



Anuario de Investigaciones

ISSN: 0329-5885

anuario@psi.uba.ar

Universidad de Buenos Aires
Argentina

Juan, Santiago; Pescio, Nicolás; Gómez Penedo, Juan M.; y Roussos, Andrés J.
La conceptualización de un caso de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)
propuesta por terapeutas psicoanalíticos. Análisis mediante los criterios del Diagnóstico
Psicodinámico Operacionalizado 2 (OPD-2): resultados preliminares
Anuario de Investigaciones, vol. XX, 2013, pp. 65-74
Universidad de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139949037>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

LA CONCEPTUALIZACIÓN DE UN CASO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG) PROPUESTA POR TERAPEUTAS PSICOANALÍTICOS. ANÁLISIS MEDIANTE LOS CRITERIOS DEL DIAGNÓSTICO PSICODINÁMICO OPERACIONALIZADO 2 (OPD-2): RESULTADOS PRELIMINARES

A GENERALIZED ANXIETY DISORDER (GAD)'S CASE CONCEPTUALIZATION PROPOSED BY PSYCHOANALYTIC THERAPISTS. ANALYSIS THROUGH OPERACIONALIZED PSYCHODYNAMIC DIAGNOSTIC 2 (OPD-2)'S CRITERIA: PRELIMINARY RESULTS

Juan, Santiago¹; Pescio, Nicolás², Gómez Penedo, Juan M.³, y Roussos, Andrés J.⁴

RESUMEN

La siguiente investigación clasificó la conceptualización de un caso de TAG, realizada por terapeutas psicoanalíticos, utilizando los criterios del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado 2 (OPD-2). Se re-analizó información proveniente de la tesis doctoral en curso del primer autor, donde 30 psicoterapeutas (15 psicoanalíticos y 15 cognitivos), en una entrevista individual, propusieron inferencias pronósticas y una conceptualización del caso para un paciente TAG. El objetivo del presente estudio fue la utilización de los criterios OPD-2 para un análisis secundario de las 15 entrevistas ya conducidas con los participantes psicoanalíticos. Se describen la justificación, los procedimientos y preguntas centrales de esta investigación. Se presenta el OPD-2 como instrumento de análisis. Según resultados preliminares, los ejes OPD-2 III y IV predominaron en la identificación del problema principal del paciente, los ejes IV y V en su diagnóstico tentativo, y el eje II en las expectativas inferidas del paciente respecto del tratamiento. Se discuten implicancias de esta investigación para la práctica clínica psicoanalítica.

Palabras clave:

Conceptualización del caso - TAG - Psicoanálisis - OPD-2

ABSTRACT

The present study classified a GAD's case conceptualization made by psychoanalytic therapists using Operationalized Psychodynamic Diagnostic 2 (OPD-2) criteria. Information from the first author's ongoing dissertation research was re-analyzed. In that study, 30 psychotherapists (15 psychoanalytic and 15 cognitive) proposed prognostic inferences and a case conceptualization for a GAD patient. The aim of the present study was to use OPD-2's criteria for a secondary analysis of the 15 interviews already conducted with the psychoanalytic participants. The present study's rationale, procedures and central research questions are described. OPD-2 is presented as a data analysis' instrument. According to preliminary results, OPD-2's axis III and IV were predominant in the patient's main problem identification, axis IV and V were used to describe patient's preliminary diagnosis, and axis II was observed in the patient's inferred treatment expectations. Implications for psychoanalytic clinical practice are discussed.

Key words:

Case Conceptualization - GAD - Psychoanalysis - OPD-2

¹Lic. en psicología. Becario doctoral CONICET en el proyecto UBACyT 20020120100052. Ayudante Regular de Trabajos Prácticos en la Cátedra de Psicoanálisis: Psicología del Yo, Licenciatura en Psicología, UBA. E-mail: santiagajuan@psi.uba.ar

²Estudiante de la carrera de psicología, UBA. Investigador estudiante en el proyecto UBACyT 20020120100052. Ayudante alumno en la Cátedra de Psicoanálisis: Psicología del Yo, Licenciatura en Psicología, UBA.

³Lic. en psicología. Becario doctoral CONICET en el proyecto UBACyT 20020120100052.

⁴Doctor en Psicología. Investigador independiente CONICET. Prof. Adjunto Cátedra Metodología de la Investigación, Facultad de Psicología, UBA. Director del proyecto de investigación UBACyT, programación 2013-2016. "La percepción del paciente sobre el cambio en psicoterapia y su relación con el vínculo terapéutico, las intervenciones psicoterapéuticas y los resultados del tratamiento". E-mail: roussos@psi.uba.ar

PRESENTACIÓN Y RELEVANCIA DEL ESTUDIO

La siguiente investigación se enmarca en un estudio más amplio, que apunta a clasificar las inferencias pronósticas y las conceptualizaciones propuestas por terapeutas psicoanalíticos para un caso de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), mediante los criterios del Diagnóstico Psicodinámico¹ Operacionalizado 2 (OPD-2). Dado que se trata de un estudio actualmente en curso, este artículo presenta únicamente resultados concernientes a la variable conceptualización del caso, mientras se completa el análisis de las inferencias pronósticas.

Este trabajo se inserta en el programa de investigación dirigido por el Dr. Andrés Roussos². Más específicamente, consiste en un re-análisis de información empírica correspondiente a la tesis doctoral en curso del primer autor, desarrollada en el marco de dicho proyecto.

Esta investigación considera la conceptualización del caso como el conjunto de hipótesis sobre las causas y las influencias precipitantes y mantenedoras de los problemas psicológicos, interpersonales y conductuales de un paciente (Eells, Kendjelic y Lucas, 1998). La conceptualización del caso es un proceso que pone en primer plano la actividad inferencial del terapeuta, y que tiene como objetivo la formulación de las particularidades de cada paciente.

