



Revista Chilena de Neuropsiquiatría

ISSN: 0034-7388

directorio@sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y
Neurocirugía de Chile
Chile

Pérez C., Francisca; Alvarado P., Luis; de la Parra C., Guillermo; Dagnino R., Paula
Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD- 2): Evaluación preliminar de la validez y
confiabilidad inter-evaluador

Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol. 47, núm. 4, diciembre, 2009, pp. 271-278

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331527718003>

- 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

Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD- 2): Evaluación preliminar de la validez y confiabilidad inter-evaluador

Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD- 2): Preliminary assessment of its validity and inter-rater reliability

Francisca Pérez C.¹, Luis Alvarado P.^{2,3}, Guillermo de la Parra C.⁴ y Paula Dagnino R.⁵

Introduction: OPD (Operationalized Psychodynamic Diagnosis) is a recently introduced semi-structured and operationalized method of personality evaluation and diagnosis in developing countries. This preliminary report assess the impact of intensive training on OPD's criterion validity and inter rater reliability. **Method:** 15 psychotherapists recently introduced to OPD's theory and scoring procedures, rated a clinical interview during an 120 hours intensive training. Three months after training, they were asked to rate the same interview. **Results:** Concerning criterion validity, training doesn't impact on agreement with expert judgment, but it does on psychotherapeutic relevant items. Concerning inter-rater reliability our data matched already published studies, e.gr. inter-rater reliability of Axis I and IV improves significantly after training.

Key words: Diagnosis, psychotherapy, validation studies.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2009; 47 (4): 271-278

Introducción

Chile fue escogido entre los países latinoamericanos como sede para la difusión y entrenamiento del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2), y desde el año 2005, profesores nacionales y alemanes están capacitando a profesionales del ámbito de la salud mental en el uso de este instrumento.

El OPD-2 es un inventario diagnóstico multi-axial que consta de cinco ejes (Tabla 1) operacionalizados en un manual de entrenamiento y aplicación para terapeutas novicios y con experiencia^{1,2}.

Los orígenes de este instrumento se remontan a 1990 en Alemania, donde se constituyó un grupo de trabajo, formado por psicoanalistas expertos en medicina psicosomática y psiquiatras, que

Recibido: 04/06/2009

Aceptado: 16/09/2009

¹ Psicóloga. Escuela de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

² Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

³ Departamento de Psiquiatría Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

⁴ Unidad de Psicoterapia de Adultos, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

⁵ Psicóloga clínica. Unidad de Psicoterapia Adultos, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Tabla 1. OPD-2. Presentación resumida de cada eje y sus indicadores

| Ejes | Dimensiones | Indicadores |
|--|--|--|
| I. Experiencia de enfermedad y prerrequisitos de tratamiento | Evaluación objetiva de la enfermedad/del problema | 1. Gravedad actual de la enfermedad/del problema |
| | Experiencia de enfermedad-concepción y definiciones del paciente | 2. Duración de la enfermedad/ del problema |
| | Recursos para el cambio/Obstáculos para el cambio | 3. Experiencia de enfermedad y descripción |
| | (módulo psicoterapia) | 4. Modelo explicativo de enfermedad del paciente |
| | Experiencia de enfermedad-descripción y conceptos del paciente | 5. Concepto de cambio del paciente |
| II. Relación | Recursos para el cambio/Obstáculos para el cambio | 6. Recursos para el cambio |
| | | 7. Obstáculos para el cambio |
| | Perspectiva A: Vivencia del paciente | El paciente se vivencia a sí mismo El paciente vivencia a otros |
| III. Conflicto | Perspectiva B: Vivencia de los otros (también del evaluador) | Otros vivencian al paciente Otros se vivencian a sí mismos |
| | Conflicto disfuncional repetitivo | 1. Dependencia vs individuación |
| | | 2. Sumisión vs control |
| IV. Estructura | | 3. Deseo de ser cuidado vs autosuficiencia |
| | | 4. Conflictos de autovaloración |
| | | 5. Conflictos de culpa |
| | | 6. Conflicto edípico |
| | | 7. Conflictos de identidad |
| V. Trastornos psíquicos y psicosomáticos | Modo de elaboración | 1. Predominantemente activo |
| | | 2. Mixto, preferentemente activo |
| | | 3. Mixto, preferentemente pasivo |
| | | 4. Predominantemente pasivo |
| | | 5. No evaluable |
| | Capacidades cognitivas | 1a Percepción de sí mismo |
| | | 1b Percepción del objeto |
| | Capacidad de manejo | 2a Autorregulación |
| | Capacidad emocional | 2b Regulación de la relación con el objeto |
| | Capacidad de vínculo | 3a Comunicación hacia adentro |
| | | 3b Comunicación hacia afuera |
| | | 4a Vínculo con objetos internos |
| | | 4b Vínculo con objetos externos |
| | Trastornos psíquicos | Diagnóstico principal/ Otro diagnóstico |
| | Trastornos de personalidad | Diagnóstico principal/ Otro diagnóstico |
| | Enfermedades somáticas | Diagnóstico principal/ Otro diagnóstico |

