última instancia aborda la pregunta sobre el tratamiento psicoterapéutico, los ítems del «Módulo de psicoterapia» son relevantes. De la suma de las impresiones obtenidas se deduce que, probablemente, la paciente viene principalmente por su sintomatología corporal y que desea una curación en esa área, aunque, sin embargo, este punto no se explicita. De acuerdo con esto, en el ámbito de las representaciones subjetivas del cambio, el ítem sobre reducción de síntomas se estima como «no evaluable». Aunque los ítems reflexivo-develador de motivaciones/orientado hacia el conflicto y de apoyo emocional no fueron explícitamente abordados, pueden ser evaluados como «bajos», sobre la base de la discusión previa. La paciente estaría fuertemente orientada hacia el control y la autosuficiencia, y no ofrece al interlocutor ninguna posición desde la cual se podría aproximar a otorgar un apoyo emocional. El deseo por una ayuda activa y dirigida, en el sentido de la búsqueda de un experto, se evidencia por la descripción del contacto psicoterapéutico anterior: la paciente relata que pedía a su terapeuta, como especialista, que le diera consejos y que la instruyese activamente sobre sus dificultades, en vez de dejarle la iniciativa a ella (activo-directivo: «alta»). La capacidad de introspección y mentalización de la paciente está «medianamente» desarrollada. Ella nombra, de forma diferenciada, procesos intrapsíquicos, pero en el fondo no reconoce su relevancia en relación con sus molestias y problemas. La ganancia secundaria aparece como «ausente/apenas presente», ya que la paciente no

parece ganar nada subjetivamente por su enfermedad, mientras que por otro lado su autoimagen se ve evidentemente afectada.

6.3.2

Relación

La paciente relata relaciones de diversa calidad, aunque refiere, sin embargo, un tipo de configuración relacional especialmente difícil, que siempre la vuelve a hacer sufrir: profesionalmente siempre vuelve a estar en situaciones en las que se esfuerza hasta el agotamiento, por hacerle justicia a las exigencias y expectativas de otros. En su actividad como instructora, en ocasiones se siente como una «prostituta», al ponerse a disposición de otros, dejándose usar, sin sentir un placer propio al actuar así. Aunque recibe mucho reconocimiento, continúa sintiendo que se encuentra a prueba. También, frente a críticas insignificantes, reacciona con total inseguridad y requiere días para volver al equilibrio personal. Sin embargo, hacia afuera, no muestra ningún tipo de debilidad (ella siempre actúa, independiente de lo que ocurra).

En la conversación de evaluación, también es posible observar esta configuración relacional descrita por la paciente. Ella parece esforzarse por proveer al terapeuta de respuestas exactas. Después de aproximadamente 15 minutos, se llega a una situación bastante reveladora: la paciente relata sobre su inmigración hacia Alemania y la sobrecarga asociada, ante lo que el evaluador pregunta si la hemorragia intestinal habría comenzado aquella vez. La paciente lo niega. Poco después, se da un largo silencio, durante el cual se hace evidente que está desconcertada. Finalmente, termina esta pausa comentando que ella, anteriormente, había ido a un médico justamente en un momento en que no estaba sangrando, por lo tanto ahora tendría su conciencia mucho más tranquila, ya que está consultando en un momento en que tiene molestias agudas. Aparentemente, percibió la pregunta del entrevistador como una crítica (probablemente en el sentido de la pregunta: ¿esto que usted está contando tiene alguna relación con sus molestias?, ¿qué es lo que realmente quiere aquí?), temiendo no poder responder a sus expectativas de una manera adecuada. Basándose en este material, la perspectiva de la vivencia de la paciente se deja retratar de la siguiente manera.

Perspectiva de la vivencia de la paciente

Ella vivencia a otros como exigentes, demandantes y, por esto, como dominantes (ítem 10). Cuando no satisface estas expectativas, ella siente que los otros se tornan descontentos y críticos (ítem 12); y se siente avergonzada por su fracaso (ítem 11). Ella misma se vivencia, que se adapta a las exigencias («funciona» [para los demás]) y que cuidan de los otros (ítem 26 y 7).

Hacia afuera, la paciente tiene una actitud «edificante», taxativa y exigente, difícil de satisfacer. En el entrevistador, surge el sentimiento de tener que cuidarse, de evitar mostrar vulnerabilidad, para no exponerse a una reprimenda o desvalorización. Al final de la conversación, relata un episodio del intento anterior de psicoterapia, que confirma esta impresión: ella había podido deducir a través de diferentes indicios que el terapeuta de aquel entonces estaba harto de ella y que, en realidad, se quería liberar de ella. Cuando un día estaba esperando su hora, habían cerrado una puerta en la consulta ruidosamente, lo que ella consideró como una prueba de la veracidad de su percepción. Cuando ella se enfrentó enérgicamente al terapeuta, él desestimó el presunto significado. Luego de este episodio, ella concluyó el tratamiento.

En la contratransferencia, aparece en el fondo de este relato (pero también en el modo de presentación de la paciente) un dilema: se siente por un lado la tendencia a querer apaciguar a la paciente para disminuir su suspicacia, pero también para protegerse de un ataque de ella. Por otro lado, esto puede ser riesgoso, porque ella percibe la precaución de su interlocutor como indicio de una reserva que la haría sentirse cuestionada. En forma alternativa, uno estaría tentado a corregir las distorsiones perceptivas de la paciente en forma ofensiva, lo cual, sin embargo (como en el caso del terapeuta anterior), sería vivenciado, con mayor razón, como una crítica vergonzosa a la que ella respondería con un ataque.

Perspectiva de la vivencia de otros

Los otros vivencian a la paciente como exigente y dominante (10) y temen hacer algo mal y exponerse por esto a su crítica y desvalorización (11, 12). Ellos reaccionan frente a esto retirándose (26), cerrándose (32) o bien respondiendo con reproches (12).

Una formulación dinámica relacional, que integre ambas perspectivas, podría exponerse en los siguientes términos.

Formulación dinámica relacional

La paciente vivencia a los otros como exigentes y teme fracasar ante esta demanda y sentirse avergonzada, humillada. Intenta evitar esto en tanto se adapta y se esfuerza mucho por los otros. En contraste con esta visión personal, hacia afuera aparece como exigente, demandante y crítica. Esto hace que los otros sean cuidadosos con ella, y a la vez se protejan, o bien la corrijan ofensivamente. Existe el peligro de que vivencie ambas respuestas como signos de que no puede cumplir con las exigencias y de que ha fracasado.

6.3.3

Conflicto

En la evaluación del eje III se debe decidir primero si es posible una evaluación del conflicto. Para esto se consideran cuatro criterios. Primero se debe comprobar si sobre la base del material hay una seguridad diagnóstica suficiente. Éste es el caso en el presente ejemplo. A continuación, se debe decidir si el grado de integración estructural es suficientemente alto, de tal manera que puedan desarrollarse y diferenciarse conflictos disfuncionales delimitados (éste también es el caso). En el próximo paso, se debe revisar si los conflictos son o no evaluables debido a percepciones de conflictos y de emociones rechazadas defensivamente. Esto puede quedar descartado en la paciente, ya que los conflictos y los significados afectivos ligados a éstos se evidencian bien en la entrevista. Finalmente, en la paciente tampoco existe una sobrecarga conflictiva, en el sentido de un conflicto actual, sino un patrón de conflictos disfuncional y repetitivo. Es cierto que la paciente experimentó un estrés importante debido a su inmigración, pero en este caso son decisivas las disposiciones conflictivas duraderas y determinantes de la vida; además las molestias nombradas están claramente fuera del período de tiempo de seis meses, descrito en el manual. De estas reflexiones se concluye que la evaluación de los conflictos es posible y no sólo en términos de esbozos de conflictos, sino como conflictos (neuróticos) circunscritos.

El patrón relacional nombrado en el último párrafo está determinado en gran medida por una temática de autoestima y, en menor medida,

6. Ejemplo de caso: «La expulsión del paraíso»

por una temática de control. La vergüenza, afecto relevante para ambos conflictos, es evidente; también la tendencia a la desvalorización y la importancia de la valoración, el reconocimiento y la admiración. Por esto, el conflicto de autovaloración se evalúa como «muy significativo», y su modo de elaboración predominante es activo. Además, la paciente se controla excesivamente, está orientada por normas internas de rendimiento, y se comporta de manera evaluadora y correctiva en el contacto. Por su relato es posible advertir que también en el ámbito privado aparece frecuentemente como dominante. El conflicto «sumisión versus control» se evalúa como «significativo», el modo de elaboración también es principalmente activo.

Al mismo tiempo que estos dos conflictos dominan en la conducta relacional observable, el contenido del relato de la paciente trata principalmente sobre temas relacionados con el cuidado. El relato de su vida está marcado por el destino de migración de su familia, por el consecuente desarraigo y la pérdida del hogar. En varios ejemplos, describe lo importantes que son su familia, sus amigos y parientes, que le dan seguridad y protección. La distancia física de los padres, que viven en otra ciudad, es dolorosa para ella. En términos afectivos, se percibe el duelo y el tema de la pérdida. Por lo tanto, el conflicto «ser cuidado versus autarquía» se evalúa también como «muy significativo». En este caso el modo predominante es pasivo. No obstante, se presentan momentos activos, especialmente en el modo de «preocuparse demasiado». Aquí se presenta el peligro de que los integrantes de los cursos de entrenamiento OPD no vean este conflicto, porque se pueden dejar impresionar por la manera de presentarse de la paciente, sin tomar en cuenta, en este caso, el contenido del relato.

Aparecen otros dos conflictos, de menor relevancia: Se puede reconocer en la paciente una cercanía afectuosa y comprometida con su padre, mientras que la imagen de la madre es opaca. Además de ella, las mujeres prácticamente no son nombradas. El tema de la sexualidad es evitado y aun así se presenta en forma extrañamente lejana, en momentos en que el relato hace despertar la curiosidad del oyente (por ejemplo, cuando habla de esa amistad cercana con un colega de trabajo). A diferencia de esta «ingenuidad» de los contenidos relatados, la manera de actuar de la paciente muestra rasgos «fálcos»: su presentación con traje de dos

piezas y falda corta, contiene una nota provocativa. Sin embargo, no se aclaran suficientemente otros aspectos importantes del conflicto edípico, pero los que son evidentes permiten justificar su evaluación como «poco significativa». El modo de elaboración es activo en cuanto a la manera de actuar y pasivo en cuanto a los contenidos descritos, por lo tanto, se trata de un modo mixto en su conjunto.

La inmigración y el esfuerzo por adaptarse a una sociedad occidental y de manejar las exigencias de una economía de mercado pueden, en algunos aspectos, ser entendidos también como una asimilación sobrecompensada y forzada de un rol socioculturalmente ajeno, en el sentido de un modo activo de un conflicto de identidad. No obstante, debido a que partes fundamentales de esta dinámica están comprendidas por los otros conflictos (cuidado, autoestima y control), este conflicto se considera como «poco significativo». Todos los demás conflictos son evaluados como «no presentes».

El conflicto principal es «ser cuidado versus autarquía» y el segundo en importancia es el conflicto de autovaloración. El modo de elaboración debe ser estimado en relación con el conflicto principal, por lo que es principalmente pasivo. Por otro lado, si se observan los otros conflictos, sobre todo el conflicto de autovaloración y el de «sumisión versus control», predomina un modo activo, que (como se ha señalado anteriormente) determina la manera de actuar y la presentación externa de la paciente en gran parte de la conversación.

6.3.4

Estructura

El hecho de que con esta paciente se puedan diferenciar varios conflictos claramente circunscritos sugiere un nivel de integración de la estructura no muy malo. A pesar de que ciertas funciones, como, por ejemplo, la percepción de objeto, pueden encontrarse evidentemente limitadas por los conflictos, emergen capacidades estructurales básicas disponibles en momentos de menor estrés.

Tanto la percepción del *self* como la percepción de objeto, en el sentido de una capacidad cognitiva, tienen un nivel de integración entre

6. Ejemplo de caso: «La expulsión del paraíso»

«buena» y «media» (1,5). Al mismo tiempo, se debe tomar en cuenta que, debido a su estilo histriónico, sus descripciones son a menudo llamativas y exageradas; el potencial real se visualiza más bien en forma repentina en ciertos episodios. En esos casos, la paciente puede percibirse a sí misma en forma diferenciada, es decir, puede distinguir sus propias inclinaciones y percepciones, y a través de ello describir los procesos intrapsíquicos relacionados.

Se produce una limitación debido a que la percepción de sí misma se desplaza, en general, hacia el polo negativo (autocrítico). La identidad se muestra sólida (a pesar de la lucha por reconocimiento y adaptación, en la sociedad occidental ajena a ella). Básicamente, tiene una adecuada capacidad para la percepción del objeto. Sin embargo, en situaciones de estrés, las percepciones están fuertemente determinadas por tendencias personales y, por lo tanto, pueden llegar a distorsionarse fuertemente.

El manejo (regulación) se estima en general como «medio». La paciente se muestra evidentemente sobrecontrolada. La flexibilidad emocional y la tolerancia hacia los propios afectos e impulsos se encuentran correspondientemente reducidas en el ámbito de la regulación del *self* (véase también más abajo, con relación a la tolerancia y regulación de los afectos, las reflexiones sobre la comunicación emocional). Los impulsos agresivos se activan en general intrapsíquicamente, como desvalorización de sí misma: hacia afuera, irrumpen sólo puntualmente y en situaciones de fuerte presión (como en el ejemplo del intento de terapia descrito anteriormente). La autoestima es muy vulnerable, a pesar de que esta debilidad le pesa en términos más bien interpersonales, no se expresa destructivamente a largo plazo; probablemente la limitación más significativa se encuentra en el ámbito del manejo. En cuanto a la regulación de las relaciones objetales, destaca un gran desarrollo del control y la rigidez. Subjetivamente, se perciben en forma exagerada los intereses y demandas de los demás. Los impulsos agresivos dirigidos a objetos, que surgen principalmente por la facilidad con que se siente ofendida, son frenados por su excesivo autocontrol y se muestran excepcionalmente en forma directa, por lo que la relación con los otros aparece crónicamente tensa, o bien nerviosa.

Los distintos aspectos de la comunicación emocional exigen en esta paciente una observación diferenciada. La comunicación externa eviden

temente se dificulta por su rigidez y predisposición a sentirse ofendida. Hay una evidente tendencia a interpretar el comportamiento y las señales de los otros desde la propia perspectiva. Todos estos son indicadores de un nivel de integración «medio». Existen limitaciones más fuertes en cuanto a las posibilidades de comunicación interna, es decir, un vitalizar el *self* a través del diálogo interno. La relación consigo misma se logra en primera instancia en forma cognitiva (comparar con autopercepción) y, en menor medida, en el sentido de un manejo vivaz y fructífero de los propios afectos, fantasías y corporalidad. El episodio de colitis grave que tuvo que ser tratado con cortisona apareció cuando a su marido lo despidieron repentinamente del trabajo. La paciente comenta que nunca antes había visto en un estado tan alterado a su marido, que normalmente transmitía tranquilidad y solidez. Habría sido la primera y única vez que ella misma había tenido que ser la fuerte. Su relato muestra vívidamente cómo, en esa época, su seguridad se vio fuertemente afectada y lo complicada que resultó la amenaza derivada de esto, frente a la que reaccionó con una agitación de pánico apenas concebible para ella. Aunque el tema conflictivo del «ser cuidado versus autarquía» también desempeña un papel importante en este ejemplo (pérdida de seguridad y protección), se hace simultáneamente evidente una vulnerabilidad estructural que sugiere una baja integración: la paciente es existencialmente dependiente de circunstancias y personas que le dan soporte y que son absolutamente confiables; tiene serias dificultades para representarse psíquicamente estados emocionales tan intensos, tolerar los afectos que surgen como consecuencia (aspecto de la autorregulación) y elaborarlos internamente. A partir de los otros recursos disponibles (aunque limitados) en la comunicación interna, esta dimensión se estima en general como de integración «media».

El vínculo se estima en ambas dimensiones, interna y externa, como «medio» en su integración. Tal y como se expuso anteriormente, existe una fuerte dependencia de objetos que brindan apoyo; el miedo central consiste en perder el objeto que da apoyo y guía. Además, la capacidad de regularse con ayuda de objetos internos buenos está tan limitada como la capacidad de pedir ayuda externa de manera adecuada. Al observar en forma completa todas las características de la estructura previamente discutidas, se sigue que la evaluación total del nivel de integración de la estructura también es «medio».

6.3.5

Trastornos psíquicos y psicosomáticos

Con el diagnóstico F54.13 se diagnostican influencias psíquicas y comportamentales de una enfermedad clasificada en otra parte, es decir, en este caso una protocolitis. Los códigos adicionales del CIE-10 remiten a una sintomatología esencialmente depresiva, que actúa en relación con la enfermedad de base, de manera causal y estable. No obstante lo anterior, la paciente muestra características de una personalidad histriónica. Sin embargo, los síntomas quedan debajo del umbral de un trastorno de personalidad diagnosticable.

6.3.6

Integración de los ejes

Esta paciente se caracteriza por una constelación específica de varios conflictos, los cuales son elaborados principalmente de manera activa (es decir, en forma compensatoria, a través de formaciones reactivas, contra fóbicamente). Esto se aplica al conflicto de autovaloración, al conflicto de identidad, al conflicto «control versus sumisión» y, especialmente, al conflicto edípico.

El contrapunto frente a estos conflictos lo establece el tema del cuidado (conflicto «ser cuidado versus autarquía») con un desarrollo principalmente pasivo. Esto tiene como consecuencia que la paciente, en el marco de su manejo activo, y al seguir su demanda de control, de ser valorada y de rivalidad fálica, pierde el nexo con sus necesidades pasivas de protección y seguridad y, por eso, se sobreexige y se agota. Debido a que la forma predominante activa de manejo se muestra sobre todo en las configuraciones habituales de relación, éstas se encuentran marcadas por el control, el reconocimiento y la desvalorización, además de la rivalidad. Los deseos opuestos de seguridad son apenas perceptibles en la oferta de relación de la paciente y, en vez de eso, se deducen del contenido del relato de su vida y de la cuidadosa contratransferencia que se instala al oír este relato.

La descripción de la paciente de situaciones desencadenantes de síntomas hace evidente que sus sensibilidades más desarrolladas se encuen-

tran, justamente, cerca de esta problemática, es decir, la de ser cuidada y la de la seguridad. Como se describió previamente, una crisis importante de su marido, con cuyo apoyo siempre pudo contar, desencadena los síntomas graves de colitis; otras exacerbaciones aparecen durante situaciones de calma luego de períodos de acentuada tensión profesional. Puntualmente, se hace evidente que en tales situaciones de inseguridad básica o de tentaciones regresivas, aparecen sentimientos existenciales de inseguridad y amenaza que psíquicamente no pueden ser suficientemente representados ni aprehensibles, por lo que sólo se expresan como reacciones difusas de pánico o síntomas corporales tales como el episodio de colitis.

La acción de los conflictos se complica, de esta manera, por una vulnerabilidad estructural específica, que se muestra sobre todo en el ámbito de la relación afectiva consigo misma (comunicación interna), que interactúa con los problemas de tolerancia a los afectos (autorregulación) y de los introyectos (dependencia de objetos guías, vínculo). La sintomatología tiene, por un lado, el significado de una formación de compromiso, en tanto se presenta en una figura somática una demanda inaccesible conscientemente. Sin embargo, al mismo tiempo, es una expresión sintomática directa de la limitación estructural descrita, es decir, su vulnerabilidad (véase el capítulo 6.3.4).

La conducta relacional habitual se puede entender como manejo, tanto de las disposiciones de conflicto como de las vulnerabilidades estructurales. Tiene un carácter compensatorio activo y evita, de esta manera, una vulnerabilidad central, relacionada con una posición pasivo-dependiente. Este comportamiento relacional tiene por sí mismo un valor sintomático, como fundamento de un cuadro histriónico que, sin embargo, no cumple los requisitos para el diagnóstico de un trastorno de personalidad. En relación con los prerequisites para el tratamiento (eje I), este modo de manejo es problemático por su orientación activa, porque, como se desarrolló en el punto 6.3.1, la paciente experimenta la enfermedad como amenaza a su valoración, autodeterminación y control. Las dificultades que surgen, en vista del patrón relacional que ofrece, al intentar establecer una relación de trabajo psicoterapéutico fueron expuestas en la mención de su patrón relacional disfuncional.

7 Selección del foco y planificación de la terapia

Desde la publicación del primer manual en 1996, el OPD, además de ser un sistema diagnóstico, se ha convertido en una herramienta que permite estructurar y planificar la práctica terapéutica. Un paso importante en esta dirección fue la realización de dos estudios sobre psicoterapia (Grande *et al.*, 2001; Grande *et al.*, 2003; Rudolf *et al.*, 2001b), en los cuales el OPD fue utilizado para evaluar cambios más allá del ámbito puramente sintomático. A partir de los datos proporcionados por estos estudios, se definieron focos individuales para cada paciente y en relación con ellos se observó y evaluó el desarrollo del tratamiento y los avances terapéuticos. Los detalles de este procedimiento de evaluación de cambios serán descritos en el capítulo 8 («Medición del cambio con el OPD»).

Este proceso puede ser utilizado sin grandes dificultades en la práctica terapéutica. Para ello se generan datos a través del OPD, que serán utilizados para identificar aspectos problemáticos que producen o mantienen el trastorno y sobre los cuales debe construirse el trabajo terapéutico. La elección de dichos focos tiene consecuencias inmediatas para el proceso terapéutico; por ejemplo, para la elección de un encuadre adecuado, así como de una actitud terapéutica y estilo de intervención apropiados. La distinción entre los componentes estructurales de un trastorno y los componentes determinados por un conflicto, así como las consecuencias que esta distinción tiene para el tratamiento (véase Rudolf, 2004b) desempeñan aquí un papel muy importante. En principio debería ser posible, para cada foco, formular guías específicas a partir de las cuales sea posible orientar el tratamiento. Evidentemente, esto permite delinear un programa de tratamiento muy amplio y complejo. A continuación, serán planteadas las directrices básicas del proceso de toma de decisiones, en la formulación

7. Selección del foco y planificación de la terapia

del foco, para cada uno de los ejes del OPD. Previamente, presentaremos los pasos mediante los cuales se puede obtener una indicación diferencial de tratamiento utilizando como ejemplo el eje I.

7.1

Establecimiento de la indicación de tratamiento sobre la base del eje I

Con el eje I, la indicación de tratamiento de un paciente debe descansar sobre la base del tipo y severidad de su enfermedad o problema, de su vivencia y concepto (modelo explicativo) de enfermedad, así como de las expectativas que tiene respecto del tratamiento. Esta fase de la indicación diferencial busca sólo clarificar:

- hasta qué punto está indicada una psicoterapia para el paciente, o
- si éste debe continuar en el proceso diagnóstico o consulta psicossomática, o
- si es adecuada una terapia de orientación somática, que debe complementarse con medidas que refuercen la motivación del paciente, o
- si no está indicado tratamiento alguno.

La indicación diferencial de un tratamiento psicoterapéutico (y del tipo de psicoterapia) no puede responderse sólo sobre la base del eje I, sino que debe considerar los resultados globales del diagnóstico OPD.

Cuando está indicada una psicoterapia, el siguiente paso corresponde a la planificación del tratamiento, que debe considerar la formulación de metas terapéuticas (focos) y la elección de procedimientos psicoterapéuticos apropiados para alcanzar dichas metas. La identificación de metas terapéuticas responde a un proceso, es decir, para cada fase diferenciada del proceso terapéutico se identifican sucesivamente metas o focos específicos. En este capítulo, luego de describir las reglas para evaluar la indicación diferencial a psicoterapia sobre la base del eje I, se presentarán los procedimientos de decisión y elección para la formulación de focos para los ejes de relaciones interpersonales, conflictos y estructura.

Los siguientes pasos son necesarios para decidir respecto de la indicación diferencial sobre la base del eje I.

1. Determinar inicialmente si existe algún trastorno que requiera tratamiento y, específicamente, un tratamiento psicosomático o psicoterapéutico.

En la medida en que el paciente presente un trastorno o un problema que requiera tratamiento, será necesario evaluar los siguientes aspectos:

2. ¿Presenta el paciente un nivel suficiente de padecimiento subjetivo como para motivarlo a buscar un cambio?
3. ¿Considera los aspectos psicosociales en la presentación de su problema?
4. ¿Considera los factores psicosociales en su concepto de enfermedad?
5. ¿Se encuentra motivado para un tratamiento psicoterapéutico?
6. ¿Presenta los recursos personales suficientes y apropiados para participar constructivamente en una psicoterapia?
7. ¿Existen obstáculos persistentes (internos o externos) así como una elevada ganancia secundaria que obstaculicen la indicación de psicoterapia o la participación comprometida del paciente en el tratamiento?

Los diversos ítems del eje I poseen diferente valor informativo para la indicación diferencial:

La puntuación de la severidad de la enfermedad/problema actual (1.1.1.2 y 1.3), así como su duración, permiten inicialmente identificar si existe o no un trastorno que requiera un tratamiento y, sobre esta base, permiten determinar en qué medida existen limitaciones de las funciones somáticas y de la capacidad de adaptación psicosocial (GAF). En general, podemos asumir que a mayor severidad de la enfermedad, mayor será el daño en la capacidad funcional y que a mayores problemas de adaptación, mayor será la probabilidad de indicación de un diagnóstico/consulta psicósomática más profundo o una psicoterapia.

El ítem «padecimiento subjetivo» se encuentra relacionado sólo indirectamente con el tema de la indicación diferencial. Un paciente con un

7. Selección del foco y planificación de la terapia

alto nivel de padecimiento subjetivo presentará, probablemente, mayor motivación para el cambio. La identificación de las metas de cambio que se ha propuesto el paciente y de la manera en que se representa el proceso de cambio –la terapia– requiere considerar los otros ejes. De cualquier modo, el paciente debe presentar cierto grado de padecimiento subjetivo para que un tratamiento (psicoterapéutico o somático) pueda, en definitiva, indicarse.

Para subrayar la relevancia que los ítems 3 a 7 del eje I tienen en el proceso de indicación, hemos confeccionado dos configuración típicas e ideales de ítems: la primera describe a un paciente bien orientado hacia una psicoterapia, en tanto que la segunda nos presenta a un paciente que exhibe un concepto de enfermedad y expectativas de tratamiento somáticamente orientados.

Tabla 7-1. «El paciente orientado psicoterapéuticamente».

En los siguientes ítems el paciente presenta un puntaje medio a muy alto (2-4)	
3.1	Intensidad del padecimiento subjetivo
3.3	Presentación de síntomas y problemas psíquicos
3.4	Presentación de los problemas sociales
4.2	Concepto de enfermedad orientado hacia factores psíquicos
4.3	Concepto de enfermedad orientado hacia factores sociales
5.2	Tratamiento deseado: tratamiento psicoterapéutico
5.P1	Reducción de síntomas
5.P2	Reflexivo/orientado hacia el conflicto
5 P3	Apoyo emocional
5 P4	Activo-directivo
6.1	Recursos personales
6.2	Apoyo (psico) social
6.P1	Capacidad de introspección y mentalización
En los siguientes ítems el paciente presenta un puntaje bajo (0-1):	
7.1	Obstáculos externos para el cambio
7.2	Obstáculos internos para el cambio
7.P1	Beneficio secundario/condiciones para el mantenimiento del problema

Tabla 7-2. «El paciente orientado somáticamente»

El «paciente orientado somáticamente» presenta un puntaje medio a alto (2-4) en los siguientes ítems:	
3.2	Presentación de molestias y problemas físicos
4.1	Concepto de enfermedad orientado hacia factores somáticos
5.1	Tratamiento deseado: tratamiento somático
7.1	Obstáculos externos para el cambio
7.2	Obstáculos internos para el cambio
7.P1	Beneficio secundario/condiciones para el mantenimiento del problema
En los siguientes ítems el paciente presenta un puntaje bajo (0-1):	
6.1	Recursos personales
6.P1	Capacidad de introspección y mentalización

En general, los pacientes presentan perfiles mezclados, es decir, características/puntajes de ambos tipos de orientaciones (psicoterapéuticas y somáticas). En estos casos, si la consideración global de los ítems muestra una clara tendencia hacia una orientación somática, es necesario ser cuidadoso respecto de la indicación de un tratamiento psicoterapéutico. En este caso, cuando sobre la base de la enfermedad o problema los pacientes parecen requerir un tratamiento psicoterapéutico, todo indica que primero será necesario reforzar el nivel de motivación hacia una psicoterapia.

Aquellos ítems considerados como «ítems guías» en la indicación diferencial de una psicoterapia son el «tratamiento deseado: tratamiento psicoterapéutico» (5.2.5.P1-5P3), los «recursos personales» (6.1) y la «capacidad de introspección y mentalización» (6.P1). En la medida en que, desde la perspectiva del examinador, el paciente exhiba una orientación psicoterapéutica en estos ítems, debería indicarse una psicoterapia o un tratamiento psicosomático que dependiese del problema subyacente.

Los indicadores positivos para la indicación psicoterapéutica pueden, sin embargo, ser relativizados por los ítems «obstáculos externos para el cambio» (7.1), «obstáculos internos para el cambio» (7.2) y «beneficio

secundario/condiciones para el mantenimiento del problema» (7.P1). Los obstáculos externos importantes, tales como la escasa oferta psicoterapéutica o la imposibilidad económica de costear el tratamiento, pueden determinar que pacientes básicamente motivados para una psicoterapia no reciban el tratamiento requerido. Del mismo modo, incluso en pacientes con un concepto de enfermedad orientado hacia factores psicosociales, la elevada ganancia secundaria puede hacer que disminuya tanto la motivación como la disposición al cambio, tanto en tratamientos somáticos como psicoterapéuticos.

7.2

Determinación del foco sobre la base de los ejes II, III y IV del OPD

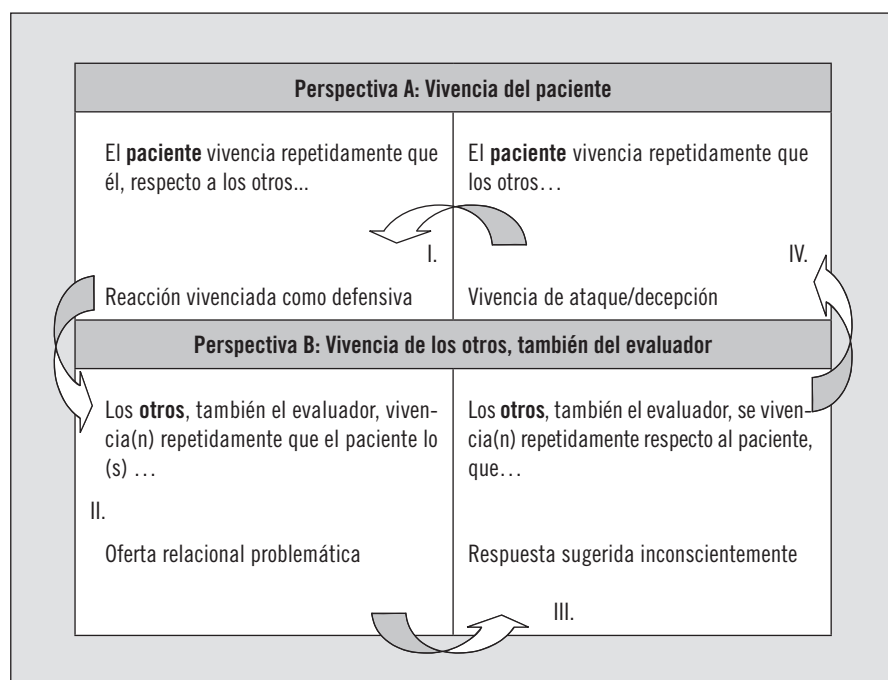
Los focos terapéuticos son seleccionados a partir de la evaluación diagnóstica de los tres ejes psicodinámicos del OPD: relación, conflicto y estructura. A continuación, se resume nuevamente la lógica subyacente a la formulación de los resultados de la evaluación OPD:

La planificación de una psicoterapia, con la elección del foco y la estrategia psicoterapéutica pueden determinarse después de evaluar si se cumplen los prerrequisitos para el tratamiento, se ha establecido la indicación de psicoterapia y se ha acordado el tratamiento con el paciente. En este proceso, las características mencionadas previamente (padecimiento subjetivo, concepto de enfermedad, expectativas de cambio, tratamiento deseado, obstáculos para el cambio y ganancia secundaria) han sido muy importantes e incluso determinantes, en las decisiones del entrevistador y en los acuerdos con el paciente. Ahora pasan a un segundo plano, dando espacio a una reflexión acerca del contenido y los objetivos del tratamiento planeado. Es en este punto donde los ejes propiamente psicodinámicos del OPD (relaciones interpersonales, conflicto y estructura), pasan a un primer plano. En conjunto, representan los indicadores psicodinámicos y permiten la elección de los focos a partir de los cuales se orientará el trabajo psicoterapéutico. El procedimiento para la elección de los focos, así como las consideraciones en torno a las estrategias terapéuticas, serán desarrollados a continuación. En primera instancia, sin embargo, es

preciso establecer la conexión con los resultados del proceso diagnóstico, por lo que se resumen los principales aspectos de los hallazgos psicodinámicos según el OPD.

Relación

El recuadro 7-1 presenta el esquema introducido en la sección 3.2 para la identificación y diagnóstico de patrones interpersonales disfuncionales. El sector superior derecho representa el punto de entrada al patrón relacional: generalmente, el paciente percibe el comportamiento de los otros como una molestia o desilusión frente a la cual debe reaccionar. La mayoría de las veces, el paciente se percibe a sí mismo de manera pasiva, reactiva, es decir, no como alguien que toma la iniciativa y tiene responsabilidad en lo que sucede (conexión I). En contraste con ello, los demás perciben al paciente no sólo como alguien reactivo, sino más bien como



Recuadro 7-1. Esquema para la formulación de dinámicas interpersonales.

alguien que hace una oferta relacional compleja (II). Esta oferta relacional puede inducir en el otro determinadas respuestas, que pueden percibirse como impulsos en la contratransferencia (III). Si los otros ceden ante estos impulsos y responden de acuerdo con ellos, probablemente el paciente experimente esta respuesta como una repetición de la desilusión que siempre ha esperado (y temido) del otro (IV). De este modo, se establece un círculo vicioso que se refuerza en cada ciclo relacional.

Una dinámica relacional generada a partir de este esquema podría formularse del siguiente modo: «La paciente experimenta a los otros como exigentes, teme fracasar ante estas exigencias y ser avergonzada. Intenta evitar esta experiencia adaptándose y preocupándose mucho por los otros. En contraste con su autopercepción, la paciente es experimentada por los demás como exigente, desafiante y crítica. Esto lleva a los otros a ser muy cautelosos con ella y a protegerse o a asumir una actitud ofensiva e intentar corregirla. Ambas respuestas corren el riesgo de ser interpretadas por la paciente como un fracaso frente a las exigencias del resto».

Conflicto

La inferencia de potenciales focos de conflictos mediante el OPD es simple: básicamente, se considerarán como focos los dos conflictos principales (véase el apartado 4.3).

- C1. Individuación versus dependencia
- C2. Sumisión versus control
- C3. Cuidado versus autarquía
- C4. Conflicto de autovaloración
- C5. Conflicto de culpa
- C6. Conflicto edípico
- C7. Conflicto de identidad

Estructura

En la elección de focos estructurales es necesario evaluar y distinguir cuánto participan las limitaciones estructurales en el trastorno y en qué

medida dicho trastorno es dependiente del conflicto. La magnitud de las limitaciones estructurales puede determinarse una vez evaluadas las ocho dimensiones estructurales (incluyendo el nivel general de integración estructural) y cuando se haya identificado la intensidad de los conflictos (ver tabla 4-8 y tabla 4-17). La comparación entre el diagnóstico estructural y el de conflicto permite ponderar la importancia de los aspectos estructurales en la comprensión diagnóstica y el planteamiento de metas terapéuticas. Cuando los aspectos estructurales son significativos pueden especificarse siguiendo la lista de capacidades estructurales (ver tabla 7-3). Para ello, se marcan los ítems que supuestamente provocan o mantienen las limitaciones del paciente. Además, estos ítems describen el ámbito de problemas que serán objeto del trabajo terapéutico y cuya modificación representa una de las principales metas del tratamiento. Los ítems incluidos en la lista de focos estructurales son:

Tabla. 7-3. Resumen de las capacidades estructurales.

Percepción de si mismo y del objeto	
Percepción de si mismo	Percepción del objeto
ES1.1 Autorreflexión	ES1.4 Diferenciación self-objeto
ES1.2 Diferenciación afectiva	ES1.5 Percepción del objeto total
ES1.3 Identidad	ES1.6 Percepción realista del objeto

Manejo	
Autorregulación	Regulación de la relación con el objeto
ES 2.1 Manejo de impulsos	ES2.4 Protección de las relaciones
ES 2.2 Tolerancia afectiva	ES2.5 Regulación de los intereses
ES 2.3 Regulación de la autoestima	ES2.6 Anticipación

Comunicación emocional	
Comunicación hacia adentro	Comunicación hacia afuera
ES3.1 Vivencia de los afectos	ES3.4 Establecer contacto
ES3.2 Uso de la fantasía	ES3.5 Comunicación de los afectos
ES3.3 Self corporal	ES3.6 Empatía

7. Selección del foco y planificación de la terapia

Vínculo	
Vínculo con objetos internos	Vínculo con objetos externos
ES4.1 Internalización	ES4.4 Capacidad de vincularse
ES4.2 Uso de los introyectos	ES4.5 Aceptar ayuda
ES4.3 Variedad de los vínculos	ES4.6 Desprenderse de vínculos, separarse

7.3
Principios en la selección de focos

En la elección de un foco para el trabajo terapéutico participan muchos aspectos que no se limitan exclusivamente al tipo de trastorno, sino que también se relacionan con las condiciones contextuales de la terapia: por ejemplo, un tratamiento puede estar limitado temporalmente, lo que obliga a formular una terapia que pueda cumplirse en los límites preestablecidos. Por otra parte, algunos aspectos del trastorno pueden intensificarse en la terapia, cuando son actualizados por circunstancias y eventos vitales específicos. Finalmente, tiene sentido iniciar el trabajo terapéutico por los problemas a los que el paciente tiene cierto grado de acceso. Esto facilita la formación y desarrollo de la alianza terapéutica. En este caso, así como en otros similares, se seleccionarán del conjunto de focos disponibles aquellos que pueden abordarse en el marco de las especiales circunstancias del trastorno. Sólo después se intentará pasar a otros, eventualmente más fundamentales en el trastorno.

Por otra parte, es importante primero evaluar un trastorno sin considerar las limitaciones ya descritas, y determinar las dificultades básicas que presenta el paciente en las áreas relacionales, de conflicto y estructura, así como determinar qué debería cambiar en estas áreas y, por tanto, ser objeto de la tarea terapéutica. En este análisis, la información que entrega el OPD es de gran utilidad. Como focos pueden ser considerados aquellas áreas del OPD que (co)producen o mantienen el trastorno y tienen, por tanto, un papel importante en la psicodinámica del trastorno. Esto se relaciona con el supuesto de que algo debe modificarse en estos focos si se pretende lograr un avance terapéutico. De acuerdo con esta premisa, pueden seleccionarse uno o varios focos a partir de la información gene-

rada por el OPD. Tal como señalan los estudios citados previamente, es necesario considerar varios focos para comprender los diferentes aspectos de un trastorno (Grande *et al.*, 2001; Rudolf *et al.*, 2000).

Con el fin de seleccionar focos relevantes para la terapia, el terapeuta debe tener una imagen integrada de las interrelaciones e interdependencias dinámicas existentes entre los diferentes aspectos del trastorno identificados por el OPD. Así, puede ocurrir, por ejemplo, que un tema conflictivo sea inicialmente muy ostensible para el terapeuta, pero que después se revelese, en una mirada más precisa, que ese tema está más bien funcionando al servicio de otras limitaciones, estructurales o conflictivas, que en realidad constituirían el problema básico del trastorno.

Ejemplo: Un paciente de 40 años mantiene sus relaciones interpersonales de manera controladora y buscando tener siempre la última palabra, por lo que históricamente sus relaciones de pareja han culminado en competencias por el poder (conflicto: «sumisión versus control»). Un análisis más preciso muestra que este patrón relacional está al servicio de regular la cercanía y la distancia en sus relaciones, para protegerse de la angustia producida por la amenaza de pérdida de límites en la intimidad con otros (conflicto más profundo y principal foco: «individuación versus dependencia»).

Ocasionalmente, la elección de focos estructurales se encuentra dificultada por el hecho de que diversas capacidades estructurales se encuentran limitadas de manera similar, por lo que es pertinente preguntarse por los focos que se deben privilegiar. Este cuestionamiento surge porque diferentes capacidades estructurales están frecuentemente relacionadas y dependen unas de otras, por lo que las limitaciones de unas impactan y codeterminan a las otras. Por tanto, en la elección de un foco debe examinarse cuál de las funciones afectadas corresponde a la causa *primaria* del trastorno estructural. En la mayoría de los casos, desde ahí se desprenden otras dificultades estructurales que tienen un valor secundario y que son, por lo tanto, menos propicias para ser utilizadas como un foco. Un ejemplo: la deficiente percepción de objeto de un paciente puede deberse a que su identidad es frágil y a que, en el contacto con otros, «se pierde a sí mismo». El desarrollo y diferenciación de «lo propio» sería, en este

caso, un prerequisite para lograr estabilidad en el mundo objetal y de esta manera poder orientarse de modo más seguro en la relación con otros. Esto significaría que sus limitaciones en el área de la percepción de sí mismo (identidad) se transformen en el foco primario respecto de las limitaciones en la percepción del objeto. Podría esperarse que la elaboración y resolución del foco primario resuelva simultáneamente el otro foco.

7.4

Constitución de los focos

Como fue presentado en la sección 3.6, en el patrón relacional disfuncional están condensadas todas las disposiciones conflictivas y limitaciones estructurales. Por esta razón, el patrón relacional siempre está en el centro del trabajo terapéutico. Como mostraremos detalladamente más adelante, el tipo de trabajo terapéutico que se realice se diferenciará claramente en la relación, dependiendo si ésta está determinada por características estructurales (terapia centrada en la estructura) o conflictivas (terapia centrada en el conflicto).

En casos inequívocos, es posible seleccionar focos exclusivamente conflictivos o exclusivamente estructurales. Sin embargo, en la mayoría de los casos ambos aspectos son importantes, por lo que es habitual la combinación de focos. Diversos estudios han mostrado que cuanto menor es el nivel de integración estructural, mayor es la frecuencia de algunos conflictos (individuación versus dependencia). En contraste, en casos donde se observa un alto nivel de integración estructural los conflictos edípicos son relativamente más frecuentes (Grande *et al.*, 1998a; Rudolf *et al.*, 2004a). De acuerdo con la experiencia que hemos adquirido hasta el momento (Grande *et al.*, 2001; Grande *et al.*, 2003; Rudolf *et al.*, 2002a), sugerimos la selección de un total de cinco focos de acuerdo con las siguientes especificaciones:

- Es obligatorio incluir el patrón relacional disfuncional en la formulación relacional dinámica y conformar el foco en cualquier caso.
- De los ejes «Conflicto» y «Estructura» se pueden seleccionar adicionalmente hasta cuatro focos. El número de focos seleccionados en

cada eje puede variar, dependiendo de la magnitud de las limitaciones estructurales o conflictivas. Esto significa que, en un caso extremo, los cuatro focos restantes pueden provenir del eje «Estructura». En trastornos basados claramente en conflictos, puede ocurrir que dos o tres conflictos sean suficientes para describir la perturbación y los focos estructurales se hagan relativamente irrelevantes. Esto es posible y permite que en lugar de cinco focos puedan seleccionarse sólo tres o cuatro.

7.5 Planificación y objetivos del tratamiento

Frecuentemente, las dificultades en el curso del tratamiento se deben a que el paciente presenta significativas limitaciones estructurales, que dificultan elaborar las dinámicas conflictivas. Este aspecto ha sido elaborado en forma muy clara en el OPD, gracias a un detallado diagnóstico estructural y del conflicto. De esta manera, el terapeuta puede ponderar el peso relativo de los aspectos estructurales y conflictivos. Sobre esta base, recomendamos tomar una decisión estratégica en la etapa de planificación del tratamiento y decidir si el tratamiento psicoterapéutico debe relacionarse con temáticas conflictivas o estructurales. Como señalamos previamente, si desde el punto de vista diagnóstico, el trastorno es mixto, la elaboración del conflicto se verá dificultada por limitaciones estructurales. Esta decisión puede representarse en el siguiente diagrama:

Tabla 7-4. Establecimiento de una orientación basada en el conflicto o en la estructura.

La psicoterapia en este paciente estará orientada a...

	Claramente	Preferen- temente	Mixta	Preferen- temente	Claramente	
Estructura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conflicto

7. Selección del foco y planificación de la terapia

De la respuesta a esta pregunta pueden deducirse estrategias terapéuticas que, a su vez, y dependiendo de la situación, enfatizan un trabajo basado en la estructura o se orientan a movilizar conflictos (ver tabla 7-4). Estas estrategias se refieren a:

- El encuadre terapéutico,
- la actitud terapéutica,
- la jerarquización de los focos escogidos,
- el manejo de patrones relacionales disfuncionales,
- las técnicas terapéuticas.

Dependiendo de la magnitud de las imitaciones condicionadas por el conflicto o por la estructura, se pueden diferenciar, en primer lugar, trastornos basados predominantemente en conflictos, en segundo lugar, trastornos predominantemente estructurales y, en tercer lugar, trastornos basados en conflictos, cuya complejidad se halla acentuada por limitaciones estructurales.

Trastornos basados predominantemente en conflictos

En estos trastornos, los procesos mentales ocurren sobre la base de un nivel de integración estructural alto o medio. En términos psicodinámicos, esto se entiende como la expresión de una intención o deseo inconsciente por parte del paciente. Algo en el paciente «crea» este deseo, la defensa pertinente y la resultante formación de compromiso. Incluso cuando el paciente –debido a la represión– es inicialmente incapaz de responsabilizarse por este deseo, se asume que es capaz de hacerlo, al menos de manera básica. ¿Qué consecuencias tiene esto para la estrategia terapéutica?

Encuadre

Considerando la amplia disponibilidad de espacio psíquico interno y de funciones estructurales, el trabajo terapéutico puede ser llevado a cabo en un encuadre grupal o individual. Dependiendo de la indicación, el tratamiento puede realizarse en un encuadre psicoterapéutico psicoanalítico, que enfatiza la regresión y la transferencia o en el encuadre focal, develador de conflictos y de regresión limitada que ofrece la psicoterapia psicodinámica. Puesto que, en este caso, el paciente es fundamentalmente

responsable de sus acciones, el encuadre no tiene la función de estructurar, poner límites o apoyar al paciente. El objetivo de la psicoterapia orientada hacia el conflicto es reforzar y actualizar las capacidades latentes del paciente, por lo que una oferta terapéutica de apoyo sería insuficiente. En este caso, el encuadre define el marco general en el que la terapia debe realizarse y que deberá ser mantenido, incluso durante las fases más complejas del tratamiento. Las transgresiones contextuales pueden abordarse terapéuticamente y ser interpretadas como un fenómeno transferencial sobre la base de conflictos inconscientes.

Actitud terapéutica

El terapeuta puede asumir que el paciente transfiere sus conflictos inconscientes hacia él. Por lo tanto, dirige su atención hacia la contra-transferencia y evalúa con qué intenciones inconscientes el paciente se dirige hacia él. Una importante opción terapéutica consiste en señalar y hacer consciente al paciente dichas intenciones, así como los temores asociados a ellas. Suponemos que una vez comprendidos y aceptados los motivos inconscientes que subyacen a sus conductas, será capaz de responsabilizarse de su propio comportamiento. El trabajo terapéutico debe reforzar activamente esta posibilidad. El terapeuta, pues, conduce la terapia manteniendo una actitud de abstinencia benevolente, donde no sobreprotege al paciente a través de ofertas de apoyo, promoviendo así su desarrollo.