Tomando la conceptualización del caso como eje ordenador, este estudio intenta responder a tres grandes necesidades, de clara relevancia para la investigación y el ejercicio de la psicoterapia de orientación psicoanalítica en nuestro medio, a saber: 1) la necesidad de estudios empíricos de proceso terapéutico psicoanalítico con foco en la variable terapeuta, 2) la necesidad de criterios operacionales para registrar, medir y evaluar el proceso terapéutico psicoanalítico, y 3) la necesidad de estudiar el abordaje no manualizado del TAG desde una perspectiva psicoanalítica.

En primer lugar, investigaciones previas han mostrado que la variable terapeuta explica hasta un 8% de la varianza de los resultados (Lutz, Leon, Martinovich, Lyons y Stiles, 2007), teniendo una mayor capacidad predictiva de resultados positivos que el tipo de tratamiento específico aplicado. Esto ha llevado a autores como Duncan, Miller, Wampold, y Hubble (2010) a afirmar que, al momento de estudiar resultados de un abordaje, la forma particular que tienen los terapeutas de aplicar los tratamientos tiene un mayor impacto que los tratamientos particulares. Estudios como los de Beutler y colaboradores (2004), Frank y Frank (1961/1991) y Orlinsky y colaboradores (1999), sientan las bases para sostener que el estudio de la actividad inferencial y la conceptualización del caso son un recurso privilegiado para indagar cómo participan las variables del

terapeuta en la situación clínica.

En segundo lugar, el estudio del proceso terapéutico y la variable terapeuta cobra aún mayor relevancia en el campo del psicoanálisis, donde todavía es insuficiente el nivel de estudio empírico sobre sus procesos y resultados (Barber y Crits-Christoph, 1995; Kächele, Shachter y Thomä, 2009), especialmente en nuestro medio (Roussos y Vallejo, 2004). Siguiendo el esfuerzo pionero iniciado en Argentina por Leibovich de Duarte y su equipo (1996, 2002, 2009), creemos que este estudio se enmarca en un necesario replanteo metodológico para el psicoanálisis, en virtud del cual es imperioso sumar al juicio clínico y la producción teórica psicoanalíticas, la investigación empírica como un criterio válido para la corroboración y/o rechazo de sus hipótesis. Al mismo tiempo, dicho replanteo metodológico constituye el medio privilegiado para la acumulación de valiosa evidencia a favor de los postulados psicoanalíticos y la efectividad de sus procedimientos (Levy, Ablon y Kächele, 2012)

En tercer lugar, dado que el TAG es actualmente un trastorno cuya naturaleza, características centrales y modalidades de tratamiento conforman un área de debate y discusión (Behar et al., 2009; Juan, Gómez Penedo, Etchebarne y Roussos, 2011, Newman y Llera, 2011), estudios como el presente podrían aportar información sobre su proceso terapéutico, desde una mirada empírica naturalista. A esto se suma la importancia de estudiar cómo es conceptualizado por terapeutas psicoanalíticos un cuadro diagnóstico ajeno a su campo teórico específico, con la intención de identificar aquellos focos comunes y específicos al marco teórico del terapeuta en dicha conceptualización (ver por ejemplo, Etchebarne, Juan, Balbi y Roussos, 2012; Juan, Etchebarne, Gómez Penedo y Roussos, 2010; Gómez Penedo, Etchebarne, Juan y Roussos, en prensa).

JUSTIFICACIÓN DEL USO DEL OPD-2 COMO INSTRUMENTO DE ANÁLISIS

Al establecer en el presente trabajo el foco de indagación en el marco teórico psicoanalítico, surge la necesidad de analizar la información con un instrumento diseñado desde dicho contexto, que contemple en detalle sus especificidades y permita la obtención de datos más ricos desde la perspectiva psicoanalítica. El OPD-2 constituye un ejemplo de esa clase de instrumentos de análisis, por varios motivos que serán descritos a continuación.

En primer lugar, constituyen, junto con el Manual Diagnóstico Psicodinámico (PDM) (PDM Task Force, 2006) los únicos manuales diagnósticos psicodinámicos disponibles actualmente. En este sentido, tanto el PDM como el OPD-2 son las dos grandes síntesis de las que dispomos en la actualidad respecto de la investigación empírica en psicoanálisis y su aplicación a modelos de diagnóstico, indicación y planificación terapéuticas.

En segundo lugar, y a diferencia del PDM, no sólo el OPD-2 es el único traducido al castellano, sino que posee una estructura multi-axial diseñada para operacionalizar explícitamente criterios pronósticos, diagnósticos, de planificación y de indicación de la psicoterapia. Otra diferencia

¹A lo largo de este trabajo, se ha decidido utilizar los términos "psicoanalítico" y "psicodinámico" como sinónimos (para una discusión sobre el uso de estos términos, ver: Juan, Etchebarne, Gómez Penedo y Roussos, 2010).

²Subsidio UBACyT 20020120100052 (programación 2013-2016). "La percepción del paciente sobre el cambio en psicoterapia y su relación con el vínculo terapéutico, las intervenciones psicoterapéuticas y los resultados del tratamiento." Director: Dr. Andrés Roussos.

fundamental con el PDM radica en que el OPD-2 incluye el concepto de foco.

De lo anterior se desprende que el uso del OPD-2 permitirá enriquecer el estudio sobre conceptualización del caso en psicoterapias psicoanalíticas. A su vez, si bien existen trabajos que realizan un perfil OPD-2 del TAG desde un punto de vista teórico (Juan et al., 2010), los resultados del presente proyecto de investigación apuntan a un estudio empírico de los posibles perfiles OPD-2 compatibles con un TAG.

Por último, esta investigación permitirá la difusión y adaptación en Argentina del OPD-2, ya que es un instrumento desconocido en el país, y no se cuenta al día de hoy con personal entrenado para el manejo y transmisión del manual. Dicha difusión sería fundamental para un campo psicoterapéutico local que opera predominantemente desde coordenadas psicoanalíticas.

