

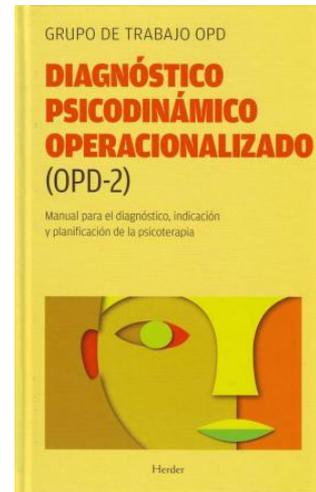
**Diagnóstico Psicodinámico  
Operacionalizado (OPD-2) - Manual  
para el diagnóstico, indicación y  
planificación de la psicoterapia**

**CIERPKA, Manfred (ed.)**

**Grupo de Trabajo OPD-2**

**Barcelona: Herder, 2008**

[Original de 2006]



**Reseña de Alejandro Ávila y  
Carlos Rodríguez Sutil**

Desde hace diez años hemos podido ser testigos de varios intentos por ofrecer al profesional de la salud mental con un enfoque psicodinámico o psicoanalítico sistemas de clasificación psicopatológica coherentes con su postura teórica y que sirvieran de sustituto al sistema casi universal, el DSM en sus diferentes versiones. Recientemente apareció en Estados Unidos el PDM, sistema multiaxial que próximamente comentaremos. Hoy nos vamos a ocupar del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2) que se ha difundido ampliamente en países de habla germana. Se llama “operacionalizado” porque intenta operacionalizar los constructos de la psicopatología psicoanalítica de una forma lo más cercana posible a lo observacional. El diagnóstico psicodinámico multiaxial se basa en 5 ejes: 1) experiencia de enfermedad y prerequisites para el tratamiento; 2) relaciones interpersonales; 3) conflicto; 4) estructura; y 5) diagnóstico sindrómico (según el CIE 10). Los estudios sobre validez y fiabilidad parecen satisfactorios. Por ejemplo, para valorar la validez predictiva se aplicó el OPD a un grupo de pacientes hospitalizados, comparando los resultados test-retest, y también se les aplicó la SCL-90 R y el IIP. El dato que mejor predice el éxito terapéutico es el indicador “presentación de síntomas psíquicos”, del eje I.

El diagnóstico de la estructura y funcionamiento mental se ha convertido en un componente esencial de la teorización psicodinámica y de la práctica terapéutica. Este cambio ha venido propiciado por las destacadas aportaciones de la psicología del Yo, la teoría de las relaciones objetales, la psicología del *self*, y del psicoanálisis relacional más interesados que el psicoanálisis clásico en un Psicodiagnóstico que permita una comprensión amplia del funcionamiento mental o interpersonal. El OPD pretende alcanzar un concepto de la estructura psíquica común, entendida como resultado de un lento proceso evolutivo que consiste en la manera peculiar en que el self integra su relación consigo mismo y con los demás. Se trata de una estructura subyacente organizadora cuyos patrones se muestran en la acción interpersonal, a largo por lo menos de los dos últimos años.

El manual del sistema OPD revisa las diferentes teorizaciones sobre la estructura mental desde el punto de vista psicoanalítico, y finalmente establece un sistema de dimensiones y subdimensiones para facilitar el diagnóstico estructural, que es incluido como eje IV del OPD, dedicado al concepto de “Estructura psíquica”, y que diferencia

cuatro niveles de integración:

- **Buena integración:** El paciente dispone de **funciones reguladoras internas e interpersonales**, puede mantenerlas en activo durante largos períodos o recuperarlas rápidamente, con independencia del estrés interno y externo. Significa que un Self autónomo posee un **espacio mental interno** en el que pueden manejarse (y resolverse) los conflictos mentales. Este espacio permite manejar una variedad de necesidades, reconocer diferentes sentimientos, y usar a regularse desde normas internalizadas e ideales (Super-yo maduro). El principal temor es la pérdida del amor de objeto. La contratransferencia hacia estos pacientes está marcada por una concienciación creciente de las emociones mutuas moduladas relativas a revivir conflictos experimentados actualmente con las personas del pasado
- **Integración moderada:** Aunque las **funciones reguladoras internas e interpersonales** y el **espacio mental interno** están presentes, implica menor disponibilidad de la función reguladora o su disminución en determinadas situaciones y una diferenciación más débil de las subestructuras mentales. Entre las necesidades se incluyen deseos intensos (p.e. avaricia), de posesión o sumisión; en el lado corrector opuesto hay normas estrictas, rígidas y punitivas, e ideales encubiertos (Super-yo inmaduro). La contratransferencia es más instantánea, implica experiencias a veces insoportables, que pueden ser reducidas a través del análisis de la contratransferencia a experiencias relacionales relevantes que tienen lugar con el paciente.
- **Baja integración:** Aquí las funciones están mucho menos disponibles o no claramente, tanto permanentemente en el tiempo (cuadros con déficit evolutivo) como en función de la presencia del estrés (vulnerabilidad estructural). No se incluye en este nivel cuadros de desintegración breve (p.e. trastornos por estrés postraumático). En contraste con los niveles anteriores, se dispone de un espacio mental interno menor y con subestructuras precarias, de manera que los conflictos son manejados raramente a nivel mental, y se enfrentan y despliegan en el plano interpersonal. La estructura normativa (Super-yo) está disociada y los ideales no se han refinado. Las necesidades emocionales inconscientes no pueden manejarse internamente sino actuadas hacia el exterior, y los conflictos se expresan menos en el mundo interno y más en el plano interpersonal (pareja, profesión, entorno social). El temor principal es la aniquilación del self por el objeto malo, desintegrador, o la pérdida del objeto bueno, cohesionador. Estas tendencias se experimentan en la contratransferencia: violenta y con cambios abruptos, las emociones continúan presentes aun que el paciente se haya ido; los pacientes no repiten sus experiencias y conflictos pasados pero movilizan en el otro funciones del yo parciales que ellos no tienen.
- **Nivel de desintegración:** Sin una estructura coherente, el estrés puede causar la desintegración o fragmentación de un paciente. El colapso psicótico puede venir seguido de una restitución psicótica. Caracterizado por la fragmentación y la restitución psicótica de la estructura psíquica, el paciente intenta estabilizar su frágil estructura mediante la escisión o negación de tendencias instintivas y necesidades narcisistas, que no serán percibidas durante amplios períodos. Si no puede mantenerse el inestable balance anterior, la descompensación psicótica lo resume proyectivamente. Las necesidades emocionales, profundamente inconscientes son vividas como procedentes del exterior y no de sí mismo. Los pensamientos están inducidos o dirigidos, la excitación sexual espontánea está ideada desde fuera, solo los otros son agresivos y