Jerarquización de los focos

La tarea consiste en formular una hipótesis acerca de cuál de los conflictos representa el núcleo del trastorno, determinar cuáles derivan de este conflicto o están asociados a él. Como ya señalamos, es frecuente la interacción y entrelazamiento de conflictos. El OPD permite un análisis detallado de estas interacciones, así como esclarecer complejos cuadros clínicos, determinando capas diferenciadas de conflictos más sencillos. Hemos mencionado ya cómo un conflicto asociado puede funcionar como un mecanismo de manejo (*coping*) respecto del conflicto nuclear.

En un primer paso terapéutico, este intento de afrontamiento puede ser reconocido y connotado positivamente. En un segundo paso, el análisis del costo subjetivo de este mecanismo permitiría abordar el conflicto prin-

cial. Enfatizamos nuevamente que el conflicto asociado es interpretado en términos de su función defensiva, antes de acercarse a las motivaciones (intenciones) inconscientes reprimidas.

Ejemplo: una paciente depresiva presenta esencialmente un conflicto de «cuidado versus autarquía», determinado biográficamente por la relación con sus padres, que configura todas las relaciones actuales con su marido, sus hijos y amigos. En menor cuantía y derivados de su necesidad de cuidado, también es posible reconocer conflictos de autovaloración y culpa que ejercen, respecto del conflicto principal, más bien funciones reparatorias. En este caso, el trabajo de desvelar (aliviar sentimientos de culpa y estabilizar la autovaloración) comienza por los conflictos asociados y no el principal. De este modo, no se desencadenan sentimientos de inseguridad en la paciente y no se afecta la comprensión central que ella tiene de sí misma. Así, esta técnica contribuye a aliviarla y estabilizarla.

Elaboración de relaciones disfuncionales

El terapeuta examina para sí mismo qué deseos y temores relacionales dirige el paciente hacia él y los otros. Posteriormente, construye una hipótesis acerca del modo en que la oferta relacional podría comprenderse como una formación de compromiso. En su contratransferencia, descubre sentimientos e impulsos desencadenados por el paciente. Finalmente, puede representarse las complicaciones relacionales que surgirían si cediera frente a estos sentimientos e impulsos. Junto con el paciente, examina los temores de éste en relación con los otros y con el terapeuta y diferencia los afectos correspondientes. En un segundo paso, se focaliza en los esfuerzos del paciente, debido a sus temores, por protegerse en sus relaciones, tanto en el contexto de la relación terapéutica como en sus relaciones con otros. El terapeuta acepta estos esfuerzos y los connota positivamente. Sin embargo, no descuida presentar al paciente el aspecto más disfuncional de sus esfuerzos, particularmente el riesgo de que su comportamiento defensivo funcione como profecía autocumplida, pues induce a los otros a responder de manera decepcionante, confirmando así sus temores y quedando sus deseos relacionales insatisfechos. En este contexto, puede ser importante demostrar al paciente el tipo de sentimien

tos e impulsos que desencadena en el otro y en el terapeuta y las posibles consecuencias de que los otros reaccionen a estos impulsos.

Intervenciones

Pueden utilizarse intervenciones terapéuticas, diseñadas para fortalecer y promover aquellas capacidades básicas disponibles para el paciente, pero limitadas por las defensas y formaciones de compromiso. En esta orientación, son apropiadas todas las intervenciones que tiendan a revivir y actualizar conflictos inconscientes. Aquí se incluyen, por ejemplo, técnicas de movilización afectiva. En psicoterapias de largo plazo es posible utilizar intervenciones y estrategias terapéuticas que estimulen la regresión e intensifiquen la relación transferencial. Dado que en general los síntomas del paciente son desencadenados por situaciones específicas que poseen un significado biográfico subjetivo, es decir que están determinadas por conflictos inconscientes, son importantes las interpretaciones apropiadas para elaborar estos significados. Las técnicas de intervención orientadas al conflicto han sido extensamente elaboradas en la literatura psicoanalítica. Una compilación práctica para su uso clínico puede encontrarse en Wöller y Krause (2005).

Alteraciones predominantemente estructurales

El trastorno está determinado en gran medida por la limitada disponibilidad de funciones estructurales, como la capacidad de autorreflexión y diferenciación afectiva, la percepción realista del objeto y la empatía, autorregulación y defensas maduras y la comunicación emocional e internalización de relaciones. El nivel general de integración estructural es bajo. Los temas conflictivos son reconocibles, pero con frecuencia difíciles de definir claramente en los casos individuales.

Decisivo en la comprensión psicodinámica es el hecho de que las dificultades del paciente no provienen de intenciones inconscientes (deseos, defensas), sino que más bien son consecuencia de una limitada y frágil capacidad de autorregulación y manejo de relaciones, adquirida en el transcurso del desarrollo. De este modo, el paciente no se responsabiliza por sus dificultades en el sentido de una intención inconsciente. A veces, sin embargo, el paciente muestra un manejo disfuncional de sus

7. Selección del foco y planificación de la terapia

limitaciones estructurales, que en sí mismo es problemático (por ejemplo, conductas destructivas) y representa una actividad por la cual el paciente puede ser responsabilizado. Por lo tanto, es de fundamental importancia en el contrato terapéutico con estos pacientes distinguir entre sus incapacidades estructurales, por una parte, y las posibilidades de un manejo constructivo o destructivo de ellas.

Encuadre

Cuanto mayor sea el trastorno estructural, mayor será la necesidad de proveer al paciente de estructuras externas (psicoterapia en régimen de hospitalización, clínicas diurnas, rehabilitación, derivación a un hogar protegido), promover la construcción de competencias y ofrecer al paciente posibilidades de aprendizaje social (cursos y actividades de recreación). Las psicoterapias ambulatorias deben ofrecer una estructura estable (disponibilidad confiable) y además reaccionar de manera suficientemente flexible frente a los temores, necesidades de seguridad del paciente y fluctuaciones críticas en su nivel de bienestar. La implementación externa de la terapia, así como la manera en la cual se procederá, deben ser discutidas y acordadas cuidadosamente. Algunos puntos esenciales pueden ser regulados en «contratos» (por ejemplo, conductas suicidas, conductas alimenticias, consumo de drogas y otras formas de comportamientos autodestructivos). Todas las condiciones que proveen estructuras externas deben insertarse en la relación terapéutica y deben ser garantizadas por el terapeuta (o por el equipo terapéutico) con el fin de que las funciones disponibles (regulación, delimitación, tolerar afectos difíciles) puedan ser asumidas por el paciente como habilidades estructurales benéficas para sí mismo. Las transgresiones de las reglas establecidas en el contrato no son consideradas como intenciones encubiertas del paciente, sino que se responde a ellas estableciendo firmeza límites bien definidos. Siempre es necesario evaluar si el paciente se encuentra sobreexigido y no puede atenerse al encuadre, porque se le asignó una cuota de autorresponsabilidad que excede sus posibilidades estructurales.

Actitud terapéutica

Considerando la tendencia del paciente a retirarse, devaluar y destruir sus relaciones, el objetivo primario es desarrollar una actitud terapéutica que

posibilite y fortalezca la relación terapéutica. Esto supone –especialmente al comienzo de la terapia– la adopción de actitudes parentales que sugieren al terapeuta que adopte funciones de yo auxiliar, contenga, se preocupe y cumpla una función especular al reflejar sus propias percepciones y emociones y establezca también límites firmes. La actitud terapéutica incluye el hecho de llamar la atención del paciente sobre sus capacidades disponibles para afrontar las limitaciones estructurales de manera constructiva o destructiva y debatir con él sobre este aspecto. Esto implica que el terapeuta no interpreta el comportamiento de sus pacientes como una oferta transferencial dirigida «personalmente» a él, sino que aprende a reconocer dicho comportamiento –junto con el paciente– como el resultado de patrones experienciales y conductuales problemáticos que el paciente necesita conocer para afrontar mejor. Esta actitud parental considera, finalmente, responder a las expresiones del paciente con ecuanimidad, de manera «adecuada a un niño», adoptando una actitud terapéutica más activa. No obstante, se conserva la abstinencia terapéutica por el hecho de que el terapeuta responde no sólo desde la posición de «otra persona» sino también desde una posición parental.

Jerarquización de los focos escogidos

Se busca evaluar qué funciones estructurales requieren más apoyo terapéutico, para que el paciente pueda regular tanto sus relaciones interpersonales como a sí mismo. En este contexto rige la siguiente circunstancia: cuanto mayor sea la severidad del trastorno estructural, mayor relevancia adquirirán los aspectos del *self* descritos en el OPD (percepción de sí mismo, regulación de sí mismo). El terapeuta tiene la tarea de reforzar la autonomía del *self* y estimular la habilidad del paciente para relacionarse consigo mismo. Frecuentemente, estos pacientes logran mejorar sus relaciones objetales sin mayor ayuda adicional, una vez que han logrado mayor orientación y solidez interna. En una alteración estructural menos severa, las relaciones objetales adquieren un papel central (percepción del objeto, comunicación) y pueden ser elaboradas terapéuticamente en el contexto de la relación interpersonal paciente-terapeuta. El terapeuta puede reforzar el tratamiento posicionándose más fuertemente como interlocutor en la conversación o como el «otro». Más aún, es posible establecer que cuanto más severa

sea la alteración, más relevancia adquirirán las características descritas en la dimensión estructural de *vínculo* del OPD. Este nivel experiencial puede abordarse sólo parcialmente mediante el contenido verbal, por lo que en estos casos la actitud y la conducta del terapeuta (por ejemplo, confiabilidad, firmeza, benevolencia) son más importantes que el contenido de sus intervenciones.

Elaboración de relaciones disfuncionales

El terapeuta examina con el paciente qué dificultades estructurales, limitaciones y vulnerabilidades se evidencian en sus relaciones interpersonales. En la relación con el paciente, no presume que su oferta relacional problemática esté dirigida personalmente a él. Más bien, trata de establecer un marco relacional que permita examinar y objetivar con el paciente, desde la perspectiva de un tercero, los problemas surgidos en el contacto terapéutico. Además, anima al paciente a responsabilizarse de sus comportamientos relacionales y a regularlos utilizando los conocimientos adquiridos. En el caso de comportamientos destructivos y agresivos, puede ser especialmente útil representarse estos comportamientos como expresiones de un «ello», es decir, como respuestas a fuerzas interiores que aún no pueden ser reguladas e integradas (Benjamin, 1993). Esto facilita la triangulación descrita más arriba y ayuda al paciente a distinguir entre él mismo y su comportamiento, para tomar distancia de éste. Incluso en etapas en las que pareciera ser incapaz de diferenciarse de su conducta, el terapeuta debe, no obstante, ser capaz de bosquejar internamente un modelo que recoja esta diferencia. De otro modo, sería difícil no imaginar al paciente como alguien deliberadamente destructivo.

Es importante recordar que los pacientes con limitaciones en el funcionamiento estructural (por ejemplo, debido a una mortificación ligada a vivencias de insuficiencia), pueden desarrollar estrategias secundarias para afrontar dichas experiencias. Estas estrategias pueden presentar un carácter agresivo, devaluador o destructivo. En este caso, los pacientes claramente actúan como si fuesen (al menos parcialmente) responsables por sus acciones y deben, por lo tanto, ser señalados como los autores de estas estrategias disfuncionales: no es el «ello» el que actúa, sino que son ellos mismos.

Los patrones relacionales basados en limitaciones estructurales no siempre tienen un carácter agresivo; muchas veces son más bien evitativo-defensivos. Tanto el retirarse como el control rígido de las relaciones tienen como objetivo protegerse de vulnerabilidades estructurales, por ejemplo, una identidad frágil o una baja autoestima. En este caso, el terapeuta trabaja junto al paciente para elaborar esta vulnerabilidad y poder verbalizarla. Se trabajan especialmente los eventos, circunstancias y experiencias relacionales que afectan esta vulnerabilidad. Adicionalmente, el terapeuta acepta y connota positivamente los mecanismos utilizados por el paciente, para proteger su vulnerabilidad en las relaciones. En un segundo momento, puede evidenciarse el costo subjetivo de estos mecanismos, por ejemplo, cuando imposibilitan o limitan el cumplimiento de los deseos relacionales.

Intervenciones

Cuanto mayor sea la severidad del trastorno estructural, mayor será la necesidad de cuidado y moderación en la utilización de técnicas movilizadoras de afectos. Por lo mismo, las técnicas que promueven la regresión y la dependencia (uso de diván, mayor frecuencia de sesiones), pasan a un segundo plano. En vez de esto, conviene aplicar técnicas que refuercen la estabilización básica del *self*, en tanto que las intervenciones focalizadas en las interacciones relacionales se abordarán en una fase posterior del tratamiento. Muchas veces son más adecuados los procedimientos no-verbales para transmitir al paciente un sentimiento auténtico de la propia persona. Puesto que las limitaciones estructurales se manifiestan frente a estresores inespecíficos, es decir, no son desencadenadas primariamente por situaciones específicas sobre el trasfondo de un conflicto neurótico, las interpretaciones de significado, por ejemplo, de los motivos inconscientes, pasan a un segundo plano. El foco está puesto en el «cómo» (es decir, en la objetivación y diferenciación de la limitación estructural) y no en el «porqué» (Grande, 2002). El paciente no debe ser «cuestionado», más bien debe ser apoyado en la creación de una distancia entre él y sus problemas, así como ayudado a regular dicha distancia. La secuencia específica del manejo terapéutico descrito puede estudiarse en profundidad en el trabajo de Rudolf (2004b).

7. Selección del foco y planificación de la terapia

En las dimensiones del eje «Estructura» se distinguen diferentes objetivos terapéuticos y técnicas específicas de intervención, que buscan reforzar y desarrollar las funciones estructurales respectivas:

- En el nivel cognitivo de la percepción *self*-objeto, el objetivo terapéutico consiste en que el paciente logre una percepción realista de *self* y sus objetos y a través de esto pueda sostenerse y orientarse en su mundo interno y en el exterior. Esto no implica solamente que gane en acceso a la realidad, sino que además la acepte y la considere. Las intervenciones del terapeuta están diseñadas para reforzar las percepciones del paciente respecto a la realidad. Para ésto, el terapeuta recurre a demostraciones, confrontaciones, ayuda al paciente a diferenciar aspectos de ésta y le refleja de la realidad aquello que éste no ve.
- En el nivel de la autorregulación y las defensas, el objetivo terapéutico es que el paciente gane distancia interna respecto de sus propios impulsos, afectos, autoatribuciones y deseos relacionales. Desde esta posición, podría establecer límites, autorregularse, decidir y disponer de sus funciones estructurales. Las intervenciones del terapeuta deben ayudar al paciente a obtener una posición claramente definida, observadora y autónoma. Al mismo tiempo, deben ayudarlo a retirarse de situaciones que lo sobrepasen y abrumen.
- En el nivel de la comunicación emocional, el objetivo consiste en que el paciente pueda involucrarse y ser afectado emocionalmente y lograr, de esta manera, que su mundo experiencial se dinamice y energice. Las intervenciones terapéuticas deben vivificar los afectos del paciente, fomentar el encuentro con la emocionalidad y hacer tolerables los sentimientos desconcertantes y desagradables que ello desencadena.
- En el nivel del vínculo con objetos internos y externos, el objetivo es ayudar al paciente a relacionarse con buenos objetos internos y externos. La meta es la regulación de sí mismo, con la ayuda de objetos internalizados positivos, y el desarrollo de la posibilidad de utilizar los recursos relacionales externos. Las intervenciones del terapeuta deben atraer la atención del paciente hacia las posibilidades disponibles (en el mundo externo, en la situación terapéutica y en la experiencia biográfica del paciente), promover su utilización, así como elaborar y corregir experiencias biográficas contraproducentes.

Trastornos basados en conflictos complicados por limitaciones estructurales

En este tipo de trastornos encontramos conflictos claramente reconocibles. Un diagnóstico cuidadoso revela, sin embargo, que además existen limitaciones estructurales. Frecuentemente, estas complicaciones se evidencian sólo en el curso del tratamiento: el paciente encuentra dificultades para elaborar constructivamente el conflicto descubierto en la terapia, en aceptar una imagen distinta de sí mismo y en reconciliarse con su situación actual. Estos casos muestran que falta una base estructural estable para elaborar los conflictos y que ésta debe ser creada antes de poder integrar tales conflictos al trabajo terapéutico.

Ejemplo: una paciente depresiva manifiesta aferramiento y fuertes deseos de ser cuidada por sus objetos (conflicto «cuidado versus autarquía», modo pasivo), lo cual muestra que ella básicamente tiene dudas existenciales acerca de su supervivencia como un ser autónomo e independiente de sus objetos. Cuando no está quejándose y exigiendo a sus objetos, duda que «ella exista». El trabajo terapéutico sobre el conflicto «cuidado» moviliza temas básicos respecto de su limitada capacidad de internalización, que a su vez llevan al sentimiento de que «nada queda» después de las despedidas y separaciones, en las que pierde toda coherencia del *self* (foco estructural: vínculo/separación del vínculo). En el caso de esta paciente, no es posible una reestructuración en el área del conflicto central, por lo que el tema de su necesidad de objetos y su angustia de separación es elaborado una y otra vez infructuosamente.

Encuadre

En estos casos, no hay sugerencias definitivas respecto del encuadre. Como regla general, la terapia es realizada en un contexto ambulatorio para psicoterapia individual o grupal. En los trastornos mixtos, dado que tanto el terapeuta como el paciente tienden a adscribir las dificultades perceptibles a las categorías de conflictos neuróticos, existe el peligro de sobreestimar las posibilidades estructurales y sobreexigir al paciente o que éste se sobreexija a sí mismo. Es factible que, por ello, en caso de desestabilización de los mecanismos compensatorios se necesite transitoriamente un tratamiento encuadrado en un ámbito hospitalario. Ade-

7. Selección del foco y planificación de la terapia

más, las terapias hospitalarias tienen elementos que aportan estructuras y aproximaciones no-verbales que pueden ser más adecuadas para el paciente y que lo toman en el nivel de desarrollo estructural en que realmente se encuentra.

Actitud terapéutica

La actitud terapéutica adoptada depende de la necesidad actual, es decir, de la naturaleza de los problemas actuales del paciente. Sin embargo, la actitud terapéutica es fundamentalmente de orientación estructural. Esto implica partir de la base de que en la elaboración de los conflictos todo progreso es relativo y de que, tarde o temprano, será necesario enfrentarse a las limitaciones estructurales, para volver, mejor equipado, a los temas conflictivos. Esto significa tomar con cierta reserva la focalización inicial en torno a un conflicto. Aunque muchas veces el mismo paciente «invita» a tener expectativas altas, es necesario suspenderlas hasta encontrar soluciones sustentables al problema que el conflicto expresa.

Jerarquización de los focos

Considerando la imposibilidad de elaborar los conflictos sin una adecuada integración estructural, el objetivo es identificar temas estructurales como foco terapéutico además de los temas conflictivos. Es posible que emerjan sentimientos de irritación durante el proceso terapéutico, cuando las limitaciones estructurales dificultan gravemente la elaboración de conflictos evidentes. Por otra parte, la focalización en problemas estructurales puede verse limitada por factores derivados del conflicto. En caso de duda, es necesario privilegiar los temas estructurales. Cuando el paciente propone un tema conflictivo, es necesario poner atención a los aspectos estructurales que este tema contiene y guiar al paciente en su percepción y reconocimiento.

De acuerdo con los principios previamente desarrollados, el primer paso debe ser confirmar y connotar positivamente las estrategias que el paciente ha desarrollado para sobreponerse al conflicto. El segundo paso debe permitir el acceso a las limitaciones estructurales, mediante un análisis de los costos y desventajas consecuentes a las estrategias usadas.

Ejemplo: un paciente de 35 años se sorprende a sí mismo una y otra vez (de forma totalmente incomprensible para él) participando en interacciones en las que es dirigido por los otros y es tratado con desconsideración. Frente a ello, el paciente reacciona con conductas de desobediencia obstinada. Sin embargo, no logra darse cuenta de que esta actitud frustra a los otros, llevándolos a tomar decisiones sin consultarlo. Desde el punto de vista del conflicto, destaca el conflicto «sumisión versus control», pero su evidente falta de empatía (limitación estructural), también desempeña un papel crucial en sus problemas interpersonales. En el contexto de una terapia hospitalaria y en situaciones grupales, es capaz de reconocer gradualmente que su obstinación no es sólo ventajosa como una respuesta necesaria, sino que también debido a ella muchas cosas de lo que los demás hacen o comparten a él se le pasan desapercibidas.

Elaboración de relaciones interpersonales

Como muestra el caso presentado más arriba, es necesario evaluar las limitaciones estructurales que dificultan los patrones interpersonales de manejo de conflictos (por ejemplo, la falta de empatía) y exacerban su carácter disfuncional. El terapeuta debe examinar especialmente si existen aspectos agresivos, si éstos dependen del paciente (en el sentido de intenciones inconscientes) o se deben primordialmente a una incapacidad estructural. En otros casos, la conducta relacional está al servicio de proteger las vulnerabilidades estructurales. En ambos casos, el primer paso puede ser que el terapeuta connote y encuadre positivamente el manejo de sus conflictos. En el ejemplo anterior significaría lo siguiente: aferrarse a los objetos es un comportamiento dirigido a obtener ayuda, aunque superficialmente dé la impresión de que se trata de un modo demandante y exigente respecto de sus objetos así como de un esfuerzo por obtener amor y atención. Sin embargo, desde el punto de vista de un niño, representa un intento por sobreponerse a ansiedades básicas de pérdida y aniquilación. El objetivo terapéutico primordial no es, por lo tanto, elaborar las necesidades de cuidado del paciente, sino más bien profundizar la indagación acerca de la fragilidad subyacente del *self*.

Intervenciones

La elaboración de conflictos o temas estructurales en la terapia se realiza generalmente de acuerdo con los aspectos mencionados en el contexto de las dos tipos de trastornos respectivos. El terapeuta debe ser capaz de dejar de lado la elaboración de los conflictos cuando emergen aspectos estructurales, incluso cuando el paciente ofrece principalmente material conflictivo. Debe considerarse que, en estos pacientes, la elaboración de conflictos relacionales no es un fin en sí mismo, sino que eventualmente debe conducir al descubrimiento del núcleo estructural del problema y a su examen junto con el paciente, desde una posición de auto observación. Finalmente, no debe centrarse en interpretaciones acerca del «porqué» (los motivos y sus defensas), sino hacerlo, y cada vez que sea necesario, en el «cómo» de las limitaciones estructurales, diferenciando sus componentes junto al paciente.

7.6

Peculiaridades de la elaboración psicodinámica de predisposiciones relacionales disfuncionales

Hemos mencionado reiteradas veces que el aspecto relacional del trastorno y, correspondientemente, el foco relacional en la planificación terapéutica pueden entenderse tanto en el sentido de un conflicto dinámico, en cuanto expresión de actitudes y mecanismos defensivos neuróticos, como en un sentido estructural, en cuanto consecuencia de déficit estructurales y mecanismos de manejo de éstos. Por ello, en el capítulo anterior la elaboración terapéutica de las disposiciones relacionales disfuncionales se centraba en los aspectos del conflicto y de la estructura respectivamente.

El siguiente párrafo resume esta discusión básica e introduce distinciones a partir de diferentes metas terapéuticas. Esta diferenciación se refiere, nuevamente, al esquema para el diagnóstico relacional dinámico (ver recuadro 4-3). La siguiente **tabla 7-6** (Grande *et al.*, 2005) establece una lista de potenciales focos relacionales organizados en tres bloques:

Tabla 7-6. Lista de focos terapéuticos relacionales a partir del OPD.

Percibir y enriquecer emocionalmente la vivencia relacional	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diferenciación de la propia perspectiva vivencial ■ Diferenciación entre la perspectiva propia y la perspectiva de los otros ■ Reconocer y tolerar contradicciones entre perspectivas
Percibir y comprender los efectos de sus conductas en las situaciones relacionales	<ul style="list-style-type: none"> ■ Percibir aspectos conductuales activos y reactivos en la propia conducta y en la de los otros ■ Darse cuenta de la influencia del observador en la estructuración de las situaciones relacionales ■ Darse cuenta de cómo los efectos (de las interacciones) se interrelacionan de manera cíclica y disfuncional
Comprender y reconocer intenciones y motivos inconscientes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Conocer y aceptar las propias intenciones y motivos inconscientes que mantienen las conductas disfuncionales ■ Conocer las convicciones disfuncionales que son reforzadas circularmente por los patrones relacionales ■ Darse cuenta del carácter de prueba de las propias ofertas relacionales

El primer bloque contiene focos terapéuticos en los cuales desempeñan un papel principal metas tales como la percepción, la objetivación, la diferenciación y el enriquecimiento emocional de las relaciones disfuncionales. Las intervenciones del terapeuta en esta área han sido previamente descritas y no permiten interpretar interrelaciones o motivos complejos.

- En la diferenciación de la propia perspectiva vivencial, se trata de la percepción, verbalización y mayor diferenciación de las experiencias relacionales, así como del descubrimiento y activación de los afectos correspondientes. Este foco es similar a la técnica de «verbalización de los contenidos emocionales de la experiencia» presente en la «terapia centrada en la persona» (Tausch y Tausch, 1990).
- En la diferenciación entre la perspectiva del paciente y la perspectiva de los otros, se trata de la percepción de situaciones relacionales desde la perspectiva de los otros. Además, se trata de la comprensión empática de la experiencia de los otros y de comparar y diferenciar entre varias perspectivas vivenciales.

7. Selección del foco y planificación de la terapia

- En la aceptación y tolerancia de las contradicciones entre las perspectivas, se trata de percibir contradicciones en las propias ofertas relacionales (lo que para mí «significan» y cómo son percibidas por el otro) y en las ofertas relacionales de los otros (su «significado» y cómo el paciente las percibe), y tolerar las contradicciones entre ambas perspectivas.

El segundo bloque contiene focos terapéuticos, que tienen como meta vincular eventos relacionales entre sí mediante la percepción y comprensión de sus causas y efectos. Nuevamente, esto puede ocurrir de un modo descriptivo-demostrativo, inicialmente sin abordar explícitamente el tema de la autoría y la responsabilidad. Esta cuestión sólo puede ser abordada en un segundo paso, con el fin de elaborar, junto con el paciente, posibilidades para influir y regular el problema:

- La percepción de aspectos activos y reactivos en los propios comportamientos y en el comportamiento de los otros se relaciona con percibir y reconocer el hecho de que las propias conductas experimentadas como reactivas también producen efectos. Inversamente, los otros no sólo persiguen sus propios propósitos mediante sus conductas sino que también actúan en respuesta al paciente.
- La comprensión de la influencia del observador en la estructuración de los eventos relacionales se relaciona con reconocer el hecho de que las interacciones son circulares y que la atribución de relaciones de causa-efecto depende de la posición del observador (Watzlawick *et al.*, 1971).
- La comprensión de las interrelaciones disfuncionales cíclicas se relaciona con la percepción y el reconocimiento de que los propios actos comunicativos se encuentran vinculados a los de los otros en un círculo vicioso (Strupp y Binder, 1984).

Finalmente, el tercer bloque contiene focos terapéuticos en los cuales la lógica interna o el significado de los patrones relacionales son explicados en relación con las intenciones y motivos inconscientes del paciente. El paciente se convierte, por lo tanto, en el actor y director de sus propias tragedias relacionales, de las que se hace responsable porque, en parte, las desea (inconscientemente), y por lo tanto las promueve incluso cuando experimenta dolorosamente sus consecuencias:

- El reconocimiento y aceptación de las propias intenciones/motivos que mantienen el patrón disfuncional se relaciona con la comprensión del hecho de que nuestras propias ofertas relacionales son el resultado de un compromiso entre deseos y ansiedades. También se relaciona con la comprensión de que nuestros propios comportamientos se encuentran gobernados por intenciones que de forma inconsciente producen el patrón disfuncional o dificultan un manejo más constructivo de la relación (predisposición de transferencia, véase Dahlbender y Kächele, 1994; Luborsky, 1988).
- El reconocimiento de convicciones disfuncionales (autoimágenes, introyectos) se relaciona con la comprensión de que las propias ofertas relacionales ayudan a promover constelaciones interpersonales que confirman ciertas convicciones acerca de uno mismo o que impiden potenciales experiencias correctoras (Anchin, 1982; Schacht y Henry, 1994; Strupp y Binder, 1984).
- Finalmente, en lo que se refiere a la comprensión del carácter tentativo de las propias ofertas relacionales, esto se relaciona con los planes inconscientes del paciente para probar, a través de ofertas relacionales problemáticas, si acaso los otros responden de acuerdo con sus convicciones o si acaso sus reacciones las refutan (Curtis *et al.*, 1994; Weiss y Sampson, 1986).

La determinación de cuál de estas opciones será elegida como el foco depende, entre otras cosas, de la magnitud del daño estructural en relación con el peso de los conflictos patógenos. En el caso de una psicoterapia orientada por conflictos, se pueden considerar los tres bloques, donde el tercer bloque (comprender y reconocer intenciones y motivos inconscientes) aborda de forma más directa el trasfondo conflictivo de la alteración relacional. En el caso de una psicoterapia orientada estructuralmente (Grande, 2002; Rudolf, 2002a, 2004a; Rudolf, 2004b), las intervenciones de este tipo no son una opción razonable: la clarificación de los motivos no tiene un efecto terapéutico si la disponibilidad limitada de las funciones estructurales conforma el núcleo del trastorno. Estos pacientes no pueden beneficiarse de este tipo de intervenciones, pues presentan relaciones disfuncionales sin una intención inconsciente subyacente, lo que significa que serían sobreexigidos si esperamos que asuman este tipo de

responsabilidad. Suelen beneficiarse más cuando se utilizan formulaciones precisas que tienen un carácter descriptivo y demostrativo, como las intervenciones contenidas en los dos primeros bloques. Esto promueve la percepción de las limitaciones estructurales, las cuales adquieren un carácter objetivo, así como la capacidad para distanciarse de ellas. A su vez, esto permite a los pacientes aplicar mecanismos de autorregulación y adaptación frente a sus limitaciones.

7.7

Consideraciones finales

Las anteriores recomendaciones deben ser utilizadas, por supuesto, como una orientación más que como una prescripción. Además, en un tratamiento focal, el terapeuta debe mantener una actitud básica de apertura con el fin de tomar al paciente en el lugar donde éste se encuentra en un momento determinado. El foco terapéutico no es algo externo, ofrecido y prescrito para el paciente, sino que está contenido en el material que él ofrece. La orientación focal facilita la localización del tema terapéutico nuclear contenido en este material, así como su documentación en el trabajo con el paciente. Esto significa que el terapeuta debe alternar entre una actitud más receptiva y una actitud centrada en el foco.

La recomendación central es examinar el peso relativo de las limitaciones basadas en conflictos o en la estructura y determinar en qué medida son relevantes para el trastorno del paciente. Esta decisión tiene importantes consecuencias para el tratamiento del paciente, es decir, para la selección del encuadre, de la actitud terapéutica, del foco y de las técnicas terapéuticas. En pacientes ambulatorios y hospitalizados, las experiencias realizadas en la implementación de las estrategias terapéuticas focales presentadas han mostrado la importancia de que tales estrategias sean adaptadas a las posibilidades estructurales del paciente. Ello es importante, puesto que permite evitar los desvíos y partidas en falso, que pueden llevar a desilusiones, tanto en el paciente como en el terapeuta. Además, ayuda a determinar qué aspectos de la situación respectiva pueden solucionarse, y asimismo permite definir las tareas terapéuticas que pueden efectivamente ser abordadas.

8 Medición del cambio con el OPD

8.1

OPD y medición del cambio: reflexiones básicas

En concordancia con su orientación psicodinámica, el OPD considera los aspectos de los trastornos que pertenecen a la personalidad del afectado y que, por ello, son relativamente estables (Grande *et al.*, 2000). En el manual esto se manifiesta, entre otros aspectos, a través del margen de tiempo relativamente amplio, de uno a dos años, que se indica para el diagnóstico de estructura. También, en relación con el diagnóstico de los conflictos se hace explícitamente referencia a «conflictos que perduran en el tiempo» (véase el capítulo 3.3). Esta estabilidad en el tiempo de los hallazgos del OPD se establece considerando el modelo psicoanalítico de enfermedad que se encuentra a la base. Sin embargo, para la medición del cambio esta cualidad representa una dificultad, debido a que los efectos terapéuticos sólo se pueden evidenciar cuando se reflejan en un cambio en el diagnóstico de la relación, del conflicto o la estructura. Los avances terapéuticos más pequeños no pueden ser registrados con el uso exclusivo del OPD.

Se produce además un problema aún más profundo debido a que aquellos rasgos de personalidad que son diagnosticados a través del OPD frecuentemente no se transforman en el sentido de una reducción de estos rasgos, incluso, ello no ocurre siquiera cuando el tratamiento ha sido exitoso desde un punto de vista clínico. En el eje III se diagnostican conflictos disfuncionales determinantes para la vida. Una psicoterapia exitosa puede resultar en que un tema de conflicto continúe siendo determinante en la vida del paciente y que, sin embargo, habiendo sido eficazmente elaborado, sea estructurado por el paciente en forma positiva, de manera

que pueda utilizar dicho conflicto productivamente. El cambio, en este caso, no se mediría según el grado de disminución o desaparición del conflicto patógeno, sino según el grado de logro en su integración. En forma equivalente esto se puede aplicar a las limitaciones estructurales (es decir, vulnerabilidades) y a las disposiciones relacionales disfuncionales, en que las señales de un cambio terapéutico positivo no son la supresión o disminución (de ciertos rasgos), sino el incremento de alternativas para un manejo controlado y constructivo.

8.2

Modelo de una medición del cambio basado en el OPD

Este tipo de argumentos lleva a considerar los avances en el proceso psico terapéutico como cambios en el manejo que hace un paciente de sus áreas problemáticas centrales. Este procedimiento implica dos pasos metodológicos. En el primer paso se eligen, dentro del espectro de hallazgos del OPD de un paciente, aquellas características que son significativas para el trastorno. En el segundo paso, se evalúa cómo maneja esas características y cómo cambia a través del tiempo su tipo de manejo.

Elección del foco

Nombramos como focos las áreas problemáticas centrales, debido a que sirven como puntos de orientación para la medición de cambio. (¡Pueden ser idénticos a los focos terapéuticos, pero no tiene que ser así!) Se evalúan como centrales aquellas áreas problemáticas que generan y mantienen el trastorno de un paciente, de manera que en relación con éstas algo tiene que cambiar si se quiere lograr un éxito perdurable. El número de focos elegidos se puede establecer en principio según la necesidad. Sin embargo, según nuestras investigaciones, el máximo de características necesarias, extraídas del espectro de hallazgos, para comprender en forma completa la problemática del paciente son cinco (Grande *et al.*, 2001; Grande *et al.*, 2004b; Grande *et al.*, 2003; Rudolf *et al.*, 2002a). Se recomienda proceder de manera que el patrón relacional disfuncional habitual conforme de todas maneras un foco (Grande *et al.*, 2004a), mientras que los demás focos

son elegidos de las áreas de conflicto y estructura (véase el capítulo 7.4). Esto incluye la posibilidad de que en pacientes con graves limitaciones estructurales, se elijan la mayoría o todos los focos de los hallazgos en estructura. Así como se describe en la sección 7.4, en algunos casos pueden ser menos de cinco focos los suficientes para describir los aspectos relevantes del trastorno. Éste, por ejemplo, puede ser el caso cuando el trastorno está evidentemente determinado por el conflicto y junto con el foco relacional sólo se encuentran dos (o tres) conflictos significativos.

Escala de reestructuración de Heidelberg

La escala representada en el **recuadro 8-1** se utiliza para evaluar el manejo del paciente con los focos. Ésta representa una forma adaptada de la «Escala de asimilación de

experiencias problemáticas» («Assimilation of Problematic Experience Scale», APES) de Stiles y colegas (Stiles *et al.*, 1990; Stiles *et al.*, 1992) y que fue modificada con el objeto de que tenga una mayor afinidad con un modelo de proceso y cambio psicoanalítico (Rudolf *et al.*, 2000; Rudolf *et al.*, 2001c). La escala describe a través de siete niveles principales, diferentes modalidades del manejo de un paciente con sus problemas de foco, partiendo de una evitación y falta de percepción del problema, pasando por una percepción vaga, luego por un reconocimiento con interés, hasta llegar a esfuerzos por dominar activamente el problema. Los niveles superiores describen el proceso de hacer más lábiles las actitudes defensivas, lo cual es necesario para la terapia y para generar una reorganización de la personalidad. En este sentido, estos cambios aluden al concepto psicoanalítico de «reestructuración» o «cambio estructural».

Los focos elegidos para el respectivo paciente se miden en forma independiente con esta escala en diferentes momentos del proceso, utilizando también, cuando corresponda, los valores intermedios expuestos en el recuadro 8-1. Se ofrecen diferentes estrategias de tabulación (Grande, 2005) que ya han sido aplicadas en estudios previos. Se pueden (a) calcular las diferencias pre y post tratamiento de los valores de la escala de reestructuración como medida del éxito terapéutico. Cuando se eligieron varios focos, se puede calcular el valor medio, en consecuencia, la medida del resultado terapéutico corresponderá a la diferencia de los valores medio pre y post tratamiento (Grande *et al.*, 2001). Debido a

8. Medición del cambio con el OPD

que los niveles de la escala, en su secuencia ascendente, describen una progresión de logros del tratamiento, también se puede (b) utilizar por sí sólo la evaluación absoluta al término de la terapia com o medición de resultado. Al utilizar varios focos, nuevamente se emplea como medida el valor medio de las escalas (Grande *et al.*, 2003).

Una particularidad de la escala de reestructuración consiste en que logros terapéuticos, en el sentido de una mejoría en el «manejo» (afrontamiento, *coping*), pueden ser conceptualmente posibles de medir, correspondiendo a los niveles 3, o bien 4, reflejando que el paciente, debido a que

Escala de reestructuración de Heidelberg

1. Falta de percepción del problema foca	1 1+	Absoluto rechazo defensivo del foco, o bien evitación del área focal, «no hay problema»	
2. Presencia no deseada del foco	2- 2 2+	Presión del síntoma, dificultades interpersonales: se atribuyen al exterior excesivas demandas y exigencias.	
3. Vaga percepción del foco	3- 3 3+	Aproximación pasiva al foco, bajo sugerencia, se da un reconocimiento y noción de la propia responsabilidad.	Manejo
4. Reconocimiento y exploración del foco	4- 4 4+	Comprensión interesada del problema, relación de trabajo, manejo activo, acción.	
5. Disolución de viejas estructuras en el área del foco	5- 5 5+	La defensa se hace frágil, «pasión» por el proceso; tristeza, sentirse expuesto, confusión.	Cambio Estructural
6. Reestructuración en el área del foc	6- 6 6+	Vivencia de reconciliación, espontáneamente se presentan nuevas posibilidades de vivenciar y en la conducta	
7. Disolución del foco	7- 7	Integración, concordancia interna, vivencia acorde con la realidad, reconstrucción.	

Recuadro 8-1. Escala de reestructuración de Heidelberg.

ha adquirido comprensión de su problemática, ejecuta activos esfuerzos de manejo. A diferencia de lo anterior, los cambios descritos en los niveles 5 a 7 se refieren a reorganizaciones más básicas de la estructura de la personalidad, que típicamente ocurren en forma espontánea, es decir, sin esfuerzos y frecuentemente en forma sorpresiva para el afectado (véase Rudolf *et al.*, 2000). Gracias a este principio de (re)construcción se pueden asignar, en forma categorial, los resultados de los tratamientos a cambios en la capacidad de manejo (enfrentamiento) cuando se alcanza el nivel 4 y a cambios en el modo de «reestructuración» cuando se alcanzan los niveles 5, o bien 6, (véase Rudolf *et al.*, 2005).

8.3

Confiabilidad y validez

En diferentes investigaciones se encontraron confiabilidades buenas a muy buenas con un $r=0,77$, y $f=0,88$ (Rudolf *et al.*, en prensa; Rudolf *et al.*, 2000). En un estudio con pacientes hospitalizados las evaluaciones de éxito general hechas por el equipo terapéutico tuvieron una alta correlación, tanto con el valor medio de la escala de los diferentes focos al término del tratamiento, como también con la diferencia pre-post terapia, esta correlación era incluso más alta que todas las otras mediciones de éxito terapéutico (Grande *et al.*, 2001). En el mismo estudio se encontró una asociación positiva significativa entre el valor de la escala (promedio de los focos) al inicio de la terapia y variables de pronóstico favorable, como, por ejemplo, «motivación a terapia» y capacidad de respuesta emocional, entre otros. En el marco de un estudio de seguimiento se pudo demostrar que el valor de reestructuración (promediado entre los focos) al término del tratamiento se correspondía en forma significativa con avances positivos en la vida externa del paciente después del alta de la clínica, y además podía predecir estos avances como única medida de resultado (Grande *et al.*, 2003). Un estudio de Rudolf y colegas (Rudolf *et al.*, en prensa) muestra, que pacientes con una terapia psicoanalítica prolongada, de alta frecuencia, alcanzan más frecuentemente una reestructuración en el sentido de la escala (es decir, alcanzar el nivel 5 o más) que pacientes con una psicoterapia psicodinámica de una hora por semana.

8.4

Aplicación clínica

Se puede aplicar la escala de reestructuración de Heidelberg en cuanto se hayan elegido una o varias áreas problemáticas en el OPD, responsables de generar, o bien mantener, el trastorno y que, por ello, deban ser cambiadas terapéuticamente. Con esos prerequisites la escala también es fácilmente aplicable por el terapeuta clínico. Al inicio de una terapia se puede probar con su ayuda, qué tan lejos ha llegado el paciente, por sí solo, en el manejo de sus áreas problemáticas y dónde se puede acoplar el trabajo terapéutico. En el nivel 2 «presencia no deseada del foco» ya se presenta un padecimiento subjetivo, la dificultad se vivencia, sin embargo, como una exigencia que proviene desde el exterior, por lo que el paciente tiene una actitud más bien pasiva y espera primariamente del tratamiento que se le quite la exigencia externa. Por lo tanto, sólo es posible realizar un trabajo psicoterapéutico conjunto cuando el paciente al menos percibe de manera vaga y, en consecuencia, reconoce, que es en cierta medida responsable de sus dificultades. Las sesiones de prueba o conversaciones previas a una terapia sirven para crear, entre otras cosas, una vaga percepción de al menos una de las diferentes áreas del foco.

En el transcurso del tratamiento la escala le permite al terapeuta evaluar la evolución del paciente en relación con las diferentes áreas problemáticas. Así como se mencionó previamente, se pueden considerar como objetivos terapéuticos válidos el logro del nivel 4 («reconocimiento y exploración del foco») como también del nivel 6 («reestructuración en el área del foco»). En el nivel 4 el paciente gana conciencia sobre sus dificultades y se provee a través de ello de posibilidades de manejar tales dificultades regulándolas; este modo de cambio es designado en el **recuadro 8-1** como «manejo».

Con el nivel 5 se describe, como decíamos, un proceso con el que se persigue descongelar y hacer más lábiles las actitudes defensivas, efecto necesario para la terapia, que lleva a que no se recurra a los modos de manejo y de defensa acostumbrados. Con ello surge al mismo tiempo una situación sin salida: el paciente ya no «hace» la terapia, la «sufre». Su estado está impregnado de desorientación, dudas, tristeza o incluso desesperanza. Sin embargo, al mismo tiempo los otros (también el te-

rapeuta) pueden percibir en el paciente un cambio positivo, es decir, lo hallan más dócil, permeable y auténtico. Para el paciente este cambio positivo es perceptible sólo más tarde, al final del nivel 5 o al principio del nivel 6. El paciente vivencia la transformación que se está llevando a cabo típicamente como algo que ocurre en forma espontánea y sin su voluntad. Repentinamente se da cuenta de que puede hacer y sentir cosas que antes le eran inaccesibles o del todo desconocidas. Éstos son indicadores de que ha ocurrido un cambio y una nueva organización básica de la personalidad, que es buscada en tratamientos psicoanalíticos de larga duración y que es definida como «reestructuración», o bien «cambio estructural».

Como en la aplicación de la escala con fines de investigación, se pueden apreciar cambios relativos al foco en la práctica terapéutica, esto se puede lograr haciendo una evaluación al inicio de la terapia, en el transcurso y al final de ella. Así se hace visible en la escala el efecto terapéutico como un progreso en el nivel de los focos.

Ejemplo: una paciente de 37 años reacciona frente a un ascenso profesional en forma depresiva. Ella misma no nota esta relación paradójica. De su relato se desprende que echa de menos el «espíritu de compañerismo» que tenía en su posición anterior, con los colegas del mismo rango. Además, con relación a esta pérdida surgió en la conversación que su padre había fallecido hacía un año. Ella expresa su tristeza por el hecho de que la muerte de su padre, fuente de fortaleza de la familia, resultase en una pérdida de apoyo. Cuando el terapeuta relaciona estos acontecimientos, la paciente se muestra visiblemente conmovida y considera posible que esto pueda estar relacionado con su depresión (focos: «ser cuidado versus autarquía», nivel 3 de la escala: «Percepción vaga del foco»).

En otros momentos de la entrevista, la paciente da la impresión de ser más bien irritable e impaciente. Ella refiere que actualmente se encuentra insoportable; que odia su autocompasión y que en su posición laboral no se puede dar ese lujo. La anamnesis biográfica evidencia que ella tenía una relación estrecha con su padre, cuya fuerza ella admiraba, mientras que en la descripción de su madre, dócil y dependiente del padre, se perciben tonos críticos y descalificadores. En su estado de

debilidad actual se asemeja inconscientemente a la madre, lo que no es aceptable para ella. Estas relaciones son totalmente desconocidas para ella, no puede aceptar en absoluto las indicaciones del terapeuta en esa dirección («conflicto edípico», nivel 2: «Presencia no deseada del foco»).

En el marco de una psicoterapia psicoanalítica, la paciente puede reconocer sus deseos de protección y tomar medidas considerando esto; descubre y desarrolla relaciones confiables en su medio privado y puede aliviar parcialmente la necesidad de satisfacer estas necesidades en el ámbito laboral («ser cuidado versus autarquía», nivel 4: «Reconocimiento y exploración del foco»). Su estado de ánimo se normaliza ampliamente. Todavía está limitada por su falta de pareja. Los contactos con los hombres siempre vuelven a fracasar por el desinterés de éstos, pero también debido a las altas exigencias de ella. Entiende, con relación a esto, que necesita diferenciar su autoimagen respecto de la imagen de su madre y que, al quedar fijada en esto, no puede desarrollar una buena autoimagen como mujer. También se hace progresivamente más claro a lo largo del tratamiento que ella no quiere acercarse a esta problemática. Finalmente decide terminar la terapia después de 50 sesiones («conflicto edípico», nivel 3: «Percepción vaga del foco»).

9 Capacitación (con una lista de direcciones)

La complejidad del OPD hace necesario que sea enseñado de manera independiente en seminarios de entrenamiento específicamente dirigidos a aquellos que trabajan en clínica o en investigación, pese a que, en rigor, se base parcialmente en categorías ya conocidas. La experiencia ha mostrado que este entrenamiento, seguido de la aplicación continua del OPD en el marco de un proceso supervisado, mejora la calidad de la aplicación. Este tipo de aprendizaje deja lugar para que haya una retroalimentación crítica, que incluye objeciones y sugerencias de cambios. Desde el principio, el grupo de trabajo del OPD ha puesto particular énfasis en seminarios de formación continua y de especialización, de la misma manera en que se ha justificado hacerlo para la introducción del CIE-10 o del DSM-IV y de otras herramientas para el diagnóstico psiquiátrico.

Intereses y requerimientos

Los años que siguieron a la publicación del manual en 1996 fueron testigos de un creciente interés por el desarrollo del OPD, lo cual también se ha expresado en la demanda de oportunidades de formación y entrenamiento. Entre los grupos de profesionales particularmente interesados estaban, en primer lugar, colegas jóvenes que se encontraban en entrenamiento psiquiátrico y psicosomático-psicoterapéutico, pero también colegas ya establecidos con varios años de experiencia clínica. Una y otra vez ha sido muy estimulante ver cómo colegas sin ningún tipo de entrenamiento previo en diagnóstico psicodinámico pueden aprender el pensamiento psicodinámico en el contexto de su exposición al OPD. Esta experiencia iba en contra de la concepción original acerca de la utilidad exclusiva del sistema para aquellos psicoterapeutas con una extensa experiencia en el área.