se propuso ampliar la clasificación de trastornos psiquiátricos del CIE-10 y el DSM-IV, manuales que se basan en una descripción sintomatológica. Para el terapeuta de orientación psicodinámica y también de otras escuelas, la conexión entre los síntomas, los conflictos desencadenantes y las relaciones disfuncionales del paciente son elementos esenciales para entender la enfermedad del paciente³.

El objetivo del grupo de trabajo OPD es entonces ampliar las clasificaciones descriptivas orientadas a los síntomas a través de dimensiones psicodinámicas básicas. El diagnóstico psicodinámico multiaxial, se basa en cinco ejes diferentes:

Eje I: Experiencia de enfermedad y prerrequisitos para el tratamiento

Eje II: Relación

Eje III: Conflicto

Eje IV: Estructura

Eje V: Trastornos psíquicos y psicosomáticos.

Cada uno de estos ejes fue operacionalizado en un inventario diagnóstico, formulado en un nivel medio de abstracción, que permite realizar una evaluación de los procesos psicodinámicos lo más cercana posible a lo observable. Con el fin de asegurar la correcta aplicación del instrumento, se elaboró un manual en el que se describen los diferentes ejes y sus indicadores, estableciendo parámetros definidos de evaluación. Además, se elaboró una plantilla de evaluación para cada eje, con el fin de facilitar su aplicación y aumentar así la confiabilidad del instrumento^{1,2}.

La evaluación se realiza sobre la base de una entrevista semi-estructurada, donde además de la información se considera el contenido escénico (no verbal) en la medición de cada indicador. El entrevistador debe realizar una evaluación de varias dimensiones, a través de distintos indicadores que guían la indicación terapéutica. Cada uno es evaluado en una escala que va desde: no se presenta (0), leve (1), moderado (2), grave (3), hasta llegar a grave (4), además de existir una categoría correspondiente a “no evaluable” (9). Los contenidos de las dimensiones están descritos en

un glosario que presenta ejemplos para cada uno de los niveles de gravedad, para aumentar la confiabilidad de la evaluación (Cierpka, et al, 2006). El tiempo requerido para realizar el diagnóstico completo es de aproximadamente una hora.

Tras diez años de uso de la primera versión del instrumento en diferentes contextos –formación, atención ambulatoria, clínicas e investigación– aparece la segunda versión, la cual, a partir de la experiencia en la práctica clínica, enfatiza la relevancia del instrumento no sólo en su uso diagnóstico, sino que además en la indicación y planificación terapéutica.

El OPD-2 aún no ha sido validado en nuestro país, por lo que se hace necesario llevar a cabo investigaciones de validez y confiabilidad que avalen su uso en nuestro contexto.

Objetivos del Estudio

Objetivo general:

- Aportar a la validación y difusión de la segunda versión del “Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado” (OPD-2), en el contexto nacional.

Objetivos específicos:

- Aportar a la validez por criterio externo del instrumento, a través de la comparación de los resultados de los evaluadores con un criterio experto.
- Aportar a la confiabilidad del instrumento, a través de la evaluación de la objetividad inter-evaluadores.

Método

Estudio cuantitativo, descriptivo y correlacional-comparativo, con un diseño pre-experimental de preprueba-postprueba con un sólo grupo⁴. La muestra –no probabilística de elección razonada– consta de quince psicoterapeutas que recibieron entrenamiento intensivo en el uso clínico del instrumento, durante los años 2007 y 2008.