CONTEXTO DE SURGIMIENTO Y OBJETIVOS DEL OPD-2

El OPD-2 (por la sigla en alemán de “Diagnóstico Psico-dinámico Operacionalizado 2”) es un instrumento diagnóstico multi-axial conformado por 5 ejes, operacionalizados en un manual de entrenamiento y aplicación clínica. Como se explica en el manual (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008) una primera versión surgió en Alemania, con la finalidad de ampliar las clasificaciones DSM IV y CIE-10 desde una perspectiva psicoanalítica. En 2006 se realizó una segunda versión del OPD (OPD-2) que ampliaba y corregía la anterior, integrando los hallazgos empíricos de investigaciones realizadas con el OPD, y la experiencia brindada por la práctica clínica y educativa con dicho instrumento (ver, por ejemplo: Schneider, Klauer, y Freyberger, 2008). En función de estos resultados, el OPD-2 se presenta no sólo como un instrumento útil para el diagnóstico, sino también para la indicación y planificación terapéuticas.

Los objetivos centrales del OPD-2 se resumen en los siguientes puntos: 1) complementar las clasificaciones descriptivas DSM/CIE desde un punto de vista psicodinámico; 2) generar conceptualizaciones y planes de tratamiento psicodinámicos ajustables para cada paciente (al modo de un “traje a medida”); 3) vincular una evaluación diagnóstica transversal (5 ejes diagnósticos) con una evaluación de proceso longitudinal (medición del cambio en los ejes planteados como focos); 4) basar una clasificación diagnóstica y una medición del cambio terapéutico en los aportes de la investigación empírica psicoanalítica.

LA ESTRUCTURA MULTI-AXIAL DEL OPD-2

El OPD-2 plantea una evaluación clínica psicodinámica en función de 5 ejes diagnósticos, a saber: Eje I: Vivencia de enfermedad y pre-requisitos para tratamiento; Eje II: Relación; Eje III: Conflicto; Eje IV: Estructura; Eje V: Trastornos psíquicos y psicosomáticos según CIE-10/DSM-IV. En lo que sigue, se describirán brevemente cada uno de los ejes del sistema OPD-2.

En el Eje I “Vivencia de la enfermedad y pre-requisitos para el tratamiento”, se hace un diagnóstico del aspecto

vivencial de la enfermedad del paciente. Se evalúan 3 puntos fundamentales: 1) la evaluación objetiva de la enfermedad, 2) la vivencia subjetiva de la enfermedad, y 3) los recursos y/o obstáculos para el cambio con los que cuenta el paciente.

El Eje II “Relación” permite elaborar un diagnóstico de patrones relacionales disfuncionales. Para la elaboración del mismo, se debe tener en cuenta: a) la conducta interpersonal que el paciente vivencia y describe frecuentemente, b) la conducta relacional que el paciente experimenta con los otros (de la que usualmente se queja), c) la forma en que los demás vivencian al paciente y d) las reacciones que el paciente induce en la interacción (su ofrecimiento de rol, incluido el diagnóstico contra-transferencial).

Con el tercer eje “Conflicto”, se evalúan los conflictos más relevantes para el diagnóstico a partir de los 7 tipos ofrecidos por el manual, a saber: 1) individuación-dependencia, 2) sumisión-control, 3) deseos de protección-autarquía, 4) conflicto de autovaloración, 5) conflicto de culpa, 6) conflicto edípico y 7) conflicto de identidad. Además de la clasificación anterior, es posible diagnosticar los modos defensivos del entrevistado ante la percepción de estos conflictos, como así también la potencial existencia de conflictos que sean reactivos a sucesos actuales del paciente (situaciones de crisis).

En el eje IV “Estructura” se realiza el diagnóstico del funcionamiento estructural, tomando como sustento dimensiones psíquicas que intervienen en la auto-regulación del sí-mismo y en su relación con objetos internos y externos, a saber: a) percepción del sí-mismo y los objetos, b) manejo del sí-mismo y de la relación con los otros, c) comunicación emocional (consigo mismo y con los demás) y d) vínculo externo y relación externa. Estas 4 dimensiones se califican con funcionamientos desde “bien integrado” a “desintegrado”.

Finalmente, en el Eje V se clasifican los diagnósticos según CIE-10-DSM-IV, teniendo en cuenta que aun cuando el diagnóstico descriptivo minimice los aspectos psicodinámicos y relacionales, el nivel sintomático representa una dimensión diagnóstica relevante, y que muchos síntomas manifiestos pueden ser conceptualizados como emergentes de dinamismos inconcientes.

LA NOCIÓN DE FOCO EN EL SISTEMA OPD-2

El OPD-2 permite tomar uno o más de los ejes diagnósticos clasificados para un caso como el foco o los focos terapéuticos de la situación clínica. Cada eje aporta información que puede constituir en sí misma el foco del tratamiento. De esta manera, el manual permite la selección de uno o varios focos, relacionados con aspectos de uno o más ejes diagnósticos. Finalmente, y en respuesta a la necesidad de una evaluación longitudinal de los procesos y resultados psicoanalíticos, el OPD-2 ofrece instrumentos de medición del cambio para cada foco identificado.

ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN CON CRITERIOS OPD-2

Como se mencionó anteriormente, el surgimiento del sistema OPD es fruto de numerosos estudios empíricos,

orientados a operacionalizar y establecer buenos niveles de acuerdo inter-evaluador para cada eje diagnóstico. Dado que constituyó su contexto geográfico de surgimiento, Alemania y Europa continental fueron el ámbito de difusión natural del sistema OPD, y de la proliferación de estudios empíricos que utilizaron los criterios del manual. El ejemplo más actual de este tipo de estudios se observa en el trabajo de Grande, Keller y Rudolf (2012), quienes realizaron en Alemania un estudio de seguimiento sobre 55 casos tratados con un enfoque psicoanalítico. Utilizando los criterios de cambio del eje IV "Estructura" planteados por el OPD-2, observaron que el cambio estructural alcanzado hacia el final del tratamiento era un fuerte predictor de la evaluación retrospectiva que el paciente efectuaba del proceso a 3 años de finalizado el mismo. En otras palabras, aquellos pacientes que evidenciaron mayor cambio estructural según el eje IV del OPD-2 hacia al final del tratamiento fueron los que mejor evaluaron su cambio retrospectivamente, a los 3 años de finalizada su psicoterapia. Dicha evaluación retrospectiva del paciente se explicaba mejor por los criterios de cambio estructural del OPD-2 que por la severidad sintomática y el funcionamiento interpersonal.