Con el correr de los años, se sumaron otros institutos de entrenamiento psicoterapéutico (primero, institutos que forman en terapias fundadas en la psicología profunda [psicoterapias psicoanalíticas], y después institutos psicoanalíticos), con lo cual, en estos casos, el entrenamiento era entregado a «multiplicadores», es decir, a los docentes de los respectivos institutos.

Otro grupo interesado en el OPD consistía en jóvenes investigadores que aprendieron el método de aplicación para sus proyectos de investigación. Con la publicación de traducciones en varios idiomas, el interés por los seminarios se desarrolló en muchos otros países, incluyendo Italia, el Reino Unido, Hungría, Chile y China.

La organización de seminarios de capacitación y de entrenamiento de postgrado para el OPD

El desarrollo de hábitos diagnósticos uniformes ha sido tradicionalmente un área de dificultad en los métodos de terapia psicodinámica. Esto se relaciona, entre otras cosas, con el hecho de que el diagnóstico orientado psicodinámicamente se ha desarrollado teniendo en mente especialmente al proceso terapéutico y ocupándose menos de aspectos descriptivos y sintomáticos. El proceso diagnóstico era entendido como una manera de iniciar y poner a prueba la relación con el paciente y, al mismo tiempo, servía para motivar al paciente para que se sometiera a una psicoterapia. Únicamente dentro de este contexto se podía plantear elaborar constructos psicodinámicos relevantes. Por lo tanto, un entrenamiento en el marco del OPD debe intentar integrar estos dos aspectos centrales del diagnóstico: los componentes categoriales y los interaccionales.

Los seminarios de capacitación y entrenamiento de postgrado deben ser diseñados para: proporcionar a los participantes una comprensión de los contenidos de los ejes del OPD; clarificar y discutir hábitos de diagnóstico previamente existentes en los participantes y proporcionar oportunidades prácticas para poner a prueba directamente el nuevo sistema.

El entrenamiento se divide en un curso básico y dos cursos avanzados de entrenamiento, cada uno de 20 horas de duración. La adopción de este formato de programa se ha justificado, pero hay varias opciones

para adaptar esto a situaciones locales.¹ En conjunto, el rango y volumen del entrenamiento es equivalente a lo que se acostumbra para el entrenamiento en otros sistemas de diagnóstico psiquiátrico actuales.

La estructura de un seminario OPD básico

1. Introducción a las particularidades y a la historia del diagnóstico psicodinámico y del OPD.
2. Presentación de los ejes, con referencia a las tradiciones dentro de las que se han originado y a sus categorías, utilizando material de vídeo.
3. Evaluación y discusión de una o dos entrevistas completas (en vídeo o en vivo).
4. Discusión final.
5. Electivo: bloque especial para conducir la entrevista.

La estructura de un curso OPD avanzado

1. Estudio más profundo de los ejes individuales con la ayuda de material clínico seleccionado, utilizando segmentos de vídeos para propósitos didácticos específicos.
2. Evaluación y discusión de entrevistas ejemplares completas (vídeo o en vivo).
3. Discusión final.
4. Dependiendo de requerimientos individuales, discusión de temas clínicos y áreas de investigación específicas. Por ejemplo, medición del cambio utilizando la «Escala de cambio estructural de Heidelberg», selección del foco con la ayuda del eje «Relación», aplicación en proyectos de investigación, entre otros.

1. Tal es el caso de los cursos de entrenamiento que se han llevado a cabo en Santiago de Chile. Allí han tomado el formato de un Diplomado Universitario de 100 horas, con 50 a cargo de profesores alemanes pertenecientes al grupo de trabajo OPD y 50 horas a cargo de docentes locales, que han recibido el entrenamiento y autorización respectivos (N. de los T.).

Curso avanzado específico

Seminarios de puesta al día para la introducción de los últimos avances en el OPD-2.

Otras formas de enseñanza y entrenamiento incluyen:

- Charlas informativas simples que pueden ser organizadas, por ejemplo, para clínicas o institutos en la forma de presentaciones breves por entrenadores autorizados.
- Seminarios de entrenamiento para equipos clínicos completos, que son conducidos por períodos más largos de tiempo y que consisten en supervisiones OPD que duran, por lo general, días enteros o medios días.
- Seminarios dirigidos a institutos de formación o a docentes.
- Supervisiones orientadas a la investigación de proyectos que utilizan el OPD como método, etcétera.

Puntos clave en los contenidos de los entrenamientos

Lo que hay que comunicar es que el OPD retrata aspectos relevantes de la personalidad, los cuales se originan en diferentes tradiciones clínicas y teóricas. Sus orígenes históricos se encuentran en la psicología general de la salud (eje I, experiencia de la enfermedad), en investigaciones acerca de patrones interpersonales (eje II, relaciones interpersonales), en las teorías psicoanalíticas tradicionales sobre la pulsión y las relaciones de objeto (eje III, conflictos) y en las teorías del *self* y de las relaciones de objeto (eje IV, estructura). Esto forma la base para la comprensión del sistema y es enseñado en las introducciones de los seminarios.

Esta primera parte es seguida por una introducción en las diferentes fuentes de información requeridas para realizar una puntuación mediante el OPD. En este contexto se incluyen tanto «hallazgos objetivos» como los que se obtienen de exámenes clínicos y registros médicos, así como también datos biográficos «duros». Por otra parte, se debe considerar la información derivada de la entrevista, que incluye la manera particular en la cual el contenido es seleccionado y transmitido, elementos verbales y no-verbales, además de la «información escénica» (*enactment*) que se

produce en la entrevista con el evaluador. En muchos seminarios, la habilidad para conducir entrevistas OPD es enseñada en un bloque aparte (véase el capítulo 5).

El diagnóstico OPD intenta ayudar a identificar y clasificar características de la personalidad utilizando categorías susceptibles de ser descritas y clarificadas mediante ejemplos. Para este propósito, la complejidad original de la teoría debe ser reducida consciente e intencionalmente, con el fin de hacerla accesible para su examen y comunicación. Desde el comienzo, se requiere que el usuario del OPD acepte esta reducción de la complejidad. Sólo de esta manera es posible atenerse rigurosamente a las definiciones y operacionalizaciones prescritas y aproximarse a los criterios de calidad en relación con la confiabilidad y validez del instrumento. Estos temas problemáticos son discutidos en el comienzo, cuando son enseñados los ejes individuales. Hasta el momento, existe una gran cantidad de material para enseñar este segmento, consistente en vídeos editados, documentos (por ejemplo, listas de chequeo y presentaciones) que deberían facilitar la aplicación del OPD en la práctica clínica cotidiana.

En general, el trabajo con casos ha resultado ser la mejor base para la discusión y evaluación. Con el transcurso de los años, el grupo OPD ha documentado y evaluado casos «estandarizados» en vídeos con el fin de que los participantes de los seminarios puedan comparar sus propias evaluaciones con las evaluaciones del «grupo de expertos». Adicionalmente, muchas clínicas y otras instituciones utilizan la posibilidad de realizar entrevistas en vivo con pacientes de la institución. Esto permite no sólo una buena introducción a los problemas relacionados con la conducción de la entrevista, sino que además permite una supervisión prácticamente personal para el terapeuta involucrado. En este contexto, el trabajo en torno a la selección del foco, así como la evaluación del cambio a través de la «Escala de cambio estructural de Heidelberg», se han convertido en partes establecidas de los entrenamientos.

Certificación

Los casos estandarizados también son utilizados, cuando es necesario, para dar a los participantes que han completado los tres cursos una cer-

tificación que les permite utilizar el sistema en trabajos de investigación. Esta certificación requiere una evaluación suficientemente confiable de un caso previamente codificado por el grupo de trabajo. Los criterios para aprobar el examen de confiabilidad han sido constantemente adaptados y desarrollados, basándose en la experiencia pasada.

Los participantes que no trabajan en proyectos científicos también pueden, por supuesto, obtener esta certificación, lo que les sirve para conocer su grado de familiaridad con el sistema OPD. Por ejemplo, peritos convocados a una corte pueden utilizar el certificado para legitimar el uso de criterios OPD durante un proceso legal. Los certificados son extendidos por el encargado de entrenamientos del OPD después de que la persona haya documentado su participación en los cursos de entrenamiento requeridos, o bien luego de que haya demostrado su capacidad para codificar el OPD en forma confiable.

Experiencias obtenidas durante los seminarios de entrenamiento

El origen del que provienen en general los participantes de los seminarios ha sido descrito más arriba. Durante los últimos años, varios miles de colegas psicoterapeutas han sido entrenados dentro del marco de seminarios abiertos y de seminarios que forman parte de capacitaciones en clínicas e institutos. En muchas clínicas, bajo la supervisión de entrenadores, el OPD se ha convertido en un componente fundamental para mejorar la «cultura diagnóstica» y para la formación médica de postgrado, así como para el entrenamiento de psicólogos psicoterapeutas. El creciente interés en el OPD desde el campo de la psiquiatría forense, así como entre asesores expertos en el marco de las Psychotherapie-Richtlinien («Normas alemanas para psicoterapia»), ha abierto nuevas áreas de aplicación.

Nuestra experiencia durante los primeros años ha mostrado que muchos colegas encuentran beneficiosas tanto una aproximación crítica al OPD, como la participación en seminarios de entrenamiento basados en discusiones de casos clínicos. La aplicación del OPD permite la categorización de contenidos altamente complejos en un sistema categorial apropiadamente reducido. La discusión de casos concretos permite a los participantes reflexionar acerca de sus propios hábitos diagnósticos, y así mismo permite discutir temas controvertidos con colegas de igual a igual

y no en niveles jerárquicos. Muchas de las objeciones que aparecieron en seminarios de entrenamiento fueron recogidas por los entrenadores OPD e incorporadas en el OPD-2.

Una petición frecuente fue la de establecer una conexión más inmediata entre la categorización diagnóstica y la práctica clínico-terapéutica. Así, el desarrollo de la «Escala de cambio estructural de Heidelberg» hizo posible integrar la elaboración de focos terapéuticos en el OPD-2. Nuestra preocupación inicial acerca de que el OPD podría tentar al terapeuta a realizar diagnósticos de «baja complejidad» no ha sido confirmada. Las discusiones en los seminarios de entrenamiento han mostrado que orientarse en la «arquitectura del OPD» siempre deja suficiente espacio para tomar en cuenta constelaciones individuales; en contra de lo sugerido por tales reparos, promueve la consideración de dichas constelaciones y facilita su identificación.

Perspectivas

Existen actualmente seminarios abiertos y regulares de entrenamiento en lugares repartidos en todo el territorio de la República Federal de Alemania (cursos básicos y avanzados), así como también en Austria, Suiza, Italia, el Reino Unido y Chile. Se espera la expansión de los seminarios a España, Hungría, China entre otros. Hay una oferta continuada para entrenar equipos de clínicas individuales, o para acompañarlos en la forma de supervisiones. Es deseable que se propongan proyectos de investigación que promuevan iniciativas que desarrollen módulos para áreas de aplicación en trastornos específicos, como, por ejemplo, pacientes forenses, pacientes que sufren de adicciones, etcétera (véase, por ejemplo, el capítulo 4). A partir de dichas iniciativas es posible elaborar módulos de entrenamiento para las áreas de aplicación clínica respectivas.

Centros de entrenamiento

La estructura actual de los seminarios de entrenamiento OPD se orienta en centros que son responsables de diferentes regiones. Las solicitudes para seminarios de entrenamiento deben dirigirse al representante del centro de entrenamiento regional.

9. Capacitación

Alemania del Norte (Nordniedersachsen, Schleswig-Holstein, Nordbrandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Bremen, Hamburg):

Director: Prof. Dr. Dr. med. Wolfgang Schneider
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin der Universität Rostock
Gehlsheimer Straße 20, 18147 Rostock
Tel. 0381/4949671
wolfgang.schneider@med.uni-rostock.de

Alemania Central y del Sur (Mittel- und Südniedersachsen, Südbrandenburg, Thüringen, Sachsen-Anhalt, Nord- und Mittelhessen, Berlin, Baden, Südhessen, Bayern, Sachsen, Württemberg):

Prof. Dr. med. Manfred Cierpka*, Dr. phil. Dipl.-Psych. Tilman Grande**, Prof. Dr. med. Henning Schauenburg***

*Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie
Universitätsklinikum Heidelberg
Bergheimer Straße 54, 69115 Heidelberg
Tel. 06221/564700, Fax 06221/564701
manfred_cierpka@med.uni-heidelberg.de

**Klinik für Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin
Universitätsklinikum Heidelberg
Thibautstraße 2, 69115 Heidelberg
Tel. 06221/565876
tilman_grande@med.uni-heidelberg.de

***Klinik für Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin
Universitätsklinikum Heidelberg
Thibautstraße 2, 69115 Heidelberg
Tel. 06221/565865
henning_schauenburg@med.uni-heidelberg.de

Alemania Occidental (Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Westliches Niedersachsen):

Director: Prof. Dr. med. Gereon Heuft
Klinik und Poliklinik für Psychotherapie u. Psychosomatik Universitätsklinikum Münster
Domagkstraße 22, 48149 Münster
Tel. 0251/8352902, Fax 0251/8352903
heuftge@mednet.uni-muenster.de

Suiza:

Prof. Dr. Joachim Küchenhoff
Abt. Psychotherapie und Psychohygiene
der Psychiatrischen Universitätsklinik
Socinstrasse 55a, CH-4051 Basel
Tel. +41/61/2726331, Fax +41/61/2726775
joachim.kuechenhoff@unibas.ch

Austria:

Prof. Dr. med. Gerhard Schüssler
Klinik f.Med. Psychologie und Psychotherapie
Schöpfstr. 23A, A-6020 Innsbruck
Tel. +43/512/58633520, Fax +43/512/5863356
gerhard.schuessler@uki.at

Italia:

Alessandra De Coro, Ph.D.
University of Roma «La Sapienza»
Department of Dynamic and Clinical Psychology
Via degli Apuli 1, I-00185 Roma
alessandra.decoro@uniroma1.it

Chile:

Dr. med. Guillermo De la Parra
Unidad de Psicoterapia Adultos (UPA)
Departamento de Psiquiatría
Universidad Católica de Chile
Pío X 2460 1605, Providencia 751004, Santiago
guillermo.delaparra@gmail.com

9. Capacitación

Hungría:

Janos Harmatta
Tündérhegyi Pszichoterapeuta Képzés
Szilassy Ut 6, Budapest 1121
harmatta@hu.inter.net

Reino Unido:

Dr. Matthias von der Tann, MRCP
Portman Clinic
8 Fitzjohns Avenue, London NW3 5NA
mvondertann@tavi-port.nhs.uk

No sólo son prerequisites para la acreditación como entrenador OPD autorizado la experiencia clínica con métodos psicodinámicos y psicoanalíticos, así como con el OPD, también es necesaria la participación activa en uno de los grupos de trabajo en torno a los ejes del OPD. Actualmente, las siguientes personas han sido comisionadas para conducir seminarios de entrenamiento OPD:

Dr. Luis Alvarado
Departamento de Psicología- Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile
Vitacura 3568, Oficina 1001
Santiago-Chile
Tel 0562/245 04 38
luis.alvaradopaiva@gmail.com

Prof. Dr. Cord Benecke
Institut für Psychologie
Universität Innsbruck
Innrain 52, A-6020 Innsbruck, Österreich
+43 (0)512 507-5575
cord.benecke@uibk.ac.at

Dr. med. Niels Biedermann Dommasch
Departamento de Psiquiatría Oriente Universidad de Chile

Instituto Chileno de Terapia Familiar
Apoquindo 4100 of. 405
Santiago de Chile
Tel. 0562 224 3436
biedermann@mi.cl

Prof. Dr. Peter Buchheim
Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie der TU München
Ismaninger Straße 22, 81675 München
Tel. 089/41404241
Fax 089/41404888
P.Buchheim@lrz.tu-muenchen.de

Dr. med. Markus Burgmer
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Domagkstraße 22, 48149 Münster
Tel. 0251/8352909
Fax 0251/8352903
burgmem@mednet.uni-muenster.de

Prof. Dr. med. Manfred Cierpka
Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familien-
therapie
Universitätsklinikum Heidelberg
Bergheimer Straße 54, 69115 Heidelberg
Tel. 06221/564700
Fax 06221/564701
manfred_cierpka@med.uni-heidelberg.de

PD Dr. med. Reiner W. Dahlbender
Zentrum für Rehabilitative Medizin Soltau
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Oeninger Weg 59, 29641 Soltau
Tel. 05191/800215
Fax 05191/800785
dahlbender@soltau.mediclin.de

9. Capacitación

Dr. med. Guillermo De la Parra
Unidad de Psicoterapia Adultos (UPA)
Departamento de Psiquiatría
Universidad Católica de Chile
Pío X 2460 1605, Providencia 751004,
Santiago de Chile
Tel. 0562/4359107
guillermo.delaparra@gmail.com

Prof. Dr. med. Stephan Doering
Bereich Psychosomatik in der Zahnheilkunde
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
Universitätsklinikum Münster
Waldeyerstraße 30, D-48149 Münster
Tel.: 0251/83 47075/47074
Fax: 0251/83 45730
Stephan.Doering@ukmuenster.de

Ph. D. Alessandra De Coro
University «La Sapienza»
Dept. of Dynamic and Clinical Psychology
Via degli Apuli 1, I-00185 Roma
Italia
Tel. +39/06/4991/7622
Fax +39/06/372/4520
alessandra.decoro@uniroma1.it

Prof. Dr. med. Matthias Franz
Klinisches Institut für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Universität Düsseldorf
Postfach 101007, 40001 Düsseldorf
Tel. 0221/8118338
Fax 0221/8116250
matthias.franz@uni-duesseldorf.de

Prof. Dr. med. Harald J. Freyberger
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Universität Greifswald
Postfach 2341, 18410 Stralsund
Tel. 03831/452101
Fax 03831/452105
freyberg@mail.uni-greifswald.de

Dr. phil. Dipl.-Psych. Tilman Grande
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Klinik für Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin
Universitätsklinikum Heidelberg
Thibautstraße 2, 69115 Heidelberg
Tel. 06221/565876
Fax 06221/5633842
tilman_grande@med.uni-heidelberg.de

Dr. med. Karsten Hake
Klinik u. Poliklinik für Psychosomatik u.
Psychotherapeutische Medizin
Universität Rostock
Gehlsheimer Straße 20, 18147 Rostock
Tel. 03841/494-4730
Fax 0381/494-4733
karsten.hake@medizin.uni-rostock.de

Prof. Dr. med. Gereon Heuft
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Universitätsklinikum Münster
Domagkstraße 22, 48149 Münster
Tel. 0251/8352902
Fax 0251/8352903
heuftge@mednet.uni-muenster.de

Prof. Dr. med. Sven Olaf Hoffmann
Sierichstraße 175, 22299 Hamburg-Winterhude
s.o.hoffmann@hamburg.de

9. Capacitación

Dipl.-Psych. Thorsten Jakobsen
Institut für Psychotherapieforschung und
Qualitätssicherung Heidelberg
Gerbergasse 43/Postfach 710
CH-4001 Basel
Tel. +41/61/2633350
Fax +41/61/2633352
jakobsen@gmx.de

Prof. Dr. med. Paul L. Janssen
Kraepelinweg 9, 44287 Dortmund
Tel. 0231/458765
Fax 0231/4462325
paul.janssen@ruhr-uni.bochum.de

Prof. Dr. Juan Pablo Jiménez
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente,
Facultad de Medicina, Universidad de Chile,
Av. Salvador 486 Providencia
Santiago de Chile
Tel 0562/3417123
jjimenez@med.uchile.cl

Dipl.-Psych. Dr. rer. nat. Reinholde Kriebel
Gelderland-Klinik
Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik
Clemensstraße, 47608 Geldern
Tel: 02831/137214
Fax 02831/137302
r.kriebel@gelderlandklinik.de

Prof. Dr. med. Joachim Küchenhoff
Abt. Psychotherapie und Psychohygiene
der psychiatrischen Universitätsklinik
Socinstr. 55a, CH-4051 Basel
Tel. +41/61/2726331

Fax +41/61/2726775
joachim.kuechenhoff@unibas.ch

Dr. phil. Dipl.-Psych. Claudia Oberbracht
Hohemarkstraße 27, 60439 Frankfurt
Tel. 069/95502654
claudia.oberbracht@t-online.de

Dr. med. Doris Pouget-Schors
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Klinikum Rechts der Isar
Technische Universität München
Langerstraße 3
81675 München
Tel. 089 / 4140 - 74 21
FAX 089 / 4140 - 4845
D.Pouget-Schors@lrz.tu-muenchen.de

Prof. Dr. med. Gerd Rudolf
Klinik für Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin
Universitätsklinikum Heidelberg
Thibautstraße 2 69115 Heidelberg
Tel. 06221/565814
Fax 06221/565330
gerd_rudolf@med.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. med. Henning Schauenburg
Klinik für Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin
Universitätsklinikum Heidelberg
Thibautstraße 2, 69115 Heidelberg
Tel. 06221/565865
henning_schauenburg@med.uni-heidelberg.de

PD Dr. med. Gudrun Schneider
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Universitätsklinikum Münster
Domagkstraße 22, 48149 Münster

9. Capacitación

Tel. 0251/8352904
Fax 0251/8352903
schneig@medsnt01.uni-muenster.de

Prof. Dr. phil. Dr. med. Wolfgang Schneider
Universität Rostock
Klinik u. Poliklinik für Psychosomatik u. Psychotherapeutische Medizin
Gehlsheimer Straße 20, 18147 Rostock
Tel. 0381/4949671
Fax 0381/4949672
wolfgang.schneider@med.uni-rostock.de

Prof. Dr. med. Gerhard Schüssler
Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie
Schöpfstr 23, A-6020 Innsbruck
Tel. +43/512/58633520
Fax +43/512/5863356
gerhard.schuessler@uki.at

Dipl.-Psych. Michael Stasch
Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie
Universitätsklinikum Heidelberg
Bergheimer Straße 54, 69115 Heidelberg
Tel. 06221/564713
Fax 06221/5633513
michael_stasch@med.uni-heidelberg.de

Dr. Matthias von der Tann, MRCP
Portman Clinic
Tavistock & Portman NHS Trust
8 Fitzjohns Avenue, London NW3 5NA
Tel. +44/20/77948262
Fax +44/20/74473748
mvondertann@tavi-port.nhs.

10

Referencias

- Abraham, K., «Psychoanalytische Studien zur Charakterbildung», en *Internationale Psychoanalytische Bibliothek* 16, 1925, págs. 1-64.
- Ahrens, S., «Empirische Ergebnisse zum Konsultationsverhalten neurotischer und psychosomatischer Patienten I», en *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 28, 1982, págs. 335-346.
- Ainsworth, M., Blehar, M. C., Walters, E. y Wall, S., *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*, Nueva York, Erlbaum, 1978.
- Albani, C., Blaser, G., Körner, A., König, S., Marschke, F., Geißler, I., Geyer, M., Pokorny, D., Staats, H., Benninghofen, D., Dahlbender, R., Cierpka, M. y Kächele, H., «Zum Zusammenhang zwischen der Valenz von Beziehungserfahrungen und der Schwere der psychischen Beeinträchtigung», en *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 52, 2002a, págs. 282-285.
- Albani, C., Geyer, M., Kächele, H. y Pokorny, D., «Beziehungsmuster und Beziehungskonflikte», en *Psychotherapeut*, 48, 2003, págs. 388-402.
- Albani, C., Pokorny, D., Blaser, G., Grüninger, S., König, S., Marschke, F., Geissler, I., Körner, A., Geyer, M. y Kächele, H., «Reformulation of the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) categories, The CCRT-LU category system», en *Psychotherapy Research*, 12, 2002b, págs. 319-338.
- Anchin, J. C., «Sequence, pattern, and style, Integration and treatment implications of some interpersonal concepts», en J. C. Anchim, D y J. Kiesler (eds.), *Handbook of interpersonal psychotherapy*, Nueva York, Pergamon Press, 1982.
- APA, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-III-R* (3ª ed., revisada), Washington DC, American Psychiatric Association, 1987.
- APA, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV* (4ª ed.), Washington DC, American Psychiatric Association, 1994.

10. Referencias

- Appelbaum, S., «Psychological-mindedness, word, concept and essence», *International Journal of Psychoanalysis* 54, 1973, págs. 35-46.
- Arbeitskreis OPD, *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual*, Berna, Huber, 1996.
- Arbeitskreis OPD, *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual*, Berna, Huber, 2004.
- Argelander, H., *Das Erstinterview in der Psychotherapie*, Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1970.
- Bales, R. F. y Cohen, S. P., *Ein System für die mehrstufige Beobachtung von Gruppen*, Stuttgart, Klett-Cotta, 1982.
- Balint, M. y Balint, E., *Psychotherapeutic techniques in medicine*, Londres, Tavistock, 1961.
- Basler, H. D., «Das Verhältnis der Compliance-Forschung zum Patienten», en W. Schneider (eds.), *Indikationen zur Psychotherapie*, Beltz, Weinheim/Basel, 1990.
- Becker, M. H., Maimann, L. H., Kirscht, J. B., Häfner, D. P., Drachmann, R. H., Taylor, D. W., «Wahrnehmungen des Patienten und Compliance, Neuere Untersuchung zum Health Belief-Model», en R. B. Haynes, D. W. Taylor y D. L. Sackett (eds.), *München, Compliance-Handbuch*, Oldenbourg, 1982.
- Becker, P., «Die Bedeutung der subjektiven Krankheitstheorie des Patienten für die Arzt-Patient-Beziehung», en *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 34, 1984, págs. 313-321.
- Beckmann, D., *Grundlagen der medizinischen Psychologie*, Gotinga, Vandenhoeck & Ruprecht, 1984.
- Bellak, L. y Goldsmith, L. A., *The broad scope of ego function assesement*, Nueva York, Wiley, 1984.
- Bellak, L. y Hurvich, M., «Systematic study of ego functions», en *Journal of Nervous and Mental Disease*, 148, 1969, págs. 569-585.
- Benjamin, L. S., «Structural analysis of social behavior», en *Psychological Review* 8, 1974, págs. 392-425.
- Benjamin, L. S., «Use of Structural Analysis of Social Behavior (SASB) to guide intervention in psychotherapy», en Anchim, J. C. y Kiesler, D. J. (eds.), *Handbook of interpersonal psychotherapy*, Nueva York, Guilford, 1982.
- Benjamin, L. S., *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*, Nueva York, Guilford, 1993.
- Bettighofer, S., *Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozeß*, Stuttgart, Kohlhammer, 1998.

- Beutler, L. E., Clarkin, J. F. y Bongar, B., *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient*, Nueva York, Oxford University Press, 2000.
- Bibring, G. L., Dwyer, T. F., Huntington, D. S. y Valenstein, A. F., «A study of the psychological process in pregnancy and of the earliest mother-child relationship. I. Some propositions and comments. II. Methodological considerations. Appendices, outline of variables, glossary of defences», en *Psychoanalytic Study of the Child*, (16, 9-(24, 25-44), 1961, págs.45-72.
- Billing, A. G. y Moos, R. H., «The role of coping responses and social resources in attenuating the impact of stressful life events», en *Journal of Behavioral Medicine* 4, 1981, págs. 139-157.
- Bischof, N., *Das Rätsel Ödipus*, Múnich, Piper, 1985.
- Bishop, G. D., «Lay conceptions of physical symptoms, en *Journal of Applied Psychology*» 17, 1987, págs. 127-146.
- Blanck, G. y Blanck, R., *Ego psychology I. Theory and practise*, Nueva York, Columbia University Press, 1974.
- Blanck, G. y Blanck, R., *Ego psychology II. Theory and practise*, Nueva York, Columbia University Press, 1979.
- Bowlby, J., *Attachment and loss*, Nueva York, Basic Books, 1969.
- Bowlby, J., *A secure base. Clinical applications of attachment theory*, Londres, Routledge, 1988.
- Brewin, C. R. y Furnham, A., «Attributional versus preattributional variables in self-esteem and depression, a comparison and test of learned helplessness theory», en *Journal of Personality and Social Psychology* 50, 1986, págs. 1013-1020.
- Brockhaus Enzyklopädie, Mannheim, FA Brockhaus, 1990.
- Buchheim, P., Cierpka, M., Kächele, H. y Jimenez, J. P., «Das Strukturelle Interview - ein Beitrag zur Integration von Psychopathologie und Psychodynamik im psychiatrischen Erstgespräch», en *Fundamenta Psychiatrica* 1, 1987, págs. 154-161.
- Buchheim, P., Dahlbender, R. W. y Kächele, H., «Biographie und Beziehung in der psychotherapeutischen Diagnostik», en P. L. Janssen, W. Schneider (eds.), *Diagnostik in Psychotherapie und Psychosomatik*, Stuttgart, Fischer, 1994.
- Buck, R., *Human motivation and emotion*. Nueva York, Wiley, 1988.
- Bückers, R., Kriebel, R. y Paar, G. H., «Der geschickt Patient in der psychosomatischen Rehabilitation – Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung und Behandlung von fremdmotivierten Patienten», en *Rehabilitation* 40, 2001, págs. 65-71.

10. Referencias

- Burgmer, M., Fiori, W., Bunzemeier, H., Roeder, R. y Heuft, G., «Komorbidität psychischer Störungen im G-DRG-System – Einfluss auf die Verweildauer und Erlössituation an einen deutschen Universitätsklinikum», en *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 50, 2004, págs.306-316.
- Caligor, E., Stern, B., Buchheim, A., Doering, S. y Clarkin, J., «Strukturiertes Interview zur Erfassung von Persönlichkeitsorganisation (STIPO) – wie verhalten sich Objektbeziehungstheorie und Bindungstheorie zueinander?», en *Persönlichkeitsstörungen* 8, 2004, págs. 209-216.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. y Weintraub, K., «Assessing coping strategies, A theoretically based approach», en *Journal of Personality and Social Psychology* 56, 1989, págs. 267-283.
- Caspar, F., *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse*, Berna, Huber, 1989.
- Cicchetti, D. V., «Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology», en *Psychological Assessment* 6, 1994, págs. 284-290.
- Cierpka, M., «Zur Entwicklung des Familiengefühls», en *Forum der Psychoanalyse* 8, 1992, págs. 32-46.
- Cierpka, M. (eds.), *Handbuch der Familiendiagnostik*. Heidelberg, Springer, 2003.
- Cierpka, M., Grande, T., Stasch, M., Oberbracht, C., Schneider, W., Schüßler, G., Heuft, G., Dahlbender, R., Schauenburg, H. y Schneider, G., «Zur Validität der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD)», en *Psychotherapeut* 46, 2001, págs. 122-133.
- Cierpka, M. y Stasch, M., «OPD und Repräsentation interpersonellen Beziehungsverhaltens - ein Beitrag zur Konstruktvalidierung», en *Kongreß zur Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*, Ulm, 2000.
- Cierpka, M., Strack, M., Benninghoven, D., Staats, H., Dahlbender, R., Pokorny, D., Frevert, G., Blaser, G., Kaechele, H., Geyer, M., Koerner, A. y Albani, C., «Stereotypical relationship patterns and psychopathology», en *Psychotherapy and Psychosomatics* 67 (4-5), 1998, págs. 241-248.
- Cierpka, M., Thomas, V., Sprenkle, D. (eds.), *Family assessment. Integrating multiple clinical perspectives*, 2005.
- Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B. y Kernberg, O. F., «Structured Interview of Personality Organization (STIPO)», en *Weill Medical College of Cornell University*. Unpublished, 2004a.

- Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B. y Kernberg, O. F., «Structured Interview of Personality Organization (STIPO)», en *Weill Medical College of Cornell University*. Unpublished, 2004b.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Kernberg, O. F., *Psychotherapy for Borderline Personality*, Nueva York, Wiley, 1999.
- Cohen, J., «Weighted kappa, nominal scale agreement with provision for scaled disagreement or partial credit», en *Psychological Bulletin* 70, 1968, págs. 213-220.
- Crits-Christoph, P., Demorest, A., Muenz, L. R. y Baranackle, K., «Consistency of interpersonal themes for patients in psychotherapy», en *Journal of Personality* 62 (4), 1994, págs. 499-526.
- Crits-Christoph, P. y Luborsky, L., «Changes in CCRT pervasiveness during psychotherapy», en P. Crits-Christoph, L. Luborsky (eds.), *Understanding transference*. Nueva York, Basic Books, 2001.
- Curtis, J. T., Silberschatz, G., Sampson, H. y Weiss, J., «The plan formulation method», en *Psychotherapy Research* 4, 1994, págs. 197-207.
- Dahlbender, R. W., *Schwere psychischer Erkrankungen und Meisterung internalisierter Beziehungskonflikte*, Ulm, Profund, 2002.
- Dahlbender, R. W., Buchheim, P. y Schüssler, G. Hrsg, *Lernen an der Praxis. OPD und Qualitätssicherung in der psychodynamischen Psychotherapie*, Berna, Huber, 2004a.
- Dahlbender, R. W., Grande, T., Buchheim, A., Schneider, G., Perry, J. C., Oberbracht, C., Freyberger, H. J., Janssen, P. L., Schauenburg, H., Buchheim, P. y Doering, S., «Qualitätssicherung im OPD-Interview. Entwicklung eines Interviewleitfadens», en R. W. Dahlbender, P. Buchheim, G. Schüssler (eds.), *Lernen an der Praxis. OPD und die Qualitätssicherung in der psychodynamischen Psychotherapie*. Berna, Huber, 2004b.
- Dahlbender, R. W. y Kächele, H., «Qualitativ-quantifizierende Analyse internalisierter Beziehungsmuster», en H. Faller, J. Frommer (eds.), *Qualitative Psychotherapieforschung*, Heidelberg, Asanger, 1994.
- Damasio, A., *Looking for Spinoza*. Orlando, Harcourt, 2003.
- Deutsch, F., «The associative anamnesis» en *Psychoanalytic Quarterly* (8), 1939, págs. 354-381.
- Deutsch, F. y Murphy, W. F., *The clinical interview. Volume one, diagnosis*. Nueva York, International Universities Press, 1955.
- Dilling, H., Freyberger, H. J. (eds.), *Taschenführer zur Klassifikation psychi-*

10. Referencias

- scher Störungen. Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien ICD-10, DCR-10*
Berna, Huber, 2001.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (eds.), «Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10», Kapitel V (F). *Klinisch-diagnostische Leitlinien*, Berna, Huber, 1993.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. y Schulte-Markwort, E. (eds.), «Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10», Kapitel V (F). *Forschungskriterien*, Berna, Huber, 1994.
- DIMDI, «Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision (ICD-10)», en *Amtliche deutschsprachige Ausgabe*. Vol. I. Systematisches Verzeichnis, Berna, Huber, 1994.
- Dittmann, V., Dilling, H., Freyberger, H. J. (eds.), «Psychiatrische Diagnostik nach ICD-10. Klinische Erfahrungen bei der Anwendung. Ergebnisse der ICD-10», en *Merkmallistenstudie*, Berna, Huber, 1992.
- Dittmann, V., Freyberger, H. J., Stieglitz, R. D., Mombour, W. y Dilling, H. *Die ICD-10 Merkmalliste*. Instrument und Manual, Berna, Huber, 1995.
- Doering, S., «Wo steht der Neurosebegriff heute?», en *Persönlichkeitsstörungen* 7, 2003, págs. 176-187.
- Doering, S. y Schüssler, G., «Theorie und Praxis der psychodynamischen Diagnostik, Indikationsstellung und Therapieplanung», en W. Hiller, S. Sulz, F. Leichsenring (eds.), *Lehrbuch der Psychotherapie – Ausbildungsinhalte nach dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG)*, München, CIP Medienverlag, 2004.
- Dornes, M., *Die frühe Kindheit. Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre*, Frankfurt, Fischer, 1997.
- Dornes, M. V., *Der kompetente Säugling*, Frankfurt, Fischer, 1993.
- Dührssen, A., «Das Problem der auslösenden Konfliktsituation in der Diagnostik psychogener Erkrankungen», en *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 1, 1954/55, págs. 45-51.
- Dührssen, A., *Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischen Aspekten*, Gotinga, Vandenhoeck & Ruprecht, 1981.
- Eagle, M. N. y Kritische Rezension, A. Grünbaums, «The foundation of psychoanalysis, A philosophical critique (1984)», en A. Grünbaum (eds.), *Kritische Betrachtungen zur Psychoanalyse*, Berlin / Heidelberg, Springer, 1991.
- Ehlers, W., Hettinger y R., Paar, G., «Operational diagnostic approaches in the assessment of defense mechanism», en *Psychotherapy and Psychosomatics* 63, 1995, págs. 124-135.

- Ehlers, W. y Peter, R., «Entwicklung eines psychometrischen Verfahrens zur Selbstbeurteilung von Abwehrkonzepten (SBAK)», en *Psychosomatik, Psychotherapie und medizinische Psychologie* 1, 1990, págs. 1-19.
- Eissler, R., Freud, A., Kris, M. y Solnit, A., *Psychoanalytic assessment, The diagnostic profile*, New Haven / Londres, Yale University Press, 1977.
- Emde, N., «A developmental orientation for contemporary psychoanalysis», en E. Person, A. Cooper, G. Gabbard (eds.), *Textbook of psychoanalysis*, Washington, APA, 2005.
- Emde, R., «Development terminable and interminable. I. Innate and motivational factors from Infancy», en *The International Journal of Psychoanalysis* 69, 1988, págs. 23-42.
- Emde, R. M., «Changing models of infancy and the nature of early development, remodelling the foundations», en *Journal of the American Psychoanalytic Association* 29, 1981, págs. 179-219.
- Ermann, M., «Die sogenannte Realbeziehung», en *Forum der Psychoanalyse* 8, 1992, págs. 281-294.
- Fairbairn, W. R. D., *Psychoanalytic studies of the personality*, Londres, Tavistock Publications, 1952.
- Fleiss, J. L., *Statistical methods for rates and proportions*, Nueva York, Wiley, 1981.
- Fleiss, J. L. y Cohen, J., «The equivalence of weighted kappa and the intraclass correlation coefficient as measures of reliability», en *Educational and Psychological Measurement* 33, 1973, págs. 613-619.
- Foa, U. G., «Convergences in the analysis of the structure of interpersonal behavior», en *Psychological Review* 68, 1961, págs. 341-353.
- Fonagy, P., «Psychoanalytic developmental theory», en E. Person, A. Cooper, G. Gabbard (eds.), *Textbook of psychoanalysis*, Washington, APA, 2005.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. y Target, M., *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*, Nueva York, Other Press, 2002.
- Fonagy, P., Target, M., «Attachment and reflective function, the role in self-organization», en *Development and Psychopathology* 9, 1997, págs. 679-700.
- Franz, C., Bautz, M., «Das Interaktionsverhalten des Patienten mit „chronisch unbehandelbarem Schmerz“», en H. D. Basler, C. Franz, B. Kröner- Herwig, H.-P. Rehfish, H. Seemann (eds.), *Psychologische Schmerztherapie*, Berlín, Springer, 1990.
- Franz, M., Dahlbender, R. W., Gündel, H., Hake, K., Klauer, T., Kessler-Scheeler, S., Siol, T. y Schneider, W., «Ergebnisse der Multizenterstudie zur OPD-Achse

10. Referencias

- I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen) im Konsildienstn», en W. Schneider, H. Freyberger (eds.), *Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*, Berna, Huber, 2000.
- Freud, A., *Normality and pathology in childhood, Assessments of development. In The writings of Anna Freud*, Nueva York, International Universities Press, 1965.
- Freud, A., *Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung*, Berna/Stuttgart, Gemeinschaftsverlag Huber, Klett, 1968.
- Freud, A., Schriften, vol. I, *Einführung, Vorträge, Abwehrmechanismen*, Frankfurt, Fischer, 1987 (1936).
- Freud, S., «Metapsychologische Ergänzung zur Traumlehre», en *Gesammelte Werke*, vol. 10, Frankfurt, Fischer, 1916.
- Freud, S., «Das Ich und das Es», en *Gesammelte Werke*, vol. 13, Frankfurt, Fischer, 1923a.
- Freud, S., «Zur Dynamik der Übertragung», en *Gesammelte Werke*, vol. 6, Frankfurt, Fischer, 1925 (1912).
- Freud, S., «Zur Einleitung der Behandlung. Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse I», en *Gesammelte Werke*, Vol. 6, Frankfurt, Fischer, 1925 (1913).
- Freud, S., «Das Unbewusste», en *Gesammelte Werke*, vol. 10, Frankfurt, Fischer, 1925 (1915).
- Freud, S., «Neue Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse», en *Gesammelte Werke*, vol. 15, Frankfurt, Fischer, 1933.
- Freud, S., «Studien über Hysterie» en *Gesammelte Werke*, vol. 1, Fischer, 1952 (1895).
- Freyberger, H., Dierse, B., Schneider, W., Strauß, B., Heuft, G., Schauenburg, H., Pouget-Schors, D., Seidler, G. H., Küchenhoff, J. y Hoffmann, S. O., «Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) in der Erprobung - Ergebnisse einer multizentrischen Anwendungs- und Praktikabilitätsstudie», en *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 46, 1996a, págs. 356-365.
- Freyberger, H., Schneider, W., Dierse, B., von Wietersheim, J., Muhs, A. y Hoffmann, S. O., «Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD), Psychische und psychosomatische Störungen nach Kapitel V(F) der ICD-10 im multiaxialen System», en, P. Buchheim, M. Cierpka, T. Seifert (eds.), *Lindauer Texte*, Berlín, Springer, 1996b.

- Freyberger, H. J. y Dilling, H. (eds.), *Fallbuch Psychiatrie. Kasuistiken zum Kapitel V (F) der ICD-10*, Berna, Huber, 1993.
- Freyberger, H. J., Dittmann, V., Stieglitz, R. D. y Dilling, H., «ICD-10 in der Erprobung, Ergebnisse einer multizentrischen Feldstudie in den deutschsprachigen Ländern», en *Der Nervenarzt* 61, 1990a, págs. 109-127.
- Freyberger, H. J., Schneider, W., Heuft, G., Schauenburg, H. y Seidler, G. H., «Zur Anwendbarkeit, Praktikabilität, Reliabilität und zukünftigen Forschungsfragenstellungen der OPD», en H. Schauenburg, H. J. Freyberger, M. Cierpka, P. Buchheim (eds.), *OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*, Berna, Huber, 1998.
- Freyberger, H. J., Schneider, W. y Malchow, C. P., «The assessment of comorbidity in the diagnosis of psychosomatic and neurotic disorders - results from the ICD-10 field trials with the Diagnostic Criteria for Research (DCR)» en *Germany. Psychotherapy and Psychosomatics* 63, 1995, págs. 90-98.
- Freyberger, H. J., Schulte-Markwort, E. y Dilling, H., «Referenztabellen der WHO zum Kapitel V (F) der 10. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10), ICD-9 vs ICD-10. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 61 (1993a) 109-127.
- Freyberger, H. J., Schulte-Markwort, E., Dilling, H., Referenztabellen der WHO zum Kapitel V (F) der 10. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10), ICD-9 vs. ICD-10», en *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 61, 1993b, págs. 128-143.
- Freyberger, H. J., Stieglitz, R. D. y Berner, P., «Neurotic, stress-related and somatoform disorders, Results of the ICD-10 field trial in German-speaking countries», en *Pharmacopsychiatry* 23, 1990b, págs. 165-169.
- Freyberger, H. J., Stieglitz, R. D. y Dilling, H., «Ergebnisse multizentrischer Diagnosestudien zur Einführung des Kapitels V (F) der ICD-10», en *Fundamenta Psychiatrica* 6, 1992, págs. 121-127.
- Furnham, A., «Lay conceptions of neuroticism», en *Personality and Individual Differences* 5, 1984, págs. 95-103.
- Furnham, A. y Wardley, Z., «Lay theories of psychotherapy, I. Attitudes toward, and beliefs about psychotherapy and therapists», en *Journal of Clinical Psychology* 46, 1990, págs. 878-890.
- Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B. y Wittchen, H. U., *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse II, Persönlichkeitsstörungen*, Gotinga, Hogrefe, 1997.

10. Referencias

- Gabbard, G. O., «Countertransference: The emerging common ground», en *International Journal of Psychoanalysis* 76, 1995, págs. 475-485.
- George, C., Kaplan, N. y Main, M., *Adult attachment interview*, University of California, Unpublished, 1985.
- Gerdes, N. y Weis, J., *Zur Theorie der Rehabilitation. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung*, Berlín, Springer, 2000.
- Gergely, G., «Ein neuer Zugang zu Margaret Mahler, Normaler Autismus, Symbiose, Schaltung, libidinöse Objektkonstanz aus der Perspektive der kognitiven Entwicklungspsychologie», en *Psyche* 56 (9/10), 2002, págs. 809-838.
- Gill, M. M., *Analysis of transference. Volume I, Theory and technique*, Nueva York, International Universities Press, 1982.
- Gill, M. M. y Hoffmann, I. Z., «A method for studying the analysis of aspects of the patient's experience in psychoanalysis and psychotherapy», en *Journal of the American Psychoanalytic Association* 30, 1982, págs. 137-167.
- Gill, M. M., Newman, R. y Redlich, F. C., *The initial interview in psychiatric practice*, Nueva York, International Universities Press, 1954.
- Grande, T., «Therapeutische Haltungen im Umgang mit «Struktur» und «Konflikt», en G. Rudolf, T. Grande y P. Henningsen (eds.), *Die Struktur der Persönlichkeit. Vom theoretischen Verständnis zur therapeutischen Anwendung des psychodynamischen Strukturkonzepts*, Stuttgart, Schattauer, 2002.
- Grande, T., «Heidelberger Umstrukturierungsskala», en B. Strauß, J. Schumacher (eds.), *Klinische Interviews und Ratingsskalen*, Gotinga, Hogrefe, 2005.
- Grande, T., Dahlbender, R. W., Schauenburg, H., Stasch, M. y Cierpka, M., «Neue Möglichkeiten der Diagnostik dysfunktionaler Beziehungen – die Beziehungsachse der OPD-II», en *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* (im Druck)
- Grande, T. y Oberbracht, C., «Die Konflikt-Checkliste. Ein anwenderfreundliches Hilfsmittel für die Konflikt Diagnostik nach OPD», en W. Schneider, H. Freyberger (eds.), *Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*, Berna, Huber, 2000.
- Grande, T., Oberbracht, C. y Rudolf, G., «Einige empirische Zusammenhänge zwischen den Achsen „Beziehung“, „Konflikt“ und „Struktur“», en H. Schauenburg, H. J. Freyberger, M. Cierpka, P. Buchheim (eds.), *OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*, Berna, Huber, 1998a.

- Grande, T., Rudolf, G. y Jakobsen, T., «Beziehungsdynamische Fallformulierung, Fokusbildung und Interventionsplanung auf der Grundlage der OPD-Beziehungsdiagnostik», en R. W. Dahlbender, P. Buchheim, G. Schüßler (eds.), *Lernen an der Praxis. OPD und die Qualitätssicherung in der psychodynamischen Psychotherapie*, Berna, Huber, 2004a.
- Grande, T., Rudolf, G. y Oberbracht, C., «Die Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) - Forschungsergebnisse zum Konzept und zur klinischen Anwendung», en *Persönlichkeitsstörungen* 2, 1998b, págs. 173-182.
- Grande, T., Rudolf, G. y Oberbracht, C., «Veränderungsmessung auf OPD-Basis, Schwierigkeiten und ein neues Konzept», en W. Schneider, H. Freyberger (eds.), *Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*, Berna, Huber, 2000.
- Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C. y Jakobsen, T., «Therapeutische Veränderungen jenseits der Symptomatik. Wirkungen stationärer Psychotherapie im Licht der Heidelberger Umstrukturierungsskala», en *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 47 (3), 2001, págs. 213-233.
- Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C., Jakobsen, T. y Keller, W., «Investigating structural change in the process and outcome of psychoanalytic treatment, The Heidelberg-Berlin Study», en P. Richardson, H. Kächele, C. Renlund (eds.), *Research on psychoanalytic psychotherapy with adults*, Londres, Karnac, 2004b.
- Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C. y Pauli-Magnus, C., «Progressive changes in patients' lives after psychotherapy, which treatment effects support them?», en *Psychotherapy Research* 13 (1), 2003, págs. 43-58.
- Grande, T., Schauenburg, H., Rudolf, G., «Zum Begriff der „Struktur“ in verschiedenen Operationalisierungen», en G. Rudolf, T. Grande P. Henningsen (eds.), *Die Struktur der Persönlichkeit. Vom theoretischen Verständnis zur therapeutischen Anwendung des psychodynamischen Strukturkonzepts*, Stuttgart, Schattauer, 2002.
- Grawe-Gerber, M. y Benjamin, L., «Structural analysis of social behavior (SASB). Coding manual for psychotherapy research», en *Psychologisches Institut der Universität*, Berna, 1989.
- Grossmann, K. E., Becker-Stoll, F., Grossmann, K., Kindler, H., Schiechem, M., Spengler, G., Wenssauer, M. y Zimmermann, P., «Die Bindungstheorie.