La hipótesis de trabajo es que tras someterse a entrenamiento aumentará la validez y confiabilidad inter-evaluador en la aplicación del instrumento. Los sujetos fueron sometidos a un entrenamiento que se estructuró en sesiones mensuales entre Agosto y Marzo del año 2007 y 2008 respectivamente, con un total de 120 horas. Estas sesiones consistieron en clases teóricas expositivas y en pasos prácticos, donde se efectuaron evaluaciones de entrevistas en video y discusiones clínicas de distintos casos.

Mientras se capacitaban, los participantes evaluaron una entrevista, realizada por un experto y creador del instrumento (momento 1). Esta evaluación se tradujo operacionalmente en la asignación de puntaje a los indicadores de cada eje, cuyo significado y criterios se encuentran descritos en el manual^{1,2}. Tres meses después de finalizado el entrenamiento se repitió la evaluación del mismo caso (momento 2).

Para evaluar el impacto del entrenamiento sobre la validez, se comparó al grupo en los dos momentos con un criterio experto (criterio de validez externa) mediante la prueba *t de student* para caso único. La confiabilidad se calculó a partir del acuerdo entre observadores. Para el tamaño de la muestra se espera un acuerdo de un 50% + 1, es decir, que por lo menos ocho evaluadores estuvieran de acuerdo⁵. Se espera entonces una

media de acuerdo $\geq 53,3\%$ de los evaluadores para considerar confiable a un eje.

Resultados

Los resultados en términos de validez por criterio externo y confiabilidad inter-evaluador, pre y post entrenamiento, se resumen en las Tablas 2 y 3.

Validez por criterio externo

De los veintidós indicadores evaluados para el eje I, sólo nueve no presentan diferencias significativas con el experto en los dos momentos, lo que corresponde al 43% del total de los ítems evaluados. Esto indica que en este eje el aprendizaje de los evaluadores no se puede calificar de totalmente exitoso, especialmente considerando que en el segundo momento el 48% de los ítems no coinciden con la evaluación del experto (Tabla 2).

Para el eje II no se realizó el cálculo *t* para caso único, dado que los indicadores de éste ítem son de carácter nominal.

En los indicadores del eje III, los conflictos de “Dependencia *versus* individuación” y “Conflictos de identidad” muestran un progreso en el segundo momento, ya que no aparecen diferencias

Tabla 2. Ejes OPD-2: Validez por criterio externo (acuerdo con experto pre y post entrenamiento)

| Eje | Nº de indicadores analizados | Nº de indicadores en acuerdo con el experto ($p \geq 0,05$) | | Comentarios |
|-----|------------------------------|---|----|--|
| | | M1 | M2 | |
| I | 21 | 17 | 12 | En el segundo momento el 48% de los ítems no coinciden con la evaluación del experto |
| II | | - | - | |
| III | 10 | 3 | 3 | En ningún indicador hay coincidencia en ambos momentos con el experto |
| IV | 9 | 4 | 1 | El aprendizaje de los evaluadores no resulta eficaz, ya que en todos los indicadores se observan diferencias significativas con el criterio externo en uno de los dos momentos |

Tabla 3. OPD-2: Confiabilidad inter-evaluador en cada eje

| EJE | Promedio* de acuerdo inter-evaluadores por eje |
|-----|--|
| I | 62% |
| II | Perspectiva A: 51%; Perspectiva B: 25% |
| III | 51% |
| IV | 64% |

*Expresado en porcentaje.

significativas con el criterio externo ($p = 0,219$ y $0,089$ respectivamente). Sin embargo, en los conflictos dos y cinco (“Sumisión *vs* control”; “Culpa”) se observa lo contrario. Los conflictos restantes muestran diferencias significativas con el experto en ambos momentos.

Para los indicadores del eje IV, se aprecia nuevamente que el aprendizaje de los evaluadores no resulta eficaz, ya que en todos los indicadores se observan diferencias de medias significativas con el criterio externo ($p \leq 0,041$). En cuatro de los nueve indicadores el grupo no coincide en ningún momento con éste. En otros cuatro indicadores se observa que existe coincidencia en el primer momento, pero no así en el segundo. Sólo en un ítem (“Percepción del objeto”) se aprecia que en el segundo momento se progresa en relación al primero. En la evaluación de la estructura total, la primera evaluación resultó válida, no así la segunda.