Fue Chile el primer país que introdujo el OPD-2 a nuestra región. Además de liderar su traducción al castellano, equipos de investigación chilenos comenzaron a utilizar el manual en ámbitos clínicos y de investigación. Por ejemplo, Pérez, Alvarado, De la Parra y Dagnino (2009) realizaron un estudio sobre acuerdo inter-jueces para la clasificación de los ejes OPD-2 y su relación con el nivel de entrenamiento en el uso del manual, en una muestra de 15 terapeutas. Constataron una tendencia al aumento de acuerdo a medida que se avanzaba con el entrenamiento. Los mayores niveles de acuerdo se alcanzaron para los ejes I y IV.

En Uruguay, Bernardi (2010) realizó una extensa evaluación comparativa de los sistemas PDM, OPD-2 y DSM-5, en lo que respecta a los trastornos de personalidad. Como se mencionó más arriba, en Argentina Juan, Etchebarne, Gómez Penedo y Roussos (2010) plantearon un perfil teórico OPD-2 para el TAG.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN CENTRALES PARA ESTE ESTUDIO

a) ¿Cómo es conceptualizado desde el psicoanálisis el trastorno de ansiedad generalizada (TAG)?; b) ¿Con qué ejes OPD-2 se relaciona el problema principal planteado por terapeutas psicoanalíticos para un caso de TAG?; c) ¿Con qué ejes OPD-2 se asocia el diagnóstico preliminar planteado por terapeutas psicoanalíticos para un caso de TAG?; d) ¿Con qué ejes OPD-2 se vinculan las expectativas de tratamiento inferidas por terapeutas psicoanalíticos en un caso de TAG?; e) ¿Qué perfil OPD-2 del TAG surge a partir de la utilización de los criterios del manual para el análisis de las conceptualizaciones de caso efectuadas por los terapeutas psicoanalíticos?

OBJETIVOS DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN

Objetivo general: Clasificar la conceptualización de un caso de TAG propuesta por terapeutas psicoanalíticos mediante la estructura multi-axial del OPD-2.

Objetivos específicos:

1. Clasificar el problema principal que los terapeutas psicoanalíticos plantean para un caso de TAG mediante la estructura multi-axial del OPD-2.
2. Clasificar el diagnóstico preliminar que los terapeutas psicoanalíticos plantean para un caso de TAG mediante la estructura multi-axial del OPD-2.
3. Clasificar las expectativas de tratamiento inferidas por los terapeutas psicoanalíticos para un caso de TAG mediante la estructura multi-axial del OPD-2.

MÉTODOS:

MUESTRA, MATERIALES Y PROCEDIMIENTOS

Muestra:

Para este estudio, la sub-muestra de terapeutas psicoanalíticos (n=15) de la tesis doctoral del primer autor está siendo re-analizada según los criterios OPD-2. En el estudio original, los participantes fueron convocados por el método de bola de nieve y se utilizó como criterio de inclusión la pertenencia del terapeuta a una institución psicoanalítica debidamente reconocida. La tabla 1 describe las características demográficas de los 15 participantes.

Materiales:

Cuestionario semi-estructurado completado por cada psicoterapeuta.

Para este estudio, se analizaron las respuestas a las siguientes preguntas:

- a) ¿Cuál considera usted que es el problema principal del paciente?
- b) ¿Podría dar un diagnóstico preliminar?
- c) ¿Qué expectativas respecto del tratamiento considera que tiene el paciente?

Procedimientos:

El presente proyecto constituye un análisis secundario de entrevistas tomadas como parte de la tesis doctoral del primer autor. En dicho estudio, cada participante de una muestra de 30 psicoterapeutas (15 psicoanalíticos y 15 cognitivos), en una entrevista individual, escuchó un material cuasi-clínico, diseñado por Etchebarne y Roussos (2010) para cumplir los criterios diagnósticos de TAG. Dicho material estímulo fue inspirado en la viñeta de TAG del libro de casos del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994/1996). Se le pidió a cada psicoterapeuta que escuchase el audio e interviniese como si estuviera frente a un paciente real. Luego de escuchar el material, cada participante respondió preguntas acerca de sus inferencias pronósticas, y completó un cuestionario con datos demográficos e información adicional sobre impresiones pronósticas y conceptualización global del caso. En el presente proyecto, las 15 entrevistas ya realizadas a psicoterapeutas psicoanalíticos fueron re-analizadas de acuerdo con los criterios OPD-2. El análisis de datos implicó evaluar con qué eje de la estructura multi-axial del OPD-2 se relaciona la conceptualización del caso, en términos de: a) el problema principal, b) el diagnóstico preliminar, y c) las expectativas previas al tratamiento que los terapeutas plantearon para el paciente. De esta manera, el análisis OPD-2 del diagnóstico preli-

minar y las expectativas previas al tratamiento buscó operacionalizar la conceptualización pronóstica y diagnóstica del caso. Por su parte, el análisis OPD-2 del problema principal planteado para el paciente buscó operacionalizar los focos de la conceptualización del caso efectuada por los participantes.

Actualmente, se está entrenando a un grupo de jueces (estudiantes del último año de la carrera de psicología o recién graduados) para que evalúen el material. El entrenamiento incluye el cálculo del acuerdo inter jueces, mediante el coeficiente kappa para acuerdo de evaluaciones (Landis y Koch, 1977).