amenazantes. Para manejar cualquier conflicto hay peligro de fusión con el objeto frente a la exclusión y aislamiento, o de auto-exaltación narcisista para compensar para compensar las graves dudas sobre el self.

Estos cuatro niveles son evaluados en base a las capacidades y vulnerabilidades mentales mediante 6 dimensiones – auto-percepción, auto-regulación, defensa, percepción del objeto, comunicación y vinculación (apego) – y 24 subdimensiones. Tras la evaluación de las dimensiones y subdimensiones, y como evaluación final, se elabora una valoración global de la estructura psíquica y del funcionamiento mental. El Manual OPD facilita criterios diagnósticos operacionalizados para cada uno de los 4 niveles de integración, así como descripciones y ejemplos clínicos. La valoración de cada ítem de cada una de las subdimensiones se facilita mediante una lista minuciosa y detallada que incluye descripciones abreviadas para la clasificación de cada nivel. La Lista Heidelberg de Foco incluye las 24 subdimensiones, y ha sido ampliamente usada en las investigaciones en psicoterapia. La evaluación se efectúa sobre los dos últimos años de funcionamiento, y en base a los encuentros actuales entre paciente y terapeuta, conducidos como una entrevista psicodinámica flexible y abierta.

Complementariamente, los ejes de Conflicto y Estructura Psíquica del OPD se han mostrado relativamente independientes del cambio psicoterapéutico, y la Escala Heidelberg de Cambio Estructural ha permitido identificar cambios relevantes al focalizarse en los ejes “Relaciones Interpersonales”, “Conflicto” y “Estructura Psíquica”, mostrándose sensible para evaluar la intensidad de los esfuerzos terapéuticos, el grado de concienciación, así como la transmisibilidad e integración del cambio.

La valoración de los aspectos estructurales requiere una entrevista diagnóstica que facilite el diagnóstico relacional, dirigida o focalizada no en los síntomas sino a facilitar que los pacientes se describan a sí mismos y en relación con el entrevistador, que alternará entre la observación y la introspección, y se apoyará en sus conocimientos sobre la personalidad, y habrá adquirido experiencia diagnóstica mediante entrevistas supervisadas y también mediante su experiencia sobre sí mismo. El diagnóstico estructural se llevará a cabo mediante una o varias entrevistas, y su objetivo fundamental será asesorar la elección de la psicoterapia o sus estrategias, adecuadas a las posibilidades o limitaciones estructurales de los pacientes (sin subestimarlas) y a los propósitos de la terapia (el crecimiento de la estructura como tarea de la terapia).

En resumen, opinamos que el OPD puede ser útil en la formación de nuevos psicoterapeutas, y alguna experiencia hemos tenido ya al respecto. El centrarse en aspectos observables facilita la comprensión en la medida en que evita que las fantasías se desboquen, lo que también ayuda a la mejor comunicación entre colegas. Aunque tratemos con otros colegas de nuestra misma orientación, lo que afortunadamente no siempre ocurre, a veces se producen desacuerdos importantes en la definición de constructos. De paso, facilitará también que las formulaciones psicodinámicas sean comprendidas por colegas de otras orientaciones. Finalmente, confiamos en que el OPD va a servir de base para un desarrollo más consistente de la investigación en la teoría y la práctica psicoanalíticas.

**Cita bibliográfica / Reference citation:**

Ávila Espada, A. y Rodríguez Sutil, C. (2009). Reseña de la obra de M. Cierpka (Ed) Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado OPD-2. *Clínica e Investigación Relacional*, 3 (3): 747-749. [ISSN 1988-2939]