Confiabilidad

En el eje I se observa que en los indicadores “Duración de la enfermedad”, “Concepto de cambio del paciente”, y en las dimensiones “Recursos y obstáculos para el cambio” más las tres del módulo de psicoterapia presentan un leve aumento de la confiabilidad inter-evaluador en el segundo momento de evaluación. Cabe destacar, que en tres indicadores (“Gravedad actual de la enfermedad”, “Concepto de Enfermedad” y “Vivencia de enfermedad”) hay una tendencia inversa. Respecto de la significancia de los acuerdos alcanzados, ocho de los veintiún ítems analizados, no

alcanzan porcentajes de acuerdo significativo en ninguno de los dos momentos de evaluación. Sin embargo, los ítems donde se logran acuerdos significativos corresponden al 62% del total de los ítems analizados. Esto permitiría sostener que el eje I resulta ser un eje confiable.

El eje II muestra una diferencia importante en los niveles de acuerdo alcanzado entre los evaluadores para sus dos perspectivas. La perspectiva A (vivencia del paciente) logra mayores niveles de acuerdo, logrando incluso porcentajes de acuerdo significativos en algunos indicadores (55,2% \rightarrow 75%), en especial en la vivencia del paciente en relación a otros. La perspectiva B (vivencia de los otros, también del evaluador) por su parte, no alcanza porcentajes significativos de acuerdo. En relación a esto y considerando al eje II en su conjunto, la confiabilidad inter-evaluador no alcanza niveles estadísticamente significativos.

Para el eje III se observa que en los indicadores, “Deseo de ser cuidado *versus* autosuficiencia” (53,3% \rightarrow 60%) y “Conflicto de autovaloración” (60% \rightarrow 73,3%) y “Conflicto edípico” (M1 y M2 = 53,3%) se logra un porcentaje de acuerdo significativo en ambos momentos. El indicador “Conflictos de identidad” muestra un incremento importante en el nivel de acuerdo entre los evaluadores, alcanzándose en el segundo momento un porcentaje de acuerdo significativos (33,3% \rightarrow 73,3%). El resto de los ítems no alcanzan porcentajes de acuerdo significativo. Los niveles de acuerdo alcanzados por los indicadores de este eje alcanzan promedio un 51% de acuerdo entre sus indicadores. A partir de los criterios metodológicos utilizados, el eje III presenta niveles bajos de confiabilidad inter-evaluador.

El eje IV alcanza los máximos niveles de acuerdo del instrumento, logrando una media de un 64% de acuerdo. Se observa una tendencia general al aumento de los niveles de acuerdo entre los evaluadores en el segundo momento de evaluación, resultando en porcentajes significativos. La excepción la constituye el ítem “Vínculo con objetos externos”, donde el porcentaje de acuerdo disminuye, pero no de forma significativa (58,4% \rightarrow 53,3%).

Discusión

1. Validez por criterio externo

El entrenamiento no impacta significativamente sobre el grado de acuerdo del grupo con el experto en la mayoría de los indicadores. Sin embargo, es necesario considerar que existen algunos ítems que pesan más en el diagnóstico e indicación terapéutica. En el análisis del caso escogido se observa que en estos ítems hay mayores acuerdos entre el grupo y el criterio experto.

En el eje I se pueden destacar los indicadores “Gravedad de los síntomas” y los de las dimensiones de «Experiencia de enfermedad» y «Concepto de cambio del paciente», los que permiten estimar la vivencia de enfermedad que tiene el paciente, así como las representaciones subjetivas implícitas de enfermedad y cambio. Estos indicadores son de mayor gravitación en la indicación de tratamiento general y específico de psicoterapia. Algunos de estos ítems tienden a mejorar en la segunda evaluación en relación al criterio experto y otros no muestran diferencias significativas con éste en ninguno de los dos momentos.

El eje II muestra diferencias significativas entre las evaluaciones de sus dos perspectivas A y B, «Vivencia del paciente» y «Vivencia de los otros (también del evaluador)» respectivamente, lo que se condice con la teoría, ya que la evaluación de la vivencia de los otros, al considerar elementos contratransferenciales, implica una evaluación más subjetiva. De todos modos, se puede considerar que la evaluación de la perspectiva A resulta relevante desde un enfoque clínico al existir consenso entre los evaluadores, lo que no ocurre en la perspectiva B.