LIMITACIONES DEL PRESENTE ESTUDIO

Una primera limitación de este estudio radica en que los participantes no evaluaron el caso de acuerdo con el OPD-2, sino que fueron los investigadores quienes aplicaron la estructura multi-axial del manual a partir de un re-análisis de información. Esto marca cierto límite a la comparación entre este estudio y los antecedentes de investigación con OPD-2 como los citados más arriba.

Como ya se explicó previamente, la razón fundamental de este hecho radica en el desconocimiento local respecto del OPD-2, siendo un instrumento que carece al día de hoy de una adaptación cierta en Argentina. Esta limitación es, al mismo tiempo, lo que justifica estudiar hasta qué punto el OPD-2 es útil como herramienta de operacionalización, objetivo central de este trabajo.

Otra limitación reside en que los participantes escucharon, en el estudio original, un material cuasi-clínico como estímulo, lo que nos obliga a ser cautos al momento de extrapolar estos resultados al ámbito de la práctica clínica. A su vez, la utilización de una muestra no-probabilística implica que el grado de generalización de los datos observados es desconocido. Por último, como en todo estudio exploratorio, los resultados obtenidos deben interpretarse básicamente en términos de generación de hipótesis para futuras investigaciones.

RESULTADOS

Se describirán los resultados preliminares clasificados por un juez. Se presentarán los ejes OPD-2 asociados con el problema principal inferido para el paciente (objetivo específico 1); los ejes asociados con el diagnóstico preliminar planteado para el caso (objetivo específico 2), y los ejes asociados con las expectativas inferidas en el paciente respecto del tratamiento (objetivo específico 3). Los apéndices 1 y 2 muestran los resultados obtenidos para los objetivos específicos 2 y 3.

1) Ejes OPD-2 asociados al problema principal inferido para el caso.

De los 15 participantes del estudio, 6 utilizaron conceptos asociados al eje "Estructura" (Eje IV). 4 participantes, por su parte, hicieron referencia a nociones asociadas a conflictos psíquicos (Eje III). 1 de los participantes, que ya había sido clasificado en el eje IV, también vinculó el foco de la conceptualización a la vivencia de la enfermedad (Eje I). Las respuestas de 5 participantes no pudieron ser clasificadas. No se encontraron respuestas emparentadas con el Eje II ("Relación") ni con el Eje V ("Diagnóstico

DSM / CIE").

2) Ejes OPD-2 asociados al diagnóstico preliminar planteado para el caso

A diferencia del punto anterior, en el que en un sólo caso las respuestas de los participantes fueron clasificadas en más de un eje, para la clasificación OPD-2 del diagnóstico preliminar 9 respuestas de los participantes incluyeron más de un eje. En 2 participantes de la muestra se encontraron referencias al Eje III. Los 2 participantes que hicieron mención a conceptos del Eje III, a su vez mencionaron nociones de otros ejes (en 1 caso vinculadas al Eje IV y en otro al Eje V). Por otra parte, se observó que 11 participantes usaron conceptos clasificables en el Eje IV y, a su vez, 11 participantes mencionaron cuadros diagnósticos correspondientes al Eje V. Un total de 7 participantes mencionaron en conjunto nociones de ambos ejes (IV y V).

3) Ejes OPD-2 asociados a las expectativas de tratamiento (excepto Eje I)

Por el tipo de pregunta realizada, en la indagación de este dominio se supuso a priori la presencia del eje I en todas sus respuestas. Por esto, si bien su presencia fue registrada, la misma no será ponderada al momento de evaluar los resultados.

De la muestra convocada, como se ya se anticipó, la mayoría de los participantes (13) mencionaron conceptos vinculados al Eje I. 8 participantes presentaron nociones vinculadas a los patrones relaciones del paciente (Eje II). 1 solo participante manifestó una conceptualización relacionada a conflictos psíquicos (Eje III). Los ejes IV y V no se observaron en la clasificación de las expectativas. 4 participantes sólo mencionaron nociones clasificables de acuerdo con el Eje I. 2 participantes, por su parte, no presentaron conceptos teóricos asociados a ninguno de los cinco ejes del sistema OPD-2.

DISCUSIÓN

Esta investigación buscó, con una metodología cuasi-clínica, aportar información empírica relevante sobre la participación concreta de terapeutas psicoanalíticos, en términos de cómo procesaron la información proveniente de un paciente TAG y emitieron, en consecuencia, una conceptualización global del caso. Si bien se trató de un estudio realizado por fuera del contexto clínico, se centró en la variable terapeuta y su contribución al proceso, utilizando como instrumentos de análisis los criterios del OPD-2.

Según resultados preliminares, los ejes III (Conflicto) y IV (Estructura) del OPD-2 predominaron en la clasificación del problema principal del caso, los ejes IV (Estructura) y V (Categorías CIE-10/DSM-IV) en la del diagnóstico tentativo, y el eje II (Relación) en la de las expectativas inferidas del paciente.

Una primera conclusión de estos resultados preliminares es que la estructura multi-axial del OPD-2 resultó útil para la clasificación de elementos claves del proceso de conceptualización del caso TAG utilizado como estímulo. Del total de 45 clasificaciones (15 terapeutas X 3 dimensiones a clasificar), sólo en 7 casos no fue posible asociar un eje OPD-2 a la respuesta del participante. Por otra parte, como ya se mencionó, también fue posible identificar ejes

predominantes en las tres dimensiones delimitadas para la conceptualización del caso. Cabe aclarar aquí, que el OPD-2 no habría permitido la consecución de los objetivos planteados si su utilización hubiese arrojado un número significativo de categorías no clasificables, o si no hubiesen aparecido predominancias diferentes de determinados ejes OPD-2 en cada pregunta analizada.

Yendo a un análisis más específico de los resultados observados, se constató que por lo menos cada uno de los ejes del sistema OPD-2 se clasificó una vez. Por ende, se identificaron conceptos correspondientes a todos los ejes del OPD-2 en la conceptualización del caso TAG ofrecida por la muestra. Este resultado es un argumento en favor de la estructura multi-axial del manual como reflejo de la comprensión teórico-clínica psicoanalítica, aplicable, en este caso, a una situación de ansiedad generalizada.