- Modell und entwicklungspsychologische Forschung», en H. Keller (eds.), *Handbuch der Kleinkindforschung*, Heidelberg, Springer, 1989.
- Grütering, T. y Schauenburg, H., «Die Erfassung psychodynamisch relevanter Persönlichkeitsmerkmale - Vergleich zweier klinisch relevanter Instrumente, Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP) und OPD-Strukturachse», en M. Bassler (eds.), *Leitlinien in der stationären Psychotherapie, Pro und Kontra*, Psychosozial-Verlag, Gießen, 2000.
- Grütering, T. y Schauenburg, H., «Die Erfassung psychodynamisch relevanter Persönlichkeitsmerkmale - Vergleich zweier klinisch relevanter Instrumente, Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP) und OPD-Strukturachse», en M. Bassler (eds.), *Leitlinien in der stationären Psychotherapie: Pro und Kontra*, Psychosozial-Verlag, Gießen im Druck.
- Gülick-Bailer, M. y von Maurer, K., *Deutsche Übersetzung der Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry (SCAN)*, Berna, Huber, 1994.
- Günther, U. y Lindner, J., «Die psychoanalytisch begründete Kurzgruppenpsychotherapie unter rehabilitationsbezogenem Fokus», en *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 35, 1999, págs. 203-221.
- Gurtman, M. B., «Construct validity of interpersonal personality measures: The interpersonal circumplex as a nomological net», en *Journal of Personality and Social Psychology* 63 (1), 1992, págs. 105-118.
- Gurtman, M. B., «Relational measures in psychotherapy research on process and outcome, a commentary on the studies», en *Journal of Personality Assessment* 83 (3), 2004, págs. 248-255.
- Guttman, L., *A new approach to factor analysis, the radex*, en P. F. Lazarsfeld (ed.), *Mathematical thinking in the social sciences*, Glencoe, Free Press, 1954.
- Haan, N., *Coping and defending*, Nueva York, Academic Press, 1972.
- Hans, G., Krause, R. y Steimer, E., «Interaktionsprozesse bei Schizophrenen», en E. Nordmann, M. Cierpka (eds.), *Familienforschung in Psychiatrie und Psychotherapie*, Berlín/Heidelberg/Nueva York, Springer, 1986.
- Harlow, H. F., *Learning to love*, San Francisco, Albion, 1971.
- Hartmann, H., *Ich-Psychologie und Anpassungsproblem*, Stuttgart, Klett, 1960.
- Heigl-Evers, A. y Henneberg-Mönch, U., «Die Bedeutung der Affekte für Diagnose, Prognose und Therapie», en *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 40, 1990, págs. 39-47.
- Heigl, F., «Dauer und Wandel, Struktur und Prozess in der Gruppenpsychothe

- rapie», en *Praxis der Psychotherapie* 22, 1977, págs. 241-248.
- Heimann, P., «On counter-transference», en *International Journal of Psychoanalysis* 31, 1950, págs. 81-84.
- Herrmann, T., *Lehrbuch der empirischen Persönlichkeitsforschung*, Gotinga, Hogrefe, 1972.
- Herrmann, T., *Psychologie als Problem*, Stuttgart, Klett-Cotta, 1979.
- Heuft, G., «Bedarf es eines Konzeptes der Eigenübertragung?», en *Forum der Psychoanalyse* 6, 1990, págs. 299-315.
- Heuft, G., Eich, W., Henningsen, P., Janssen, P. L., Merkle, W., Fichter, M., Senf, W. y Giere, G., «Psychosomatic and Psychotherapeutic Medicine goes DRG. Der Prozeduren-Katalog OPS 301 2.1 als erster Schritt», en *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 48, 2002, págs. 90-103.
- Heuft, G., Hoffmann, S. O., Mans, E. J., Mentzos, S. y Schüssler, G., «Das Konzept des Aktualkonflikts und seine Bedeutung für die Therapie», en *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 43, 1997a, págs. 1-14.
- Heuft, G., Hoffmann, S. O., Mans, E. J., Mentzos, S. y Schüssler, G., «Die Bedeutung der Biographie im Konzept des Aktualkonflikts», en *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 43, 1997b, págs. 34-38.
- Heuft, G., Jakobsen, T., Kriebel, R., Schneider, W. y Rudolf, G., «OPD Task-Force, Potenzial der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) für die Qualitätssicherung», en *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 51, 2005, págs. 261-276.
- Heuft, G., Kruse, A. y Radebold, H., *Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie*, München, Reinhardt, 2006.
- Heuft, G. y Senf, W., *Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie, Das Manual zur Psy-BaDo*, Stuttgart, Thieme, 1998.
- Hiller, W., Zaudig, M. y Mombour, W., *Münchner-Diagnosen-Checklisten für DSM-III-R und ICD-10 (MDCL), versión provisional*, München, 1990.
- Hiller, W., Zaudig, M. y Mombour, W., *ICD-10 Checklisten*, Berna, Huber, 1995.
- Hoffmann, I. Z. y Gill, M. M., «A scheme for coding the patient experience of the therapist (PERT), some applications, extensions and comparisons», en H. Dahl, H. Kächele, H. Thomä (eds.), *Psychoanalytic process research strategies*, Berlín, Springer, 1988.
- Hoffmann, S. O., «Die psychoanalytische Abwehrlehre, aktuell, antiquiert oder obsolet», en *Forum der Psychoanalyse* 3, 1987, págs. 22-39.

- Hoffmann, S. O., Hochapfel y G., Neurosenlehre, *Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin*, Stuttgart, Schattauer, 1995.
- Horn, H., Rudolf, G., Strukturelle Störungen und strukturbezogene Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. In, G. Rudolf, T. Grande y P. Henningsen (eds.), *Die Struktur der Persönlichkeit. Vom theoretischen Verständnis zur psychotherapeutischen Anwendung des psychodynamischen Strukturkonzepts*, Stuttgart, Schattauer, 2002.
- Horn, K., Beier, C. y Kraft-Krumm, D., *Gesundheitsverhalten und Krankheitsgewinn, Zur Logik von Widerständen gegen gesundheitliche Aufklärung*, Opladen, Westdeutscher, 1984.
- Horowitz, L. M., Strauß, B. y Kordy, H., *Manual zum Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D)*, Weinheim, Beltz, 1993.
- Horowitz, M. J., *Person schemas and maladaptive interpersonal patterns*, Chicago, University of Chicago Press, 1991.
- Jacobs, T. J., «Gedanken zur Rolle unbewußter Kommunikation und verdeckten Enactments im analytischen Setting», en *Internationales Symposium «Erinnern, Agieren und Inszenieren»*, Tiefenbrunn, 1999.
- Jacobson, E., *The self and the object world*, Nueva York, International Universities Press, 1964.
- Jaeggi, E., Götde, G., Hegener, W. y Möller, H., *Tiefenpsychologie lehren - Tiefenpsychologie lernen*, Stuttgart, Klett-Cotta, 2003.
- Jakobsen, T. y Rudolf, G., *Stationäre Qualitätssicherung am Beispiel von einzel fallbezogenen Rückmeldungen. 47. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Leipzig*, Psychosomatische Medizin (DKPM), 1998.
- Janssen, P. L., «Zur psychoanalytischen Diagnostik», en P. L. Janssen, W. Schneider (eds.), *Diagnostik in Psychotherapie und Psychosomatik*, Stuttgart, Fischer, 1994.
- Janssen, P. L., Dahlbender, R. W., Freyberger, H. J., Heuft, G., Mans, E. J., Rudolf, G., Schneider, W. y Seidler, G. H., «Leitfaden zur psychodynamisch-diagnostischen Untersuchung», en *Psychotherapeut* 41, 1996, págs. 297-304.
- Kächele, H., «Klaus Grawes Konfession und die psychoanalytische Profession», en *Psyche* 5, 1995, págs. 481-492.
- Kaplan, A. H., «From discovery to validation, A basic challenge to psychoanalysis», en *Journal of the American Psychoanalytic Association* 29, 1981, págs. 3-26.
- Kendell, R. y Jablensky, A., «Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses», en *American Journal of Psychiatry* 160, 2003, págs. 4-12.

- Kernberg, O. F., Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., Carr, A. C., Appelbaum, A. H., *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*, Nueva York, Basic Books, 1989.
- Kiesler, D. J., «The 1982 interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions», en *Psychological Review* 90, 1983, págs. 185-214.
- Kiesler, D. J., *Contemporary interpersonal theory and research. Personality, psychopathology, and psychotherapy*. Nueva York, Wiley, 1996.
- Kind, H., *Leitfaden für die psychiatrische Untersuchung*, Berlín/Heidelberg, Springer, 1973.
- Kind, H., «Das psychiatrische Erstinterview», en *Nervenarzt* 49, 1978, págs. 255-260.
- Kind, H., Haug, H. J., *Psychiatrische Untersuchung*, Berlín, Springer, 2002.
- Kohut, H., *Narzissmus*, Frankfurt, Suhrkamp, 1971.
- König, K., «Der interaktionelle Anteil der Übertragung in Einzelanalyse und analytischer Gruppenpsychotherapie», en *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 18, 1982, págs. 76-83.
- König, K., «Basale und zentrale Beziehungswünsche», en *Forum der Psychoanalyse* 4, 1988, págs. 177-185.
- Kraepelin, E., *Die Richtungen der psychiatrischen Forschung*, Leipzig, Vogel, 1887.
- Krause, M. S., «A cognitive theory of motivation for treatment», en *Journal of General Psychology* 75, 1966, págs. 9-19.
- Krause, R., *Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre, vol. 2: Modelle*, Stuttgart, Kohlhammer, 1998.
- Kriebel, R., Paar, G. H., *Psychosomatische Rehabilitation. Möglichkeit und Wirklichkeit*, Geldern, Keuck, 1999.
- Künzel, R., «Motivation zur Psychotherapie», en Bastine R., y cols. (eds.): *Grundbegriffe der Psychotherapie*, Weinheim, Beltz, 1979.
- Laimböck, A., *Das psychoanalytische Erstgespräch*, Tubinga, Diskord, 2000.
- Landis, J. R., Koch, G. G., «The measurement of observer agreement for categorical data», en *Biometrics* 33, 1977, págs. 159-174.
- Lange, C., Heuft, G., «Die Beeinträchtigungsschwere in der psychosomatischen und psychiatrischen Qualitätssicherung: Global Assessment of Functioning Scale (GAF) vs. Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS)», en *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 48, 2002, págs. 256-269.
- Laplanche, J., Pontalis, J.-B., *Das Vokabular der Psychoanalyse*, Frankfurt, Suhrkamp, 1991.

10. Referencias

- Lazarus, R. S., *Psychological stress and the coping process*, Nueva York, McGraw Book Company, 1966.
- Lazarus, R. S., *Emotion and adaptation*, Londres, Oxford University Press, 1991.
- Lazarus, R. S., «Coping theory and research: past, present, and future», en *Psychosomatic Medicine* 55, 1993, págs. 234-247.
- Lazarus, R. S., Folkman, S., *Stress, appraisal and coping*, Nueva York, Springer, 1984.
- Leary, T., *Interpersonal diagnosis of personality*, Nueva York, Ronald Press, 1957.
- Leichsenring, F., Rüger, U., «Psychotherapeutische Behandlungsverfahren auf dem Prüfstand der Evidence Based Medicine (EBM)», en *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 50, 2004, págs. 203-217.
- Leising, D., *Die Klinische Emotionsliste. Ein Instrument zur Erfassung des selbst berichteten affektiven Erlebens*, Ruprecht-Karls-Universität, no publicado, 2000.
- Leising, D., Rudolf, G., Stadler, K., Jakobsen, T., Oberbracht, C., Grande, T., «Do interpersonal behavior and emotional experience change in the course of successful long-term psychoanalytic therapies?», en *Psychotherapy Research* 13(4), 2003, págs. 461-474.
- Leising, D., Stadler, K., Grande, T., Rudolf, G., *Lassen sich intrapsychische Konflikte anhand unterschiedlicher «Leitaffekte» unterscheiden?* Heidelberg, Psychosomatische Klinik des Universitätsklinikums, 2000.
- Leppin, A., Schwarzer, R., «Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten», en Schwarzer R. (eds.), *Gesundheitspsychologie: Ein Lehrbuch*, Gotinga, Hogrefe, 1997.
- Levine, S., «Coping: An overview». En Ursin H., Mursin R. (eds.), *Biological and psychological basis of psychosomatic disease*, Oxford, Pergamon, 1983.
- Lichtenberg, J. D., *Psychoanalysis and infant research*, Hillsdale/Londres, Analytic Press, 1983.
- Lichtenberg, J. D., *Psychoanalysis and motivation*, Hillsdale/Londres, Analytic Press, 1989.
- Lindner, J., «Die Bedeutung der Gruppe für die psychotherapeutische Versorgung. Gruppenpsychotherapie», en *Gruppendynamik* 28, 1992, págs. 337-348.
- Loewald, H. W., «On motivation and instinct theory», en *Psychoanalytic Study of the Child* 26, 1971, págs. 91-128.

- Lohmer, M., Klug, G., Herrmann, B., Pouget, D., Rauch, M., «Zur Diagnostik der Frühstörung. Versuch einer Standortbestimmung zwischen neurotischem Niveau und Borderline-Störung», en *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 37, 1992, págs. 243-255.
- Luborsky, L., «Research cannot yet influence clinical practice», en *International Journal of Psychiatry* 7, 1969, págs. 135-140.
- Luborsky, L., *Einführung in die analytische Psychotherapie. Ein Lehrbuch*, Berlín, Springer, 1988.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., *Understanding transference. The Core Conflictual Relationship Theme method*, Nueva York, Basic Books, 1990.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., *Understanding transference. The Core Conflictual Relationship Theme method*, Nueva York, Basic Books, 1998.
- Luborsky, L., Kächele, H. (eds.), *Der zentrale Beziehungskonflikt - ein Arbeitsbuch*, Ulm, PSZ, 1988.
- Mahler, M., Pine, F., Bergmann, A., *The psychological birth of the human infant*, Nueva York, Basic Books, 1975.
- Malan, D. H., *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*, Londres, Butterworths, 1979.
- Maslow, A. H., *Motivation and personality*, Nueva York, Harper & Row, 1970.
- McCallum, M., Piper, W. E., «The psychological mindedness assessment procedure», en McCallum M., Piper W. E. (eds.), en *Psychological mindedness: a contemporary understanding*, Nueva York, Lawrence Erlbaum Associates, 1997.
- McCallum, M., Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., «Relationships among psychological mindedness, alexithymia and outcome in four forms of short-term psychotherapy», en *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 76, 2003, págs. 133-144.
- Mentzos, S., *Neurotische Konfliktverarbeitung*, Frankfurt, Fischer, 1991.
- Mertens, W., *Einführung in die psychoanalytische Therapie*, Stuttgart, Kohlhammer, 1992a.
- Mertens, W., *Kompodium psychoanalytischer Grundgebriffe*, München, Quintessen, 1992b.
- Mertens, W., *Einführung in die psychoanalytische Therapie*, Stuttgart, Kohlhammer, 1993.
- Mertens, W., «Von der Theorie zur Praxis: Operationalisierung und die Tiefe von Bedeutung am Beispiel der OPD-Konfliktachse», en Dahlbender R.

10. Referencias

- W., Buchheim P., Schüßler G. (eds.), *Lernen an der Praxis. OPD und die Qualitätssicherung in der psychodynamischen Psychotherapie*, Berna, Huber, 2004.
- Mezzich, J. E., «Positive health: conceptual place, dimensions and implications», en *Psychopathology* 38, 2005, págs. 177-179.
- Mezzich, J. E., Berganza, C. E., «Purposes and models of diagnostic systems», en *Psychopathology* 38, 2005, págs. 177-179.
- Miller, N. (ed.), *Psychodynamic treatment research. A handbook for clinical practice*, Nueva York, Basic Books, 1993.
- Millstein, S. G., Irwin, C. E., «Concepts of health and illness: Different constructs or variations on a theme?» en *Health Psychology* 6, 1987, págs. 515-524.
- Mombour, W., Zaudig, M., Berger, P., Gutierrez, K., Berner, P., Berger, K., von Cranach, M., Gighuber, O., von Bose, M., *Deutsche Übersetzung und Adaption des International Personality Disorder Examination (IPDE), Version 1.2.*, Berna, Huber, 1994.
- Moore, B. E., Fine, B. D., *A glossary of psychoanalytic terms and concepts*, Nueva York, American Psychoanalytic Association, 1968.
- Muck, M., Paal, J., «Kriterien der Behandelbarkeit und ihre Feststellung im Interview», en *Psyche* 22, 1968, págs. 770-777.
- Müller, E., *Zusammenhänge zwischen inadäquaten verarbeitungsformen unbewußter Konflikte und unsicheren Bindungsstilen*. Trabajo de Diplomado, no publicado, 1999.
- Müßigbrodt, H., Kleinschmidt, S., Schürmann, A., Freyberger, H. J., Dilling, H., *Deutsche Übersetzung und Bearbeitung der ICD-10 (Kapitel V) Fassung für die primäre Gesundheitsversorgung (ICD-10 PHC, Primary Health Care Classification)*, Lübeck, Universidad Lübeck, no publicado, 1994.
- Nitzgen, D., «Sucht als Abwehrorganisation. Perspektiven einer operationalisierten psychodynamischen Diagnostik der Sucht», en *Suchttherapie* 4, 2003, págs. 65-71.
- Nitzgen, D., Brünger, M., «Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik in der Rehabilitationsklinik Birkenbuck: Einsatz und Befunde», en Schneider W., Freyberger H., (eds.): *Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*, Berna, Huber, 2000.
- Nübling, R., *Psychotherapiemotivation und Krankheitskonzept*, Frankfurt, VAS, 1992.

- Oberbracht, C., *Psychische Struktur im Spiel der Beziehung. Klinische Anwendung und empirische Prüfung der Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik bei stationären psychosomatischen Patienten*, Heidelberg, Universidad Heidelberg, no publicado, 2005.
- Panksepp, J., *Affective neuroscience*, Oxford, Oxford University Press, 1998.
- Papoušek, M., «Frühe Phase der Eltern-Kind-Beziehung», en *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 34, 1989, págs. 109-122.
- Perry, J. C., *The psychodynamic conflict rating scales*, Cambridge, The Cambridge Hospital, MA, 1990.
- Perry, J. C., Augusto, F., Cooper, S. H., «Assessing psychodynamic conflicts: I. Reliability of idiographic conflict formulation method», en *Psychiatry* 52, 1989a, págs. 289-301.
- Perry, J. C., Cooper, S. H., Michels, R., «The psychodynamic formulation: Its purpose, structure, and clinical application», en *American Journal of Psychiatry* 144, 1987, págs. 543-550.
- Perry, J. C., Hoglend, P., «Convergent and discriminant validity of overall defensive functioning», en *Journal of Nervous and Mental Disease* 186(9), 1998, págs. 529-535.
- Perry, J. C., Luborsky, L., Silberschatz, G., Popp, C., «An examination of three methods of psychodynamic formulation based on the same videotaped interview», en *Psychiatry* 52, 1989c, págs. 302-323.
- Pierce, G. R., Sarason, I. G., Sarason, B. R., «Coping and social support», en Zeidner M, Endler N. S. (eds.), *Handbook of coping – Theory, research, applications*, Nueva York, Wiley, 1996.
- Pilkonis, P. A., «Personality prototypes among depressives: themes of dependency and autonomy», en *Journal of Personality Disorders* 2, 1988, págs. 144-152.
- Posner, M. I., Rothbart, M. K., «Intentional chapters on unintended thoughts», en Uleman J. S., Bargh J. (eds.), *Unintended thought*, Nueva York, Guilford, 1989.
- Prelinger, E., Zimet, C. N., Schafer, R., Levin, M., *An ego-psychological approach to character assessment*, Nueva York, Free Press Glencoe, 1964.
- Rabin, R., de Charro, F., EQ-5D: «A measure of health status from the EuroQol Group», en *Annals of Medicine* 33(5), 2001, págs. 337-343.
- Reymann, G., Zbikowski, A., Martin, K., Tetzlaff, M., Janssen, P. L., «Erfahrungen mit der Anwendung von Operationalisierter Psychodynamischer

10. Referencias

- Diagnostik bei Alkoholkranken», en Schneider W., Freyberger H. (eds.), *Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*, Berna, Huber, 2000.
- Rippere, V., «How depressing: Another cognitive dimension of commonsense knowledge», en *Behavior Research and Therapy* 19, 1981, págs. 169-181.
- Rosin, U., «Lernbarrieren und Widerstände in der Balint-Gruppenarbeit mit Psychiatern», en *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 16, 1981, págs. 360-382.
- Rudolf, G., *Krankheiten im Grenzbereich von Neurose und Psychose. Ein Beitrag zur Psychopathologie des Ich-Erlebens und der zwischenmenschlichen Beziehungen*, Gotinga, Vandenhoeck & Ruprecht, 1977.
- Rudolf, G., *Untersuchungen und Befund bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen*, Weinheim/Basilea, Beltz, 1981.
- Rudolf, G., «Die Struktur der Persönlichkeit», en Rudolf G. (ed.), *Psychotherapeutische Medizin*, Stuttgart, Enke, 1993.
- Rudolf, G., «Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD): Die Einschätzung des Strukturniveaus», en Buchheim P., Cierpka M., Seifert T. (eds.), *Lindauer Texte*, Berlin, Springer, 1996.
- Rudolf, G., *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik*, Stuttgart, Thieme, 2000.
- Rudolf, G., «Wie analytische Psychotherapeuten Diagnosen handhaben. Eine Bestandsaufnahme und ein Plädoyer», en *Psychotherapeut* 46, 2001, págs. 102-109.
- Rudolf, G., «Konfliktaufdeckende und strukturfördernde Zielsetzungen in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie», en *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 48(2), 2002a, págs. 163-173.
- Rudolf, G., «Struktur als psychodynamisches Konzept der Persönlichkeit», en Rudolf G., Grande T., Henningsen P. (eds.), *Die Struktur der Persönlichkeit. Vom theoretischen Verständnis zur therapeutischen Anwendung des psychodynamischen Strukturkonzepts*, Stuttgart, Schattauer, 2002b.
- Rudolf, G., «Strukturbezogene Psychotherapie», en Rudolf G., Grande T., Henningsen P. (eds.): *Die Struktur der Persönlichkeit. Vom theoretischen Verständnis zur therapeutischen Anwendung des psychodynamischen Strukturkonzepts*, Stuttgart, Schattauer, 2002c.
- Rudolf, G., «Störungsmodelle und Interventionsstrategien in der psychodnami

- schen Depressionsbehandlung», en *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 49, 2004a, págs. 363-376.
- Rudolf, G., *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*, Stuttgart, Schattauer, 2004b.
- Rudolf, G., Buchheim, P., Ehlers, W., Küchenhoff, J., Muhs, A., Pouget-Schors, D., Rüger, U., Seidler, G. H., Schwarz, F., «Struktur und strukturelle Störung», en *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 41, 1995, págs.197-212.
- Rudolf, G., Cierpka, M., Freyberger, H. J., Heuft, G., Schneider, W., «Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)», en Mundt C., Linden M., Barnett W. (eds.), *Psychotherapie in der Psychiatrie*, Viena, Springer, 1997.
- Rudolf, G., Dilg, R., Grande, T., Jakobsen, T., Keller, W., Oberbracht, C., Pauli-Magnus, C., Stehle, S., Wilke, S., «Therapeutische Umstrukturierung im analytischen Prozeß: Modellbildung und Verlaufsbeobachtungen», en Schlösser A.-M., Gerlach A. (eds.), *Kreativität und Scheitern*, Giessen, Psychosozial-Verlag, 2001a.
- Rudolf, G., Grande, T., *Vergleich und Validierung zweier Instrumente zur Einschätzung von Struktur und struktureller Veränderung. The Scales of Psychological Capacities (RS Wallerstein) und Operationalized Psychodynamic Diagnosis (Arbeitsgruppe OPD)*, Heidelberg, Psychosomatische Universitätsklinik, 1999.
- Rudolf, G., Grande, T., «Struktur der gesunden Persönlichkeit», en *Persönlichkeitsstörungen - Theorie und Therapie* 6, 2002, págs. 174-185.
- Rudolf, G., Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M., Oberbracht, C., Stehle, S.,: *Die Praxisstudie analytische Langzeitpsychotherapie (PAL)*, Heidelberg, Zentrum für Psychosoziale Medizin, en preparación.
- Rudolf, G., Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Oberbracht, C., Pauli-Magnus, C., Stehle, S., Wilke, S., «Strukturelle Veränderungen in psychoanalytischen Behandlungen - Zur Praxisstudie analytischer Langzeittherapien (PAL)», en Stuhr U., Leuzinger-Bohleber M., Beutel M. (eds.), *Langzeitpsychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*, Stuttgart, Kohlhammer, 2001b.
- Rudolf, G., Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Oberbracht, C., Pauli-Magnus, C., Stehle, S., Wilke, S., «Structural changes in psychoanalytic therapies - the Heidelberg-Berlin Study on long-term psychoanalytic the-

10. Referencias

- rapies (PAL)», en Leuzinger-Bohleber M., Target M. (eds.), *Outcomes of psychoanalytic treatment. Perspectives for therapists and researchers*, Londres, Whurr Publishers, 2002a.
- Rudolf, G., Grande, T., Jakobsen, T., «Struktur und Konflikt: Gibt es strukturspezifische Konflikte?», en Dahlbender R. W., Buchheim P., Schüßler G. (eds.), *Lernen an der Praxis. OPD und die Qualitätssicherung in der psychodynamischen Psychotherapie*, Berna, Huber, 2004a.
- Rudolf, G., Grande, T., Jakobsen, T., Krawietz, B., Langer, M., Oberbracht, C., «Effektivität und Effizienz psychoanalytischer Langzeittherapie: Die Praxisstudie analytische Langzeitpsychotherapie», en Gerlach A., Schlösser A.-M., Springer A. (eds.), *Psychoanalyse des Glaubens*, Giessen, Psychosozial-Verlag, 2004b.
- Rudolf, G., Grande, T., Oberbracht, C., «Die Heidelberger Umstrukturierungsskala. Ein Modell der Veränderung in psychoanalytischen Therapien und seine Operationalisierung in einer Schätzskala» en *Psychotherapeut* 45, 2000, págs. 237-246.
- Rudolf, G., Grande, T., Oberbracht, C., *Die Heidelberger Umstrukturierungsskala. Manual. Materialien der Praxisstudie Analytische Langzeittherapie*, Heidelberg, Universidad Heidelberg, no publicado, 2001c.
- Rudolf, G., Grande, T., Oberbracht, C., Jakobsen, T., «Erste empirische Untersuchungen zu einem neuen diagnostischen System: Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)» en *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 42(4), 1996, págs. 343-357.
- Rudolf, G., Jakobsen, T., Grande, T., Oberbracht, C., «Strukturelle Aspekte der Persönlichkeitsstörungen», en Rudolf G., Grande T., Henningsen P. (eds.), *Die Struktur der Persönlichkeit. Vom theoretischen Verständnis zur therapeutischen Anwendung des psychodynamischen Strukturkonzepts*, Stuttgart, Schattauer, 2002b.
- Rudolf, G., Jakobsen, T., Micka, R., Schumann, E., «Störungsbezogene Ergebnisse psychodynamisch-stationärer Psychotherapie», en *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 50, 2004c, págs. 37-52.
- Rudolf, G., Oberbracht, C., Grande, T., «Die Struktur-Checkliste. Ein anwenderfreundliches Hilfsmittel für die Strukturdiagnostik nach OPD», en Schauenburg H., Freyberger H., Cierpka M., Buchheim P. (eds.), *OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*, Berna, Huber, 1998.

- Rudolf, G., Rüger, U., «Zur Differentialindikation zwischen tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie», en *Psychotherapeut* 46, 2001, págs. 216-219.
- Rudolf, G., Schmutterer, J., «Qualitätssichernde Therapiebegleitung» *Deutsches Ärzteblatt* 1, 2003, págs. 13-15.
- Rudolf, G., Stille, D., «Der Einfluß von Krankheitsbild und Krankheitsverhalten auf die Indikationsentscheidung in der Psychotherapie», en *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 29, 1984, págs. 115-128.
- Rüger, U., Bell, K., «Historische Entwicklung und aktueller Stand der Richtlinien-Psychotherapie in Deutschland», en *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 50, 2004, págs. 127-150.
- Rüger, U., Blomert, A. F., Förster, W., *Coping*. Verlag für Medizinische Psychologie, Gotinga, Vandenhoeck & Ruprecht, 1990.
- Rüger, U., Dahm, A., Kallinke, D. (eds.), *Faber/Haarstrick: Kommentar Psychotherapierichtlinien*, München, Urban & Fischer, 2003.
- Rutter, D. R., Calnan, M., «Do health beliefs predict health behaviour? A further analysis of breast self-examination», en Dent H. (ed.), *Clinical psychology: research and developments*, Nueva York, Croom Helm, 1987.
- Rycroft, C., *A critical dictionary of psychoanalysis*, Harmondsworth, Penguin, 1968.
- Sandler, J., «Research in psycho-analysis. The Hampstead Index as an instrument of psycho-analytic research» en *International Journal of Psychoanalysis* 43, 1962, págs. 287-291.
- Sandler, J., «Gegenübertragung und Bereitschaft zur Rollenübernahme», en *Psyche* 30, 1976, págs. 297-306.
- Sandler, J., «Die Beziehungen zwischen psychoanalytischen Konzepten und psychoanalytischer Praxis», en *Psyche* 7, 1983, págs. 577-595.
- Sandler, J., Sandler, A. M., «On the development of object relationships and affects» en *International Journal of Psychoanalysis* 39, 1978, págs. 285-296.
- Sass, H., Wittchen, H. U., Zaudig, M., *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV*, Gotinga, Hogrefe, 2001.
- Schacht, T. E., Henry, W. P., «Modeling recurrent patterns of interpersonal relationship with Structural Analysis of Social Behavior: the SASB-CMP», en *Psychotherapy Research* 4, 1994, págs. 208-221.
- Schauenburg, H., «Zum Verhältnis zwischen Bindungsdiagnostik und psycho-

10. Referencias

- dynamischer Diagnostik», en Schneider W., Freyberger H. (eds.), *Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*, Berna, Huber, 2000.
- Schauenburg, H., Cierpka, M., «Methoden der Fremdbeurteilung interpersoneller Beziehungsmuster», en *Psychotherapeut*, 39(3), 1994, págs. 135-145.
- Schneider, G., Lange, C., Heuft, G., «Operationalized Psychodynamic Diagnostics and differential therapy indication in routine diagnostics at a psychosomatic outpatient department», en *Psychotherapy Research* 12(2), 2002, págs. 159-178.
- Schneider, W., «Die Psychotherapiemotivation - Behandlungsvoraussetzungen oder ein zu vernachlässigendes Konstrukt?», en Schneider W. (ed.), *Indikationen zur Psychotherapie*, Weinheim, Beltz, 1990.
- Schneider, W., «Bilden Persönlichkeitstests Krankes oder Gesundes ab? Zur Pathophilie der diagnostischen Instrumente», en *Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Praxis*, 6(3), 2002, págs. 155-173.
- Schneider, W., Basler, H.-D., Beisenherz, B., *Fragebogen zur Psychotherapiemotivation*, Weinheim, Beltz, 1989a.
- Schneider, W., Basler, H.-D., Beisenherz, B., *Fragebogen zur Psychotherapiemotivation (FMP)*, Weinheim, Beltz, 1989b.
- Schneider, W., Freyberger, H. J., «Diagnostik in der psychoanalytischen Psychotherapie unter besonderer Berücksichtigung deskriptiver Klassifikationsmodelle», en *Forum der Psychoanalyse* 6, 1990, págs. 316-330.
- Schneider, W., Freyberger, H. J., «Diagnostik nach ICD-10 - Möglichkeiten und Grenzen für die Psychotherapie/Psychosomatik», en *Psychotherapeu* 39, 1994, págs. 269-275.
- Schneider, W., Freyberger, H. J., Muhs, A., Schüßler, G. (Hrsg.), *Diagnostik und Klassifikation nach ICD-10 Kapitel V (F). Eine kritische Auseinandersetzung. Ergebnisse der ICD-10-Forschungskriterienstudie aus dem Bereich Psychosomatik/Psychotherapie*, Gotinga, Vandenhoeck & Ruprecht, 1993.
- Schneider, W., Henningsen, P., Rüger, U., *Sozialmedizinische Begutachtung in Psychosomatik und Psychotherapie. Autorisierte Leitlinien, Quellentexte und Kommentar*, Berna, Huber, 2001.
- Schneider, W., Heuft, G., Freyberger, H. J., Janssen, P. L., «Diagnostic concepts, multimodal and multi-axial approaches in psychotherapy and psychosomatics», en *Psychotherapy and Psychosomatics* 63, 1995, págs. 63-70.
- Schneider, W., Hoffmann, S. O., «Diagnostik und Klassifikation neurotischer

- und psychosomatischer Störungen», en *Fundamenta Psychiatrica* 6, 1992, págs. 137-142.
- Schneider, W., Klauer, T., «Symptom level, treatment motivation, and the effects of inpatient psychotherapy», en *Psychotherapy Research* 11, 2001, págs. 153-167.
- Schneider, W., Klauer, T., Hake, K., *Prädiktive Validität der OPD-Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen*. Leipzig, 47. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM), 1998.
- Schultz-Hencke, H., *Schicksal und Neurose*, Jena, Fischer, 1931.
- Schultz-Hencke, H., *Lehrbuch der analytischen Psychotherapie*, Stuttgart, Thieme, 1951.
- Schulz, S., *Affektive Indikatoren struktureller Störungen*, no publicado, Universität des Saarlandes, 2000.
- Schüßler, G., *Bewältigung chronischer Krankheiten*, Gotinga, Vandenhoeck & Ruprecht, 1993.
- Schüßler, G., *Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie*, Lorch, Uni-Med, 1995.
- Schüßler, G., «Psychoanalytische Diagnostik», en Senf W., Broda M. (eds.), *Praxis der Psychotherapie*, Stuttgart, Thieme, 2000.
- Schüßler, G., «Aktuelle Konzeption des Unbewußten - Empirische Ergebnisse der Neurobiologie, Kognitionswissenschaften, Sozialpsychologie und Emotionsforschung», en *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 48, 2002, págs. 192-214.
- Schüßler, G., «Innerpsychischer Konflikt und Struktur: Wo steht das Unbewusste heute?», en Dahlbender R. W., Buchheim P., Schüßler G. (eds.), *Lernen an der Praxis. OPD und die Qualitätssicherung in der psychodynamischen Psychotherapie*, Berna, Huber, 2004.
- Schüßler, G., Bertl-Schüßler, A., «Neue Ansätze zur Revision der psychoanalytischen Entwicklungstheorie», en *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin* 38, 1992, págs. 77-87 y 101-114.
- Schwarzer, R., *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*, Gotinga, Hogrefe, 1996.
- Schwidder, W., «Klinik der Neurosen», en Kisker K. P., Meyer J. E., Müller M., Strömngren E. (eds.), *Psychiatrie der Gegenwart II/1*, Berlín/Heidelberg/Nueva York, Springer, 1972a.

10. Referencias

- Schwidder, W., «Neopsychoanalyse», en Bally G. (ed.), *Grundzüge der Neurosenlehre*, Berlin/Viena, Urban & Schwarzenberg, 1972b.
- Selye, H., *Stress without distress*, Nueva York, Signet, 1974.
- Shapiro, D., *Neurotic Styles*, Nueva York, Basic Books, 1965.
- Shapiro, T., *The concept of structure in psychoanalysis*, Madison, International Universities Press, 1991.
- Siebel, U., Michels, R., Freyberger, H. J., Dilling, H., *Deutsche Übersetzung und Bearbeitung des multiaxialen Systems zum Kapitel V (F) der ICD-10*, Lübeck, Klinik für Psychiatrie der Medizinischen Universität zu Lübeck, 1994.
- Silver, D., «Psychotherapy of the characterologically difficult patient», en *Canadian Journal of Psychiatry* 28, 1983, págs. 513-521.
- Simon, G. E., «Somatization and psychiatric disorders», en Kirmayer L. J., Robins J. M. (eds.), *Current concepts of somatization: Research and clinical perspectives*, Londres, American Psychiatric Press, 1991.
- Spitzer, C., Michels-Lucht, F., Siebel, U., Freyberger, H. J., «Zur Konstruktvalidität der Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD)». *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 48(3), 2002, págs. 299-312.
- Sporn, H., «Aneignung der Suchterkrankung. Ein Konzept und ein Instrument zu seiner Erfassung» en *Psychotherapeut*, 50(5), 2005, págs. 347-353.
- Squire, L., Bloom, F., McConnell, S., Roberts, J., Spitzer, N., Zigmond, M., *Fundamental neuroscience*, Amsterdam, Academic Press, 2003.
- Stasch, M., «Interpersonal tuning in inpatient psychotherapy. A clinical approach based on the Operationalized Psychodynamic Diagnostics (OPD)», 34th annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Weimar, 2003.
- Stasch, M., «Interpersonal diagnosis, treatment-focus and clinical implementation based on OPD-Axis II», 35th annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Roma, 2004.
- Stasch, M., Cierpka, M., «Changes in patients' perceptions of their interpersonal behavior during inpatient psychotherapy», 31th annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Chicago, 2000.
- Stasch, M., Cierpka, M., Dahlbender, R. W., Grande, T., Hillenbrand, E., Kraul, A., Schauenburg, H., «OPD und Repräsentation interpersonellen Beziehungsverhaltens: ein Ansatz zur Konstruktvalidierung», en Dahlbender R. W., Buchheim P., Schüssler G. (eds.), *Lernen an der Praxis. OPD und die Qualitätssicherung in der psychodynamischen Psychotherapie*, Berna, Huber, 2004.

- Stasch, M., Cierpka, M., Hillenbrand, E., Schmal, H., «Assessing reenactment in inpatient psychodynamic therapy», en *Psychotherapy Research* 12(3), 2002, págs. 355-368.
- Steffens, W., Kächele, H., «Abwehr und Bewältigung - Strategien und Mechanismen: Wie ist eine Integration möglich?», en Kächele H., Steffens W. (eds.), *Bewältigung und Abwehr: Beiträge zur Psychologie und Psychotherapie schwerer körperlicher Krankheiten*, **Berlin, Springer**, 1988.
- Stephens, A., «Psychological coping, individual differences and physiological stress responses», en Cooper C. L., Payne R. (eds.), *Personality and stress: Individual differences in the stress process*, **Chichester, Wiley**, 1991.
- Stern, D. N., *Mutter und Kind: Die erste Beziehung*, Stuttgart, Klett, 1979.
- Stern, D. N., *The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalytic and developmental psychology*, Nueva York, Basic Books, 1985.
- Stern, D. N., *The motherhood constellation*, Nueva York, Basic Books, 1995.
- Stieglitz, R. D., Dittmann, V., Mombour, W., «Erfassungsmethoden und Instrumente zur ICD-10», en *Fundamenta Psychiatrica* 6, 1992, págs. 128-136.
- Stiles, W. B., Elliot, R., Lewelyn, S. P., Firth-Cozens, J. A., Margison, F. R., Shapiro, D. N., Hardy, G., «Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy», en *Psychotherapy* 27, 1990, págs. 411-420.
- Stiles, W. B., Meshot, C. M., Anderson, T. M., Sloan, W. W., «Assimilation of problematic experiences: the case of John Jones», en *Psychotherapy Research* 2, 1992, págs. 81-101.
- Stolorow, R. D., «Closing the gap between theory and practice with better psychoanalytic theory», en *Psychotherapy* 2, 1992, págs. 159-166.
- Strauß, B., Hüttmann, B., Schulz, N., «Kategorienhäufigkeit und prognostische Bedeutung einer operationalisierten psychodynamischen Diagnostik. Erste Erfahrungen mit der „OPD-1“ im stationären Rahmen», en *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 47(2), 1997, págs. 58-63.
- Streek, U., Alberti, L., Heigl, F., Kollmann, F., Trampisch, H. J., «Der lange Weg zur Psychotherapie: Zur „Patientenkarriere“ von psychoneurotisch und psychosomatisch Kranken», en *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 32, 1986, págs. 103-116.
- Stroebe, W., Stroebe, M., *Social psychology and health*, **Buckingham, Open University Press**, 1995.
- Strupp, H., Schacht, T., «Problem-treatment-outcome congruence: A principle

10. Referencias

- whose time has come», en Dahl H., Kächele H., Thomä H. (eds.), *Psychoanalytic process research strategies*, Berlín, Springer, 1988.
- Strupp, H. H., Binder, J., L., *Psychotherapy in a new key. A guide to time-limited dynamic psychotherapy*, Nueva York, Basic Books, 1984.
- Strupp, H. H., Binder, J., L., *Kurzpsychotherapie*, Stuttgart, Klett-Cotta, 1993.
- Sullivan, H. S., *The psychiatric interview*, Nueva York, Norton, 1954.
- Tausch, R., Tausch, A.-M., *Gesprächs-Psychotherapie*, Gotinga, Hogrefe, 1990.
- Thoits, P., «Dimensions of life event that influence psychological distress: An evaluation and synthesis of the literature», en Kaplan H. (ed.), *Psychological stress. Tends in theory and research*, Nueva York, Academic Press, 1983.
- Thomä, H., *Vom spiegelnden zum aktiven Analytiker*, Frankfurt, Suhrkamp, 1981.
- Thomä, H., Kächele, H., *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. vol. 1: Grundlagen*, Berlín, Springer, 1989.
- Tress, W., Henry, W. P., Strupp, H. H., Geister, G., Junkert, B., «Die strukturelle Analyse sozialen Verhaltens (SASB) in Ausbildung und Forschung: Ein Beitrag zur „funktionellen Histologie“ des psychotherapeutischen Prozesses», en *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 36(3), 1990, págs. 240-257.
- Tress, W., Junker-Tress, B., «Erkenntnistheoretische Grundlagen und Probleme der Psychotherapeutischen Medizin», en Ahrens S., Schneider W. (eds.), *Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin*, Stuttgart, Schattauer, 2002.
- Tress, W. H., (ed.), *Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens SASB*, Heidelberg, Asanger, 2000.
- Tschuschke, V., Mattke, D., «Kurzgruppenpsychotherapie. Entwicklung, Konzept, und aktueller Forschungsstand», en *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 33, 1997, págs. 36-54.
- Vaillant, G. E., «Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms», en *Archives of General Psychiatry* 24, 1971, págs. 107-118.
- Vaillant, G. E., Bond, M., Vaillant, C. O., «An empirically validated hierarchy of defense mechanisms», en *Archives of General Psychiatry* 43, 1986, págs. 786-794.
- von Wietersheim, J., «Entwicklung und Perspektiven dert OPD-Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen», en Schneider W., Freyberger

- H. (eds.), *Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*, Berna, Huber, 2000.
- von Wietersheim, J., Jantschek, G., «Darstellung und erste Ergebnisse eines erweiterten Diagnoseschlüssels für psychosomatische Erkrankungen in ICD-9 und ICD-10», en *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin* 40, 1994, págs. 266-273.
- Watzlawik, P., Beavin, J. H., Jackson, D. D., *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*, Berna, Huber, 1971.
- Wegener, P., «Zur Bedeutung der Gegenübertragung im psychoanalytischen Erstinterview», en *Psychoanalyse, Klinik und Kulturkritik* 46, 1992, págs. 286-307.
- Weinryb, R. M., Rössel, R. J., «Karolinska Psychodynamic Profile KAPP», en *Acta Psychiatrica Scandinavica* 83, 1991, págs. 1-23.
- Weinryb, R. M., Rössel, R. J., Schauenburg, H., «Eine deutsche Version des „Karolinska Psychodynamic Profile - KAPP“», en *Psychotherapeut* 44, 1999, págs. 227-233.
- Weisman, A., «The psychodynamic formulation of conflict», en *Archives of General Psychiatry* 1, 1959, págs. 288-309.
- Weiss, J., Sampson, H., *The psychoanalytic process: theory, clinical observation and empirical research*, Nueva York, Guilford, 1986.
- WHO, *Composite international diagnostic interview (CIDI)*, Ginebra, WHO, 1991.
- WHO, *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, Ginebra, WHO, 1993a.
- WHO, *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Diagnostic criteria for research (DCR)*, Ginebra, WHO, 1993b.
- WHO, *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Primary health care classification (PHC)*, Ginebra, WHO, 1993c.
- WHO, *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Short glossary*, Ginebra, WHO, 1993d.
- WHO, *Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry (SCAN)*, Ginebra, WHO, 1993e.
- WHO, *International Classification of Functioning VDR*, en <http://www.who.int/classifications/icf>
- Widiger, T., Simonson, E., «Alternative models of personality disorder: find-

10. Referencias

- ing a common ground», en *Journal of Personality Disorders* 19, 2005, págs. 110-130.
- Wiggins, J. S., «Circumplex models of interpersonal behavior in clinical psychology», en Kendall J. C., Butcher J. N. (eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology*, Nueva York, Wiley, 1991.
- Wittchen, H. U., Semmler, G., *Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Interview, Manual und computerisiertes Auswertungsprogramm*, Weinheim, Beltz, 1992.
- Wittchen, H. U., Zaudig, M., Fydrich, T., *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II. Handanweisung*, Gotinga, Hogrefe, 1997.
- Wöller, W., Kruse, J., *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*, Stuttgart, Schattauer, 2005.
- Zacharias, G., *Der Kompromiß. Vermittlung zwischen gegensätzlichen Positionen als Ermöglichung des Friedens*, Múnich, Hauser, 1974.
- Zaudig, M., Hiller, W. (eds.), *SIDAM: Strukturiertes Interview für die Diagnose der Demenz vom Alzheimer-Typ, der Multiinfarkt- (oder vaskulären) Demenz und Demenzen anderer Ätiologie*, Berna, Huber, 1993.
- Zlatanovic, B., *Intrapsychische und interpersonelle Konflikte: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik versus Beziehungskonfliktthema*. Dissertation. No publicada, 2000.