En el eje III los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas entre el grupo y el experto. Los indicadores “Deseo de ser cuidado *vs* autosuficiencia” y “Conflictos de autovaloración”, a pesar de diferir estadísticamente del juicio experto, son aquellos que muestran alto acuerdo inter-evaluador, concordante con la evaluación del experto. Esto es de gran importancia, ya que estos conflictos resultan determinantes en la evaluación del caso, facilitando el consenso en

el momento de seleccionar un foco de intervención terapéutica.

En el eje IV ocurre algo similar al eje III, ya que a pesar de existir diferencias estadísticamente significativas entre la media del grupo y la evaluación del experto, se observan más ítems donde el mayor acuerdo entre los observadores coincide con el criterio externo.

2. Confiabilidad inter-evaluador

Los resultados de confiabilidad, se condicen con lo encontrado previamente en la literatura⁶⁻¹³, ya que hay una tendencia al aumento del acuerdo entre los evaluadores tras haber sido entrenados. Además, se observa que en los ejes I y IV se alcanzan mayores niveles de confiabilidad (62% y 64% respectivamente). Esto es concordante con la teoría, puesto que los ejes I y IV son más objetivables, pues evalúan criterios observables en forma directa en la relación con el paciente. Los ejes II y III son ejes psicodinámicos cuya evaluación, además de basarse en la observación directa, es finalmente una hipótesis desarrollada en base a la experiencia vivida con el paciente en la situación interpersonal del “aquí y el ahora”.

En el eje II, al considerar ambas perspectivas por separado, se encuentra que la perspectiva A (vivencia del paciente) resulta confiable, no así la B (vivencia de los otros, también del evaluador). El eje III, no resulta ser un eje confiable, pero, como ya mencionamos, los ítems clínicamente relevantes alcanzan porcentajes de acuerdo significativos inter-evaluador.

El entrenamiento entonces incrementaría los niveles de confiabilidad inter-evaluador, en niveles desiguales para los distintos ejes. A pesar de que en los ejes II y III no se logran porcentajes de acuerdos significativos, en aquellos indicadores que para este caso resultan clínicamente relevantes, el acuerdo logrado sí es significativo.

Cabe destacar que, en aquellos indicadores donde los niveles de acuerdo disminuyeron en la segunda evaluación, una posible explicación podría tener que ver con la ventana de tiempo a evaluar. Frente a esto, se sugiere que se realicen sesiones prácticas de reforzamiento, donde la dis-

cusión de nuevos casos enriquezca el uso clínico del instrumento.

Desde sus comienzos, el OPD mantuvo como desarrollo programático la constante revisión y actualización de sus ejes, propósito que se ha mantenido en su segunda versión. Considerando que la masa crítica de investigación clínica con el OPD es aún limitada, se hace evidente la necesidad de desarrollarla en distintos contextos (metodológico, clínico, de entrenamiento). En este panorama se inscribe este reporte preliminar. Actualmente, estamos realizando un estudio cuyo diseño experimental permitiría testear los resultados aquí informados.

Por último, a partir de la traducción española del instrumento, que ya se encuentra disponible, se facilitará el proceso de adaptación y validación de éste en nuestra cultura.

Tomando en consideración estas limitaciones, el desarrollo de un diagnóstico psicodinámico

operacionalizado continúa siendo un paso necesario en mejorar nuestras formas de comunicación con la comunidad científica, así como una ayuda invaluable en el entrenamiento y desarrollo de habilidades clínicas.

Las experiencias recogidas hasta el momento fortalecen la base empírica del instrumento para su aplicación en investigación. Los niveles todavía muy desiguales de operacionalización de cada uno de los ejes presentan un problema, por lo que deben ser igualados y unificados, de manera que pueda crearse un sistema diagnóstico interconectado e integrado.

En este momento el grupo de trabajo OPD se encuentra preparando una versión clínica simplificada del OPD, cuya aplicación sería más sencilla en la rutina clínica. Esta versión debería mejorar la confiabilidad del instrumento en su versión actual y aumentar la validez de las evaluaciones de los clínicos.