Se podría hipotetizar, entonces, que el OPD-2 resultaría también una herramienta valiosa para el análisis de las inferencias pronósticas de los terapeutas, investigación actualmente en proceso y que complementará este estudio.

A continuación, discutiremos cada una de las predominancias de los ejes OPD-2 observadas.

La predominancia de los ejes III y IV en la clasificación correspondiente al objetivo específico 1 podría estar mostrando que los terapeutas psicoanalíticos - al conceptualizar el problema principal de un caso - realizan una distinción básica entre patologías basadas en conflictos y patologías basadas en deficiencias estructurales. Esta distinción está en línea con una postura contemporánea en la comprensión clínica psicoanalítica que, a su vez, se sustenta en diversas investigaciones teóricas y empíricas (Blatt y Felsen, 1993; Killingmo, 1989; Kohut, 1984). De esta observación también se desprende que la fenomenología del TAG podría ser conceptualizada tanto como una estructura asociada a conflictos como un cuadro marcado por déficits estructurales (Gómez Penedo, Etchebarne, Juan y Roussos, en prensa; Juan, Etchebarne, Gómez Penedo y Roussos, 2010).

Para el diagnóstico preliminar predominaron los ejes IV y V. Resulta coherente, desde el punto de vista teórico, que los clínicos hayan combinado elementos estructurales y sintomáticos para efectuar su diagnóstico tentativo del caso. El recurso fundamental para llegar a una primera impresión diagnóstica desde una perspectiva psicoanalítica implica la ponderación de variables estructurales, mientras que el diagnóstico de trastornos mentales descriptivos representa la tendencia dominante desde un punto de vista psiquiátrico. El OPD-2 parece sensible para identificar estas particularidades. De este modo, al clasificar los diagnósticos preliminares se observó el predominio de ejes consistentes tanto con la tradición psicoanalítica como con una evaluación psiquiátrica estándar. Por otra parte, si bien para la creación del material estímulo utilizado, Etchebarne y Roussos (2010) se basaron en la descripción DSM del TAG, resulta al menos contraintuitivo que los terapeutas psicoanalíticos hayan efectuado diagnósticos DSM en su conceptualización del caso, dadas las históricas resistencias de la comunidad psicoanalítica (especialmente en nuestro medio) hacia sistemas diagnósticos descriptivos. Nos preguntamos si estos resultados están evidenciando una mayor apertura de los

clínicos psicoanalíticos contemporáneos hacia sistemas diagnósticos estructurados, lo que a su turno podría redundar en la inclusión sistemática de criterios como los del OPD-2 a su práctica terapéutica.

Cabe aclarar que el análisis del contenido específico de los diagnósticos preliminares emitidos por los participantes (por ejemplo, la predominancia del espectro obsesivo y las cuestiones de ansiedad) no fue objeto de la presente investigación. Este estudio se orientó, en cambio, a analizar cómo podían ser clasificados dichos diagnósticos según la estructura del OPD-2. Queda para futuras investigaciones discutir en mayor profundidad qué implican los contenidos diagnósticos observados (para resultados preliminares a este respecto, ver: Juan et al., 2011).

Para las expectativas de tratamiento, inferidas en el paciente por los participantes, predominó el eje II. Esta predominancia podría estar asociada con el papel de la relación como factor terapéutico, fundamental para el psicoanálisis. Cabe señalar en este punto que los abordajes psicodinámicos manualizados para el TAG ubican la relación paciente-terapeuta como un recurso técnico privilegiado y, en forma más amplia, basan parte del tratamiento en elementos relacionales (Crits-Christoph, Wolf-Palacio, Ficher, y Rudick, 1995).

En síntesis, se pueden establecer relaciones conceptuales entre cada uno de los ejes OPD-2 hallados como predominantes y coordinadas teórico-clínicas psicoanalíticas, provenientes de la literatura teórica y de investigación empírica ya citada. Dichas coordinadas aluden a aspectos genéricos de la comprensión psicopatológica y a aspectos específicos del fenómeno de ansiedad generalizada.

Para finalizar, se considera que la línea de investigación, cuyos resultados preliminares fueron presentados en este trabajo, posee implicancias relevantes para el psicoanálisis como disciplina científica.

Este tipo de estudios representan un paso hacia la inclusión de criterios empíricos para la indagación de los procesos y resultados en psicoanálisis. La apertura hacia criterios empíricos operacionalizados como los del OPD-2 podría favorecer el desarrollo de estudios psicoanalíticos replicables. Asimismo, facilitaría para el psicoanálisis una vía de intercambio con otros discursos y disciplinas, como la psiquiatría y la psicoterapia en general, a partir de un lenguaje si no común, al menos compartido. Creemos que esto constituye un necesario replanteo para el campo psicoanalítico, con el fin de evitar un ostracismo científico y metodológico en la indispensable validación de sus procedimientos y constructos fundamentales. A pesar de que la ausencia de evidencia no implica evidencia de ausencia, es importante señalar, como ya lo sostuvieron Barber y Crits-Christoph (1995), que si el psicoanálisis no se preocupa por sumar respaldo empírico a su teoría y práctica, corre el riesgo de transformarse en una disciplina marginal para los sistemas de salud y la comunidad psicoterapéutica.

TABLAS:

Tabla 1: Datos demográficos de los participantes.