11

Dirección de los autores

Prof. Dr. Cord Benecke
Institut für Psychologie
Universität Innsbruck
Innrain 52, A-6020 Innsbruck,
Österreich
+43 (0)512 507-5575
cord.benecke@uibk.ac.at

Prof. Dr. Peter Buchheim
Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie
der TU München
Ismaningerstr. 22, 81675 München
Tel. 089/41404241
Fax 089/41404888
p.buchheim@lrz.tu-muenchen.de

Dr. med. Markus Burgmer
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Domagkstrasse 22, 48149 Münster
Tel. 0251/8352909
Fax 0251/8352903
burgmem@mednet.uni-muenster.de

Prof. Dr. med. Manfred Cierpka
Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung
und Familientherapie
Universitätsklinikum Heidelberg

11. Dirección de los autores

Bergheimer Straße 54, 69115 Heidelberg
Tel. 06221/564700
Fax 06221/564701
manfred_cierpka@med.uni-heidelberg.de

PD Dr. med. Reiner W. Dahlbender
Zentrum für Rehabilitative Medizin Soltau
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Oeninger Weg 59, 29641 Soltau
Tel. 05191/800215
Fax 05191/800785
dahlbender@soltau.mediclin.de

Prof. Dr. med. Stephan Doering
Bereich Psychosomatik in der Zahnheilkunde
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
Universitätsklinikum Münster
Waldeyerstraße 30, D-48149 Münster
Tel.: 0251-83 47075/ 47074
Fax: 0251-83 45730
stephan.doering@ukmuenster.de

Prof. Dr. med. Matthias Franz
Klinisches Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Universität Düsseldorf
Postfach 101007, 40001 Düsseldorf
Tel. 0221/8118338
Fax 0221/8116250
matthias.franz@uni-duesseldorf.de

Prof. Dr. med. Harald J. Freyberger
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Universität Greifswald
Postfach 2341, 18410 Stralsund
Tel. 03831/452101
Fax 03831/452105
freyberg@mail.uni-greifswald.de

Dr. phil. Dipl.-Psych. Tilman Grande
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Klinik für Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin
Universitätsklinikum Heidelberg
Thibautstraße 2, 69115 Heidelberg
Tel. 06221/565876
Fax 06221/565330
tilman_grande@med.uni-heidelberg.de

Dr. med. Karsten Hake
Klinik u. Poliklinik für Psychosomatik u. Psychotherapeutische
Medizin
Universität Rostock
Gehlsheimer Straße 20, 18147 Rostock
Tel. 0381/4949661
Fax 0381/4949603
karsten.hake@medizin.uni-rostock.de

Prof. Dr. med. Gereon Heuft
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Universitätsklinikum Münster
Domagkstrasse 22, 48149 Münster
Tel. 0251/8352902
Fax 0251/8352903
heuftge@mednet.uni-muenster.de

Prof. Dr. med. Sven Olaf Hoffmann
Sierichstraße 175, 22299 Hamburg-Winterhude
Tel. 040/478192
s.o.hoffmann@hamburg.de

Dipl.-Psych. Thorsten Jakobsen
Institut für Psychotherapieforschung und Qualitätssicherung
Heidelberg
Gerbergasse 43 /Postfach 710
CH-4001 Basel

11. Dirección de los autores

Tel. +41/61/2633350
Fax +41/61/2633352
jakobsen@gmx.de

Prof. Dr. med. Paul L. Janssen
Kraepelinweg 9, 44287 Dortmund
Tel. 0231/458765
Fax 0231/4462325
paul.janssen@ruhr-uni.bochum.de

Dr. Thomas Klauer
Klinik u. Poliklinik für Psychosomatik u. Psychotherapeutische
Medizin
Universität Rostock
Gehlsheimer Straße 20, 18147 Rostock
Tel. 0381/4949679
Fax 0381/4949672
thomas.klauer@medizin.uni-rostock.de

Dipl.-Psych. Dr. rer. nat. Reinholde Kriebel
Gelderland-Klinik
Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik
Clemensstraße, 47608 Geldern
Tel: 02831/137214
Fax 02831/137302
r.kriebel@gelderlandklinik.de

Prof. Dr. med. Joachim Küchenhoff
Abt. Psychotherapie und Psychohygiene
der psychiatrischen Universitätsklinik
Socinstr. 55a, CH-4051 Basel
Tel. +41/61/2726331
Fax +41/61/2726775
joachim.kuechenhoff@unibas.ch

Dr. Elmar Mans
Psychosomatische Fachklinik St. Franziska-Stift
Franziska-Puricelli-Straße 3, 55543 Bad Kreuznach
Tel. 0671/8820206
e.mans@fskh.de

Dr. phil. Dipl.-Psych. Claudia Oberbracht
Hohemarkstraße 27, 60439 Frankfurt
Tel. 069/95502654
claudia.oberbracht@t-online.de

Dr. med. Doris Pouget-Schors
Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie
und Medizinische Psychologie der Technischen Universität München
Langerstr. 3, D-81675 München
Tel. 089/4140-7421
Fax 089/4140-4845
d.pouget-schors@lrz.tu-muenchen.de

Prof. Dr. med. Gerd Rudolf
Klinik für Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin
Universitätsklinikum Heidelberg
Thibautstraße 2 69115 Heidelberg
Tel. 06221/565814
Fax 06221/565330
gerd_rudolf@med.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. med. Henning Schauenburg
Klinik für Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin
Universitätsklinikum Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 410, 69120 Heidelberg
henning_schauenburg@med.uni-heidelberg.de

PD Dr. med. Gudrun Schneider
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Universitätsklinikum Münster

11. Dirección de los autores

Domagkstrasse 22, 48149 Münster
Tel. 0251/8352904
Fax 0251/8352903
schneig@medsnt01.uni-muenster.de

Prof. Dr. phil. Dr. med. Wolfgang Schneider
Universität Rostock
Klinik u. Poliklinik für Psychosomatik u. Psychotherapeutische Medizin
Gehlsheimer Straße 20, 18147 Rostock
Tel. 0381/4949671
Fax 0381/4949672
wolfgang.schneider@med.uni-rostock.de

Prof. Dr. med. Gerhard Schüssler
Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie
Sonnenburgstraße 9, A-6020 Innsbruck
Tel. +43/512/58633520
Fax +43/512/5863356
gerhard.schuessler@uibk.ac.at

Dipl.-Psych. Michael Stasch
Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familien-
therapie
Universitätsklinikum Heidelberg
Bergheimer Straße 54, 69115 Heidelberg
Tel. 06221/564713
Fax 06221/5633513
michael_stasch@med.uni-heidelberg.de

Dr. Matthias von der Tann
Portman Clinic
Tavistock & Portman NHS Trust
8 Fitzjohns Avenue, NW3 5NA London
Tel. +44/20/77221497
Fax +44/20/7794 9693
dr.vondertann@virgin.net

12

Materiales de trabajo del OPD

12.1

Eje I: módulo forense

Por regla general, en las personas que utilizan servicios de psiquiatría forense, aparece en primer término el delito o la conducta antisocial. Esto se aplica tanto a personas que se encuentran recluidas o bajo arresto como a aquellas que no se encuentran privadas de libertad y que circulan libremente. Muchas de estas personas no ponen de manifiesto su sufrimiento de un modo convencional, apenas pueden reconocer que sufren de problemas psíquicos. Por la misma razón, muy rara vez se someten voluntariamente a tratamientos y más bien los consideran como una imposición. Este rechazo es aún más fuerte cuando los tratamientos son, de hecho, obligatorios. Muchas de estas personas crecieron en circunstancias caóticas, plagadas de abusos, negligencias y violencia, y no han podido librarse de ellas. También esto puede impedir el tratamiento. Por eso mismo es necesario incorporar factores adicionales en el OPD con el fin de poder abordar las exigencias específicas presentadas por los pacientes en la práctica forense. Así, la gravedad del problema y la evaluación del riesgo se encuentran íntimamente relacionadas con la gravedad y la frecuencia de los actos delictivos cometidos y con la correspondiente condena. El grado de severidad de las tendencias perversas y de los (frecuentes) abusos de sustancias psicotrópicas posee un peso importante para la indicación y el pronóstico. Al mismo tiempo, también desempeña un papel importante el grado en que el paciente se ha podido distanciar internamente del acto delictivo cometido y en qué medida ha podido responsabilizarse de éste (lo cual muchas veces sólo es posible tras varios años). Sin embargo, una evaluación de estos elementos sobre la base de las distintas áreas del módulo forense (en conjunción con el módulo base y el módulo psicote

12. Materiales de trabajo del OPD

rapéutico, así como con los otros ejes del OPD) permite emitir un juicio acerca de la situación psíquica del individuo; lo que resulta muy útil para la indicación de psicoterapia y para la determinación del pronóstico. Los fundamentos teóricos y la operacionalización del módulo forense serán presentados en una publicación especial.

Módulo forense

Evaluación objetiva de la enfermedad/del problema	
1.	Gravedad actual de la alteración/del problema
1.F1	Tipo y severidad del trastorno parafilico-perverso
1.F2	Tipo y severidad de la alteración por abuso de psicotrópicos
1.F3	Tipo, severidad y frecuencia de conductas delictivas/antisociales
1.F4	Forma y tipo de la reclusión
1.F5	Nivel/naturaleza de la coerción para tratarse
2.	Duración de la alteración/del problema
2.F1	Edad de la primera manifestación de conductas antisociales
2.F2	Edad del primer juicio/condena juvenil o conducta antisocial documentada
Vivencia, presentación y concepto de enfermedad del paciente	
3.	Vivencia y presentación de la enfermedad
3.F1.	Presentación de la conducta delictiva y/o antisocial
4.	Concepto de enfermedad del paciente
5.	Concepto de cambio del paciente
5.F1	Actitud frente a la reclusión
5.F2	Actitud frente a la coerción al tratamiento
5.F3	Actitud frente a los objetivos del tratamiento (reducción de la conducta antisocial)
Recursos para el cambio/obstáculos para el cambio	
6.	Recursos para el cambio
6.F1	Apertura – Reconocimiento de la influencia de factores psíquicos sobre su conducta delictiva/antisocial
6.F2	Apertura – Reconocimiento de la influencia de la conducta delictiva/antisocial sobre el estado psíquico posterior
7.	Obstáculos para el cambio
7.F1	Comorbilidad
7.F2	Ventajas psicosociales de la conducta delictiva/antisocial
7.F3	Ventajas psicosociales por medidas impuestas por la corte y los servicios asociados
7.F4	Instrumentalización de trastornos psíquicos en relación con la conducta delictiva/antisocial

12.2 Eje II

12.2.1

Lista de ítems del eje «Relación»

El paciente vivencia repetidamente que él respecto a los otros...	Temas relacionales	El paciente vivencia repetidamente que los otros...
Los otros (también el evaluador), vivencia(n) repetidamente que el paciente...		Los otros (también el evaluador) se vivencian repetidamente respecto al paciente, que...
O <input type="checkbox"/> 1. les da demasiados espacios de libertad/deja hacer solo	conceder libertad	O <input type="checkbox"/> 1. le dan demasiada libertad, lo dejan hacer
O <input type="checkbox"/> 2. los dirige poco, evita influir	dirigir a otros	O <input type="checkbox"/> 2. lo dirigen poco, evitan influir
O <input type="checkbox"/> 3. los admira, idealiza	valorar a otros	O <input type="checkbox"/> 3. lo admiran, idealizan
O <input type="checkbox"/> 4. se disculpa, evita reproches	responsabilizar a otros	O <input type="checkbox"/> 4. lo disculpan, evitan reprocharlo
O <input type="checkbox"/> 5. los ahoga con su afecto	demostrar afecto	O <input type="checkbox"/> 5. lo ahogan con su afecto
O <input type="checkbox"/> 6. evita agresiones y armoniza,	demostrar agresividad	O <input type="checkbox"/> 6. evitan agredirlo y armonizan
O <input type="checkbox"/> 7. los cuida demasiado/se preocupa demasiado,	cuidar a otros	O <input type="checkbox"/> 7. se preocupan demasiado por él y cuidan demasiado
O <input type="checkbox"/> 8. los asedia, importuna sin tacto	establecer contacto	O <input type="checkbox"/> 8. lo asedian, importunan sin tacto
O <input type="checkbox"/> 9. les da pocos espacios de libertad, se entromete	conceder libertad	O <input type="checkbox"/> 9. no le dejan espacios de libertad, se entrometen
O <input type="checkbox"/> 10. los domina, controla/exige	dirigir a otros	O <input type="checkbox"/> 10. lo dominan, controlan/exigen
O <input type="checkbox"/> 11. los descalifica, desvaloriza, avergüenza	valorar a otros	O <input type="checkbox"/> 11. lo descalifican, desvalorizan, avergüenzan
O <input type="checkbox"/> 12. les hace reproches/culpa	responsabilizar a otros	O <input type="checkbox"/> 12. le hacen reproches/culpan
O <input type="checkbox"/> 13. les retira el afecto	demostrar afecto	O <input type="checkbox"/> 13. le retiran el afecto
O <input type="checkbox"/> 14. los ataca/daña	demostrar agresividad	O <input type="checkbox"/> 14. lo atacan/dañan
O <input type="checkbox"/> 15. los descuida/abandona	cuidar a otros	O <input type="checkbox"/> 15. lo descuidan, abandonan
O <input type="checkbox"/> 16. los ignora, desatiende	establecer contacto	O <input type="checkbox"/> 16. lo ignoran, desatienden
O <input type="checkbox"/> 17. exige espacios de libertad y autonomía	desenvolverse	O <input type="checkbox"/> 17. exigen espacios de libertad y autonomía
O <input type="checkbox"/> 18. porfía, se opone	adaptarse	O <input type="checkbox"/> 18. porfían, se oponen
O <input type="checkbox"/> 19. se enaltece, se coloca en el centro de interés	valorarse	O <input type="checkbox"/> 19. se enaltecen, se colocan en el centro de interés
O <input type="checkbox"/> 20. rechaza toda culpa	reconocer la culpa	O <input type="checkbox"/> 20. rechazan toda culpa
O <input type="checkbox"/> 21. se pierde a sí mismo, se confunde cuando le demuestran afecto	abrirse al afecto	O <input type="checkbox"/> 21. se pierden a sí mismos, se confunden cuando les demuestra afecto
O <input type="checkbox"/> 22. se protege poco, se expone al peligro	protegerse	O <input type="checkbox"/> 22. se protegen poco de él, se exponen al peligro
O <input type="checkbox"/> 23. se apoya, se aferra	apoyarse	O <input type="checkbox"/> 23. se apoyan en él, se aferran
O <input type="checkbox"/> 24. no pone límites, permite demasiada cercanía	permitir contacto	O <input type="checkbox"/> 24. no ponen límites, permiten demasiada cercanía
O <input type="checkbox"/> 25. evita la autonomía, busca ser guiado	desenvolverse	O <input type="checkbox"/> 25. evitan la autonomía, buscan ser guiados
O <input type="checkbox"/> 26. se sobreadapta/se contiene/desiste	adaptarse	O <input type="checkbox"/> 26. se sobreadaptan/se contienen/desisten
O <input type="checkbox"/> 27. se descalifica, se desvaloriza	valorarse	O <input type="checkbox"/> 27. se descalifican, se desvalorizan
O <input type="checkbox"/> 28. se culpa a sí mismo	reconocer la culpa	O <input type="checkbox"/> 28. se culpan a sí mismos
O <input type="checkbox"/> 29. se cierra/huye cuando otros le demuestran afecto	abrirse al afecto	O <input type="checkbox"/> 29. se cierran/huyen cuando les demuestran afecto
O <input type="checkbox"/> 30. se protege mucho de ataques, está alerta	protegerse	O <input type="checkbox"/> 30. se protegen mucho de sus ataques, están alerta
O <input type="checkbox"/> 31. se apoya poco, se muestra poco necesitado	apoyarse	O <input type="checkbox"/> 31. se apoyan poco, se muestran poco necesitados
O <input type="checkbox"/> 32. se retira, se cierra, se va	permitir contacto	O <input type="checkbox"/> 32. se retiran, se cierran, se van

12.2.2

Escala de temas y recursos

- A) Marque primero en las dos columnas externas de la izquierda y la derecha todas las conductas disfuncionales del paciente.
- B) A continuación, decida cuáles de estas conductas son las más relevantes con relación al trastorno del paciente.
- C) Identifique, posteriormente, los temas relacionales que le corresponden en la columna central. Elija como máximo dos de estos temas y márquelos en la columna P (=tema problema), poniendo un «1» en la casilla del tema más importante y un «2» en la casilla del segundo más importante.
- D) Usted puede realizar dos formulaciones del problema recurriendo al formato general: «El paciente tiende a [variante disfuncional], en vez de [tema relacional]». Ejemplo: «El paciente tiende a desvalorizarse totalmente a sí mismo, en vez de valorarse adecuadamente».
- E) Finalmente puede marcar la columna R (=recurso), que se refiere a las competencias interpersonales que posee el paciente. El formato general para la formulación de recursos es: «El paciente posee la capacidad de [tema relacional]».

Variante disfuncional: «demasiado poco»		P	Tema relacional	R	Variante disfuncional: «demasiado»	
<input type="checkbox"/>	negarle a otros espacios de libertad, tutelar a los otros	<input type="checkbox"/>	permitirle a los otros espacios de libertad, permitir a otros hacer las cosas a su manera	<input type="checkbox"/>	dar a los otros demasiado espacio de libertad	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	buscar constantemente una guía en los otros	<input checked="" type="checkbox"/>	desenvolverse frente a los otros en forma libre y autónoma	<input type="checkbox"/>	exigir para sí mucho espacio de libertad y autonomía	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	descalificar totalmente a los otros, hacer juicios aplastantes	<input type="checkbox"/>	valorar y reconocer a los otros	<input type="checkbox"/>	idealizar y sobreestimar completamente a los otros	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	desvalorizarse, anularse completamente	<input type="checkbox"/>	hacer notar a los otros el propio valor en forma adecuada	<input type="checkbox"/>	enaltecerse constantemente, ponerse en el centro de interés	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	negarle el afecto a los otros	<input type="checkbox"/>	demostrarle a los otros su afecto	<input type="checkbox"/>	abogar a los otros con su afecto	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	huir cuando los otros le demuestran afecto	<input type="checkbox"/>	aceptar al otro cuando le demuestra afecto	<input type="checkbox"/>	perderser a sí mismo, confundirse, cuando otros le demuestran afecto	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	no preocuparse en absoluto por los otros, abandonarlos	<input type="checkbox"/>	preocuparse y cuidar a los otros en forma adecuada	<input type="checkbox"/>	preocuparse y cuidar constantemente a los otros	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ser totalmente autosuficiente, no necesitar ayuda alguna	<input type="checkbox"/>	demostrar las necesidades, confiar, apoyarse	<input type="checkbox"/>	aferrarse mucho a los otros, colgarse de los otros	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	retroceder frente a cualquier posibilidad de influir sobre otros	<input type="checkbox"/>	guiar, dirigir a los otros en forma adecuada (acorde al rol)	<input type="checkbox"/>	controlar mucho, exigir derechos y hacer fuertes demandas	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ser muy obstinado, oponerse a toda regla	<input type="checkbox"/>	adaptarse, amoldarse en forma adecuada (acorde al rol)	<input type="checkbox"/>	someterse totalmente, desistir, resignarse	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	evitar hacer cualquier reproche, perdonar inmediatamente	<input type="checkbox"/>	responsabilizar a los otros en forma adecuada de sus culpas	<input type="checkbox"/>	culpar constantemente o quejarse respecto a los otros	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	rechazar toda culpa	<input type="checkbox"/>	reconocer la propia culpa en forma adecuada	<input type="checkbox"/>	culparse permanentemente por todo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	retirarse frente a cualquier agresión	<input type="checkbox"/>	demostrar rechazo y agresión en forma adecuada	<input type="checkbox"/>	amenazar o dañar a otros agresivamente	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	exponerse constantemente al peligro sin precaución alguna	<input type="checkbox"/>	protegerse en forma adecuada de ataques/peligros	<input type="checkbox"/>	estar constantemente alerta por temor a ataques	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	transgredir los límites de los otros, agobiar	<input type="checkbox"/>	establecer contacto con los otros en forma adecuada	<input type="checkbox"/>	no considerar, ignorar a los otros	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ser totalmente permeable a los otros, aceptar cualquier cosa	<input type="checkbox"/>	abrirse y/o establecer distancias adecuadas en el contacto	<input type="checkbox"/>	cerrarse completamente, apartarse de los otros, retirarse	<input type="checkbox"/>

12.3
OPD-2 Lista de chequeo de conflictos

Percepción de afectos y conflictos limitada por el uso de mecanismos defensivos

Percepción de afectos y conflictos limitada por el uso de mecanismos defensivos
Criterios generales
<p>Descripción general: se trata de personas que pasan por alto los conflictos en sí mismas y en las relaciones interpersonales y que tienen dificultades para percibir y reconocer los sentimientos y necesidades de sí mismas y de los demás.</p> <p>Afecto guía: no existe un afecto guía definido debido a la evitación o rechazo defensivo de los afectos y conflictos, lo que tiene una función protectora.</p> <p>Contratransferencia/interacción: en la contratransferencia, emergen o bien pocos afectos –aburrimiento, desinterés– o aquellos de los que el paciente se defiende orientándose a lo concreto. A veces, se siente enojo por el fuerte funcionamiento defensivo del paciente.</p>
Áreas de la vida
<p>Familia de origen</p> <p>Describen sus relaciones familiares como «no problemáticas», en un tono afectivo bajo y uniforme. Sus relaciones interpersonales y conducta están reguladas por convencionalismos sociales. Los cambios, especialmente en la familia de origen, se suceden aparentemente sin problemas y no generan conflictos en ellas.</p>
<p>Pareja/familia</p> <p>En la descripción, enfatizan la normalidad y funcionalidad del vínculo familiar y de pareja. Los cambios son descritos como datos que se han de considerar, sin mayor compromiso emocional.</p>
<p>Trabajo</p> <p>En la vida profesional, suelen preferir trabajos orientados a lo concreto. Le otorgan mucha importancia al rendimiento laboral, especialmente en la resolución concreta de problemas. Ocasionalmente, entran en conflictos interpersonales, al no otorgar la debida importancia a las relaciones emocionales.</p>
<p>Medio social</p> <p>La vida social también pareciera estar regulada de manera funcional y concreta, al evitar las áreas conflictivas y emocionales.</p>

12. Materiales de trabajo del OPD

Bienes materiales
El manejo de los bienes está orientado a los hechos y es funcional. A veces se percibe una relación emocional mucho más intensa con los bienes que con los seres vivos.
Cuerpo/sexualidad
Trato concreto y racional con el cuerpo, que debe funcionar como una máquina. Difícilmente tienen lugar experiencias corporales placenteras y el «funcionamiento sexual» suele ser muy importante como expresión de normalidad, antes que experiencia sensual. Los procesos de cambio y envejecimiento físico son negados o «llevados a reparar».
Enfermedad
Las enfermedades son vivenciadas como eventos del destino, sin mayor compromiso emocional o como un problema que ha de ser resuelto técnicamente. Aparentemente, existe una buena adhesión al tratamiento, y procuran apoyar los esfuerzos médicos para «reparar el problema». Su concepto somático de enfermedad los hace privilegiar los tratamientos técnicos. Son pacientes que difícilmente se motivan para aceptar intervenciones psicosociales/psicoterapéuticas.

Conflicto por estrés (conflicto actual)

Conflicto por estrés (conflicto actual)
Criterios generales
Estresores considerables o severos (por demandas concretas, internas o externas) llevan a contradicciones entre los sistemas motivacionales del paciente. Desde allí, aparecerían síntomas que podrían calificar para el diagnóstico de Trastorno adaptativo (período de tiempo que habrá de evaluarse: últimos 6 meses). La probabilidad de aparición de un conflicto por estrés está determinada por: (1) la intensidad de las tensiones conflictivas internas y del estresor externo, (2) los recursos disponibles (vulnerabilidad, defensas, estructura, apoyo social, resiliencia, etcétera). El conflicto inducido por estrés o conflicto actual es un verdadero conflicto en tanto se expresa en el interior de las antinomias motivacionales humanas y configura las tensiones conflictivas preexistentes. El conflicto actual se presenta teñido conflictivamente, pues los patrones motivacionales básicos determinan la experiencia interna, sin que necesariamente exista un conflicto en el sentido que hemos definido (patrón disfuncional persistente temporalmente). Atención con factor desencadenante. Independientemente de ello, pueden presentarse distintos patrones conflictivos disfuncionales internos. Las vulnerabilidades conflictivas aquí mencionadas pueden interactuar con las vulnerabilidades biológicas y estructurales y cumplir, por separado o en conjunto, los criterios del CIE-10 para un Trastorno adaptativo. El conflicto inducido por estrés debe distinguirse del estrés postraumático (PTSD).

Básicamente, son posibles un modo pasivo y uno activo de elaboración de las sobrecargas, del estrés: capacidad de manejo (coping)

Los criterios para evaluar la forma de expresión del conflicto en las distintas áreas vitales (familia de origen, pareja, trabajo, etcétera), corresponderán a los criterios ya descritos para los otros conflictos, dependiendo del sistema motivacional involucrado.

Modos/tipos/afectos guías/contratransferencia/interacción: en lo concerniente a la forma de expresión, corresponden a las descritas para otros conflictos, dependiendo del sistema motivacional involucrado

Individuación versus dependencia

Individuación versus dependencia	
Importancia existencial de la independencia en las relaciones.	
Tensión bipolar entre la búsqueda de una relación de intimidad y cercanía simbióticas (polo de la dependencia) hasta el deseo de una marcada independencia (polo de la individuación).	
En casos de una marcada polarización, el conflicto se hace significativo existencialmente, en el sentido de tener que estar solo o tener que estar con otros.	
<i>Delimitar:</i> Si en la configuración del vínculo predominan las tendencias a ser cuidado o a padecer problemas de identidad en el marco de constelaciones vinculares, debe considerarse como parte de otro conflicto (o estructura).	
Modo pasivo	Modo activo
Criterios generales	
<p>Tipo: Relaciones cercanas y seguras casi a cualquier precio, evitación de la responsabilidad e independencia, subordinación de los deseos e intereses a los del otro, negación, minimización o racionalización de los conflictos en las relaciones, autopercepción de desamparo, debilidad y subordinación a los otros.</p> <p>Afecto guía: Angustia existencial ante la pérdida, la separación y la soledad.</p> <p>Contratransferencia/interacción: Cuidado y responsabilidad, temor frente a los intensos deseos de cercanía y fusión.</p>	<p>Tipo: Exagerada independencia emocional y existencial, lucha constante en todas las áreas de la vida por la autonomía y la independencia, represión de las necesidades de cercanía y apoyo en otros, autopercepción de gran fortaleza y convicción de no estar subordinado a nadie (no necesitar a nadie).</p> <p>Afecto guía: Angustia existencial frente a la cercanía, ante la posibilidad de ser incorporado o de fusionarse con el otro.</p> <p>Contratransferencia/interacción: casi no se dan sentimientos de responsabilidad, baja necesidad de cuidado y protección, preocupación frente a los deseos de dependencia subyacentes.</p>

12. Materiales de trabajo del OPD

Áreas de la vida	
Familia de origen	
<ul style="list-style-type: none">■ Se observa una actitud psíquica impropia de un adulto; en la comprensión de sí mismo predomina una posición infantil, que se observa en la configuración de las relaciones interpersonales.■ Se prolonga la permanencia en el hogar parental.■ Mantenimiento del contexto familiar incluso con grandes costos personales.■ Oscilación entre valoraciones positivas y negativas de las figuras relacionales primarias.	<ul style="list-style-type: none">■ Separación forzosa de la familia de origen, que implica frecuentemente gran conflicto o una ruptura radical con la familia.■ Negación del rol de hermano/hermana.■ Resistencia a adoptar el rol de hijo, sintiéndose precozmente adulto (pseudomadurez).■ Las normas y tradiciones familiares son ignoradas o atacadas.
Pareja/familia	
<ul style="list-style-type: none">■ Se asume libremente una posición subordinada.■ Renuncia absoluta a una participación activa en la relación de pareja y, al renunciar a sus propios intereses, se le entrega la responsabilidad al otro.■ Impedimento o negación de los desarrollos divergentes e independientes en la pareja.■ Conciliación de diferencias y minimización de los conflictos.■ Evitación de los cambios que conllevan una mayor independencia.	<ul style="list-style-type: none">■ Gran independencia en la relación de pareja.■ Actitud dominante al configurar la vida conjunta.■ La ambivalencia de los patrones relaciones puede generar muchos conflictos en la pareja.■ Se destacan las diferencias y se actúan los conflictos.■ Búsqueda de un desarrollo autónomo, independientemente de la pareja e, incluso, a costa de ella.
Trabajo	
<ul style="list-style-type: none">■ Se privilegian las actividades subordinadas y de cooperación, con evitación de las responsabilidades y asumir liderazgos.■ La carrera profesional se subordina al cuidado de las relaciones interpersonales, evitando la competencia.■ El trabajo conjunto y el sentimiento de pertenencia a la empresa son muy significativos■ Permanecen en el mismo trabajo por mucho tiempo (incluso en tiempos de crisis) a costa de su salud o de desventajas laborales.	<ul style="list-style-type: none">■ Buscan nichos profesionales que ofrezcan un alto grado de autonomía y que no requieran de mayor trabajo grupal.■ El desarrollo laboral o el éxito económico son secundarios, lo central es la búsqueda de mayor independencia y auto responsabilidad.■ Buscan configurar independientemente su actividad en el interior de la empresa.(independientemente de lo que hagan).■ Tienden a involucrarse en conflictos laborales con colegas y superiores.■ Presentan problemas en el trabajo de equipo.■ Suelen cambiar frecuentemente de trabajo e, incluso, de profesión.

12.3 OPD-2 Lista de chequeo de conflictos

Bienes materiales	
<ul style="list-style-type: none"> ■ El valor de los bienes se subordina al cuidado de las relaciones. ■ También la búsqueda de bienes está al servicio de establecer o reforzar las relaciones. ■ Se realizan actos caritativos y generosos al servicio de la generación y conservación de la relación con el otro. ■ Del mismo modo, se renuncia a los bienes si éstos amenazan las relaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Se busca una situación económica segura como fundamento de la independencia. ■ Evitación de obligaciones financieras («no estar atado»). ■ La posesión de bienes materiales puede ser usada para establecer distancia y separarse de las relaciones. ■ La carencia de bienes puede representar el ideal de total independencia.
Medio social	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Se privilegian los contactos grupales a las relaciones diádicas. ■ Búsqueda de grupos con fuerte sentido de pertenencia e ideología común. ■ Esfuerzos de integración al grupo, pues el sentido de pertenencia es muy importante. ■ Compromiso en la organización, dirección y mantenimiento del grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Se tiende a evitar la pertenencia a grupos. ■ Prefieren contactos breves y cambiantes. ■ Se ignoran o devalúan las obligaciones sociales. ■ Se privilegian las visiones del mundo y las ideologías que enfatizan la independencia.
Cuerpo/sexualidad	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Las necesidades son subordinadas a mantener la relación. ■ Las necesidades y limitaciones corporales están al servicio de generar cercanía con personas significativas. ■ La sexualidad es usada como un medio para garantizar la relación y cercanía emocionales, aunque se renuncie a menudo a las propias necesidades. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Las limitaciones y necesidades corporales son ignoradas, para evitar la dependencia y la cercanía. ■ Se otorga importancia a la capacidad física, como medio de mantener la autonomía e independencia. ■ Las limitaciones y la disminución del rendimiento son ignoradas; se observan actitudes exageradamente juveniles. ■ Represión de las necesidades o experiencias sexuales para evitar el vínculo y la cercanía.
Enfermedad	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Permite legitimar y vivir los deseos de dependencia. ■ Se observa una actitud dependiente durante el tratamiento. ■ Son frecuentes los controles con diversos especialistas, aunque permanecen fieles durante años a su médico tratante. ■ Procuran mantenerse en tratamiento, incluso a costa de permanecer enfermos. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ La enfermedad representa un riesgo para la independencia. ■ Se tiende a dejar pasar o minimizar los síntomas y consecuencias de la enfermedad. ■ Tratan de mantener una postura de independencia durante el tratamiento. ■ Por lo mismo, presentan baja adhesión a los tratamientos indicados e, incluso, los rechazan.

12. Materiales de trabajo del OPD

■ Buscan que la relación médico-paciente sea emocionalmente cercana.	■ Se busca una relación médico-paciente lejana y racional, a veces se cambia frecuentemente de médico tratante para evitar la formación de vínculos más profundos.
--	--

Sumisión versus control

Sumisión versus control	
La motivación central es dominar o subordinarse a otros. Este conflicto representa los polos maladaptativos del continuo «permitir que otros me guíen»-«guiar a otros». Las experiencias de poder o de impotencia pueden influir significativamente en el sentimiento de autovaloración. Por ello, se necesita una delimitación y diferenciación muy claras con relación al conflicto de autovaloración.	
Modo pasivo	Modo activo
Criterios generales	
Tipo: Sumisión pasiva-agresiva. Afecto guía: Rabia impotente, placer en la sumisión, temor, vergüenza. Contratransferencia/interacción: Bajo una conducta aparentemente sumisa se percibe una conducta agresiva latente.	Tipo: Tendencias dominantes agresivas. Afecto guía: Agresividad muy obstinada, deseos de poder, enojo y rabia. Contratransferencia/interacción: Se puede entablar una lucha por el poder, movida desde la angustia ante la posibilidad de ser dominado.

Áreas de la vida	
Familia de origen	
■ Sumisión frente a la tradición familiar. ■ Se aceptan las relaciones jerárquicamente establecidas. ■ Las relaciones interpersonales están reguladas por los deberes y tareas, lo que suele transmitirse de una generación a otra. ■ Las reglas establecidas se aceptan sin cuestionamiento. ■ Se aceptan sumisamente diversas situaciones, aunque protestar contra ellas resultase comprensible.	■ Se transmiten de generación en generación un conjunto de reglas rígidas. ■ Se racionaliza el ejercicio del poder bajo una conducta de aparente cuidado y protección. ■ Tensiones transgeneracionales, que pueden acarrear rupturas familiares radicales, expresión de la ira y enojos latentes. ■ Escasa capacidad de equilibrar los intereses propios con los de otros. ■ Se les hace muy difícil mantener el orden de un modo equilibrado.
Pareja/familia	
■ Incapacidad para decir que no.	■ La autosuficiencia puede llegar hasta una porfiada agresividad.

12.3 OPD-2 Lista de chequeo de conflictos

<ul style="list-style-type: none">■ Los deseos y puntos de vista personales son subordinados a los de la familia y/o pareja.■ Como compensación, se insiste en que los miembros dominantes de la familia se ciñan a reglas fijas.■ La resistencia se expresa pasivamente, como, por ejemplo, demoras en las tareas encomendadas, terquedad y obstinación.■ Se presenta la incapacidad de contradecir como un sacrificio por la familia.	<ul style="list-style-type: none">■ La autosuficiencia puede llegar hasta una porfiada agresividad.■ Las propuestas del otro, diferentes a las propias, desencadenan sentimientos de estar determinado externamente.■ Su conducta se muestra especialmente dominante, controladora e irritante, y muestra en ocasiones la pretensión de ser omnisciente.■ Se observa una incapacidad de reflexionar sobre las reglas que impone.■ Esta tiranía puede aparecer como una actitud de gran compromiso con la familia/pareja.
Trabajo	
<ul style="list-style-type: none">■ Pese a tener posibilidades de ascenso laboral, privilegian las posiciones subordinadas.■ Tendencia a sabotear pasivamente las exigencias laborales.■ Transmiten la impresión de una capacidad de rendimiento laboral limitada.■ En el modo mixto, predominantemente pasivo, podrían aparecer como el «exitoso, pero eterno número dos».	<ul style="list-style-type: none">■ Busca alcanzar posiciones de liderazgo, con gran autonomía.■ Su criterio y estilo de liderazgo constituyen «la medida de todas las cosas».■ Críticas constructivas, e incluso sugerencias de otros, son percibidas como un ataque.■ Las necesidades de dominación los hacen sobrevalorar el trabajo, el rendimiento y la profesión.■ La ambición genera conductas conflictivas.
Medio social	
<ul style="list-style-type: none">■ Tienden a asumir posiciones subordinadas en sus comunidades, clubes y grupos de amigos.■ Aceptan sumisa e incondicionalmente ideologías políticas, religiosas y cosmovisiones.■ Parecieran tolerar ser determinados por otros, de manera humillante.	<ul style="list-style-type: none">■ La participación en grupos sociales, clubes y grupos de amigos está al servicio de ejercer poder e influencia.■ Situaciones en las que existen opiniones divergentes, elecciones o enfrentamientos con sus sucesores, muestran que bajo el compromiso aparentemente desinteresado con los otros subyacen los deseos de poder.■ La pérdida de poder es vivenciada como una amenaza.
Bienes materiales	
<ul style="list-style-type: none">■ Una aparente disposición al desprendimiento encubre el significado central que tienen los bienes y el dinero.■ La disposición a desprenderse de sus bienes y la aparente ausencia de demandas se contradicen con la fuerte defensa establecida respecto a un bien («nuclear») muy significativo.	<ul style="list-style-type: none">■ Las posesiones y el dinero son importantes medios para ejercer el poder.■ A veces rechazan a aquellos que disponen de menos medios materiales y son desconsiderados con ellos.

12. Materiales de trabajo del OPD

Cuerpo/sexualidad	
<ul style="list-style-type: none">■ Existe la vivencia de estar subordinado a las exigencias y necesidades corporales.■ Las indicaciones médicas o paramédicas de salud son cumplidas rigurosamente.■ Hay un sentimiento de desamparo frente a las señales corporales incontrolables.■ La sumisión puede expresarse de modo no verbal a través de la postura corporal.■ Se observa sumisión frente a las exigencias sexuales de otros o, en su defecto, un rechazo inconsciente a ellas.	<ul style="list-style-type: none">■ El cuerpo está al servicio de los impulsos y deseos de poder.■ Son ignorados las limitaciones físicas (por ejemplo, se extralimitan en el ejercicio físico, actúan como si el cuerpo fuese indestructible).■ Los atributos corporales y la vestimenta son usados como demostración de poder.■ Se observan fantasías de dominar el cuerpo.■ La sexualidad está al servicio de ejercer el poder.
Enfermedad	
<ul style="list-style-type: none">■ La enfermedad se vive como un destino que debe ser tolerado.■ En la relación médico-paciente predomina la obediencia.■ Sabotaje pasivo de las indicaciones y medidas de tratamiento.■ Manejo (coping) en enfermedades graves: configurado de modo pasivo-agresivo.	<ul style="list-style-type: none">■ Se lucha contra la enfermedad «con todos los medios posibles».■ Presentan un afrontamiento activo (positivo) de la enfermedad, que puede progresar hasta la persistencia inflexible. Por lo mismo, se observa una dificultad para integrar las recidivas y recaídas.■ La relación médico-paciente está moldeada por enfrentamientos sobre quién posee la razón o el control.■ Manejo (coping) en enfermedades graves: obstinada formación reactiva en contra de la pérdida de control.

Deseo de protección y cuidado versus autarquía (autosuficiencia)

Deseo de protección y cuidado versus autarquía (autosuficiencia)
<p>Existe la capacidad básica de establecer relaciones. Éstas y las vivencias respectivas, están configuradas por los deseos específicos de ser cuidado y acogido, o por las defensas frente a estos deseos.</p> <p>Las conductas abusadoras y el aferramiento a otros («dependiente y demandante» en el modo pasivo) versus la autosuficiencia y la actitud básicamente no demandante con una marcada actitud «altruista» frente a los demás (modo activo).</p> <p>Se refiere a la necesidad básica de recibir algo de otro versus ser autosuficiente y, con ello, prescindir de la dependencia <i>en</i> la relación (diferenciación del conflicto individuación/dependencia: se depende <i>de</i> la relación).</p>

12.3 OPD-2 Lista de chequeo de conflictos

Modo pasivo	Modo activo
Criterios generales	
Tipo: Demandante, se aferra al otro.	Tipo: Renuncia «altruista» por el otro.
Afecto guía: Tristeza, depresión con temor a perder al otro, sentimientos de envidia.	Afecto guía: Preocupación por los otros, depresión subyacente, sentimientos de envidia.
Contratransferencia/interacción: Aferramiento, extorsión, preocupación, abuso y rabia.	Contratransferencia/interacción: «Hacer todo para los demás», para no ser una carga, deseo latente de ser cuidado, compasión y tristeza.
Áreas de la vida	
Familia de origen	
<ul style="list-style-type: none">■ Dependencia en el cuidado, de generación en generación.■ El apego familiar perdura mucho tiempo y suele ser incondicionalmente leal.	<ul style="list-style-type: none">■ Distanciamiento forzoso de la familia de origen («huida del nido»).■ Cuidado activo de la familia, como posibilidad de mantener (inconscientemente) una relación en la que sea cuidado.
Pareja/familia	
<ul style="list-style-type: none">■ Aferramiento y deseos de ser cuidado en la relación de pareja.■ Relación estrecha y demandante («juntos para siempre»).■ Las fantasías de separación desencadenan angustia, abatimiento y desamparo.	<ul style="list-style-type: none">■ Autosuficiencia y sacrificio en la relación de pareja con el deseo inconsciente de “ser compensado algún día”.■ Relación familiar/de pareja estrecha («siempre estoy ahí para el otro»).■ Uso de defensas frente a las tendencias a vincularse o aferrarse. Suelen cambiar frecuentemente sus relaciones («tengo al otro disponible»).
Actividad laboral	
<ul style="list-style-type: none">■ Se buscan situaciones laborales que proporcionen apoyo, contención y seguridad.■ Las demandas laborales y el ascenso social pueden ser vividos como pérdida de apoyo, por lo que pueden negarse a este ascenso o se puede desencadenar un debilitamiento del ánimo y abatimiento.	<ul style="list-style-type: none">■ Compañeros de trabajo sacrificados, hacendosos e irremplazables, que a cambio esperan una actitud permanente de buena voluntad hacia ellos.■ El abuso de sí mismos puede traer problemas de salud.■ El riesgo de pérdida o amenaza de pérdida del trabajo/reconocimiento laboral puede llevar a la depresión.

12. Materiales de trabajo del OPD

Bienes materiales	
<ul style="list-style-type: none">■ Debe poseerse todo para obtener una sensación de hallarse cuidado y protegido.■ Se evita desprenderse de los bienes.	<ul style="list-style-type: none">■ La aparente abnegación acarrea grandes obligaciones hacia el otro (incluso materiales).■ Esta actitud abnegada puede llevar a poner en riesgo sus bienes.
Medio social	
<ul style="list-style-type: none">■ Pocos pero estrechos contactos sociales.■ Los otros los perciben como exigentes.	<ul style="list-style-type: none">■ Los contactos están al servicio del cuidado de otros, pero no logran establecer amistades cercanas.■ Los otros, sin embargo, no se sienten obligados (a retribuirlo) y pueden mostrar conductas abusivas, incluso hasta la devaluación.
Cuerpo/sexualidad	
<ul style="list-style-type: none">■ El cuerpo les demanda cuidados constantes y es también motivo permanente de preocupación.■ Pese a ello, en la práctica cuidan muy poco su cuerpo.■ La sexualidad brinda la posibilidad de dejarse cuidar, llegando incluso al «hambre de sexo».	<ul style="list-style-type: none">■ El cuerpo (con sus limitaciones y señales) no es percibido, pues debe funcionar y estar disponible para ello.■ Al igual que otros objetos, el cuerpo es cuidado activamente.■ La sexualidad representa un peligro por la posibilidad de «entregarse», pero también porque es una posibilidad secreta de vínculo.
Enfermedad	
<ul style="list-style-type: none">■ La enfermedad y accidentes exigen «aún más» cuidados.■ La actitud pasiva llega a ser agotadora y enojosa para el cuidador.	<ul style="list-style-type: none">■ Suelen rechazarse las ofertas de ayuda y carecen de una conducta regresiva adecuada.■ El sufrimiento causado por la enfermedad permite que se quejen y que exijan.■ A menudo, el cuidado recibido «no es suficiente».

Conflicto de autovaloración

Conflicto de autovaloración
<p>Todo ser humano busca la satisfacción y el reconocimiento de sus sentimientos de autovaloración (valoración de sí mismo versus valoración del objeto).</p> <p>Este conflicto se presenta como tal cuando los esfuerzos por lograr el reconocimiento del propio valor son muy intensos e infructuosos o cuando —actualmente o en la historia previa— parecen insuficientes o directamente fracasan.</p> <p>No se refiere aquí a la participación básica del sistema motivacional narcisista («matiz» narcisista) en la aparición de cualquier otro conflicto.</p>

Respecto de la autovaloración (estructura) –al igual que en todos los conflictos– presuponemos una capacidad de regulación suficiente, que permita la aparición de un conflicto motivacional frente a situaciones desencadenantes específicas.	
Modo pasivo	Modo activo
Criterios generales	
Tipo: Autoimagen de ser menos valioso que otras personas. Afecto guía: Vergüenza claramente perceptible. Contratransferencia/interacción: Admiración idealizada en la transferencia. En la contratransferencia, emergen sentimientos de tener que confirmar al paciente (con perceptibles sentimientos desvalorizadores latentes) o degradarlo.	Tipo: Frente a los otros muestra una forzada seguridad en sí mismo . Afecto guía: Rabia narcisista. Contratransferencia/interacción: En la interacción, el evaluador es cuestionado frecuentemente, lo que puede llegar a la descalificación ofensiva. En la contratransferencia persisten impulsos de justificarse, seguidos de rabia, que llega incluso a la denigración.
Áreas de la vida	
Familia de origen	
<ul style="list-style-type: none">■ A pesar de los esfuerzos y preocupaciones, persiste el mito del fracaso.■ Desvalorización de sí mismo sobre el trasfondo de una familia sobrevalorada.	<ul style="list-style-type: none">■ Idealización de la familia de origen, idealización de la propia biografía.■ Minimización hasta la negación de la historia familiar (eventualmente vergonzosa).
Pareja/familia	
<ul style="list-style-type: none">■ Estabilización de la relación de pareja gracias a experiencias en común, de haber sido ofendidos o perjudicados.■ Distanciamiento de otros que, aparentemente, estarían mejor.	<ul style="list-style-type: none">■ Las relaciones están al servicio de estabilizar la autovaloración (self-objeto). Se es admirado por la pareja o ésta es digna de gran admiración.■ La constante desvalorización de la pareja está al servicio del enaltecimiento personal.
Actividad laboral	
<ul style="list-style-type: none">■ El trabajo y el esfuerzo como compensación por las ofensas e injurias.■ Gran susceptibilidad a sentirse ofendido cuando su compromiso no es percibido o reconocido.■ Se rehúsan a rendir en el trabajo («no lo voy a lograr»), señalando su incapacidad.	<ul style="list-style-type: none">■ La capacidad de rendimiento y su posición laboral son sobrevaloradas.■ Sus problemas de rendimiento son negados, lo que genera conflictos laborales.
Medio social	
<ul style="list-style-type: none">■ Se privilegian los contactos sociales con personas con algún tipo de discapacidad.■ Se renuncia y repliega frente a las exigencias sociales.	<ul style="list-style-type: none">■ Se buscan contactos con personas famosas o destacadas, como un modo de autoafirmación.■ Se distancian, activamente, de los posibles «fracasados».

12. Materiales de trabajo del OPD

Bienes materiales	
■ Las posesiones compensan la insuficiente o ausente autovaloración («los bienes confirman»).	■ Los bienes y el dinero están al servicio de la reafirmación de sí («fetiches del bienestar»).
Cuerpo/sexualidad	
■ Vivencia corporal de minusvalía.	■ Tendencias excesiva a procurar que el cuerpo luzca joven, bello y atractivo, para compensar posibles (o reales) debilidades; limitaciones en la aceptación del envejecimiento corporal.
■ Se descuida el cuerpo («el cuerpo recibe lo que se merece»).	■ Fantasías de indestructibilidad del cuerpo.
■ Pero también, alternativamente, intentos frustrados de corregir partes del cuerpo.	■ Sobrevaloración de la propia potencia/atractivo sexual como estímulo para la autovaloración.
■ Convicción de no ser atractivo sexualmente.	
Enfermedad	
■ Las enfermedades confirman la visión negativa de sí mismos.	■ Las enfermedades pueden amenazar la autoestima.
■ Accidentes o enfermedades desencadenan a menudo fantasías de daño (por ejemplo, de parte de los médicos).	■ También las enfermedades de mínima importancia pueden llevar a una fractura del sentimiento de autoestima.
■ Estas fantasías pueden desencadenar deseos de reparación del (supuesto) daño.	■ Una descompensación hacia el modo pasivo es eventualmente posible.
■ Manejo (coping) de la enfermedad mediante resignación.	■ Manejo (coping) de la enfermedad mediante la negación, minimización.
Ambos modos ven en el síntoma una amenaza a la autoestima (mucho mayor de lo esperable clínicamente) o una posibilidad de estabilizarla.	

Conflicto de culpa (culparse a sí mismo versus culpar al otro)

Conflicto de culpa (culparse a sí mismo versus culpar al otro)
Se trata en este conflicto de atribuirse la culpa a sí mismo o de culpar al otro, más allá de una medida adecuada de la responsabilidad.
Presupone la capacidad de sentir culpa.
Por una parte, los pacientes se sienten rápidamente responsables por las dificultades; asumen la culpa de ello, renuncian a favor de otros y tienden al autorreproche. La culpa es contrarrestada por medio de castigos autoimpuestos.
Por otra parte, algunos pacientes externalizan la culpa, haciendo responsables a otros. Los sentimientos de culpa son desplazados hacia otros. No existe disposición para asumir, ni siquiera parcialmente, la responsabilidad de lo ocurrido.
Los motivos del conflicto no se refieren al cuidado o estabilización de la autovaloración, sino que se relacionan con el hecho de asumir uno mismo la culpa, o adjudicársela a otro, cuando surgen conflictos de conciencia.