Resumen

Introducción: El OPD (*Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado*) es un método semi-estructurado de evaluación y diagnóstico de personalidad, recientemente introducido en países desarrollados. Este reporte preliminar evalúa la validez de criterio y la confiabilidad inter-evaluador, a partir del impacto generado por un entrenamiento intensivo en el uso del instrumento. **Método:** 15 psicoterapeutas recientemente introducidos a la teoría y al uso del OPD, evaluaron una entrevista clínica, mientras formaban parte de un entrenamiento de 120 horas. Tres meses después de finalizado el entrenamiento, se les pidió que volvieran a evaluar la misma entrevista. **Resultados:** De acuerdo a la validez de criterio externo el entrenamiento no impacta en el acuerdo con el evaluador experto, pero sí lo hace en los ítems psicoterapéuticamente relevantes. En relación a la confiabilidad inter-evaluador, los resultados se condicen con los estudios revisados en la literatura. Los resultados de la confiabilidad inter-evaluador del eje I y el eje IV se incrementan significativamente después del entrenamiento.

Palabras claves: Diagnóstico, psicoterapia, estudio de validación.

Referencias

1. Arbeitskreis OPD (Hrsg.). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD – 2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern, Huber Verlag; 2006.
2. Grupo de Trabajo OPD (Edits.) Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD – 2). Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia. Barcelona, Herder; 2008.
3. Cierpka M, Stasch M, Dahlbender R. El sistema Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD): Concepto, confiabilidad y validez. *Rev Chil de Neuro-Psiquiat* 2006; 44 (2): 105-25.
4. Hernández R, Fernández R, Baptista P. Metodología de la Investigación. México. Mc Graw-Hill. Interamericana editores; 2003.
5. Wenk E. Metodología Psicométrica (apunte docente). Escuela de Psicología, Universidad de Chile; 2006.
6. Franz M, Dahlbender R W, Gündel H, Hake K, Klauer T, Kessler-Scheeler S, *et al.* Ergebnisse der Multizenterstudie zur OPD-Achse I (Krankheitsserleben und Behandlungsvoraussetzungen) im Konsildienst». In: Schneider W, Freyberger H, Herausgeber. Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Bern, Huber; 2000; pp. 162-78.
7. Freyberger H J, Dierse B, Schneider W, Strauß B, Heuft G, Schauenburg H, *et al.* Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) in der Erprobung-Ergebnisse einer multizentrischen Anwendungs- und Praktikabilitätsstudie». *Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie* 1996; 46: 356-65.
8. Freyberger H J, Schneider W, Heuft G, Schauenburg H, Seidler G H. Zu Anwendbarkeit, Praktikabilität, Reliabilität und zukünftigen Forschungsfragenstellungen der OPD. In: Schauenburg, H., Freyberger, H.J., Cierpka, M., Buchheim, P (Hg.): OPD in der Praxis, Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Bern: Huber; 1998; pp. 105-19.
9. Gil M S, Weinstein R. Adaptación y validación en Chile del eje I del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD): Experiencia de enfermedad y prerrequisitos para el tratamiento». Informe final de tesis para optar al Grado Académico de Magíster en Psicología Clínica. No publicada. Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile. 2007.
10. Cierpka M, Grande T, Oberbracht C, Schneider W, Schübler G, Heuft G, *et al.* Zur Validität der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD). *Psychotherapeut* 2001; 46: 22-33.
11. Cierpka M, Straub J. OPD-2. Die neue Version der Operationalisierten Psychodynamische Diagnostik. *Psychotherapeut*. 2006; 51: 171-4.
12. Cierpka M, Grande T, Rudolf G, Von Der Tann M, Stasch M, and the OPD Task Force. The Operationalized Psychodynamic Diagnostics System: Clinical Relevance, Reliability and Validity. *Psychopathology* 2007; 40: 209-20.
13. Schneider G, Mendler T, Heuft G, Burgmer M. Validität der Konfliktachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-1)-empirische Ergebnisse und Folgerung für die OPD-2. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 2008; 54: 46-62.

Correspondencia:

Francisca Pérez Cortés

Las Hortensias 2822, dpto. 701, Providencia, Santiago.

F: (56) 2 3346708/ (56) 9 8726519

E-mail: franperezcortes21@gmail.com