N	15
Género (Fem. / Masc.)	7 / 8
Años de experiencia (Media / DE)	22,3 / 14,8
Años de experiencia (Mín. / Máx.)	3 / 41
Edad (Media / DE)	49,5 / 13,3
Edad (Mín. / Máx.)	30 / 67

APÉNDICE 1

Participantes (n = 15)	Diagnóstico preliminar	Clasificación (Ejes OPD-2)
#1	“¿Situación de crisis? ¿Qué estructura posible: Neurosis? ¿Borderline?”	III y IV
#2	“Neurosis obsesiva desde el psicoanálisis; TOC desde psiquiatría (DSM-IV-TR).”	IV y V
#3	“Neurosis obsesiva.”	IV
#4	“Neurosis obsesiva. Rasgos paranoides. Ansiedad generalizada.”	IV y V
#5	“Trastorno de ansiedad generalizado. Neurosis de angustia.”	IV y V
#6	“Su ansiedad, angustia y agresividad (no manifiesta) que le complica el vivir. En palabras del DSM: TAG.”	III y V
#7	“TOC.”	V
#8	“Estructura fóbico-obsesiva. Falso self adaptativo.”	IV
#9	“Trastorno ansioso con mecanismos obsesivos y fóbicos. Autoestima frágil. Estructuración deficitaria.”	IV y V
#10	“Trastorno de ansiedad generalizada.”	V
#11	“Neurosis fóbica con mecanismos obsesivos, pero en una estructuración frágil (del yo).”	IV
#12	“Trastorno de ansiedad.”	V
#13	“Paciente que utiliza el pensamiento de manera des-adaptativa. ¿Defensas obsesivas? ¿Self sobre-adaptado? ¿Núcleos depresivos? Si tuviera que usar el DSM-IV pensaría en un trastorno de ansiedad, donde el pensamiento, en lugar de calmar la ansiedad, se la genera.”	IV y V
#14	“Trastorno de ansiedad generalizado con mecanismos de tipo obsesivo y fóbico.”	IV y V
#15	“Trastorno de ansiedad. Personalidad con rasgos obsesivos.”	IV y V

Eje I = Vivencia de la enfermedad y pre-requisitos del tratamiento. / Eje II = Relación. / Eje III = Conflicto. / Eje IV = Estructura. / Eje V = Trastornos psíquicos y psicosomáticos DSM-CIE.

APÉNDICE 2

Participantes (n = 15)	Expectativas inferidas en el paciente	Clasificación (Ejes OPD-2)
#1	“En base a su conciencia de sufrimiento, trabajar el vínculo terapéutico (por su labilidad), reforzar su demanda, endeble, para que finalmente se constituya en paciente. En principio el paciente no tiene muy claro por qué está ahí en la consulta, lo mandaron.”	x
#2	“Dejar de pensar tanto. Estar “más tranquilo”. Dejar las preocupaciones.”	n/c
#3	“Que lo escuchen.”	II
#4	“Un tratamiento rápido en cuanto tiempo. Que yo le saque las ideas que se le imponen; y que yo le diga el por qué.”	II
#5	“Cambio significativo en la manera de interpretar situaciones en su vida. Alivio en su desenvolvimiento diario. Comprender y entender qué es lo que le está pasando.”	x
#6	“Un cambio veloz casi milagroso en donde yo le solucione su malestar físico y psíquico. Me refiero al hecho de que el paciente pareciera no sentirse protagonista de su padecer (por ejemplo, con la somatización).”	II
#7	“Espera que sus ideas disminuyan su fuerza y la invasión de su pensamiento. Que no le perturbe en su vida cotidiana y en la interacción con otros.”	II
#8	“Es precisamente un tema central a delimitar. Las expectativas que insinúa hasta acá me resultan poco claras o auténticas.”	x
#9	“Buenas expectativas. Busca alivio. Espera ser ayudado.”	II
#10	“Mejorar sus sufrimientos.”	x
#11	“Espera, en principio, un vínculo fraterno que lo ayude; no parece esperar un vínculo asimétrico; pero lo puede llegar a tolerar y aprovechar (una vez descubierto en la experiencia analítica).”	II
#12	“No tener más zumbidos. Disminuir las preocupaciones que tiene en su cabeza.”	n/c
#13	“Lograr cambiar conductas. Lograr “preocuparse menos”. Lograr manejos más adecuados de la angustia y entender por qué le pasa.”	III
#14	“Importante calidad de contención. Resonancia empática. Poder experimentar cambios a corto plazo. Sentir que el terapeuta lo acompaña en su padecer y que dé muestras de estar capacitado para ser base y soporte de aquello que lo aqueja.”	II
#15	“Creo que las expectativas están en relación a si hizo tratamientos anteriores y cómo fue el resultado de los mismos. Creo que tiene expectativas de ser ayudado ya que se nota que está sufriendo por su sintomatología.”	II

Eje II = Relación. / Eje III = Conflicto. / Eje IV = Estructura. / Eje V = Trastornos psíquicos y psicosomáticos DSM-CIE
/ x = Únicamente clasificable en el Eje I Vivencia de la enfermedad y pre-requisitos del tratamiento (excluido del análisis en este dominio) / n/c = No clasificable