12.3 OPD-2 Lista de chequeo de conflictos

Modo pasivo	Modo activo
Criterios generales	
Tipo: Tendencia a autorreprocharse, a renunciar y a asumir la culpa de otros.	Tipo: Acusador, siempre la culpa es adjudicada a otro, conducta egoísta.
Afecto guía: Tristeza, depresión y culpa.	Afecto guía: Rabia, culpa.
Contratransferencia/interacción: Atribución de la culpa, precaución, compasión.	Contratransferencia/interacción: Culpabilización de otros («ellos son culpables»), rechazo, rabia.
Áreas de la vida	
Familia de origen	
<ul style="list-style-type: none">■ Se asume la culpa de los problemas familiares■ Frecuentemente, se renuncia en favor de los familiares.■ Se excusa a los demás a la vez que se auto acusa.	<ul style="list-style-type: none">■ La familia de origen y los más cercanos son responsabilizados por los problemas.■ Mínima disposición a asumir, siquiera en parte, las culpas.■ La familia de origen y los conflictos generacionales, son presentados y valorados de un modo autojustificatorio.
Pareja/familia	
<ul style="list-style-type: none">■ Tendencia a asumir la culpa y disculpar a su pareja y a los hijos.■ Autorreproches y generación de situaciones en las que aparece rápidamente como culpable.■ Actitud sumisa y, en parte, degradante.	<ul style="list-style-type: none">■ Tendencia a atribuir la culpa a su pareja e hijos, para defenderse de los propios sentimientos de culpa.■ Las acciones negativas del otro, así como sus maneras de comportarse, son «coleccionadas» y, frecuentemente, echadas en cara.
Actividad laboral	
<ul style="list-style-type: none">■ Se privilegian los roles secundarios y se evitan posiciones de liderazgo.■ Los éxitos y avances en la carrera laboral conducen más bien a sentimientos de culpa.■ El elogio y el reconocimiento les resultan incómodos.■ Los errores propios se admiten «prematuramente»; lo mismo ocurre al asumir la culpa de otros sobre sí mismos.■ Atribuyen la disminución en su rendimiento laboral a sus propias limitaciones.	<ul style="list-style-type: none">■ Las posiciones de liderazgo y poder son asumidas con naturalidad.■ Se evita asumir la responsabilidad por sus errores.■ Los privilegios laborales se consideran como una confirmación de sí.■ Es plausible una conducta desconsiderada con otros («ellos tienen la culpa»).■ Las limitaciones, retrasos y negligencias en el rendimiento laboral se adjudican a los demás («no es mi culpa») o a condiciones laborales adversas.

12. Materiales de trabajo del OPD

Medio social	
<ul style="list-style-type: none">■ También en el medio social se asume la culpa rápidamente.■ Privilegian agrupaciones sociales que permitan la elaboración de la culpa.	<ul style="list-style-type: none">■ El medio social es usado para atribuir culpas.■ Los privilegios sociales propios son considerados como «obvios», llegando a la explotación de otros sin sentir culpa.
Bienes materiales	
<ul style="list-style-type: none">■ En relación con los bienes, dar y recibir es muy conflictivo.■ Los sentimientos de culpa que desencadena el recibir regalos son rápidamente compensados con una conducta recíproca.■ «Atenciones» y regalos mantienen bajo control los sentimientos de culpa.	<ul style="list-style-type: none">■ Las conductas egoístas y acaparadoras se consideran justificadas («es mi derecho»).■ Los elogios y los regalos se consideran como algo obvio (y justificado).■ Tienden a sentirse engañados o en desventaja frente a otros.
Cuerpo/sexualidad	
<ul style="list-style-type: none">■ La experiencia del cuerpo, sus necesidades y deseos sexuales son vividos con culpa.■ Por tanto, se descuidan las necesidades corporales básicas, lo que frecuentemente repercute en su salud.	<ul style="list-style-type: none">■ Se abusa del cuerpo, culpando y responsabilizando a otros de ello.■ La sexualidad es vivida sin culpa, lo que puede llegar hasta la desconsideración del otro.
Enfermedad	
<ul style="list-style-type: none">■ Las enfermedades se asumen dócilmente.■ En la relación médico-paciente se observa obediencia y sumisión■ Pacientes «fáciles de cuidar».	<ul style="list-style-type: none">■ Las enfermedades son mal toleradas.■ Constante insatisfacción y atribución de la culpa a otros (profesionales sanitarios e instituciones).■ Conducta conflictiva y difícil, en la que no se admite la propia participación en los hechos.

Conflicto edípico

Conflicto edípico
<p>La motivación central es mostrarse frente a otros como alguien especialmente atractivo y deseable, en orden de ganar su atención y reconocimiento. La configuración tierna-erótica del contacto está al servicio de asegurar la propia masculinidad o feminidad (en el sentido de ser mujer). Esto deviene de la identificación así como de la toma de roles parentales específicos de género.</p> <p>La constelación conflictiva edípica describe polos no adaptativos, en el sentido de desear ser valioso para otros versus mantenerse en un segundo plano, poder rivalizar versus poder ceder; poder disfrutar del placer corporal versus tener que renunciar a éste. No se trata primariamente de un trastorno sexual.</p> <p>Es necesario delimitarlo de los conflictos de autovaloración, culpa e identidad.</p>

12.3 OPD-2 Lista de chequeo de conflictos

Modo pasivo	Modo activo
Criterios generales	
<p>Tipo: Se mantiene en segundo plano como alguien poco atractivo, asexuado e inofensivo.</p> <p>Afecto guía: «Vacíos» específicos del conflicto, timidez (vergüenza), angustia.</p> <p>Contratransferencia/interacción: Represión del erotismo y la sexualidad; percepción e interacción poco interesante e, incluso, aburrida.</p>	<p>Tipo: Se mantiene en el centro de atención de manera fálica-histérica.</p> <p>Afecto guía: Altamente cambiante, a veces emociones muy dramáticas, erotización/sexualización, rivalidad (sin mostrar vergüenza) y agresividad.</p> <p>Contratransferencia/interacción: Constante alternancia entre sentimientos de atracción y rechazo; erotización/sexualización, decepción rabiosa.</p>
Áreas de la vida	
Familia de origen	
<ul style="list-style-type: none">■ Pese a existir vínculos, la historia familiar es más bien desvitalizada.■ Relaciones idealizadas y deserotizadas.■ Los conflictos y las rivalidades son negados.■ Temerosamente conservadores.■ Fuerte apego a la familia de origen.	<ul style="list-style-type: none">■ Vínculos estrechos (en ciertas condiciones, inconscientes/defensivos) especialmente con el padre del sexo opuesto■ Rol del «preferido», incluso hasta la adultez.■ Fuerte apego a la familia de origen.
Pareja/familia	
<ul style="list-style-type: none">■ Generalmente, relaciones de pareja estables, en las que básicamente se busca protección y cuidado.■ Las vivencias de rivalidad y erótico-sexuales se muestran en forma reprimida e insípida.■ Se elige a menudo parejas mayores.■ Los cambios de roles propios de la edad pueden desencadenar crisis.	<ul style="list-style-type: none">■ Se busca conseguir atención y reconocimiento a cualquier precio.■ Conducta teatral-emocional o sexualmente contradictoria (seducción-bloqueo).■ La elección de pareja está generalmente orientada al objeto primario, por lo que las parejas a menudo resultan decepcionantes.
Actividad laboral	
<ul style="list-style-type: none">■ Relaciones de trabajo insípidas o incluso «buenas», habitualmente evitando el rivalizar.■ Se buscan posiciones más bien subordinadas.■ Se disminuye el mérito de las propias capacidades laborales y competencias interpersonales.	<ul style="list-style-type: none">■ A menudo faltan competencias cognitivas constantes y una capacidad de trabajo persistente.■ Existe gran tendencia a rivalizar y sexualizar («rivalidad fálica»).■ Éxitos concretos y reales, pero provisorios. En general, más bien, posiciones por debajo de las capacidades personales, y frecuentes cambios en las constelaciones laborales.

12. Materiales de trabajo del OPD

Medio social	
<ul style="list-style-type: none">■ Relaciones estables y discretas, en tanto se evitan los aspectos de rivalidad y reconocimiento de la sexualidad.■ Evitación de relaciones sociales que destaquen los roles de género y la rivalidad («ocultar el rabo entre las piernas»).■ Aunque no son directamente rechazados, pocas personas les recuerdan en el largo plazo (por la discreción, pasar inadvertido, etcétera).	<ul style="list-style-type: none">■ Los grupos sociales, clubes y amistades les permiten ser el centro de atención («centro de mesa», «la reina», «pavonearse»), a través de relaciones variadas y actividades, generalmente, cambiantes.■ Las relaciones interpersonales suelen valorarse más cercanas de lo que realmente son.■ La rivalidad puede llevar hasta destruir la relación de pareja de otros.
Bienes materiales	
<ul style="list-style-type: none">■ Inconscientemente, los bienes materiales son empleados para reemplazar el atractivo, potencia o rivalidad.	<ul style="list-style-type: none">■ Los bienes materiales están al servicio de la tendencia a rivalizar y a obtener el reconocimiento de otros, y asimismo sirve para ser el centro de atención (especialmente la casa y el coche).
Cuerpo/sexualidad	
<ul style="list-style-type: none">■ Aunque no se descuida la corporalidad, se le presta escasa atención.■ El cuerpo aparece neutral y con poco atractivo, a veces se encuentra cubierto o escondido.■ Se evitan las áreas corporales eróticas.■ En caso extremo, se observa desinterés sexual.■ En la edad adulta, disminuyen la amenaza edípica y las medidas de neutralización correspondientes.	<ul style="list-style-type: none">■ Se presta mucha atención a la corporalidad.■ El cuerpo se vuelve un medio sobrevalorado de expresión del atractivo, de la rivalidad y del reconocimiento.■ En casos extremos, se observa un excesivo interés sexual.■ La pérdida del atractivo corporal (por ejemplo, en el envejecimiento) es vivida como una amenaza.
Enfermedad	
<ul style="list-style-type: none">■ Ofrece una posibilidad inconsciente de obtener atención y reconocimiento.■ En la enfermedad se muestran débiles y pseudo regresivos.■ Las enfermedades están al servicio de suplir, inadvertidamente, el reconocimiento y/o satisfacción sexual. En ciertas circunstancias, incluso, se busca ser sometidos a distintos procedimientos terapéuticos.	<ul style="list-style-type: none">■ Se utiliza la enfermedad para obtener atención y cuidado.■ Ningún cuidador puede satisfacer estas necesidades.■ Constantemente, se buscan nuevos médicos expertos en el área («eminencias»).

Conflicto de identidad

Conflicto de identidad	
Modo pasivo	Modo activo
Criterios generales	
<p>Sensación crónica o recurrente de carencia de identidad</p> <p>Como estrategia de manejo se tiende a minimizar, racionalizar y negar las disonancias de identidad.</p> <p>En casos extremos: sensación de falta absoluta de identidad.</p> <p>Se evitan situaciones que confronten al paciente con sus inseguridades respecto a la identidad.</p>	<p>Tendencia general: activo ocultamiento de la inseguridad en la identidad.</p> <p>Se recurre a un manejo compensatorio y se evitan las disonancias en la identidad (por ejemplo, la construcción de una verdadera saga familiar, fantasías sobre el origen, «identidades prestadas»).</p> <p>Sentimiento básico preponderante: temores y angustias referentes a las amenazas sobre el sentimiento de identidad.</p>
Áreas de la vida	
Familia de origen	
<ul style="list-style-type: none">■ La identidad de origen es insustancial, plana o claramente discontinua.■ Los roles ofrecidos por la familia de origen (que habrían posibilitado la identificación social) les parecen poco atractivos o difíciles de asumir.■ Identidades poco claras o contradictorias en la familia de origen.	<ul style="list-style-type: none">■ Tendencia general: se disimulan activamente las contradicciones de identidad en el área familiar mediante construcciones biográficas.■ La historia de la familia de origen narrada por el paciente muestra idealizaciones y ficciones.■ En familias de origen vivenciadas como insignificantes, o incluso degradadas, domina el deseo inconsciente de diferenciarse y comenzar de nuevo «desde cero».
Pareja/familia	
<ul style="list-style-type: none">■ Se evitan las parejas con cualidades claras y dignas de admirarse, pues sería difícil tolerar la discrepancia con las propias inseguridades respecto de la identidad.■ Si el paciente finalmente encuentra una pareja con una identidad estable, tenderá frecuentemente a subordinar su propia identidad a la del otro.	<ul style="list-style-type: none">■ Búsqueda activa de parejas, relaciones y familias que pueden dar un apoyo a su identidad.■ En el mejor de los casos, una solución estable es adaptarse normativamente al nuevo «clan».■ Asumir de manera forzada o exageradamente una nueva identidad familiar, también puede acarrear fallas en la adaptación.
Actividad laboral	
<ul style="list-style-type: none">■ Contradicciones en cuanto a los logros académicos y laborales.	<ul style="list-style-type: none">■ En el mundo laboral, se asume exageradamente un rol que brinda identidad («siempre en servicio»).

12. Materiales de trabajo del OPD

<ul style="list-style-type: none">■ A menudo, falta una constancia interna y seguridad de rol para alcanzar el éxito.■ Su imagen profesional aparece frecuentemente inauténtica, impostada («disfrazada») o inestable.■ Se intentan diferentes roles y posiciones.	<ul style="list-style-type: none">■ La conducta en el trabajo es, por lo tanto, a menudo problemática y rígida.■ La objetividad y la orientación al trabajo, necesarias en el mundo laboral, quedan en segundo plano respecto a la relación hacia sí mismo y la propia identidad.
Bienes materiales	
<ul style="list-style-type: none">■ Los bienes materiales están al servicio de compensar los sentimientos de inseguridad (tener en vez de ser).■ A veces, no saben cómo utilizar sus ingresos.	<ul style="list-style-type: none">■ Los bienes materiales y el dinero están al servicio de estabilizar la propia identidad y son buscados en función de ello.
Medio social	
<ul style="list-style-type: none">■ Apariencia social camaleónica, pero insípida («adaptada»).■ Ausencia de un perfil propio, necesario para el reconocimiento y diferenciación social.■ Por lo anterior, probablemente, no alcanzan el reconocimiento y respeto social.■ Se evitan los contactos sociales que puedan exponer las contradicciones de roles.	<ul style="list-style-type: none">■ Se busca y cuida la pertenencia a grupos sociales, por la función sustentadora de la identidad (como, por ejemplo, «nosotros los artistas»).■ Pueden llamar la atención por la sobreactuación y personificación de estas identidades de rol, lo que puede llegar incluso a la caricatura.
Cuerpo/sexualidad	
<ul style="list-style-type: none">■ A veces, existe un trato indiferente con el propio cuerpo.■ Estilo de vestimenta poco llamativo y poco definido.■ Tendencia al cambio de la apariencia externa («hay que seguir la moda»).	<ul style="list-style-type: none">■ El estilo forzado en el trato y manejo del propio cuerpo sirve de apoyo y sustento a la identidad.■ La valoración social de un cuerpo deportivo permite, por ejemplo, estabilizar los sentimientos de inseguridad respecto de la propia masculinidad.■ La vestimenta siempre ha sustentado la identidad y ocultado la inseguridad («el hábito hace al monje»).■ Incluso el descuido consciente e intencional de la vestimenta sustenta la identidad.■ Son características las limitaciones en las posibilidades de elección y la rigidez.
Enfermedad	
<ul style="list-style-type: none">■ Por su pasividad, no logran encontrar y aceptar un rol adecuado de enfermo cuando la enfermedad es grave.■ Los pacientes evitan la confrontación con el problema y, generalmente, se muestran desorientados y obedecen pasivamente las indicaciones	

OPD-2 Lista de chequeo (descriptores) de «Estructura»

1.1 Capacidades cognitivas: percepción de sí mismo

OPD-2	Nivel alto de integración	Nivel medio de integración	Nivel bajo de integración	Desintegración
1.1 Autorreflexión	El paciente posee la capacidad de orientar su mirada hacia su propia persona y su mundo interno. El paciente puede percibir, en forma acorde a la realidad, qué tipo de persona es y qué sucede dentro de él, pudiendo conceptualizarlo en el lenguaje.	El paciente tiene poco interés en reflexionar sobre sí mismo. La autorreflexión se dirige principalmente hacia el self conductual (lo que el paciente dijo e hizo). Presenta una autoimagen más bien burda. Le es difícil encontrar expresiones verbales pertinentes.	Casi no es capaz de una percepción autorreflexiva. El paciente no puede, incluso recibiendo apoyo, presentar una imagen coherente de sí mismo y su situación contextual. Los aspectos contradictorios de sí mismo se encuentran uno junto al otro. No existe un lenguaje conceptual para describir procesos internos.	Su autodescripción genera una sensación de arbitrariedad, carece de vínculos con la realidad y es incomprendibilidad. La imagen de sí mismo se muestra poco auténtica y en ciertas circunstancias, como si fuese prestada, inapropiada. Lingüísticamente, se expresa con formulaciones contradictorias y extrañas.
1.2 Diferenciación afectiva	Los afectos pueden ser percibidos en forma diferenciada, pese a las limitaciones determinadas por los conflictos, pudiendo, además, ser guías para la conducta. En la vivencia afectiva predominan los afectos positivos, como la alegría, la curiosidad y el orgullo. Los afectos negativos, como la angustia, el desprecio, la rabia, el asco, el duelo, la culpa y el pudor, se presentan en forma muy variada.	Los afectos se perciben en forma limitada, y en situaciones difíciles pueden ser evitados para mantener la estabilidad estructural. Por lo tanto, guían la conducta sólo en forma restringida. En la vivencia afectiva predominan los afectos negativos, como la rabia, la angustia, la decepción, la autodevaluación y la depresión.	Los afectos no pueden ser percibidos en forma diferenciada o ser relatados en forma comprensible. Se expresan a través de la agitación o a través de la alienación, vacío afectivo, depresión y ánimo maníaco. Por lo tanto, tampoco pueden ser utilizados para una regulación conductual dirigida. La expresión afectiva es dominada crónicamente por el desprecio, el asco y la rabia.	No se presenta ninguna distancia interna y ninguna percepción introspectiva con relación a los propios afectos. Entre la conducta y la vivencia afectiva media una limitadísima instancia de regulación. Se ven expuestos a estados emocionales severos, confusos, que no pueden ser nombrados mediante palabras.

OPD-2	Nivel alto de integración	Nivel medio de integración	Nivel bajo de integración	Desintegración
1.3 Identidad	El paciente dispone de una autoimagen constante y coherente a través del tiempo. Se observa además una identidad psicosexual definida.	Irrupciones y cambios en la autoimagen dependientes de la situación y el estado de ánimo.	En diferentes momentos y situaciones, se manifiestan diferentes aspectos del self. No se encuentra disponible la sensación de una orientación psicosexual y social constante, en el sentido de una identidad.	Se observa la falta de una identidad psicosocial y sexual diferenciada, y se presenta en cambio una manifestación de características distorsionadas y estereotipadas. En ciertas circunstancias, se evidencian elementos delirantes en la identidad.

1.2 Capacidades cognitivas: percepción del objeto

OPD-2	Nivel alto de integración	Nivel medio de integración	Nivel bajo de integración	Desintegración
1.4 Diferenciación self-objeto	Los afectos, impulsos y pensamientos pueden ser diferenciados de manera segura en cuanto a su atribución al self o a los objetos. El paciente puede establecer límites claros y percibir al otro desde fuera.	La atribución de afectos, impulsos y pensamientos con relación al self y a los objetos es insegura. La diferenciación de los otros y el mantenimiento de una percepción distanciada son dificultosos.	Self y objeto se intercambian y confunden, se atribuyen al objeto los afectos que son insoportables para el self.	Las dificultades para distinguir entre aspectos del self y aspectos del objeto, así como para percibir al objeto como algo separado del self se constituyen en síntomas.
1.5 Percepción de objeto total	Los otros son vivenciados como personas con intereses, necesidades y derechos propios; diferentes aspectos pueden ser integrados en una imagen vitalizada.	Los otros no son percibidos en su complejidad y en sus aspectos contradictorios, sino que son vivenciados según los propios deseos, por lo que se exageran los aspectos positivos y negativos.	Los otros son vivenciados de manera extrema: son muy buenos o muy malos, todo es blanco o negro. No se pueden integrar las contradicciones.	Los otros son predominantemente vivenciados como agresivos persecutorios, injustos y amenazantes, por lo que son temidos o combatidos. Ciertos atributos específicos del otro pueden ser atribuidos al objeto total.

OPD-2	Nivel alto de integración	Nivel medio de integración	Nivel bajo de integración	Desintegración
1.6 Percepción realista del objeto	El paciente está en condiciones de generar una imagen realista del otro.	Al paciente le es difícil percibir a los otros en forma realista, considerando sus intenciones internas y situación externa.	La imagen del otro está determinada por las propias proyecciones, necesidades y temores. Independientemente de esto, puede prever sensitivamente las actitudes del otro.	El paciente no puede acceder a la realidad interna y externa de los otros.

2.1 Capacidad de manejo: autorregulación

OPD-2	Nivel alto de integración	Nivel medio de integración	Nivel bajo de integración	Desintegración
2.1 Manejo de impulso	Los impulsos agresivos, sexuales y orales pueden ser vivenciados. Considerando las representaciones morales o éticas, éstos pueden ser postergados e integrados, pero también satisfacerse.	Los impulsos están inhibidos por la sobrerregulación o pueden irrumpir ocasionalmente. Se vivencia al self como bloqueado o bajo mucha presión. El poderoso superyó es fuertemente crítico o se encuentra puntualmente anulado.	Los impulsos no se encuentran bien integrados, no pueden ser postergados (regulación deficitaria) o contenidos por medio de un sistema de valores diferenciado y capaz de guiar la conducta. Las tendencias agresivas derivan en conductas destructivas o autodestructivas. En ciertas circunstancias se erotiza la carencia de vínculos, resultando en soluciones perversas.	El odio destructivo y descontrolado se vivencia como una reacción adecuada frente a la conducta de los otros. La sexualidad y las conductas relacionales se manifiestan agresivamente. Los impulsos sexuales tienen el carácter propio de un objeto parcial. No es posible la postergación ni la sublimación, por lo que surgen estados de descontrol en conductas delictivas o en el uso de alcohol y drogas. Las valoraciones se dan en alternativas simples de bueno-malo.

OPD-2	Nivel alto de integración	Nivel medio de integración	Nivel bajo de integración	Desintegración
2.2 Tolerancia afectiva	Se pueden vivenciar y expresar los afectos intensos, negativos o ambivalentes.	Con dificultad se toleran los afectos intensos, y especialmente, los negativos; éstos son controlados mediante la sobre regulación.	Los afectos negativos pueden inundar a la persona y volverse tan insostenibles que desencadenan conductas impulsivas.	No pueden tolerarse los afectos intensos, y especialmente los negativos, lo cual desencadena conductas reactivas alteradas.
2.3 Regulación de la autoestima	La autoestima se puede mantener o recuperar en situaciones conflictivas, y también cuando hay diferencias entre los deseos propios y ajenos.	La autoestima se altera, por ejemplo, ante fracasos o diferencias de opinión, lo que se expresa en susceptibilidad, enaltecimiento, desvalorización de sí mismo, castigo o retirada. Se requiere la confirmación de los otros para su regulación.	La autoestima se vuelve muy vulnerable, incluso ante leves ofensas y diferencias entre los propios deseos y los del otro. Esto último se expresa en una gran tendencia a sentirse ofendido, ideas irreales de grandeza, vergüenza, asco de sí mismo, devaluación, irritabilidad, rupturas en las relaciones; incapacidad de aceptar los propios límites.	La autoestima apenas puede regularse. Esto se observa en las grandes distorsiones de la autovaloración (grandiosidad o baja autoestima crónica) y distorsiones en la percepción de la realidad.

2.2 Capacidad de manejo: regulación de la relación con el objeto

OPD-2	Nivel alto de integración	Nivel medio de integración	Nivel bajo de integración	Desintegración
2.4 Protección de las relaciones	El paciente puede proteger las relaciones por medio de la elaboración interna y el manejo de impulsos perturbadores (defensa intrapsíquica).	Con gran esfuerzo, el paciente puede elaborar sólo parcialmente los impulsos perturbadores, afectando así las relaciones.	Los impulsos molestos no pueden ser manejados intrapsíquicamente, sino afectando las relaciones (defensa interpersonal).	Si se llegara a proteger la relación, sería únicamente por medios disfuncionales, destructivos.

OPD-2	Nivel alto de integración	Nivel medio de integración	Nivel bajo de integración	Desintegración
2.5 Regulación de los intereses	En una relación, el paciente puede mantener sus propios intereses y considerar adecuadamente los de los demás. La relación puede llegar a tener un tinte ya sea altruista o egoísta, dependiendo del conflicto.	Los propios intereses, o los de los otros, se encuentran permanentemente en primer plano, de manera que no se logran armonizar.	La relación está determinada por el sentimiento de amenaza relativo a los propios intereses y por una falla en la representación de los intereses del otro.	Se presenta una vivencia sobrealorada y existencial de los propios intereses, que llega a ser difícilmente comprensible para los demás.
2.6 Anticipación	Las reacciones de los otros pueden ser anticipadas, guiando la acción.	Se anticipan exageradamente reacciones negativas de los otros frente a la propia conducta.	Las reacciones negativas de los otros frente a la propia conducta, apenas pueden ser anticipadas y utilizadas para regular la propia conducta.	Existe una incapacidad para considerar las reacciones de los otros frente a la propia conducta.

3.1 Capacidad emocional: comunicación hacia adentro

OPD-2	Nivel alto de integración	Nivel medio de integración	Nivel bajo de integración	Desintegración
3.1 Vivencia de los afectos	Los afectos son permitidos y vivenciados por el paciente en toda su diversidad, haciéndolo sentir vitalizado.	Los afectos son vivenciados en forma limitada y expresados normativamente.	Los afectos negativos (pánico, rabia, asco, desprecio, etcétera) emergen y se mantienen en forma continua.	Determinados afectos pueden ponerse en primer plano en forma extraña; alternadamente, puede aparecer indiferencia afectiva.

OPD-2	Nivel alto de integración	Nivel medio de integración	Nivel bajo de integración	Desintegración
3.2 Uso de la fantasías	Con la ayuda de fantasías y sueños, el paciente puede ampliar su espacio vivencial y desarrollar soluciones creativas.	La capacidad de fantasear se encuentra claramente restringida.	Las fantasías negativas se transforman rápidamente en certezas amenazantes.	Las descripciones de la realidad se confunden con las fantasías subjetivas.
3.3 Self corporal	El paciente puede hacer una descripción realista de su cuerpo, con relación a edad, género, salud y atractivo. Su vivencia del cuerpo es vital.	Inseguridad respecto de la autoimagen, limitaciones de la vivencia corporal y descripciones egodistónicas en el sentido de «yo y mi cuerpo».	La autoimagen corporal es poco clara o fragmentada y la vivencia del cuerpo es amenazante y congelada.	Los aspectos corporales del <i>self</i> son vivenciados como extraños o ajenos. Es posible replegar-se al propio cuerpo a través de diferentes formas. El <i>self</i> corporal puede ser modificado por medio de cirugía estética, en cuyo caso cambian aspectos de la identidad (por ejemplo, sexo).

3.2 Capacidad emocional: comunicación hacia afuera

OPD-2	Nivel alto de integración	Nivel medio de integración	Nivel bajo de integración	Desintegración
3.4 Establecer contacto	El paciente posee la capacidad de establecer contactos vitales.	El interés en el contacto y en las relaciones se muestra restringido e impersonal.	Se evita establecer contacto emocional o se presenta una conducta relacional exagerada y sin sentido de la distancia.	No es posible establecer contacto emocional o se desarrolla de manera formal, adscrito a roles en situaciones emocionalmente vacías o de alta tensión.

OPD-2	Nivel alto de integración	Nivel medio de integración	Nivel bajo de integración	Desintegración
3.5 Comunicación de los afectos	La comunicación es vivaz, interesante y fructífera, gracias a la participación de los afectos. Es posible que se dé una limitación o un deterioro de la comunicación debido a un conflicto.	Al paciente le es difícil comunicarse debido a una capacidad reducida para diferenciar afectos o por un predominio de afectos negativos (desilusión, desvalorización de sí mismo, afectos depresivos, sentirse ofendido). La comunicación es difícil debido a un comportamiento retentivo, demandante, irritante, recriminatorio y una elevada susceptibilidad.	La comunicación se hace muy difícil por la reducida capacidad de diferenciar afectos, falta de participación, carencia de empatía, escasos afectos cálidos, desvalorización. En el interlocutor surgen sentimientos de confusión, vacío, distancia, sensación de «como si», carencia de contacto, así como, oscilaciones entre la implicación excesiva y la resignación.	Los afectos no pueden ser simbolizados ni controlados, de manera que las situaciones se vuelven emocionales, se actúan los propios intereses agresivos y defensivos o se llega a la ruptura del encuadre de la relación. Se evita la comunicación esquivando la mirada, cambiando de tema o directamente, por medio de una completa inaccesibilidad.
3.6 Empatía	Es posible empatizar con la vivencia interna de otros, identificarse transitoriamente con ella y actuar sobre esa base.	La empatía frente al otro se ve limitada bajo la presión de los propios deseos y temores.	Dificultad para percibir el mundo vivencial del otro. Limitada comprensión y compasión en relación al otro.	La comprensión empática del otro parece ser prácticamente imposible.

4.1 Capacidad de vínculo: objetos internos

OPD-2	Nivel alto de integración	Nivel medio de integración	Nivel bajo de integración	Desintegración
4.1 Internalización	Se observa la capacidad de desarrollar y mantener imágenes internas, emocionalmente estables, de personas significativas. La angustia central es la posibilidad de perder el amor del objeto.	Se presenta una dificultad en la capacidad de desarrollar imágenes internas, emocionalmente estables, de personas significativas y que sean independientes de su presencia externa: después de corto tiempo o en situaciones de conflicto, las imágenes internas pueden perderse (de vista o de sentido). La angustia central es la posibilidad de perder el objeto significativo, apoyador y guía.	Las relaciones con otras personas no dejan buenas imágenes internas. Predominan representaciones de objeto amenazantes y persecutorias. La angustia central es ser perjudicado o eliminado por los objetos.	No existen representaciones constantes ni suficientes de los otros. No se desarrolla una internalización de experiencias vinculares positivas. En vez de eso, los objetos internos evidencian tendencias destructivas o la cualidad de lo ominoso. La angustia central se da frente a la fusión de las representaciones del sí mismo con las de los objetos, con la consecuencia de la pérdida de la identidad.
4.2 Uso de los introyectos	El paciente puede, con ayuda de experiencias de relaciones positivas internalizadas, cuidar de sí mismo, tranquilizarse y apoyarse.	El paciente puede cuidar poco de sí mismo, debido a que los objetos internos más bien lo presionan, critican y/o descuidan.	El paciente no puede apoyarse en objetos internos positivos y, por lo tanto, no puede tranquilizarse a sí mismo, cuidar de sí mismo, ni protegerse.	Los objetos parciales internalizados llevan a agitación y confusión.
4.3 Variedad de los vínculos	Las imágenes internas de personas significativas son variadas y múltiples; el paciente puede mantener relaciones triádicas.	Las imágenes internas de personas significativas se diferencian poco; el paciente busca principalmente relaciones diádicas.	Las imágenes internas de personas significativas son, principalmente, de carácter negativo y poco diferenciadas; las relaciones se muestran instrumentalizadas.	Todos los objetos se muestran parecidos. Cuando existen vínculos, éstos son principalmente fantaseados y de nivel regresivo.

4.2 Capacidad de vínculo: objetos externos

OPD-2	Nivel alto de integración	Nivel medio de integración	Nivel bajo de integración	Desintegración
4.4 Capacidad de vincularse	Los otros tienen significado emocional y existe la capacidad y el deseo de vincularse a ellos. Para proteger relaciones que ya existen, se desarrollan reglas de interacción; no hay dependencia del objeto.	El significado afectivo del otro puede ser exagerado (evidente dependencia del objeto).	El significado emocional y los sentimientos de pertenencia se dan sólo con la presencia real del objeto, por ello se relacionan en forma breve y cambiante.	Se presentan relaciones muy simbióticas o un mantenimiento angustioso de la autonomía, de modo que se evita el vínculo con el objeto.
4.5 Aceptar ayuda	Ante la necesidad, el paciente puede considerar la ayuda de otras personas, viéndolos como objetos buenos.	Dificultad para pedir o encontrar ayuda aun cuando se encuentre necesitado y en una situación de emergencia. Bajo ciertas circunstancias él mismo intenta ayudar a otros, incluso sobreexigiéndose.	Se rechaza en forma refleja, angustiosa, desconfiada y agresiva, la ayuda apoyadora. No se imaginan poder ayudar a otros.	No existe una representación de otros capaces de ayudar o, también, se realizan actividades que ignoran los límites del objeto.
4.6 Desprenderse de vínculos, separarse	El paciente tolera las separaciones con un adecuado sentimiento de dolor. Éste puede retirar las catexias del objeto perdido.	Se evitan las despedidas o se presenta un aferramiento al objeto, para evitar pérdidas temidas.	No existen las experiencias internas de duelo en relación con separaciones y despedidas; las separaciones reales pueden desencadenar de la misma manera depresiones o desorganizaciones.	Las separaciones son vividas aparentemente sin que generen reacción alguna. A la vez, temas vinculados a la separación pueden generar reacciones masivas.

12. Materiales de trabajo del OPD

12.5
Escala de reestructuración de Heidelberg

1. Falta de percepción del problema foca	1 1+	Absoluto rechazo defensivo del foco, o bien evitación del área focal, «no hay problema»	
2. Presencia no deseada del foco	2- 2 2+	Presión del síntoma, dificultades interpersonales: se atribuyen al exterior excesivas demandas y exigencias.	
3. Vaga percepción del foco	3- 3 3+	Aproximación pasiva al foco, bajo sugerencia, se da un reconocimiento y noción de la propia responsabilidad.	Manejo
4. Reconocimiento y exploración del foco	4- 4 4+	Comprensión interesada del problema, relación de trabajo, manejo activo, acción.	
5. Disolución de viejas estructuras en el área del foco	5- 5 5+	La defensa se hace frágil, «pasión» por el proceso; tristeza, sentirse expuesto, confusión.	Cambio Estructural
6. Reestructuración en el área del foc	6- 6 6+	Vivencia de reconciliación, espontáneamente se presentan nuevas posibilidades de vivenciar y en la conducta	
7. Disolución del foco	7- 7	Integración, concordancia interna, vivencia acorde con la realidad, reconstrucción.	

12.6
Herramientas de entrevista

En la primera parte de los recuadros de las herramientas de entrevista se presentan, mediante conceptos clave, los contenidos que deben ser desarrollados. Las dos partes que le siguen están deliberadamente ubicadas en paralelo, ya que ocurren simultáneamente en una entrevista; contienen,

por un lado, posibles preguntas y sugerencias de intervenciones verbales, y, por otro, apuntan a lo que habitualmente se presenta como respuesta verbal, escénica y/o contratransferencial. Para concluir se presentan consejos, tanto para la entrevista en profundidad como para la tabulación de la información recopilada, poniendo énfasis en el diagnóstico diferencial dentro de cada eje y entre ellos.

Cabe destacar que estas herramientas de entrevista están pensadas únicamente como material didáctico de ayuda. Pueden transformarse en consejos al realizar la entrevista, pero en ningún caso deben convertirse en un esquema rígido que deba seguirse, al modo de un libro de cocina, ya que se convertiría en una entrevista estructurada, perdiéndose de esa manera importante material escénico y de contexto.

12.6.1
Herramientas de entrevista para el eje I

Temas Vivencia y presentación de la enfermedad Padecimiento subjetivo, planteamiento de las molestias y del problema	
Posibilidades de intervención Preguntas introductorias: <ul style="list-style-type: none">■ Por favor cuénteme sus molestias, problemas y expectativas.■ ¿Porqué me viene a ver (justo) en este momento? Preguntas para profundizar: <ul style="list-style-type: none">■ ¿Cuánto lo limita la enfermedad?■ ¿Qué consecuencias tiene la enfermedad (en el trabajo, socialmente, personalmente)?	Fuentes de información Afirmaciones del paciente <ul style="list-style-type: none">■ No sé qué hago aquí. Mi doctor dice que el dolor de espalda puede estar relacionado con las mente.■ Tengo dolores constantes, siempre de intensidad 10. Ya no puedo hacer nada, y mi esposa también está sobrepasada. Información escénica <ul style="list-style-type: none">■ ¿Se notan sus molestias en la gestualidad?■ ¿Concuerda la gestualidad con las dolencias existentes?■ ¿Se notan en la entrevista las limitaciones mencionadas? Contratransferencia <ul style="list-style-type: none">■ ¿Surgen en mí sentimientos de comprensión, eventualmente compasión o más bien desconfianza y rechazo?

12. Materiales de trabajo del OPD

Temas	
Concepto de enfermedad del paciente	
Posibilidades de intervención <ul style="list-style-type: none">■ ¿Qué explicación tiene para sus molestias (la aparición de éstas)?■ En la psicosomática se examinan, entre otros, las correspondencias entre sobrecargas emocionales (mentales, «de los nervios») y enfermedades físicas. ¿Se puede imaginar que en su enfermedad existe una correspondencia así?	Fuentes de información Afirmaciones del Paciente <ul style="list-style-type: none">■ Cómo puedo saberlo, no soy doctor.■ Yo pienso, que todo se debe a la muerte de mi marido.■ Los dolores deben venir de un nervio pinzado. Información escénica <ul style="list-style-type: none">■ ¿Muestra el paciente espontáneamente un concepto de enfermedad?■ ¿Presiona el paciente hacia cierto diagnóstico? Contratransferencia <ul style="list-style-type: none">■ ¿Puedo desarrollar un concepto claro de enfermedad?■ ¿Se puede comparar mi concepto con el del paciente?■ ¿Surge en mí un sentimiento difuso de incertidumbre y desvalimiento?
Temas	
Concepto de cambio del paciente, tratamiento deseado	
Posibilidades de intervención <ul style="list-style-type: none">■ ¿Qué cree usted que le pueda ayudar?■ ¿Se puede imaginar que una psicoterapia sea un tratamiento útil para usted?	Fuentes de información Afirmaciones del paciente <ul style="list-style-type: none">■ Espero que me pueda prescribir los medicamentos adecuados.■ Mis dolores no se van por hablar, pero tal vez me ayude escuchar cómo los manejan otros.■ Si encontrara un trabajo, ya no sería depresivo. Información escénica <ul style="list-style-type: none">■ ¿El paciente, pregunta directamente por determinados tipos de tratamiento o consejos?■ ¿El paciente muestra interés y hace preguntas cuando se le habla de posibilidades de terapia?■ ¿Se puede percibir si al paciente le resulta importante la relación personal? Contratransferencia <ul style="list-style-type: none">■ ¿Me siento usado?

- ¿Aparece en mí el sentimiento de poder ser de ayuda para el paciente?
- ¿Aparece en mí una gran presión por entregar cierto diagnóstico o cierta terapia?

Diagnóstico diferencial

Tras el deseo urgente de un tratamiento determinado, se puede albergar una baja motivación de cambio, por ejemplo, cuando hay una ganancia secundaria de enfermedad. En este caso, la contratransferencia puede ayudar a aclarar la motivación.

Temas

Recursos/obstáculos para el cambio, recursos personales, apoyo social, ganancia de enfermedad

Posibilidades de intervención

- ¿Quién o qué le ayuda a superar su enfermedad?
- ¿Podría describirme de una manera más exacta, cómo reacciona su familia cuando tiene dolores fuertes?
- ¿Usted me ha dicho que ya ha sufrido de síntomas parecidos, qué hizo en ese momento para que se le pasara?
- ¿Pidió una renta? ¿Qué cambiaría si se la hubiesen dado?
- ¿Hay alguien que se encargue de las cuentas en la casa mientras usted está en la clínica?

Fuentes de información

Afirmaciones del paciente

- Cuando me viene la taquicardia no puedo hacer más que acostarme, entonces mi marido se hace cargo de la casa.
- Ya sobreviví a enfermedades peores.
- A pesar de mis dolencias puedo estructurar muy bien mi vida.
- Mi mujer siempre me logra sacar adelante cuando estoy mal.

Información escénica

- ¿El paciente expresa que fue enviado a terapia?
- ¿El paciente, muestra resistencia cuando se le ofrecen posibilidades de tratamiento?
- ¿Quién le puso fin a la conversación?
- ¿Llega acompañado?
- ¿El paciente se encuentra abierto a otras perspectivas o soluciones con respecto a su enfermedad?

Contratransferencia

- ¿Surgen en mí ganas de ayudar al paciente?
- ¿Me parece que podré trabajar bien con el paciente?
- ¿Me da la impresión que ninguno de mis esfuerzos es bien recibido?

12.6.2

Herramientas de entrevista para el eje II

12.6.2 Herramientas de entrevista para el eje II

<p>Temas</p> <p>Se evalúan interacciones relevantes con personas significativas (episodios relacionales). Encontramos un típico episodio relacional cuando se describen conductas y, eventualmente, intenciones de otras personas. También cuando se describen formas de comportamiento, o bien reacciones, del paciente, por las que se debe preguntar si no son expresadas espontáneamente.</p> <p>Para el diagnóstico son relevantes los episodios que notoriamente incluyen conflicto, con un carácter disfuncional y/o repetitivo.</p>	
<p>Posibilidades de intervención</p> <p>Preguntas introductorias</p> <ul style="list-style-type: none">■ Si el paciente ya mencionó personas importantes, se puede hacer referencia directa a éstas: ¿aún no me puedo imaginar bien su relación con X, tal vez me la pueda aclarar con una situación concreta con X que haya sido especialmente molesta, conflictiva y difícil para usted?■ En caso de que no se entregue información sobre relaciones una vez transcurrido un tiempo, se puede preguntar directamente: ¿quiénes son las personas más importantes en su vida? ¿Quién es especialmente cercano a usted?■ Entonces se puede seguir preguntando: ¿podría describirme una situación concreta con X que haya sido especialmente molesta, conflictiva y difícil para usted?■ ¿Podría decirme■ ... lo que esperaba o temía de esa persona en ese momento?■ ... lo que él/ella hizo o sentía o pensaba?■ ... cómo se sentía usted en ese momento, qué pensaba o sentía?■ ... finalmente qué le dijo o hizo usted?■ ¿Tiene la impresión de que los demás siempre reaccionan de modo parecido con usted?■ Me da la impresión de que usted se comporta así, porque en el fondo tiene miedo de que si no...	<p>Fuentes de información</p> <p>Afirmaciones del paciente</p> <ul style="list-style-type: none">■ Descripción de episodios relacionales de manera definida. <p>Información escénica</p> <ul style="list-style-type: none">■ Ya que para el diagnóstico es relevante la conducta interaccional efectiva, tal como se manifiesta también en el contacto con el entrevistador/terapeuta, se deben utilizar estas «informaciones escénicas» para obtener un cuadro más completo de las relaciones del paciente. Esto se puede aplicar a todos los tipos de relaciones en la lista de ítems del eje «Relación». Son de gran importancia los comportamientos desconfiados, de evitación, agresivos, sumisos, dominantes-controladores y acusadores.■ Se puede conocer algo sobre la percepción de los objetos en el eje «Estructura» a través de la observación de la vivacidad, plasticidad y diferenciación en la descripción de episodios relacionales. <p>Contratransferencia</p> <ul style="list-style-type: none">■ Los impulsos contratransferenciales se registran análogamente y se refieren sobre todo a preocupación, impulsos de ayuda, deseos de retirarse, rechazo y angustia/inseguridad.
<p>Diagnóstico diferencial</p> <p><i>Eje III:</i></p> <ul style="list-style-type: none">■ Es importante diferenciar conflictos actuales y estrés externo, así como las formas de comportamiento asociadas que en ciertas circunstancias pueden ser adecuadas y que en otros casos pueden corresponder a patrones repetitivos y disfuncionales.	

Eje IV:

- ¿Existen discrepancias notorias entre la noción de sí mismo del narrador/paciente y la noción de los otros que participan en la interacción?
- ¿Es posible para el entrevistador/terapeuta establecer relaciones entre sus propias reacciones internas y las reacciones que el narrador/paciente describe de su interlocutor?
- ¿El paciente puede comprender el comportamiento interaccional que puede surgir en otros, y que, eventualmente, puede ser generado por su propia conducta (capacidad de anticipar)?

12.6.3 Herramientas de entrevista para eje III

CI. Individuación versus dependencia

Temas

Significado existencial del vínculo y la relación. Construcción de la relación entre los polos de añoranza de un vínculo estrecho y simbiótico (dependencia) y aspiración a una marcada independencia y distancia (individuación). Miedo a la soledad y pérdida de la relación y el vínculo por una parte, y, por otra, miedo a entregarse y a la fusión con el otro. Búsqueda de cercanía y vínculo a cualquier precio, como también independencia exagerada y evitación forzada de los vínculos.

Posibilidades de intervención

- ¿Busca usted relaciones estrechas y cercanas, o necesita más bien cierta distancia e independencia?
- ¿Cuánta cercanía y contacto con relación a los otros necesita usted y cuánto necesita de su propio espacio y distancia?
- ¿Puede estar bien solo?
- ¿Se siente más cómodo cuando está con otros?
- ¿Cómo han sido para usted los cambios que trae la vida, como, por ejemplo: dejar la casa de los padres, cambiar de trabajo, separarse de sus compañeros o del jefe, separarse de la pareja, emancipación de los hijos?
- ¿Es para usted más importante quedarse con compañeros de confianza y en la empresa acostumbrada que irse y hacer carrera en otra empresa, con un nuevo grupo de trabajo?
- ¿Cómo vive las enfermedades que requieren que otros lo cuiden?
- ¿Se siente a gusto en clubes u otro tipo de asociaciones o grupos sociales?
- ¿Conoce la sensación de sentirse angustiado en las relaciones cuando alguien se le acerca mucho, al punto de sentirse atado o invadido?

Afirmaciones del paciente

- Compartir con otros es lo más importante para mí.
- Me gusta estar solo.
- Me gusta llevar mis propios asuntos.
- Me siento más a gusto cuando estoy con otros.
- Las separaciones son difíciles para mí, hago todo lo posible para evitarlas.
- Me siento más a gusto en la familia, somos un grupo muy unido.
- Trabajo mejor solo.
- Para mí, en mi trabajo son más importantes los colegas que el sueldo.
- Es terrible imaginarme enfermo y dependiente de otros.

Información escénica

- El contacto visual (cercano e intenso o escaso y superficial) y la postura corporal (cercana y orientada hacia el entrevistador o distante y orientada a otro lado) ¿me proporciona pistas en cuanto a la cercanía y la distancia?
- ¿Se esfuerza el paciente por responder exactamente a las preguntas del entrevistador, logra el paciente por medio de sus expresiones crear cercanía y contacto, o existen malentendidos frecuentes, exteriorizaciones inadecuadas o contradicciones?

12. Materiales de trabajo del OPD

- ¿Se siente más a gusto cuando tiene su espacio?
 - ¿Surge en usted fácilmente un sentimiento de aislamiento cuando está solo?
 - ¿Siente fácilmente nostalgia por su hogar?
 - Sus descripciones me han dejado la sensación de que para usted es muy importante tener su propio espacio, no tener relaciones muy cercanas y mantener su independencia. ¿Es cierto esto?
 - He notado a través de la conversación que usted es más feliz cuando tiene una relación cercana con alguien. ¿También lo ve así?
- Fuentes de información

- ¿Cómo se maneja el paciente al principio y al final de la entrevista? Por ejemplo, al inicio de la conversación se presenta directamente entusiasmado mostrando afectos también intensos, o, eventualmente, comienza aproximándose con cuidado, con una actitud de espera y con aportes distantes y sin mayor sentimiento; al final claras complicaciones del paciente para separarse de la situación de entrevista, o interrumpe abruptamente la conversación y se retira, casi sin despedirse.

Contratransferencia

- ¿Noto al paciente como alguien que se aferra especialmente, o, más bien, como alguien distante y muy orientado a la independencia?
- ¿Surge en mí el deseo de retener al paciente y de hacerle terapia de todas maneras, o, más bien, el deseo de no tener nada que ver con él y de derivarlo?
- ¿En la identificación con el paciente, siento miedo a la absorción y cercanía o a la soledad y al abandono?
- ¿Los sentimientos descritos y reacciones internas, tienden más a algún polo o son cambiantes entre los dos?

Diagnóstico diferencial

Eje III:

- *Sumisión versus control:* ¿Le sirve la individuación, o la dependencia, para lograr poder y control sobre otros?
- *Ser cuidado versus autarquía (autosuficiencia):* ¿Ayuda la búsqueda de individuación a no necesitar nada de otros y ser autosuficiente? ¿Es la búsqueda de dependencia una herramienta para conseguir el ser cuidado?
- *Conflicto de autoestima:* ¿La búsqueda de individuación es una herramienta para mostrarle a otros la propia grandiosidad, para evitar, al poner distancia, ser humillado por otros o para evitar la dependencia humillante de otros? ¿Es utilizada la búsqueda de dependencia para amortiguar una baja autoestima o para apoyar el propio sentimiento de grandiosidad a través de la cercanía o la participación de la grandiosidad de otros?
- *Conflicto edípico:* ¿Se utiliza la individuación, o la dependencia, a través de la cercanía, o la distancia, para evitar la competencia y la rivalidad? ¿Sirve la individuación para ocultar la tendencia a establecer vínculos promiscuos? ¿Se utiliza la búsqueda de dependencia para evitar el reconocimiento como mujer —u hombre— o controlar impulsos sexuales?

C2. Sumisión versus control

Temas Dominación—subordinación, poder—impotencia, rigidez, tradición, reglas, jerarquía, resistencia pasiva, retentivo, soberbia, contradicción, terquedad, subordinación, condescendencia.	
Posibilidades de intervención <ul style="list-style-type: none">■ ¿Qué tan importante son las reglas y el orden en su vida?■ ¿Se subordina con gusto/con disgusto a reglas y decretos?■ ¿Le gusta/disgusta tomar la palabra cuando tiene contacto con otros?■ ¿Cómo se maneja con órdenes y reglas?■ ¿Cómo reacciona usted cuando ponen en duda reglas y órdenes importantes para usted?■ ¿Ha tenido dificultades en su vida con la autoridad?■ ¿Tiene usted frecuentemente diferencias de opinión con otros?■ Cuando hay diferencias de opinión, ¿tiene usted siempre la razón (o quiere tenerla)?■ ¿Le dicen los demás que nunca da su brazo a torcer?	Fuentes de información Afirmaciones del paciente <ul style="list-style-type: none">■ Pero antes tengo que terminar de contarle esto.■ Preferiría que me hiciera preguntas, para que le responda lo correcto. Información escénica <ul style="list-style-type: none">■ ¿El paciente protesta en forma molesta, irritada o furiosa cuando se siente limitado?■ ¿Se nota en la conversación que al paciente le divierte (se anima, goza) contradecir, ponerse terco y controlar a otros? Contratransferencia <ul style="list-style-type: none">■ ¿Me siento controlado por el paciente, en forma velada?■ ¿Siento impulsos de subordinarme al paciente?■ ¿Me dan ganas de contradecir irritadamente al paciente?■ ¿Percibo la necesidad, o disponibilidad, del paciente de subordinarse a mí?■ ¿Me siento obligado a darle la razón al paciente?
Diagnóstico diferencial <i>Eje III:</i> <ul style="list-style-type: none">■ <i>Individuación versus dependencia:</i> Le sirve más bien a la regulación de la cercanía-distancia en las relaciones.■ <i>Conflicto de autoestima:</i> Le sirve más bien a la protección contra la humillación, como defensa de la autoestima.■ <i>Conflicto de culpa:</i> Sirve para apaciguar/evitar o proyectar sentimientos de culpa. <i>Eje IV:</i> En estructuras poco integradas o con amenaza de desintegración, el control puede estar al servicio del mantenimiento de la estructura y no significa un conflicto motivacional en sí.	

C3. Ser cuidado versus autarquía (autosuficiencia)

Temas Anhelo excesivo por obtener cuidado, protección, o bien autosuficiencia, altruismo. Obtener, perder, duelo, depresión. Cuidarse a sí mismo, darle al otro, rechazar defensivamente deseos de ser cuidado, decepciones.	
Posibilidades de intervención <ul style="list-style-type: none">■ ¿Tiene a menudo la sensación de que los otros no se preocupan lo suficiente por usted?■ ¿Es usted el tipo de persona que hace mucho por los otros, pero que no pide nada para sí mismo?■ ¿Es capaz de pedir ayuda?■ ¿Cómo reacciona cuando otro quiere hacer algo por usted, como, por ejemplo, cuidarlo, cocinarle, etcétera?■ ¿Es para usted de gran importancia en la vida estar ahí para los otros, apoyar a otros, sin considerar las propias necesidades?■ ¿Cómo se siente cuando se rehúsa a dar algo que el otro quiere?■ ¿Desearía tener más apoyo y acogida?■ ¿Le es difícil dejar ir a las personas?	Fuentes de información Información escénica <ul style="list-style-type: none">■ ¿Percibe usted al paciente, durante la conversación, como especialmente demandante y con tendencia a aferrarse o como especialmente autosuficiente y altruista?■ ¿Vivencia usted al paciente con deseos de ser cuidado, o bien tristeza por la frustración de tales deseos? Contratransferencia <ul style="list-style-type: none">■ ¿Me siento atrapado, presionado, extorsionado por el paciente y debido a ello posiblemente irritado?■ ¿Experimento en mí mismo impulsos de cuidar al paciente, darle mucho, a pesar de que el paciente no reclama?
Diagnóstico diferencial <i>Eje III:</i> <ul style="list-style-type: none">■ <i>Individuación versus dependencia:</i> ¿Se trata de poder obtener algo del objeto o más bien de que un objeto esté presente por razones existenciales ?■ <i>Conflicto de autoestima:</i> Frente a las decepciones, ¿se encuentra en un primer plano el haber recibido demasiado poco, haber perdido algo o más bien haber sido ofendido, desplazado y descalificado? ¿El comportamiento autosuficiente se encuentra al servicio de defensas compensatorias de deseos de ser cuidado o es la representación de la propia grandeza e importancia?■ <i>Conflicto de culpa:</i> ¿Las exigencias y reproches están al servicio de culpar al otro, o representan sentimientos de envidia hacia los demás, por no haber sido capaz de tener sus propios logros?	

C4. Conflicto de autovaloración

Temas

Valoración del self versus valoración del objeto; en cierta situaciones, enormes esfuerzos para compensar fracturas de la autoestima; el conflicto puede ser manifestación de características de personalidad («personalidad narcisista»); fracaso, ofensa, minusvalía, idealización de los otros, o bien de la propia grandiosidad, desvalorización de los otros.

Posibilidades de intervención

- ¿Se siente a menudo que vale menos y por debajo de otras personas?
- ¿Existen a menudo situaciones/pensamientos/sentimientos, por los que se avergüenza?
- ¿Alguna vez le han dicho que usted tiene una opinión demasiado buena sobre sí mismo?
- ¿Me parece que usted es una persona muy segura de sí misma, ¿existen situaciones en las que no se siente tan seguro?
- ¿Siente a menudo que otras personas lo admiran?
- ¿Cómo se siente cuando es el centro de atención?
- ¿Existe algo que lo hiera y humille?

Fuentes de información

Información escénica

- ¿Percibe al paciente como alguien especialmente avergonzado, vergonzoso?
- ¿Percibe que el paciente se presenta como especialmente «pequeño y disminuido»?
- ¿El paciente da la impresión de ser alguien superficialmente muy seguro de sí mismo, pero en el fondo especialmente inseguro?
- ¿Se irrita o molesta el paciente frente a las preguntas que se le hacen?

Contratransferencia

- ¿Siento frente al paciente la necesidad de apoyarlo y darle fuerzas, o más bien de ridiculizarlo?
- ¿Tengo el impulso de admirar exageradamente al paciente?
- ¿Me siento ofendido y descalificado por el paciente?
- ¿Tengo el impulso de descalificar al paciente?

Diagnóstico diferencial

- *Eje III:* La problemática de la autoestima desempeña un papel en la dinámica de todos los conflictos, si embargo en el conflicto IV, de autovaloración, la regulación de la autoestima es lo que está en primer plano.
- *Eje IV:* «Regulación del self»:
 - Si las situaciones desencadenantes son específicas, entonces probablemente es un conflicto, sin embargo, si «todo» lo desestabiliza, se trata más bien de un problema de estructura.
 - Si las posiciones/imágenes de sí mismo están organizadas y son estables en el modo activo («estar arriba») y en el modo pasivo (deficitario), entonces probablemente es un conflicto. Si en primer plano aparece más bien un cambio constante, es decir, un proceso llamativo de la regulación y fragilidad de la autoestima, se trata más bien de un problema de estructura.

C5. Conflicto de culpa (culparse a sí mismo versus culpar a los demás)

Temas Constante tendencia a rechazar la culpa o a culparse; apropiación excesiva de responsabilidad, o bien adjudicación de culpa y responsabilidad a otros; autorreproches, autoacusaciones, o bien, autojustificación y acusaciones a los otros.	
Posibilidades de intervención <ul style="list-style-type: none">■ Me parece que usted tiende a atribuirse la culpa/responsabilidad generalmente a sí mismo/a o a atribuirla a otros, por ejemplo, en el trabajo.■ ¿Asume usted la responsabilidad en los fracasos de su pareja, sus padres, sus hijos o considera que su pareja, padres o hijos son culpables cuando a usted le pasa algo?■ ¿Cómo se siente cuando otra persona lo culpa de haber hecho algo malo? ¿Se defiende o asume la culpa?■ ¿Lo perturba a menudo la idea de haberse comportado mal frente a los demás o de que los otros hicieron algo equivocado con relación a usted?■ ¿Tiende a tolerar las enfermedades, pasar por alto enfermedades graves, o no tolera bien las enfermedades y considera a los médicos como incapaces de ayudarlo?	Fuentes de información Afirmaciones del paciente <ul style="list-style-type: none">■ Ningún médico se ha tomado alguna vez el trabajo de examinarme bien, si no, habrían encontrado hace tiempo la causa de mis dolores■ Siempre que mi pequeña hija llora, tengo la sensación de haber hecho algo equivocado. Información escénica <ul style="list-style-type: none">■ Durante la entrevista, en sus relatos sobre situaciones sociales, el paciente se atribuye en forma excesiva la responsabilidad/culpa a sí mismo o la atribuye a los otros. Contratransferencia <ul style="list-style-type: none">■ ¿Percibo el impulso de «disculpar» al paciente, de liberarlo de responsabilidades, o bien de enjuiciarlo?■ ¿Me doy cuenta, durante la conversación, de que me preocupa agobiar demasiado al paciente y temo tener la culpa de que se sienta mal e incomprendido?
Diagnóstico diferencial <i>Eje III:</i> <ul style="list-style-type: none">■ ¿Están los reproches y las acusaciones al servicio de culpar a otros por sus desaciertos, o están al servicio de otros conflictos? Por ejemplo, acusar de: <i>En sumisión versus control:</i> no subordinarse, o bien dominar excesivamente. <i>En ser cuidado versus autarquía:</i> no cuidar suficientemente.■ ¿Están motivacionalmente los reproches/sentimientos de culpa al servicio de otros conflictos? <i>Ser cuidado versus autarquía:</i> prohibición del superyó de sentir envidia y ser codicioso. <i>Conflicto de autoestima:</i> ¿provocan los errores sentimientos de vergüenza y de culpa? <i>Conflicto edípico:</i> prohibiciones edípicas del superyó.■ En conflictos de adolescencia los conflictos sumisión versus control y el ser cuidado versus autarquía pueden desempeñar un importante papel, según la edad, para el proceso de diferenciación y construcción de la identidad, <i>Eje IV:</i> Examinar para el diagnóstico diferencial la característica estructural «capacidad de manejo»: si los detonantes son específicos, corresponderá entonces a un conflicto, si son inespecíficos, se trata más bien de un problema de estructura.	

C6. Conflicto edípico

Temas

Reconocimiento como mujer/hombre por objetos primarios/otros, rivalidad versus identificación con roles específicos del género, atractivo corporal-erótico, contacto sexual-tierno; competencia: querer ser reconocido/a como hombre/mujer versus poder mantenerse en segundo plano, poder disfrutar del goce corporal versus poder renunciar al goce corporal, rivalizar versus poder renunciar.

- ¿Podría relatarme con ejemplos sus relaciones con sus padres/sus hermanos/su pareja/sus compañeros de trabajo/las personas de su entorno?
- Explíqueme, por favor, con ejemplos, cómo es su relación con su cuerpo, con el erotismo y la sexualidad/rivalidad, cómo se las arregla con eso y en qué medida puede disfrutar de éstos.
- Explíqueme, con ejemplos, por favor, si se siente reconocido/a y considerado como hombre/mujer y en qué medida pueden disfrutar de esto.
- Déme por lo menos un ejemplo en el cual pueda entender cómo se relaciona usted con las enfermedades y cómo se las arregla con eso.
- ¿Percibo correctamente que en general se siente más bien débil, insignificante y como hombre/mujer poco atractivo/a y que tiende a mantenerse al margen tímida y vergonzosamente?
- Tengo la impresión de que en sus relaciones sociales se esfuerza mucho por la armonía, en especial en la relación con sus padres/sus hermanos/su pareja/sus colegas y que a través de ello evita algunas tensiones y conflictos inevitables.
- Tengo la impresión de que en sus relaciones de pareja le resulta más importante la protección y acogida, que ser valorado/a por su atractivo o por ser visto/a como alguien deseable.
- Me parece que usted tiende a excluir el erotismo y la sexualidad/rivalidad de su vida, por ejemplo en su vida de pareja/en sus relaciones sociales/en su actividad laboral..., quizás porque le preocupa no ser suficientemente reconocido/a y deseado/a como hombre/mujer.
- ¿Qué le pasa cuando fantasea, o cuando le ha ocurrido sentirse o ser seriamente deseado/a como hombre/mujer?

Fuentes de información

Afirmaciones del paciente

- Siempre fui/todavía soy el preferido de mi madre/padre.
- Yo tampoco entiendo, por qué todos siempre piensan que quiero algo con ellos.
- Entenderse bien en una relación de pareja es, sin embargo, mucho más importante que el sexo.

Información escénica

- El/la paciente se presenta en la conversación como «poca cosa» (poco vital, «infantil», idealizador/a, con tendencia a armonizar, necesitado/a de protección y acogida, débil y pseudo-regresivo/a), o bien, como «macho»/«diva» («como el preferido» emotividad teatral, actitud erótica, de rivalidad).
- El/la paciente se comporta más bien en forma tímida y avergonzada, o bien no presenta emociones congruentes en situaciones específicas de conflicto.
- El/la paciente muestra emociones dramáticas, muestra una actitud forzosamente sexualizada, o bien no presenta la vergüenza esperable en contextos eróticos.
- Exclusión o exageración de lo erótico- sexual y rivalidad en los afectos en la percepción del paciente, vida social e interacción en la entrevista.
- Cuerpo «descuidado», o bien des-erotizado o sensual, o bien en ciertas circunstancias, francamente sexualizado.

Contratransferencia

- ¿Me siento poco atractivo, o bien siento desinterés erótico frente a el/la paciente?
- ¿Percibo en mí sensaciones de fascinación, de atracción erótica en alternancia con vergüenza o decepción rabiosa?

12. Materiales de trabajo del OPD

- ¿Percibo correctamente que usted generalmente se ve a sí mismo/a como fuerte, superior, y como hombre/mujer especialmente atractivo/a y que, además, tiende a tener/no tener dificultades para llamar especialmente la atención y ser el centro de atención?
- ¿He entendido bien que le es muy importante estar emocionalmente muy unido/a a su madre/padre, y que aún hoy lucha con sus hermanos por ser el/la «preferido/a»?
- Tengo la impresión, de que usted siempre le quiere demostrar a los otros, por ejemplo, a sus hermanos/colegas de trabajo..., que usted es mejor/más capaz y atractivo/a y por ello se generan siempre tensiones y problemas, y además debido a que éstos lo/a critican por querer ponerse siempre en el centro de atención.
- Tengo la impresión de que su cuerpo y su apariencia le son muy importantes y que hace mucho por ellos, por ejemplo, cuidado corporal/entrenamiento físico/cirugía plástica... para sentirse atractivo/a y superior.
- Tengo la impresión de que las enfermedades son acontecimientos muy dramáticos para usted y que desea mucha atención y cuidado médico, pero que a la larga se siente decepcionado/a por los médicos e incomprendido/a.
- Tengo la impresión de que en sus relaciones siempre busca el reconocimiento y confirmación como hombre/mujer, ¿quizás porque realmente no se siente seguro/a de que los otros lo/a vean realmente como alguien tan capaz, atractivo/a y deseable?
- Me parece que la sexualidad es especialmente importante para usted y que en sus relaciones sexuales siempre busca el reconocimiento y la confirmación sexual como hombre/mujer, pero que en realidad no disfruta demasiado.
- ¿Qué le pasaría si usted como hombre/mujer fuera cuestionado, en especial en cuanto a su atractivo erótico y desempeño sexual; cómo reaccionaría?
- ¿Me siento provocado/a a rivalizar con el/la paciente como hombre/mujer?
- ¿Percibo en mí la tentación de sentirme elevado por el/la paciente a una condición eminente, o bien temo finalmente no «ser suficiente» y ser rechazado?

Diagnóstico diferencial

¿Están los esfuerzos motivacionalmente al servicio del reconocimiento como mujer/hombre, de la rivalidad, o bien, a un contacto erótico-terno y goce? Principalmente hay que diferenciar:

Eje III:

- Conflicto de autoestima: Aquí se trata en forma general del reconocimiento del «valor» de sí mismo, no específicamente del reconocimiento como mujer u hombre.
- Conflicto de culpa: Aquí se trata de una temática autónoma de culpa generalizada, no de un conflicto teñido por sentimientos de culpa, que se dan por la lealtad simultánea a distintas relaciones (prohibiciones del superyó).
- Conflicto de identidad: Aquí se trata de disonancias conflictivas crónicas de identidad, o bien de su compensación o evitación, no específicamente de la identificación y adopción de las exigencias de roles específicas del género de los padres.

Eje IV: Si el afecto guía es de desvergüenza, evalúe la característica de estructura «manejo de sí mismo», o bien «comunicación» para un diagnóstico diferencial: si la falta de vergüenza se encuentra en un contexto erótico específico, es más probablemente un conflicto, si está generalizada, se trata más bien de una característica estructural.

Eje V: Trastorno sexual: el conflicto edípico puede acompañarse, como síndrome, de un trastorno sexual, pero primariamente no lo es.

C7. Conflicto de identidad/del self (disonancia de identidad)

Temas

Representaciones de sí mismo diferenciadas pero contradictorias; lucha crónica por la identidad y el bienestar, o bien disimulo de las disonancias de la identidad, disposición compensatoria a la adopción de identidad.

Posibilidades de intervención

- ¿Se siente fuertemente dividido entre su rol como... y su rol como...?
- Me parece que existen situaciones en que las ideas que usted tiene de sí mismo entran en tal contradicción entre sí, que ya no está muy seguro (como en otras oportunidades) acerca de qué lo distingue como persona, si es más de esta manera o más de esta otra.
- ¿Conoce usted la sensación de tener ideas contradictorias, sobre qué profesión, o bien qué forma de vida se adecua mejor a usted?

Fuentes de información

Información escénica

- Durante la entrevista, ¿vivencia usted al paciente, en determinados aspectos de su personalidad, en tal contradicción que parece que luchara con su identidad o disimulara disonancias de identidad?
- ¿Vivencia usted al paciente como llevado de un lado a otro por aspectos contradictorios, y como si entrase en tal contradicción entre sus aspectos diferentes y claramente diferenciados, que su identidad se tambalea?

Diagnóstico diferencial

Eje IV: «Autopercepción»:

- Si las situaciones desencadenantes son específicas, se trata, probablemente, de un conflicto; si no está presente una identidad clara, se trata más bien de un problema de estructura.
- ¿Son las posiciones/imágenes de sí mismo conflictivamente opuestas, están organizadas y polarizadas una en contra de otra, o se muestra más bien una fragilidad de la identidad en primer plano?
- ¿Son las contradicciones de los roles/imágenes de sí mismo absorbidas por las posiciones de los otros conflictos, o se mantiene un área no explicada, que tiene que ser representada como un conflicto de identidad?

8. Conflictos y percepción de sentimientos rechazados defensivamente

Temas Personas que pasan por alto los conflictos en sí mismos y en las relaciones interpersonales y que tienen dificultades en percibir sentimientos y necesidades en sí y en otros; alexitimia, racionalización, armonización.	
Posibilidades de intervención <ul style="list-style-type: none">■ ¿Identifica usted situaciones en las que reacciona en forma especialmente intensa en el nivel emocional?■ Tengo la impresión de que su vida transcurre en forma bastante plana y libre de problemas, sin fuertes movimientos emocionales. ¿Cómo percibe usted eso?■ ¿Le ha dicho alguien alguna vez que usted es muy razonable y/o que usted demuestra muy pocos sentimientos?■ Tengo la impresión de que usted se esfuerza siempre por eliminar rápidamente las dificultades y problemas con las otras personas, en vez de dejar emerger las emociones. ¿Cómo percibe usted eso?■ Tengo la impresión de que para usted es muy importante, que en sus relaciones interpersonales, todo transcurra muy armónicamente y sin conflicto. ¿Es eso así?■ ¿Le resulta familiar que en sus relaciones más cercanas usted asuma la parte racional y adecuada, mientras deja al otro la parte más emocional?■ ¿Le sorprende a veces la manera inapropiada, fuerte y emocional en que otras personas reaccionan?■ Pienso que usted está convencido de que para todas las dificultades y problemas, da lo mismo cuáles, existen soluciones racionales y apropiadas. ¿Cómo percibe eso?	Fuentes de información Afirmaciones del paciente <ul style="list-style-type: none">■ Todo transcurre muy normalmente.■ Yo no tengo conflictos ni dificultades.■ Todo esta bien, a mí me va bien.■ Nos entendemos bien, no hay problemas.■ Yo ya lo voy a arreglar, lo vamos a solucionar de una manera apropiada. Información escénica <ul style="list-style-type: none">■ ¿Se muestra el paciente como si no tuviera ningún tipo de problema o conflicto?■ ¿El paciente no puede ver relaciones evidentes entre su situación vital, su disposición interna y sus dificultades?■ Debido a su relato afectivamente plano o sus descripciones racionalizadas, se le hace difícil al examinador hacerse una imagen nítida de su interlocutor y de su mundo interno.■ Debido a la ausencia y supresión de los afectos no hay afecto guía. Contratransferencia <ul style="list-style-type: none">■ ¿Vivencio al paciente como falto de vitalidad, con tendencia a racionalizar, armonizar y buscar soluciones rápidas?■ ¿El paciente despierta en mí incredulidad respecto a su situación de vida, aburrida, sin problemas, ni tensiones, ni enojos, debido a su tendencia a racionalizar y armonizar?■ En la contratransferencia pueden surgir los sentimientos que el paciente no está percibiendo.■ En relación con la indicación de psicoterapia el paciente es percibido como difícil y no motivado.
Diagnóstico diferencial <i>Eje III:</i> <ul style="list-style-type: none">■ No se refiere a una percepción limitada, puntual, neurótica de sentimientos y conflictos, sino que aquí los afectos se encuentran reducidos en todo el espectro.■ Cuando varios conflictos se vuelven vitales y evidentes es poco probable que se presente la percepción limitada de sentimientos y conflictos.	

- Aun cuando se encuentren a menudo elementos del autocontrol y control del otro, se puede diferenciar claramente del conflicto sumisión versus control, debido a que al paciente, «cuyos conflictos rechaza defensivamente», no le interesa motivacionalmente ejercer el control o someterse a los otros.

Eje IV: También en personas con una disminuida capacidad estructural, sobre todo, la percepción de sí mismo y del objeto y el manejo de sí mismo, se encuentra una percepción emocional disminuida de sí y de los otros. En oposición a personas con trastornos estructurales, en los cuales priman los afectos anhedónicos, éstos generalmente no se encuentran en personas que rechazan defensivamente los conflictos.

9. Conflicto actual

Temas

Ante una sobrecarga por estrés considerable, puede generarse una contradicción conflictiva de motivos como respuesta a esta exigencia interna o externa. Esta situación puede ser suficiente para la generación de síntomas psíquicos y/o físicos en el paciente (período de tiempo: los últimos 6 meses). No todo estrés vital trae aparejado un conflicto actual, este surge más bien por el significado subjetivo del estrés y se puede comprender por las tensiones conflictivas motivacionales previas (véase capítulo del conflicto). Independientemente de esto pueden existir patrones conflictivos internos disfuncionales de otro tipo, que pueden teñir el conflicto actual. Manejo y defensa: regresivo (autorreferente) o activo: contrafóbico (referido al objeto).

Posibilidades de intervención

- ¿Existe alguna relación entre sus molestias y algún acontecimiento que le haya estresado últimamente?

Fuentes de información

Afirmaciones del paciente

- El paciente hace una relación temporal entre sus síntomas y un fuerte estrés vital, sin que existan pruebas de que el conflicto neurótico que «colorea» el cuadro se haya expresado previamente durante su vida.

Información escénica

- Según el patrón de conflicto que está «coloreando» el cuadro.

Contratransferencia

- Se presenta según la influencia de lo descrito en los otros conflictos que están influyendo sobre el conflicto actual.
- Afectos guía parecidos a los conflictos repetitivos disfuncionales.

Diagnóstico diferencial

- Eje III: Este conflicto es «coloreado» por los patrones básicos de los otros conflictos, pero no se presenta un conflicto duradero, repetitivo, que pudiera justificar la contradicción motivacional conflictiva actual (clave: situación desencadenante). Independiente de esto pueden presentarse otro tipo de patrones conflictivos disfuncionales.

12. Materiales de trabajo del OPD

- Eje I: La probabilidad para la aparición de un conflicto actual está determinada en primer lugar por las tensiones conflictivas motivacionales internas, por la cuantía del estrés externo y por los recursos disponibles.
- Ejes I y V: El conflicto actual tiene que ser diferenciado de un trastorno por estrés postraumático (TEPT). Las situaciones traumáticas, que llevan al TEPT, representan el nivel más extremo de estrés. En estos casos el estrés psíquico está a tal punto propagado (sobreexigencia de las funciones yoicas, posibilidades de defensa, etcétera) que apenas se desarrolla un conflicto motivacional, y más bien se presentan los síntomas típicos como intrusión, ausencia de emociones y disociación.

12.6.4
Herramientas de entrevista para el eje IV

1.1 Habilidad cognitiva: percepción de sí mismo

Definición Capacidad de hacerse una imagen del self y de los propios procesos internos.	
Temas Autorreflexión, diferenciación de los afectos, identidad.	
Posibilidades de intervención Intervenciones introductorias <ul style="list-style-type: none">■ Ya me ha contado varias cosas sobre usted, quizás se pueda describir nuevamente a sí mismo, en lo posible, de tal manera que yo me pueda imaginar qué tipo de persona es usted.■ ¿Me podría describir qué le ocurrió internamente en esa situación?■ No me puedo imaginar bien ese aspecto suyo. ¿Puede intentar hablarme más de ello?■ ¿Le ocurre a veces que no sabe en absoluto cómo se siente?■ ¿Puede usted reflexionar sobre sí mismo?, ¿hay momentos en que también pierde esa habilidad? Intervenciones más profundas <ul style="list-style-type: none">■ ¿Hace un rato se describió como... y ahora se describe como..., cómo se entiende esto en conjunto (cómo concuerdan estos aspectos entre sí)?■ Me llama la atención que a usted le resulte muy difícil describirse a sí mismo.	Fuentes de información Expresiones y conductas del paciente durante la conversación <ul style="list-style-type: none">■ El paciente no tiene respuestas a las preguntas planteadas por su mundo interno y está confundido.■ Las situaciones relatadas se diferencian por completo de lo que el paciente relata por sí mismo.■ Cuando se le muestran vivencias o conductas contradictorias, el paciente no puede reflexionar sobre éstas.■ En el desarrollo de la entrevista se relatan aspectos totalmente diferentes, que dan la impresión de no estar relacionados entre sí, sin que al paciente pareciera llamarle la atención. Reacciones del entrevistador <ul style="list-style-type: none">■ ¿Las descripciones de sí mismo del paciente, me interesaron y me sirvieron para hacerme una idea más clara de él?■ ¿Las descripciones de sí mismo del paciente son ricas y flexibles?

- ¿Puede ser que usted le pida consejo a otros porque usted mismo no sabe lo que ocurre dentro suyo o lo que sería bueno para usted?
- Por lo que usted me relata, da la impresión de que usted no supiera bien quién es.
- Pareciera que X lo percibe totalmente diferente de como se ve usted.
- Tengo la impresión de que se percibe y muestra de manera muy diferente, dependiendo de las diversas situaciones. ¿Hace usted eso para complacer a los demás?
- ¿Puede ser que después de que se decidió a..., no sufrió más ante las fuertes tensiones?
- Este tipo de emociones parecen ser para usted muy insoportables, de manera que tampoco conmigo quiere hablar de ello.

- ¿Comprendo sin confusiones acerca de quién está hablando el paciente?
- ¿Me siento internamente ausente?
- ¿Me parecen los relatos sobre sí mismo burdos y poco auténticos?
- ¿Se relatan conexiones entre diferentes experiencias de manera de que pueda entender lo que le ocurre al paciente?
- ¿Me siento durante la conversación vacío, o bien tengo que luchar con fuertes emociones?
- ¿Tengo la impresión de poder seguir internamente los movimientos emocionales del paciente durante la conversación? ¿Ha evolucionado esto durante la entrevista?

Diagnóstico diferencial

Eje III: «Conflicto de identidad»: Mientras que en la difusión de identidad elementos del self pueden encontrarse uno al lado del otro sin conexión y no provocan disonancias en el afectado, en el conflicto de identidad se trata de elementos contradictorios conscientes o preconscientes, que provocan tensión en la persona (funciones yoicas suficientemente buenas).

1.2 Habilidad cognitiva: percepción del objeto

Definición

Capacidad de hacerse una imagen realista del otro.

Temas

Diferenciación self-objeto, percepción de objetos totales, percepción realista del objeto.

Posibilidades de intervención

Intervenciones introductorias

- Usted ha hablado repetidas veces de X. ¿Me lo puede describir de manera que me lo pueda imaginar bien?
- No puedo imaginarme bien ese aspecto de X. ¿Podría intentar hablarme más sobre él?
- ¿Cómo describiría a X diferenciándolo de usted?
- Algunos tienen una buena capacidad de conocer a las personas. ¿Tiene usted esa capacidad? Déme un ejemplo.

Fuentes de información

Expresiones y conductas del paciente durante la conversación

- El paciente no puede describir la imagen del otro en términos relativos o diferenciados.
- Al pedirle que se describa, el paciente habla en forma inmediata de su compañera.
- El paciente cree haber descubierto estilos de conducta en el otro que corresponden más a sí mismo que al otro.
- A pesar de hacerle preguntas que buscan clarificar, el paciente no está en condiciones de relativizar su visión ajena a la realidad..

12. Materiales de trabajo del OPD

Intervenciones más profundas

- ¿Usted me dijo que X era..., hay en él también otros aspectos?
- Me acaba de contar que X es..., eso sin embargo no se corresponde con lo que me dijo hace un rato. ¿Cómo se puede entender eso?
- En el episodio relacional con X, que me relató hace un momento, tuve la impresión de que no entendió bien lo que él quería. ¿Conoce usted esa sensación?
- Con su relato sobre X me da la impresión de que su imagen sobre él siempre se transforma dependiendo de su propio estado emocional. ¿Puede ser así?
- ¿Puede ser que siempre que alguien tiene esa característica, usted sospecha cosas terribles, sin darse la posibilidad interna de seguir examinando si realmente es así?

- El paciente no puede defender sus propios intereses en forma clara frente a los demás.
- El paciente percibe al entrevistador de manera irreal o le adjudica diferentes cosas.
- Relatos sobre sí mismo se mezclan en el lenguaje con los relatos sobre otros.

Reacciones del entrevistador

- ¿Comprendo con claridad de quién está hablando el paciente en ese momento, si es de sí mismo o de otra persona?
- ¿Tengo la impresión que la persona descrita no puede existir de esa forma?
- ¿Encuentro que los motivos descritos son comprensibles o me siento confundido?
- ¿Me parece que las descripciones de los otros son gráficas y vívidas?
- ¿Puedo entender emocionalmente las conductas de las personas que describe el paciente?
- ¿Me parecen posibles los relatos desde la lógica?

Diagnóstico diferencial

Eje IV: «Regular la relación con el objeto»: Mientras que en las dificultades de la diferenciación self-objeto se puede observar una irritación emocional y cognitiva entre self y objeto, en la (dis)función de protección de la relación, los afectos no pueden ser controlados internamente y se disparan por completo hacia el otro y despliegan ahí su efecto. Un déficit en la protección de la relación lleva, por lo tanto, a aumentar la dificultad en la diferenciación self-objeto. La diferenciación es en el caso concreto a menudo muy difícil.

2.1 Capacidad de manejo de sí mismo: autorregulación

Definición

Capacidad de regulación de la vivencia interna.

Temas

Manejo del impulso, tolerancia afectiva, regulación de la autoestima.

Intervenciones introductorias

- ¿Cómo se maneja cuando se encuentra bajo presión interna?
- ¿Puede describirme una situación en la que haya tenido que luchar con fuertes emociones? ¿Qué emociones eran y cómo las manejó?
- ¿Le ocurre que su ánimo cambie repentinamente?

Fuentes de información

Expresiones y conductas del paciente durante la conversación

- El paciente se siente atacado durante la conversación y ya no es posible volver a tranquilizarlo.
- El paciente habla de atracones diarios.

- ¿Qué hace usted cuando alguien lo ofende?
- ¿A veces le gustaría ser más espontáneo de lo que es?
- ¿Tiene a veces la sensación de que todos están en su contra?
- Algunas personas pueden recuperarse bien después de haber pasado una vergüenza. ¿Cómo es usted en ese aspecto, se demora en recuperarse?

Intervenciones más profundas

- Me da la impresión de que usted a veces se halla tan sumido en sus emociones que sólo logra dar brazadas, para no hundirse en ellas.
- Quizá usted también se aparta de mí ahora, porque no quiere que yo le siga preguntando sobre eso.
- Usted se describe como seguro de sí mismo e independiente, sin embargo, en la situación que usted me relata, evidentemente se sintió muy afectado.
- Me sorprendió hace un momento su fuerte reacción, debido a que no me aclaró previamente cuánto lo molesta eso.
- Tuve hace un instante la impresión de que se sintió herido con lo que acabo de decir. ¿Estoy en lo cierto?
- ¿Quizá usted reaccionó tan impulsivamente en esa situación porque ya no podía aguantar más sus emociones?
- Tengo la impresión de que ya no aguanta más este sentimiento. Permítanos reflexionar en conjunto sobre qué es lo que lo hace tan intolerable.
- Cuando algo lo altera o se encuentra en un estado emocional intenso, ¿puede demorar mucho tiempo hasta que vuelve a tranquilizarse?
- ¿Se siente usted a veces tan herido que rompe el contacto con la persona que lo ha ofendido?
- El paciente confiesa, al preguntarle, que ha perdido su licencia de conducir y que tiende a un consumo excesivo de alcohol.
- Durante la conversación el paciente da la impresión de ser alguien especialmente controlado, lento (denso, aburrido) o bloqueado. En realidad, pareciera que las reacciones emocionales adecuadas le resultan insoportables y son evitadas.
- El paciente relata reiterados problemas en su lugar de trabajo, debido a que los otros se sienten atacados por él.
- El paciente elude ciertos temas para poder evitar emociones asociadas.
- El paciente muestra cambios conductuales abruptos.

Reacciones del entrevistador

- ¿Tengo la sensación de que puedo ofender fácilmente al paciente, por lo que evito ciertos temas?
- ¿Me siento frustrado porque el paciente es inaccesible y no me permite tener una visión de su vida emocional?
- ¿Percibo en mí una tendencia a deshacerme del paciente o a no tomarlo tan en serio?
- ¿Me siento invadido por fuertes emociones?
- ¿Me cuesta tolerar los ataques del paciente?
- ¿Me sorprende que el paciente beba alcohol a escondidas cuando, por otro lado, se muestra tan controlado y ordenado en el contacto?
- ¿Descubro que mis esfuerzos por lograr una comprensión en conjunto con el paciente fallan, porque éste no quiere saber nada de las emociones asociadas?
- ¿Me asustan las conductas destructivas del paciente?
- ¿Tengo la tendencia a querer deshacerme del paciente debido a su forma de comportamiento tan inapropiado?
- ¿Han fallado mis esfuerzos por mostrarle al paciente su responsabilidad por sus conductas?
- ¿Me siento desanimado o poco valorado?

Diagnóstico diferencial

Eje III:

- **Conflicto de autovaloración:** Mientras que en la función de autorregulación se trata de una fragilidad de larga data, que debe ser constantemente regulada, en el conflicto de autovaloración se encuentra en primer plano el intercambio en la contraposición, «tener menor o mayor valor»
- **Conflicto de culpa:** Un superyó patológico, estructuralmente determinado, se expresa sobre todo en su comportamiento ubicuo, mientras que los conflictos de culpa aparecen únicamente en determinadas situaciones y con determinadas causas.
- **Eje IV: «Comunicación hacia fuera»:** Mientras que en las dificultades de manejo del impulso las emociones intensificadas y descontroladas son la causa de una conducta inapropiada, puede surgir el mismo comportamiento en un trastorno de la empatía, que resulta de la incapacidad de imaginarse lo que el otro espera. Típicamente se trata, en ambos casos, de diferentes grupos de pacientes. En el primer caso se encuentran a menudo adictos al alcohol y, en el segundo, trastornos narcisistas.

2.2 Capacidad de manejo de sí mismo: regulación de la relación con el objeto

Definición
Capacidad de proteger la relación con el otro de los propios impulsos, protegiendo los propios intereses.

Temas
Protección de la relación, equilibrio entre los intereses, anticipación.

<p>Posibilidades de intervención</p> <p>Intervenciones introductorias</p> <ul style="list-style-type: none">■ ¿Cómo se comporta con relación al otro cuando entra en un conflicto de intereses?■ ¿Le es difícil imaginarse cómo la otra persona va a reaccionar frente a usted?■ ¿Cómo reacciona cuando se ha molestado mucho con otra persona?■ ¿Le resulta difícil encontrar soluciones de compromiso?■ Existen a veces situaciones en la vida en que hay que hacer concesiones en cosas que para uno son difíciles, ¿cómo le resulta a usted eso? <p>Intervenciones más profundas.</p> <ul style="list-style-type: none">■ Me da la impresión de que a veces para usted las emociones son tan intensas que ya no puede proteger a X ante ellas.■ Así como usted lo relata me da la impresión de que se imagina en forma exagerada las consecuencias de lo que hace.	<p>Fuentes de información</p> <p>Expresiones y conductas del paciente durante la conversación.</p> <ul style="list-style-type: none">■ El paciente está extremadamente dispuesto a responder y a conceder cosas.■ El paciente se muestra en la conversación temeroso y excesivamente cuidadoso, teme equivocarse en algo.■ El paciente se comporta en forma inadecuada, agresiva y avasalladora.■ El paciente se muestra demandante.■ El paciente está limitado a pocas posibilidades en su comportamiento. Lo que se imagina tiene que realizarse en cualquier circunstancia■ Cuando el paciente tiene que replegarse, lo hace porque le parece que el mundo es amenazante y que está en su contra.■ El paciente tiene la idea de que pueden realizarse sólo sus intereses o sólo los del otro.■ El paciente muestra cambios rápidos en su conducta, que no se logran entender.
--	---

- ¿Es posible que usted a veces tenga que controlarse mucho, para no «meter, inesperadamente, la pata»?
- Usted considera que le han ocurrido cosas injustas. Pero así como usted me lo relata, uno podría opinar que su pareja también reaccionó de manera tan agresiva debido a que usted desahogó toda su rabia en ella. ¿Qué opina de esto?
- Pareciera que usted no quiere hablar de sí mismo, para no sobrecargar a otras personas.
- Uno se puede imaginar que las personas encuentran acuerdos en los que cada uno pierde un poco y gana un poco. ¿Ha tenido usted esa experiencia?
- ¿Cuando otra persona reivindica algo frente a usted, tiene la sensación de que usted se encontrará entonces en una situación injusta?

Reacciones del entrevistador

- ¿Puedo defenderme sólo con dificultad de verme arrastrado por determinadas cosas?
- Debido a la conducta del paciente, ¿me siento afectado emocionalmente aun después de que la entrevista haya terminado?
- ¿Tengo el fuerte deseo de imponer «mi punto de vista»?
- ¿Percibo la conducta del paciente como absorbente o inmovilizante?
- ¿Quiero darle el gusto al paciente para no deteriorar la relación?
- ¿Tengo la fuerte necesidad de hacer algo o decir algo que en realidad no va conmigo?
- ¿Tengo que luchar por mantener mis derechos?
- ¿Me siento excesivamente exigido?

Diagnóstico diferencial

Eje III: «Sumisión versus control»: En ambos casos la persona puede insistir mucho en la realización de sus intereses. Mientras en el caso del conflicto control versus sumisión se trata de la imposición de las necesidades internas por medio de la dominación o bien de la sumisión del otro, en el caso del deficitario equilibrio de intereses, el tema es la protección del self ante la destrucción interna o ante la invasión de los otros.

3.1 Capacidad emocional: comunicación hacia adentro

Definición

Capacidad de tener diálogos internos y de entenderse a sí mismo.

Temas

Vivencia de afectos, uso de la fantasía, self corporal.

Posibilidades de intervención

Intervenciones introductorias

- ¿Puede recodar sus sueños?
- ¿Le resulta fácil comprender lo que ocurre dentro de usted?
- ¿Qué tan bien cree que conoce sus necesidades?
- ¿Le ayudan a veces las imágenes internas para saber qué es lo que hay que hacer?
- ¿Siente usted que sus emociones le aportan algo, lo enriquecen y lo realizan o encuentra que éstas, más bien, lo estorban y limitan?

Fuentes de información

Expresiones y conductas del paciente durante la conversación

- El paciente parece estar totalmente orientado a los acontecimientos y necesidades de la realidad.
- El paciente ni siquiera puede describir, después de reflexionar, lo que le ocurre o lo que siente.
- El paciente da respuestas retóricas ante las preguntas sobre su vida interior.
- El paciente no recuerda sus sueños.

12. Materiales de trabajo del OPD

- ¿Cómo vivencia su cuerpo?
- ¿Qué papel desempeña para usted su cuerpo y sus sensaciones corporales?

Intervenciones más profundas

- Con lo que usted me acaba de relatar me dio la impresión de que usted no entendió bien por qué se comportó de esa manera.
- Así como lo describe, da la impresión de que usted no se siente cómodo en su cuerpo sino más bien petrificado.
- Tengo la impresión de que usted hace mucho deporte en momentos en que no se siente muy animado, sino más bien triste.
- ¿Quizás también ahora contestó tan rápido, sin estar seguro de si era esa la respuesta, para no sentir que se quedaba ahí «sentado como un tonto», como le ha ocurrido otras veces?
- Pareciera que a menudo no sabe usted lo que le ocurre.
- A usted le llama la atención no soñar, pero no sabe cómo debe entender eso.
- Usted trata a su cuerpo como si fuera un niño malcriado, que juega como loco, al que debería poder controlar adecuadamente.
- Tengo la impresión de que usted intenta deshacerse de sus fantasías e imágenes internas

- El paciente se siente inundado por sus emociones.
- El paciente no se siente a gusto, acogido, en su cuerpo.
- El paciente vivencia su cuerpo como algo ajeno.
- El paciente se comporta en forma inadecuada desde un punto de vista corporal.
- El paciente evita sus emociones.

Reacciones del entrevistador

- ¿Tengo la impresión de no percibir el paciente detrás de su discurso?
- ¿Me siento separado y no tocado?
- ¿Me aburro?
- ¿Me siento incomodado por las sensaciones corporales?
- ¿Me siento energizado y entusiasmado?
- ¿Tengo la tendencia a demostrarle mucha emoción al paciente para llenar el espacio vacío?
- ¿Tiene la corporalidad del paciente un extraño efecto sobre mí?
- ¿Tengo la impresión de que el cuerpo del paciente no encaja?
- ¿Me siento paralizado, invalidado o congelado?

Diagnóstico diferencial

Eje III: «Conflicto y percepción de las emociones rechazados defensivamente»: Mientras que en la persona con conflicto y percepción de las emociones rechazados defensivamente uno percibe en el trasfondo que ciertas emociones o que ciertas situaciones son reprimidas o evitadas, la debilidad estructural con relación a vivenciar los afectos, se caracteriza más bien por una dificultad general hacia lo emocional. Para utilizar una metáfora gráfica diríamos que se trata, en el último caso, de un paisaje árido y, en el primero, de algo así como las zonas secas y rocosas causadas por la altura. Además en personas con trastornos estructurales se presentan preponderantemente afectos anhedónicos. Estos afectos se encuentran sólo en poca cantidad en personas con conflicto y percepción de las emociones rechazados defensivamente.

3.2 Capacidad emocional: comunicación hacia afuera

Definición

Capacidad de entrar en un intercambio emocional con un otro.

Temas

Contacto, transmisión de afecto, empatía.

Intervenciones introductorias

- ¿Tiene dificultad para entrar en contacto con otra persona?
- ¿Puede imaginarse lo que la otra persona está sintiendo?
- ¿Siente que puede tener empatía con los demás?
- ¿Le es difícil expresar sus emociones?
- Usted me ha contado ya varias cosas pero todavía no me puedo imaginar bien lo que usted imaginó en ese momento.
- Hay personas que se las arreglan bien de inmediato, en el aspecto social, y que se hacen querer por todos. ¿A usted le ocurre lo mismo? ¿En qué condiciones le resulta especialmente difícil?

Intervenciones más profundas

- Al describirme la situación que tuvo con X me dio la impresión de que usted no se podía imaginar lo que a él le estaba ocurriendo.
- Tengo la impresión de que usted se siente a menudo incomprendido.
- Quizás a usted le resulta difícil demostrar lo que siente porque ha tenido la experiencia de que no se debe hablar sobre lo que lo mueve internamente.
- Tengo la impresión de que cambia de tema cuando se siente muy presionado internamente.
- ¿Quizás usted evita hablar de sus sentimientos por temor a ser rechazado?
- Usted se siente a menudo excluido y rechazado en su lugar de trabajo. Al mismo tiempo, sin embargo, parece disfrutar el estar «fuera», ya que entonces no se siente tan agobiado por las demandas de los demás.
- Me llama la atención que de repente pareciera que usted no tiene nada que ver con nuestra conversación. No me queda claro cómo se llega a eso.

Fuentes de información

Expresiones y conductas del paciente en la conversación

- El contacto con el paciente es complicado, difícil o tortuoso.
- El paciente se muestra intrusivo y desatinado.
- El paciente interrumpe la conversación y se va.
- La conducta del paciente se muestra absurda y extravagante.
- El paciente se muestra poco participativo.
- El paciente es descalificador y desconfiado.
- El paciente es callado y pareciera participar de la conversación sólo en forma obligada.
- El paciente se comporta en forma evitativa.
- El paciente rompe el marco de la conversación con su conducta.
- El paciente se comporta en forma inapropiada en la conversación.
- No existe interés en empatizar con las emociones de otros.
- Otras personas son pasadas por alto y consideradas desvergonzadas por parte del paciente.

Reacciones de entrevistador

- ¿Se generó en mí, durante la conversación, una sensación de «nosotros»?
- ¿Me siento poco involucrado?
- ¿Me siento preocupado de mantener el marco de la conversación?
- ¿Aparece en mí una sensación de estar excluido?
- ¿Tengo la tendencia a hacer reproches, o a atacar o a desinteresarme?
- ¿Tengo la impresión de que es absolutamente necesario que yo vea las cosas desde la perspectiva del paciente?
- ¿Me siento mal entendido por el paciente?
- ¿La conducta inapropiada del paciente resulta demasiado para mí?, ¿me siento presionado?
- ¿Tengo, a pesar de mis esfuerzos, la sensación de no poder acceder al mundo interno del paciente?

Diagnóstico diferencial
Eje IV: «Autorregulación»: Mientras que en el manejo de impulso las emociones intensificadas y descontroladas son la causa para una conducta inapropiada, puede surgir el mismo comportamiento en un trastorno de empatía que resulta de la incapacidad de imaginarse lo que el otro espera. Típicamente se trata en ambos casos de diferentes grupos de pacientes. Lo primero se encuentra a menudo, por ejemplo, en adictos al alcohol y lo segundo en trastornos narcisistas.