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2001). *DSM-IV TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - IV - Texto revisado*. Barcelona, Masson.
- Barber, J.P. y Crits-Christoph, P. (1995). *Dynamic Therapies for Psychiatric Disorders (Axis I)*. New York, Basic Books.
- Behar, E., Dobrow DiMarco, I., Hekler, E.B., Mohlman, J. & Staples, A. M. (2009). Current Theoretical Models of Generalized Anxiety Disorder (GAD): Conceptual Review and Treatment Implications. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1011-1023.
- Bernardi, R. (2010). DSM-5, OPD-2 y PDM: Convergencias y divergencias entre los nuevos sistemas diagnósticos psiquiátrico y psicoanalíticos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 74(2), 179-205.
- Beutler, L.; Malik, M., Alimohamed, S.; Harwood, T., Talebi, H.; Noble, S. y Wong, E. (2004). Therapist variables. En A. Bergin y S. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change (5th edition ed.)* New York: J. Wiley.
- Blatt, S. J., y Felsen, I. (1993). Different Kinds of Folks may Need Different Kinds of Strokes: The Effect of Patients' Characteristics on Therapeutic Process and Outcome. *Psychotherapy Research*, 3:4, 245-259.
- Crits-Christoph, P.; Wolf-Palacio, D.; Ficher, M. y Rudick, D. (1995). Brief supportive-expressive psychodynamic therapy for generalized anxiety disorder. In: *Dynamic Therapies for Psychiatric Disorders (Axis I)*. Edited by Barber JP, Crits-Christoph P. New York, Basic Books, pp 43-83
- Duncan, B.L., Miller, S.D., Wampold, B.E., y Hubble, M.A. (2010). *The Heart and Soul of Change: Delivering what Works in Therapy* (2nd ed.). Washington, American Psychological Association.
- Eells, T., Kendjelic, E., Lucas, C. (1998). What's in case formulation ? Development and use of a content coding manual. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*; Vol. 7, N.2, 144-153
- Etchebarne, I.; Juan, S.; Balbi, P. y Roussos, A. (2012). El abordaje clínico de la preocupación en el Trastorno de Ansiedad Generalizada: Resultados preliminares. *Anuario de Investigaciones, Vol. XIX, tomo I*, 215-223. ISSN 0329-5885, Ediciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires
- Etchebarne, I. y Roussos, A. (2010b). Modelo de protocolo para presentación de un material estímulo y obtención de datos demográficos de participantes en una investigación. *Documento de trabajo 252, Universidad de Belgrano*. En: http://www.ub.edu.ar/investigaciones/dt_nuevos/252_etchebarne.pdf
- Frank, J.D. y Frank J.B. (1961/1991). *Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- Gómez Penedo, J.M.; Etchebarne, I.; Juan, S. y Roussos, A. (en prensa). Una mirada al Trastorno de Ansiedad Generalizada desde el psicoanálisis: Aproximación empírica acerca de su conceptualización. *Psicanálise: Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre*
- Grande, T., Keller, W. y Rudolf, G. (2012). What Happens After Treatment: Can Structural Change be a Predictor of Long-Term Outcome? In: Levy, R. A., Ablon, J. S., y Kächele, H. (Eds): *Psychodynamic Psychotherapy Research. Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence*. New York, Humana Press, Springer.
- Grupo de trabajo OPD (2006/2008). *Diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Barcelona, Herder.
- Juan, S.; Etchebarne, I.; Gómez Penedo, J. y Roussos, A. (2010). Una perspectiva psicoanalítica sobre el Trastorno de Ansiedad Generalizada: Raíces históricas y tendencias actuales. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*, N.14, 197-219
- Juan, S.; Gómez Penedo, J.; Etchebarne, I. y Roussos, A. (2011). Debates clínicos y de investigación acerca del trastorno de ansiedad generalizada entre terapeutas cognitivos y psicoanalistas. *Memorias del III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVIII Jornadas de Investigación y Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR; Facultad de Psicología, UBA, Tomo Psicología Clínica y Psicopatología*, 114-118, ISSN 1667-6750. Ediciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Kächele, H., Schachter, J. y Thöma, H. (2009). *From Psychoanalytic Narrative to Empirical Single Case Research: Implications for Psychoanalytic Practice*. New York, Routledge.
- Killingmo, B. (1989). Conflicto y déficit: Implicancias para la técnica. *Libro Anual de Psicoanálisis*, Londres, Vol. 70, págs. 111-126
- Kohut, H. (1984/1986). *¿Cómo Cura el Análisis?* Buenos Aires, Paidós.
- Landis, J.R., y Koch, G. G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- Leibovich de Duarte, A. (1996). "Variaciones entre Psicoanalistas en el Proceso Inferencial Clínico". *Investigaciones en Psicología Revista del Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, UBA*. 1 (1) 27-38.
- Leibovich de Duarte, A. (2000) Más allá de la información dada: Cómo construimos nuestras hipótesis clínicas. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*, N°3, 97-114.
- Leibovich de Duarte, A.; Huerín, V.; Roussos, J.; Rutzstein, G.; Torricelli, F. (2002) "Empirical Studies on Clinical Inference: Similarities and Differences in the Clinical Work of Psychotherapists with Different Theoretical Approaches and Levels of Experience". *IPA An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis. Second Revised Edition*. International Psychoanalytic Association. London. 201-204.
- Leibovich De Duarte; Rubio; Zantotto; Juan; Roussos; Huerín y Torricelli (2009). Inferencias clínicas de psicólogos y médicos en formación en salud mental en el sector público de la Ciudad de Buenos Aires. *Memorias del I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVI Jornadas de Investigación y Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Facultad de Psicología, UBA Tomo I*, págs 64-65. ISSN 1667-6750. Ediciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Levy, R.A., Ablon, J.S. y Kächele, H. (2012). *Psychodynamic Psychotherapy Research. Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence*. New York, Humana Press, Springer.
- Lutz, W., Leon, S.C., Martinovich, Z., Lyons, J.S. y Stiles, W.B. (2007). Therapist Effects in Outpatient Psychotherapy: A Three-Level Growth Curve Approach. *Journal of Counseling Psychology*, 54 (1) 32-39.
- Newman, M.G. y Llera, S. J. (2011). A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: A review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clinical Psychology Review*, 31, 371-382.
- Orlinsky, D.; Ronnestad, M.; Ambühl H.; Willutzki, U.; Botermans, J.; Cierpka M.; Davis, J. y Davis, M. (1999). Psychotherapists' assesment of their development at different career levels. *Psychotherapy*, Vol 36(3), 203-215.
- PDM Task Force. (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations

- Pérez, F., Alvarado, L., De la Parra, G. y Dagnino, P. (2009). Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD- 2): Evaluación preliminar de la validez y confiabilidad inter-evaluador. *REV CHIL NEURO-PSIQUIAT*, 47 (4): 271-278
- Roussos, A. y Vallejo, M. El psicoanálisis y su relación con los modelos de salud mental basados en la evidencia. *Rev. de Psicoanálisis, APA. LXI*. pp. 817-835.
- Schneider, W., Klauer, T. y Freyberger, H.J. (2008). Operationalized psychodynamic diagnosis in planning and evaluating the psychotherapeutic process. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 258(5),86-91.

Fecha de recepción: 15 de mayo de 2013

Fecha de aceptación: 25 de septiembre de 2013