4.1 Capacidad de vínculo: objetos internos

Definición
Capacidad de establecer imágenes internas de personas significativas, de investir las en forma emocionalmente positivas, mantenerlas y tener acceso a ellas.

Temas
Internalización, utilización de lo introyectado, vínculos variables.

<p>Posibilidades de intervención</p> <p>Intervenciones introductorias</p> <ul style="list-style-type: none">■ ¿Cómo maneja usted una situación que le resulta estresante?■ ¿Qué hace usted cuando tiene dificultades? ¿Puede recordar en ese momento lo que una persona cercana le diría?■ ¿Se ha dado cuenta alguna vez de que con sus amistades tiende a tener siempre los mismos problemas?■ ¿Cómo se siente cuando usted está solo?■ Existe la capacidad, en situaciones difíciles, de traer a la mente, experiencias positivas previas o personas afectuosas. ¿Puede usted hacer eso? <p>Intervenciones más profundas</p> <ul style="list-style-type: none">■ Usted acaba de describir a su pareja. Su descripción pareciera que es muy parecida a la que hizo de su amiga X.■ Acaba de contarme usted lo que vivió con X... ¿Ha vivido con él otras situaciones? ¿Me puede hablar de eso?■ En esa situación usted partió de la base de que X tenía sentimientos agresivos respecto de usted, sin embargo, después resultó que ése no era el caso. ¿Qué piensa usted hoy al respecto?	<p>Fuentes de información</p> <p>Expresiones y conductas del paciente en la conversación</p> <ul style="list-style-type: none">■ El paciente asume motivaciones negativas en el entrevistador, contra las cuales se intenta proteger de una u otra manera.■ El paciente se encuentra en una actitud defensiva permanente.■ Las ofertas relacionales hacia el entrevistador están claramente limitadas.■ El paciente está internamente perdido cuando no encuentra apoyo externo.■ El paciente se siente amenazado.■ El paciente siempre tiene que volver a ser tranquilizado.■ El paciente se siente mejor en relaciones duales que en grupos. <p>Reacciones del entrevistador</p> <ul style="list-style-type: none">■ ¿El paciente siempre vuelve a generarme los mismos sentimientos?■ ¿Me resulta difícil orientarme, internamente, hacia paciente?■ ¿Preferiría deshacerme del paciente?■ ¿Me siento invadido o usado por el paciente?■ ¿Me descubro haciendo siempre ofrecimientos al paciente para generar mayor confianza?
---	--

- Tengo la impresión de que usted siempre se vuelve a sentir abandonado.
- Usted siempre tiene altas expectativas respecto a sí mismo, aun cuando su entorno no le exige mucho. ¿Le pasa eso porque teme ser culpado de no haber dado lo mejor?
- Lo que usted me ha contado suena como si usted se tratara en forma parecida a como lo trataron sus padres, abandonándose y descuidando sus propios intereses.
- Cuando usted está solo, no puede cuidar de sí mismo y se siente como en el aire, así como cuando, de niño, se quedaba totalmente solo en las noches.

- ¿Me preocupo tanto por el paciente que intento apoyarlo cada vez que puedo?
- ¿Percibo durante la conversación una atmósfera inquietante y extraña?
- ¿Tiendo a asegurarle al paciente lo confiable que puedo ser?
- ¿Tengo la tendencia a culpar y criticar al paciente?

Diagnóstico diferencial

Eje III: «Ser cuidado versus autarquía»: Pacientes con una vulnerabilidad en el área de lo introyectado pueden verse muy parecidos en un nivel manifiesto a los pacientes con un marcado conflicto de ser cuidado versus autarquía. Las motivaciones para la conducta de apego, sin embargo, son diferentes. Mientras que en el primer caso el objeto es requerido para regularse y tranquilizarse, es decir, en el sentido del reemplazo de una función yoica, en el segundo se trata de un apego a una persona específica, el apego se da en función de la persona misma.

4.2 Capacidad de vínculo: objetos externos

Definición

Capacidad de vincularse a otros en relaciones emocionales reales y también de separarse nuevamente de éstos.

Temas

Capacidad de vínculo, aceptar ayuda, disolución de vínculo.

Posibilidades de intervención

Intervenciones introductorias

- ¿Es usted alguien que se vincula fácilmente?
- ¿Cómo vivencia las situaciones de separación?
- ¿Le ha pasado alguna vez que no se podía desprender de una relación?
- ¿Puede usted entrar en una relación cercana o siempre vuelve a fracasar en este intento?
- ¿Puede usted orientarse a otros en busca de ayuda en situaciones difíciles?

Fuentes de información

Expresiones y conductas del paciente durante la conversación.

- El paciente parece no poder mantener las relaciones por mucho tiempo.
- El paciente se muestra forzosamente autónomo.
- El paciente describe relaciones simbióticas.
- El paciente evita recibir apoyo.
- El paciente se apega rápida e intensamente al entrevistador.

12. Materiales de trabajo del OPD

- ¿Tiene dificultades para aceptar el apoyo de otros?
- Hay personas que pueden relacionarse fácilmente con otros, y otras que tienen más bien dificultades. ¿A qué grupo correspondería usted?

Intervenciones más profundas

- Esto parece como si usted siempre tuviera que separarse rápidamente cuando hay conflictos, porque no tolera las discusiones amenazantes.
- Me llama la atención que después de las separaciones usted evita sentir, como cuando a usted a no le estaba permitido hablar con su mamá sobre la separación de ella con su padre.
- Parece como si usted tuviera siempre que evitar las relaciones cercanas, porque si no teme perderse a sí mismo.
- Tengo la impresión de que usted se aferra a su pareja debido a que tiene la sensación de que no se las puede arreglar sin su apoyo y que no tiene la capacidad de enfrentar la vida solo.
- Me llama la atención que le resulte tan difícil finalizar la conversación, ahora que nuestro tiempo se acaba.
- Según lo que usted relata, pareciera que evita situaciones de despedida.
- Evidentemente le es difícil vincularse internamente con otra persona. ¿Se imagina con qué podría estar relacionado?

Diagnóstico diferencial

Eje III: «Individuación versus dependencia»: En el conflicto se muestra una oscilación entre las posiciones de individuación y autonomía, en el aspecto estructural, en cambio, la disolución del vínculo se muestra ya sea evitando la separación (nivel estructural medio) o en una labilidad psíquica (bajo nivel estructural).

- El paciente no asume una posición propia.
- El paciente no logra cerrar la conversación.
- El paciente relata estados psíquicos descompensados después de separaciones.
- El paciente pasa por alto las separaciones en su conducta.

Reacciones del entrevistador

- ¿Surgen en mí sentimientos de tristeza como reacción a las situaciones de separación descritas por el paciente, mientras que al paciente pareciera no afectarle?
- ¿Tengo la sensación de que el paciente se aferra a mí?
- ¿Percibo la tendencia a asumir cosas del paciente?
- ¿Temo que interrumpa la conversación en caso de que yo cometa algún error?
- ¿Me siento en el aire, vacío, o con un ánimo abatido, cuando el paciente relata separaciones?
- ¿Me confunden los relatos de situaciones de separación?
- ¿Tengo la sensación de que agobio al paciente con ofrecimientos de ayuda?
- ¿Siento que el paciente me ha dejado plantado o abandonado?
- ¿Me parece que la conversación es banal y agradable?

12.7

Plantilla de evaluación

Eje I. Vivencia de la enfermedad y prerequisites para el tratamiento

Eje I (módulo base) Vivencia de la enfermedad y prerequisites para el tratamiento		Ausente o apenas presente	Medio			Muy alto	No evaluable
		①	①	②	③	④	⑨

Evaluación objetiva de la enfermedad /del problema (última semana)

1. Gravedad actual del trastorno /del problema							
1.1	Gravedad de los síntomas	①	①	②	③	④	⑨
1.2	GAF: valor máximo de los últimos 7 días		→	—			⑨
1.3	EQ5 D Suma: — valor ítem →	1. —	2. —	3. —	4. —	5. —	⑨
2. Duración de la enfermedad /del problema							
2.1	Duración del trastorno	< 6 meses	6-24 meses	2-5 años	× 5-10 años	> 10 años	⑨
2.2	Edad primera manifestación del trastorno	en años	→	—			⑨

Vivencia de la enfermedad/del problema del paciente, concepto y forma de presentación

3. Vivencia de la enfermedad y descripción							
3.1	Intensidad del padecimiento subjetivo (1 mes)	①	①	②	③	④	⑨
3.2	Presentación de síntomas y problemas físicos	①	①	②	③	④	⑨

12. Materiales de trabajo del OPD

3.3	Presentación de síntomas y problemas psíquicos	①	①	②	③	④	⑨
3.4	Presentación de problemas sociales	①	①	②	③	④	⑨
4. Concepto de enfermedad del paciente (modelo explicativo)							
4.1	Concepto de enfermedad orientado hacia factores somáticos	①	①	②	③	④	⑨
4.2	Concepto de enfermedad orientado hacia factores psíquicos	①	①	②	③	④	⑨
4.3	Concepto de enfermedad orientado hacia factores sociales	①	①	②	③	④	⑨
5. Concepto de cambio del paciente							
5.1	Tratamiento deseado: tratamiento somático	①	①	②	③	④	⑨
5.2	Tratamiento deseado: tratamiento psico-terapéutico	①	①	②	③	④	⑨
5.3	Tratamiento deseado: intervención social	①	①	②	③	④	⑨

Recursos para el cambio/Obstáculos para el cambio

6. Recursos para el cambio (últimos 6 meses)							
6.1	Recursos personales	①	①	②	③	④	⑨
6.2	Apoyo (psico) social	①	①	②	③	④	⑨
7. Obstáculos para el cambio							
7.1	Obstáculos externos para el cambio	①	①	②	③	④	⑨
7.2	Obstáculos internos para el cambio	①	①	②	③	④	⑨

Eje I (módulo psicoterapia)	Ausente o apenas presente		Medio		Muy alto	No eva- luable
(opcional)	①	②	③	④	⑤	⑥

Vivencia de la enfermedad, concepto y definiciones del paciente

5. Modelo de cambio del paciente						
5.P1	Reducción de síntomas	①	②	③	④	⑤
5.P2	Reflexivo-develador de motivaciones /orientado hacia el conflicto	①	②	③	④	⑤
5.P3	De apoyo emocional	①	②	③	④	⑤
5.P4	Activo-directivo	①	②	③	④	⑤

Recursos para el cambio/Obstáculos para el cambio

6. Recursos para el cambio						
6.P1	Capacidad de introspección y mentalización (<i>psychological mindfulness</i>)	①	②	③	④	⑤
7. Obstáculos para el cambio						
7.P1	Beneficio secundario de la enfermedad/condiciones para el mantenimiento del problema	①	②	③	④	⑤

12. Materiales de trabajo del OPD

Eje II: Relación

Perspectiva A: Vivencia del paciente	
<i>El paciente se vivencia a sí mismo</i>	<i>El paciente vivencia a otros</i>
<i>Ítem N°. Texto</i>	<i>Ítem N°. Texto</i>
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____

Perspectiva B: Vivencia de los otros (también del evaluador)	
<i>Otros vivencian al paciente</i>	<i>Otros se vivencian a sí mismos</i>
<i>Ítem N°. Texto</i>	<i>Ítem N°. Texto</i>
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____

Formulación dinámica relacional:

Describe, por favor,	
... cómo el paciente vivencia repetitivamente a los otros	.....
↓
... cómo reacciona él respecto a eso:	.....
↓
.. qué tipo de oferta relacional (inconsciente) le hace a otros con su reacción	.....
↓
... qué tipo de respuesta induce inconscientemente en otros:	.....
↓
... qué vivencia el paciente cuando los otros responden a lo inducido por él	.....

Eje III: Conflicto

Preguntas para clarificar las precondiciones para la evaluación del conflicto

A) Los conflictos no pueden ser inferidos, falta seguridad diagnóstica.	sí = ①	no = ①
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.	sí = ①	no = ①
C) Debido a defensas frente a la percepción de conflictos y emociones, el eje «Conflicto» no puede ser evaluado.	sí = ①	no = ①
D) Conflicto por estrés (conflicto actual), que no corresponde a patrones disfuncionales de conflicto	sí = ①	no = ①

Conflicto disfuncional repetitivo	Ausente	Poco significativo	Significativo	Muy significativo	No evaluable
1. Individuación versus dependencia	①	①	②	③	⑨
2. Sumisión versus control	①	①	②	③	⑨
3. Deseos protección y cuidado versus autarquía (autosuficiencia)	①	①	②	③	⑨
4. Conflicto de autovaloración	①	①	②	③	⑨
5. Conflicto de culpa	①	①	②	③	⑨
6. Conflicto edípico	①	①	②	③	⑨
7. Conflicto de identidad (o de roles normativos)	①	①	②	③	⑨

Conflicto principal: _____ Segundo conflicto más importante: _____

Modo más importante de la elaboración del conflicto	Predominantemente activo	Mixto preferentemente activo	Mixto preferentemente pasivo	Predominantemente pasivo	No evaluable
	①	②	③	④	⑨

12. Materiales de trabajo del OPD

Eje IV: Estructura

Eje IV: Estructura		Nivel alto	1,5	Nivel medio	2,5	Nivel bajo	3,5	Desinte- grado	No eva- luable
1a	Percepción de sí mismo	①	•	②	•	③	•	④	⑨
1b	Percepción del objeto	①	•	②	•	③	•	④	⑨
2a	Autorregulación	①	•	②	•	③	•	④	⑨
2b	Regulación de la relación con el objeto	①	•	②	•	③	•	④	⑨
3a	Comunicación hacia adentro	①	•	②	•	③	•	④	⑨
3b	Comunicación hacia afuera	①	•	②	•	③	•	④	⑨
4a	Vínculo con objetos internos	①	•	②	•	③	•	④	⑨
4b	Vínculo con objetos externos	①	•	②	•	③	•	④	⑨
5	Estructura Total	①	•	②	•	③	•	④	⑨

Eje V: Trastornos psíquicos y psicosomáticos

Va: Trastornos psíquicos:	CIE-10 (criterios de investigación)	DSM-IV (opcional)
Diagnóstico principal:	F _____. ____	____. ____
Otro diagnóstico 1:	F _____. ____	____. ____
Otro diagnóstico 2:	F _____. ____	____. ____
Otro diagnóstico 3:	F _____. ____	____. ____

Vb: Trastorno de personalidad:	CIE-10 (F60xx o F61.x)	DSM-IV (opcional)
Diagnóstico principal:	F _____. ____	____. ____
Otro diagnóstico 1:	F _____. ____	____. ____

Anotar en diagnósticos eje Va y eje Vb:	① = Eje Va
¿Cuál trastorno se encuentra clínicamente en primer plano?	② = Eje Vb

Vc: Enfermedades somáticas:	CIE-O (no capítulo V (F))	DSM-IV (opcional)
Diagnóstico principal:	F _____. ____	____. ____
Otro diagnóstico 1:	F _____. ____	____. ____
Otro diagnóstico 2:	F _____. ____	____. ____
Otro diagnóstico 3:	F _____. ____	____. ____

Paciente:	Número de codificación:	Edad:	sexo: ① = fem. ② = mas.	Fecha de evaluación: ____.____.20__
	_____	_____		
Evaluador:	Número de codificación:	Edad:	sexo: ① = fem. ② = masc.	Institución:
	_____	_____		_____

12. Materiales de trabajo del OPD

12.8
OPD-2 Plantilla de evaluación forense

Eje I (forense)	Ausente o apenas presente	Medio			Muy alto	No eva- luable
	①	①	②	③	④	⑨

Evaluación objetiva de la enfermedad/del problema

1. Gravedad actual del trastorno /del problema							
1.F1	Tipo y severidad del trastorno parafilico-perverso	①	①	②	③	④	⑨
1.F2	Tipo y severidad de la alteración por abuso de psicotrópicos	①	①	②	③	④	⑨
1.F3	Tipo, severidad y frecuencia de conductas delictivas/antisociales	①	①	②	③	④	⑨
1.F4	Forma y tipo de la reclusión	①	①	②	③	④	⑨
1.F5	Nivel/naturaleza de la coerción para tratarse	①	①	②	③	④	⑨
2. Duración del trastorno/del problema							
2.F1	Edad de la primera manifestación de conductas antisociales	en años	→	—			⑨
2.F2	Edad del primer juicio/condena juvenil o conducta antisocial documentada	en años	→	—			⑨

Vivencia de la enfermedad/del problema del paciente, concepto y forma de presentación

3. Vivencia de la enfermedad y descripción							
3.F1	Presentación de la conducta delictiva y/o antisocial	①	①	②	③	④	⑨

5.	Concepto de cambio del paciente						
5.F1	Actitud frente a la reclusión	①	①	②	③	④	⑨
5.F2	Actitud frente a la coerción al tratamiento	①	①	②	③	④	⑨
5.F3	Actitud frente a los objetivos del tratamiento (reducción de la conducta antisocial)	①	①	②	③	④	⑨

Recursos para el cambio/obstáculos para el cambio

6. Recursos para el cambio							
6.F1	Apertura – Reconocimiento de la influencia de factores psíquicos sobre su conducta delictiva/ antisocial	①	①	②	③	④	⑨
6.F2	Apertura – Reconocimiento de la influencia de la conducta delictiva/ antisocial sobre el estado psíquico posterior	①	①	②	③	④	⑨
7. Obstáculos para el cambio							
7.F1	Comorbilidad	①	①	②	③	④	⑨
7.F2	Ventajas psicosociales de la conducta delictiva/ antisocial	①	①	②	③	④	⑨

Encabezados

7.F3	Ventajas psicosociales por medidas impuestas por la corte y los servicios asociados	①	①	②	③	④	⑨
7.F4	Instrumentalización de trastornos psíquicos en relación con la conducta delictiva/antisocial	①	①	②	③	④	⑨

12.9
Hoja de respuesta OPD-2: elección del foco terapéutico

Código del paciente: _____ Sexo: F M Edad: _____ Fecha: _____

Relación siempre representa un foco.
Por favor elija cuatro focos adicionales de «Conflicto» y/o «Estructura».

Foco de la relación

Describir la formulación dinámica relacional:

Describa, por favor,	
... cómo el paciente vivencia repetitivamente a los otros	...............
↓	
... cómo reacciona él respecto a eso:	..... ..... .....
↓	
.. qué tipo de oferta relacional (inconsciente) le hace a otros con su reacción	...............
↓	
... qué tipo de respuesta induce inconscientemente en otros:	..... ..... .....
↓	
... qué vivencia el paciente cuando los otros responden a lo inducido por él	...............

Foco del conflicto

C1. Individuación versus de- pendencia	C3. Deseo de protección y cuidado versus autarquía	C5. Conflicto de culpa
C2. Sumisión versus control	C4. Autovaloración	C6. Conflicto edípico
		C7. Conflicto de identidad

Foco de la estructura

Percepción de sí mismo	Percepción del objeto
ES1.1 Autorreflexión ES1.2 Diferenciación afectiva ES1.3 Identidad	ES1.4 Diferenciación self-objeto ES1.5 Percepción de objeto total ES1.6 Percepción realista del objeto
Autorregulación	Regulación de la relación con el objeto
ES 2.1 Manejo de impulso ES 2.2 Tolerancia afectiva ES 2.3 Regulación de la autoestima	ES2.4 Protección de las relaciones ES2.5 Regulación de los intereses ES2.6 Anticipación
Comunicación hacia adentro	Comunicación hacia afuera
ES3.1 Vivencia de los afectos ES3.2 Uso de la fantasía ES3.3 Self corporal	ES3.4 Establecer contacto ES3.5 Comunicación de los afectos ES3.6 Empatía
Vínculo con objetos internos	Vínculo con objetos externos
ES4.1 Internalización ES4.2 Uso de los introyectos ES4.3 Variedad de los vínculos	ES4.4 Capacidad de vincularse ES4.5 Aceptar ayuda ES4.6 Desprenderse de vínculos, separarse

Elección de 3 - 4 Focos

	Número (p. ej. C2 o ES3.1)	Breve descripción
Relación		
Conflicto o estructura		
Conflicto o estructura		
Conflicto o estructura		
Conflicto o estructura		

Encabezados

La psicoterapia en este paciente estará orientada a...

	Claramente	Preferen-temente	Mixta	Preferen-temente	Claramente	
Estructura						Conflicto

13

Módulos complementarios

13.1

«Escala de evaluación de la actividad global» («Global Assessment of Function», GAF)

Según H. Sass, H. U. Wittchen y M. Zaudig (2001).

Tabla 14-1. GAF

100 -91	Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.
90-81	Síntomas ausentes o mínimos (por ejemplo, ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (por ejemplo, una discusión ocasional con miembros de la familia).
80-71	Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (por ejemplo, dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (por ejemplo, descenso temporal del rendimiento escolar).
70-61	Algunos síntomas leves (por ejemplo, humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (por ejemplo, hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
60-51	Síntomas moderados (por ejemplo, afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales), o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (por ejemplo, pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).
50-41	Síntomas graves (por ejemplo, ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave en la actividad social, laboral o escolar (por ejemplo, sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).

13. Módulos complementarios

40-31	Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (por ejemplo, el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas, como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (por ejemplo, un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar, un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
30-21	La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o existe una alteración grave de la comunicación o del juicio (por ejemplo, a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (por ejemplo, permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
20-11	Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (por ejemplo, intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener una mínima higiene personal (por ejemplo, con manchas de excrementos) o presenta una alteración importante de la comunicación (por ejemplo, muy incoherente o mudo).
10-1	Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (por ejemplo, violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
0	Información inadecuada

13.2
EQ-5D

El EQ-5D es un cuestionario de salud que proporciona un valor de medición unidimensional de la calidad de vida. Dicho cuestionario fue desarrollado en su versión original por el EuroQol Group como un instrumento de autorreporte (Rabin, 2001). Las cinco dimensiones del EQ-5D original fueron reformuladas aquí como un instrumento de evaluación externa.

Operacionalización

Se deben indicar en cinco dimensiones cuáles son las afirmaciones que describen mejor el estado de salud del paciente. Se registra (al momento de la evaluación) el estado de salud actual del paciente (Rabin y de Charro, 2001).

Tabla 13-2: EQ -5D

1. Movilidad/flexibilidad	
El paciente no tiene problemas para desplazarse	<input type="checkbox"/> 1
El paciente presenta algunos problemas para desplazarse	<input type="checkbox"/> 2
El paciente está atado a la cama	<input type="checkbox"/> 3
2. Capacidad para valerse por sí mismo (cuidarse)	
El paciente no tiene problemas para valerse por sí mismo (cuidarse)	<input type="checkbox"/> 1
El paciente tiene algunos problemas para lavarse o vestirse solo	<input type="checkbox"/> 2
El paciente no es capaz de lavarse o vestirse solo	<input type="checkbox"/> 3
3. Actividades generales (por ejemplo, trabajo, estudio, labores domésticas, actividades familiares y recreativas)	
El paciente no tiene problemas para realizar sus actividades cotidianas	<input type="checkbox"/> 1
El paciente tiene algunos problemas para realizar sus actividades cotidianas	<input type="checkbox"/> 2
El paciente es incapaz de realizar sus actividades cotidianas	<input type="checkbox"/> 3
4. Dolores/ molestias físicas	
El paciente no tiene dolores ni molestias físicas	<input type="checkbox"/> 1
El paciente tiene moderadas molestias y dolores físicos	<input type="checkbox"/> 2
El paciente tiene dolores y molestias físicas extremas	<input type="checkbox"/> 3
5. Angustia/depresión	
El paciente no está angustiado ni deprimido	<input type="checkbox"/> 1
El paciente está moderadamente angustiado o deprimido	<input type="checkbox"/> 2
El paciente está extremadamente angustiado o deprimido	<input type="checkbox"/> 3

13.3

Lista de mecanismos de defensa

Se presenta la lista de mecanismos de defensa según el concepto de *defensive functioning* (Perry y Hoglend, 1998), extraído del DSM-IV (Sass *et al.*, 2001).

Nivel elevado de adaptación

Este nivel de mecanismo de defensa da lugar a una óptima adaptación en el manejo de los acontecimientos estresantes. Estas defensas suelen maximizar la gratificación y permiten manejarse conscientemente con los sentimientos, pensamientos y sus consecuencias. También promueven un óptimo equilibrio entre opciones conflictivas. Ejemplos de defensas en este nivel son:

- Afiliación
- Altruismo
- Anticipación
- Sentido del humor
- Autoafirmación
- Auto observación
- Sublimación
- Supresión

Nivel de inhibiciones mentales (formaciones de compromiso)

El mecanismo de defensa en este nivel permite que ideas, sentimientos, recuerdos, deseos o temores potencialmente peligrosos se mantengan fuera de la conciencia del individuo. Ejemplos:

- Aislamiento afectivo
- Disociación
- Intelectualización
- Formación reactiva
- Anulación
- Represión
- Desplazamiento

Nivel con leve distorsión de las ideas

Este nivel se caracteriza por distorsiones de la imagen de uno mismo de la imagen corporal o de la de los demás, que pueden ser utilizadas para regular la autoestima. Ejemplos:

- Devaluación
- Idealización
- Omnipotencia

Nivel de la negación

Este nivel permite mantener fuera de la conciencia, responsabilidades, situaciones de estrés o sobrecargas inabordables, impulsos, ideas, afectos, desagradables o inaceptables. Se pueden o no acompañar de atribuciones a causas externas. Ejemplos:

- Proyección
- Racionalización
- Negación

Nivel con grave distorsión de las ideas

Este nivel se caracteriza por una distorsión gruesa o atribución incorrecta de las imágenes de uno mismo o de los demás. Ejemplos:

- Fantasía autista
- Identificación proyectiva
- Escisión de la propia imagen o de la de los demás

Nivel de acción

Este nivel se caracteriza por mecanismos de defensa que se enfrentan a sobrecargas de origen interno o externo mediante una acción o una retirada. Ejemplos:

- Retirada apática
- Acting out

13. Módulos complementarios

- Quejas y rechazo de la ayuda
- Agresión pasiva

Nivel de desregulación defensiva

Este nivel se caracteriza por el fracaso de la regulación de las defensas para contener las reacciones del individuo frente a las sobrecargas y amenazas, lo que conduce a una ruptura con la realidad. Ejemplos:

- Negación psicótica
- Distorsión psicótica
- Proyección delirante

13.4

La vivencia del cuerpo en relación con la estructura psíquica

Introducción

El estado corporal impregna toda vivencia y desde el trasfondo tiñe la vida y le da cierta tonalidad. Es evidente, entonces, el significado psicológico de la vivencia del cuerpo. Ésta está estrechamente relacionada con la representación de sí mismo y la afectividad de la personalidad.

La vivencia del cuerpo alude, por un lado, a un estar, a un encontrarse corporal, es decir, a una «corporalidad subjetiva» («ser cuerpo»),¹ pero también a experiencias concretas del cuerpo, es decir, a una «corporalidad objetiva» («tener cuerpo»). Esta vivencia se vuelve aún más compleja debido a que no es una construcción «solipsista», el cuerpo está envuelto, contenido, desde las experiencias vitales más tempranas, en interacciones interpersonales, y a partir de ellas se desarrolla.

¿Cómo operacionalizar la vivencia corporal? La gran relevancia de la vivencia del cuerpo sugiere la realización de análisis empíricos, sin embargo, la complejidad del constructo hace esto difícil. Los cuestionarios, por ejemplo, pueden aprehender la actitud consciente hacia el propio cuerpo. Las narraciones relativas a éste, por otra parte, pueden aprehender elementos de la percepción del cuerpo que se encuentran en el lenguaje, lo que se puede vincular también a la biografía. Los medios no verbales pueden acercarse eventualmente más a las dimensiones inconscientes de la imagen corporal. Finalmente, se hace necesario confrontar autoevaluaciones con descripciones y evaluaciones externas, es decir, diferentes fuentes, debido a que desde un punto de vista psicodinámico la autoevaluación de facetas inconscientes de la imagen corporal es necesariamente incompleta (véase Küchenhoff, 2003).

El eje «Estructura» del OPD permite captar la vivencia del cuerpo desde la visión del observador en forma más precisa. Ello se consigue porque el eje «Estructura» del OPD toma como base para la evaluación

1. En el alemán existe una palabra que designa el cuerpo somático, biológico, «Körper», y otra que se acerca más a una concepción psicológica, subjetiva del cuerpo, «Leib». Quizás lo más cercano en español es hablar de «corporalidad». (N. de los T.)

la vivencia del *self* y las vivencias en las relaciones. Así se garantiza que el cuerpo no sea reconstruido desde una perspectiva «solipsista», como decíamos, sino que se integren los aspectos de la vivencia del *self* corporal y las dimensiones relacionales. No obstante, la vivencia del cuerpo se explicita en algunas partes del eje «Estructura» cuando se trata de la capacidad de elaborar una autoimagen.

Allí donde se ve amenazada o desintegrada la estructura, se busca a menudo la unidad del *self* retrayéndose al propio cuerpo. Por ello, este módulo complementario respecto a la evaluación de la vivencia del cuerpo se aplica muy bien a estructuras poco integradas o desintegradas. En consecuencia, hemos utilizado la organización del eje «Estructura» del OPD-2 como punto de partida para poder describir en forma diferenciada la vivencia del cuerpo como *self* y como dimensión relacional y en relación con el nivel de integración de la estructura de personalidad.

La lista de la imagen corporal («Körperbild-Liste» KB-L) se apoya para su construcción en las dimensiones principales y subdimensiones del eje «Estructura» del OPD-2. Por lo tanto, las ocho dimensiones principales son la percepción del *self* corporal, la percepción del objeto en su corporalidad, la autorregulación del *self* corporal, la regulación de la relación con la corporalidad del objeto, el cuerpo como medio de comunicación, la comunicación con el interior del cuerpo (cuerpo como objeto), el cuerpo en el marco del vínculo con objetos internos y, finalmente, el cuerpo en el marco del vínculo con objetos externos. Estas dimensiones se dividen en subcategorías, como se observa en la **tabla 13-3**.

Tabla 13-3. La lista de la imagen corporal (Körperbild-Liste, KB-L). Dimensiones y definiciones.

Percepción del <i>self</i> corporal	■ Autoimagen corporal.	Capacidad de construir, sentir e integrar un <i>self</i> corporal dinámico.
	■ Identidad corporal.	Capacidad de sostener a través de un mayor período de tiempo una representación de un todo corporal.
	■ Investidura afectiva de la corporalidad.	Capacidad de vivenciarse afectivamente a sí mismo en su corporalidad y asignar los afectos a la vivencia corporal.

13.4 La vivencia del cuerpo en relación con la estructura psíquica

Percepción del objeto en su corporalidad	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consideración del objeto en su corporalidad. ■ Diferenciación de la imagen corporal de la del objeto. ■ Percepción realista del objeto en su corporalidad. 	<p>Capacidad de respetar la integridad psicosomática del interlocutor.</p> <p>Capacidad de vivenciar la imagen corporal en forma separada del objeto o también de fusionarla con el objeto.</p> <p>Capacidad de alcanzar una percepción realista del objeto y de mantenerla.</p>
Autorregulación del <i>self</i> corporal	<ul style="list-style-type: none"> ■ Regulación de las pulsiones y capacidad de acción. ■ Tolerancia de afectos relativos al cuerpo. ■ Regulación de la autoestima en relación con el propio cuerpo. 	<p>Capacidad de traducir deseos y metas en conductas corporales en forma socialmente adecuada.</p> <p>Capacidad de elaborar afectos relativos al cuerpo, de integrarlos y de soportarlos.</p> <p>Capacidad de aceptar al propio cuerpo.</p>
Regulación de la relación con la corporalidad del objeto	<ul style="list-style-type: none"> ■ Proteger la relación corporal con el objeto. ■ Mantener las propias necesidades corporales, cuidando los intereses corporales del otro. ■ Anticipación de cambios corporales. 	<p>Capacidad de mantener estabilidad en la relación corporal con el otro.</p> <p>Capacidad de reconocer las propias necesidades corporales y de considerarlas al mismo tiempo que se equilibran los intereses con relación a las necesidades del otro.</p> <p>Capacidad de evaluar las consecuencias de cambios corporales y de poder adaptarse a cambios repentinos de estados corporales.</p>
Comunicación con el interior del cuerpo (cuerpo como objeto)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Generación de afectos hacia el propio cuerpo. ■ Uso de fantasías respecto al propio cuerpo. 	<p>Capacidad de vivenciar afectos hacia el cuerpo y de diferenciarlos.</p> <p>Capacidad de generar fantasías sobre el cuerpo y de utilizarlas creativamente y en forma relevante para la conducta.</p>
Cuerpo como medio de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> ■ Contacto a través del lenguaje corporal. ■ Comunicación de los propios afectos a través de señales corporales. ■ Empatía con el estado corporal del otro. 	<p>Capacidad de establecer contacto con la ayuda del propio lenguaje corporal y de entender el lenguaje corporal de los otros.</p> <p>Capacidad de utilizar al cuerpo para la comunicación de afectos.</p> <p>Capacidad de empatizar con el estado corporal del otro.</p>
Cuerpo en el marco del vínculo con objetos internos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Internalización del manejo con el propio cuerpo. ■ Uso de la internalización relativa al cuerpo. 	<p>Capacidad de disponer en forma estable de representaciones de objeto que provocan bienestar a través de conductas corporales.</p> <p>Tener buenos introyectos que puedan ser utilizados para provocar bienestar corporal.</p>

13. Módulos complementarios

	■ Flexibilidad de la internalización relativa al cuerpo.	Capacidad de tener introyectos relativos al cuerpo que sean variados, que se puedan percibir, utilizar y de los que se pueda separar.
Cuerpo en el marco del vínculo con objetos externos	■ Poder establecer contacto corporal afectuoso.	Capacidad de utilizar experiencias corporales con otros para establecer y mantener el contacto.
	■ Poder recibir y entregar apoyo corporal.	Capacidad de utilizar el apoyo corporal de otros y también de poder entregarlo.
	■ Separación con renuncia de procesos destructivos para el cuerpo.	Capacidad de separarse a través de procesos corporales adecuados con la renuncia a procesos corporales destructivos.
Ítems corporales adicionales	■ Forma, logro y flexibilidad de procesos regulatorios corporales al servicio de la defensa.	Capacidad de incorporar el cuerpo en forma exitosa y flexible a la dinámica de los mecanismos de defensa.

En forma complementaria se realizó una estimación de los mecanismos de defensa que fue extraída del OPD-1: ¿en qué medida se incorporan las experiencias corporales en la defensa? Se trata, por lo tanto, de la forma, logro y flexibilidad de los procesos de manejo corporales al servicio de la defensa.

En un próximo paso se definen las capacidades estructurales en relación con el nivel estructural, según las dimensiones y subcategorías respectivas. Para esto se utiliza una lista de chequeo (*checklist*), correspondiente a la comprensión estructural de la vivencia corporal, que se presenta a continuación (Küchenhoff *et al.*, 2005).

Tabla 13-4. Ejemplos concretos de preguntas para las dimensiones de la lista de imagen corporal KB-L.

Percepción del self corporal	
1.1 Autoimagen corporal	<ul style="list-style-type: none">■ ¿Qué tan a gusto se siente en su propio cuerpo?■ ¿Se siente en su cuerpo como «en su casa»?■ ¿Cambia a menudo esta sensación de armonía con el propio cuerpo?■ ¿Cómo ve a su cuerpo?

13.4 La vivencia del cuerpo en relación con la estructura psíquica

1.2 Investidura afectiva de la corporalidad	<ul style="list-style-type: none">■ ¿Son agradables para usted las fuertes sensaciones corporales que se tienen luego de llevar a cabo una actividad física?■ ¿Disfruta, por ejemplo, haciendo actividades deportivas o tomando un baño?■ ¿Le presta atención a su bienestar corporal o no es muy relevante para usted?■ ¿Reflexiona frecuentemente sobre sus sensaciones corporales o sobre su estado de salud?
1.3 Identidad corporal	<ul style="list-style-type: none">■ ¿Tiene la sensación de que puede mantenerse establemente contento o descontento con su cuerpo por varios días, semanas o meses, o puede ser muy cambiante y variada la manera en que se vivencia corporalmente?
1.4 Diferenciación entre la imagen corporal y la del objeto	<ul style="list-style-type: none">■ ¿Qué tan independiente de otros se vivencia corporalmente; o esto no es un tema que le preocupe?■ ¿Se siente amenazado por la sensación de que otra persona está demasiado cerca sin que objetivamente lo estén atacando físicamente ni tocando?■ ¿Conoce momentos en que se sienta corporalmente en armonía con otra persona y en que experimente ser casi uno con ella?■ ¿Se siente afectado corporalmente usted cuando a otro se le hace un daño físico?
1.5 Percepción del objeto en su corporalidad	<ul style="list-style-type: none">■ Las personas tienen sensaciones corporales muy variadas, hoy están en un determinado estado, mañana están en otro; se trata de estados que frecuentemente no coinciden entre sí. ¿Cómo reacciona usted frente a estos cambios en los otros, por ejemplo, en su pareja?■ ¿Tiene temor a estar, literalmente, demasiado cerca de otras personas?■ ¿Qué tan bien le resulta tratar con las particularidades corporales del otro?
1.6 Percepción realista del objeto en su corporalidad	<ul style="list-style-type: none">■ ¿Qué tan bien le resulta evaluar los límites corporales de los otros?■ ¿Le resulta difícil entender las posibilidades corporales de los niños o de los ancianos?
2.1 Regulación de pulsiones y capacidad de acción	<ul style="list-style-type: none">■ ¿Qué tanta alegría le causa moverse y ser físicamente activo?■ ¿Qué tan importante es la sexualidad para usted, o qué nivel de importancia tienen para usted los deseos sexuales?■ ¿Tiene a veces la sensación de que le resulta difícil poder resistirse al placer físico?■ ¿Le resulta fácil transformar deseos urgentes a una forma apropiada para los demás?

13. Módulos complementarios

2.2 Tolerancia de afectos relativos al cuerpo	<ul style="list-style-type: none">■ Imagínese que está muy conmovido emocionalmente. ¿Es natural para usted que el cuerpo acompañe esa sensación o le resulta desagradable que usted u otros perciban que está conmovido?■ ¿Cómo se siente cuando está muy conmovido emocionalmente y siente que su cuerpo sintoniza y acompaña esa emoción?■ Cuando se siente físicamente mal, por ejemplo, por motivos médicos o por cambios en su cuerpo, ¿se preocupa mucho o siente inseguridad?■ ¿Cómo maneja la situación cuando su cuerpo cambia?
2.3 Regulación de la autoestima en relación con el propio cuerpo	<ul style="list-style-type: none">■ ¿Qué tan satisfecho está consigo mismo y con su cuerpo?■ ¿Siente, a veces, cuando está descontento o duda de sí, el deseo o el impulso de cambiar o de mejorar algo de su propio cuerpo? ¿Juega ese deseo frecuentemente o incluso permanentemente un papel en su vida?
Regulación de la relación con la corporalidad del objeto	
2.4 Proteger la relación corporal con el objeto	<ul style="list-style-type: none">■ ¿En momentos de una fuerte discusión tiene la sensación de no poder sentir al otro?■ ¿Tolera que un amigo lo toque incluso cuando están teniendo una discusión?
2.5 Mantener las propias necesidades corporales, cuidando los intereses corporales del otro	<ul style="list-style-type: none">■ ¿Cómo se maneja en la relación de pareja cuando ésta tiene otras necesidades físicas que usted?■ ¿Qué hace con sus necesidades corporales, cuando no pueden ser satisfechas?
2.6 Anticipación de cambios corporales	<ul style="list-style-type: none">■ ¿Cómo ve su estado corporal en diez o veinte años?■ ¿Considera en su planificación y decisiones a largo plazo, los efectos que pueden tener para su propia salud?■ ¿Cuando se siente incómodo o cuando está limitado, puede evaluar adecuadamente los efectos de sus limitaciones? ¿Reflexiona sobre cuál es el efecto de tales limitaciones en su estilo de vida?
El cuerpo como expresión del vínculo con objetos internos	
3.1 Generación de afectos con relación al propio cuerpo	<ul style="list-style-type: none">■ ¿Qué emociones tiene con relación a su propio cuerpo?■ ¿Tiene una buena sensación con relación a su cuerpo?■ ¿Encuentra su cuerpo bonito o feo, o eso no es importante?
3.2 Uso de fantasías sobre el propio cuerpo	<ul style="list-style-type: none">■ ¿Qué piensa sobre su cuerpo?■ ¿Cuando tiene que tomar una decisión importante, también desempeñan un papel los pensamientos sobre cómo se va a ver afectado su cuerpo?■ ¿A veces tiene fantasías o sueños sobre aquello que le podría hacer bien a su cuerpo?

13.4 La vivencia del cuerpo en relación con la estructura psíquica

El cuerpo como medio de comunicación	
3.3 Contacto a través del lenguaje corporal	<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Es importante para usted conectarse con los otros corporalmente? ■ Podríamos decir que cuando no nos comunicamos por teléfono o Internet nos encontramos con los otros también en forma corporal. ¿Esa idea le resulta más bien agradable o desagradable? ¿Es este aspecto corporal del encuentro cotidiano algo que usted considera, lo incomoda o no es relevante para usted? ■ Cuando presta atención a las señales que otra persona emite mientras habla, ¿está seguro de la evaluación de gestos y actitudes que hace? ■ ¿Presta atención a las señales corporales de los otros? ¿Le resulta fácil entender las señales corporales de los otros?
3.4 Comunicación de afectos propios a través de señales corporales	<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Tiene la impresión de que con su lenguaje corporal puede expresar bien cómo se encuentra o aquello que quiere comunicar? ■ ¿Perciben los otros sus emociones aún cuando usted no las nombra? ■ ¿Le puede dar cuenta a otros de lo que le gustaría?
3.5 Empatía con el estado corporal del otro	<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Reflexiona con gusto sobre cómo se sienten otros (su interlocutor) en su propia piel respecto a usted? ■ ¿Le resulta extraño imaginarse la vivencia corporal de su pareja? ■ ¿Percibe sensaciones de otros, como, por ejemplo, dolor físico, casi, incluso, como que le doliera a usted?
El cuerpo en el marco del vínculo con objetos internos	
4.1 Internalización del manejo con el propio cuerpo	<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Tiene a veces la sensación de no querer tener su cuerpo o lo siente como una carga? ■ ¿Se lleva bien consigo mismo? ¿Le resulta fácil o difícil?
4.2 Uso de la internalización relativa al cuerpo	<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Qué críticas le haría a su cuerpo? ■ ¿Tiene la sensación de que su cuerpo le ayuda en situaciones difíciles? ■ ¿Quisiera cambiar su cuerpo? ¿Si es así, qué estaría dispuesto a hacer para cambiarlo?
4.3 Flexibilidad de la internalización relativa al cuerpo	<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Cómo reaccionó cuando su cuerpo cambió? ■ ¿Vivencia a su cuerpo a veces de una manera, otras de otra?, ¿es esto problemático para usted? ■ Cuando tiene dolencias físicas, ¿lo mantienen ocupado todo el tiempo o se puede distraer con otra cosa? ■ Cuando se ha propuesto un desafío corporal, ¿puede mantener distancia de él?

13. Módulos complementarios

El cuerpo como medio para el vínculo con objetos externos	
4.4 Poder establecer contacto corporal afectuoso	<ul style="list-style-type: none">■ ¿Cómo responde cuando un amigo lo toca al saludarlo, por ejemplo, lo abraza o le da la mano?■ ¿Toca a los otros en forma espontánea, cuando busca su la cercanía?■ ¿Cuándo buenos amigos lo tocan, lo siente como algo agradable?■ ¿Recuerda contactos físicos en momentos importantes en su vida?
4.5 Poder recibir y entregar apoyo corporal	<ul style="list-style-type: none">■ ¿Cuánto permite ser ayudado en lo que atañe al cuerpo?■ ¿Le gusta ayudar a personas de edad o enfermas, en el aspecto físico, cuando éstos lo requieren?
4.6 Separación con renuncia de procesos destructivos para el cuerpo	<ul style="list-style-type: none">■ Las experiencias de separación o pasos hacia la autonomía son siempre importantes momentos (o crisis) en nuestras vidas. ¿Su cuerpo reacciona de alguna manera en tales situaciones?■ ¿Cómo reacciona su cuerpo cuando pierde a una persona que quiere?
Ítem corporales adicionales	
Forma, logro y flexibilidad de procesos regulatorios corporales al servicio de la defensa	<ul style="list-style-type: none">■ ¿Siente que cuando tiene alguna molestia física algo cambia en su bienestar, sus emociones, etcétera, independientemente de las limitaciones que la molestia le impone? ¿Se queda pensando en eso?■ ¿Le ayuda su cuerpo a resistir situaciones difíciles o tensiones?■ ¿Cómo se siente su cuerpo cuando cae en una situación difícil?■ Usted me dijo que también reaccionaba físicamente cuando no le iba bien. ¿Significa esto que esas reacciones se mantienen y que lo preocupan por semanas, aún cuando el detonante haya pasado?■ Cuando me dice que usted tiende a reaccionar corporalmente a las tensiones, ¿quiere decir que siempre reacciona de la misma manera?■ ¿Nota que sólo al aparecer una molestia física se da cuenta de que algo lo agobia emocionalmente?■ ¿Puede entender cómo reacciona corporalmente frente al estrés, cuando reflexiona sobre ello?

La entrevista psicodinámica es requisito para hacer un diagnóstico de la vivencia corporal. La entrevista OPD es un punto de partida necesario, pero no suficiente en todas las dimensiones, debido a que en esta entrevista en general no se considera detalladamente el aspecto de la vivencia corporal en las diferentes dimensiones. En la «Entrevista psicodinámica relativa al cuerpo» («Körperbezogenen Psychodynamischen Interview», KPI) se consideran temas corporales conflictivos, episodios relacionales y aspectos estructurales relacionados con el cuerpo. En la etapa de apertura

de la entrevista es necesario que el entrevistador se relacione explícitamente con la temática corporal. En una segunda etapa, que se dedica prioritariamente a los episodios relacionales, se pregunta por episodios relacionales relativos al cuerpo. La tercera etapa de la entrevista, que está orientada a la vivencia del *self*, se ocupa explícitamente, y en forma minuciosa, de la vivencia del *self* corporal y de la capacidad de regulaciones corporales. En la cuarta etapa, en la que se relata la vivencia del objeto, se evalúan también los aspectos corporales de la aproximación relacional y la impresión, desde la corporalidad, que uno tiene de los otros. Aquí se presta especial atención al uso comunicativo de la mímica, la gestualidad u otros determinantes corporales. La quinta etapa no se diferencia de la entrevista OPD clásica. Una pauta para la entrevista (Jakobsen *et al.*, 2005) describe detalladamente las fases de la entrevista corporal y formula preguntas guía, que pueden ser de ayuda para la realización de la entrevista. La tabla 13-4 contiene una lista de preguntas guía para cada dimensión de la vivencia corporal.

Estado de la investigación

El instrumento recientemente desarrollado para la comprensión de la vivencia corporal, la lista de la imagen corporal (KB-L), se encuentra completamente desarrollado. Se estableció un cuestionario minucioso para el levantamiento de cada una de las dimensiones en los cuatro niveles estructurales. Además se desarrolló una pauta de entrevista con preguntas guía orientadas a las diferentes dimensiones. El estudio de confiabilidad está en preparación; en doce entrevistas de la vivencia corporal realizadas siguiendo la pauta, se registra la vivencia corporal y se evalúa por tres jueces. Si se logra suficiente confiabilidad y objetividad el instrumento deberá ser aplicado directamente en estudios empíricos más grandes. La meta es alcanzar una determinada validez en comparación con métodos alternativos para la evaluación de la vivencia corporal. Se está planificando una monografía con la presentación de la lista de la imagen corporal completa.

Literatura relativa a la KB-L

Küchenhoff, J.: Körperbild und psychische Struktur. Zur Erfassung des Körpererlebens in der psychodynamischen Diagnostik. *Zschr Psychosom Med Psychother*, 49 (2003) 2: 175–193.

Küchenhoff, J.; Oberbracht, C.; Jakobsen, Th.: (2005) Die Körperbild-Liste KB-L. Eine Checkliste zur strukturabhängigen Erfassung des Körpererlebens. Informe no publicado, 2005.

Jakobsen, Th.; Oberbracht, C.; Küchenhoff, J.: Interview-Leitfaden für das körperbezogene Interview. Informe no publicado, 2005.