

CRITERIOS PARA EVALUAR EL PROCESO DE SUPERVISIÓN EN TERAPIA PSICOANALÍTICA: APORTES DEL DIAGNÓSTICO PSICODINÁMICO OPERACIONALIZADO 2 (OPD-2)

CRITERIA TO ASSESS THE PSYCHOANALYTICAL THERAPY SUPERVISION PROCESS: CONTRIBUTIONS OF THE OPERATIONALIZED PSYCHODYNAMIC DIAGNOSTIC (OPD-2)

Santiago Juan¹

Resumen

Introducción: la terapia psicoanalítica contemporánea suscribe una planificación y evaluación del proceso que combine juicio clínico con evidencias empíricas (Barber y Sharpless, 2015; Juan y Pozzi, 2016). Objetivos y estructura: este artículo presenta una organización de criterios para evaluar el proceso de supervisión en terapia psicoanalítica. Se combinan aspectos clásicos con aportes del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado 2 (OPD-2) (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008). Se ofrecen guías para sistematizar la descripción del caso, su evolución, y los motivos y expectativas del terapeuta para supervisar. El OPD-2 es utilizado para operacionalizar el diagnóstico del paciente supervisado y evaluar el progreso durante el tratamiento. Los parámetros ofrecidos se ejemplifican mediante un material clínico. Discusión: se analiza la utilidad de los criterios presentados como recurso para la actividad de supervisión y la práctica clínica. También se discuten sus implicancias para la investigación empírica que evalúe mecanismos de cambio en terapia psicoanalítica.

Palabras clave: Terapia psicoanalítica – Supervisión – Evaluación – OPD-2 — Mecanismos de cambio

Summary

Introduction: contemporary psychoanalytic therapy goes through a planning and evaluation process that combines clinical judgment and empirical evidence (Barber and Sharpless, 2015; John and Pozzi, 2016). Objectives and structure: this article

¹ Doctor en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA).

Terapeuta y supervisor especializado en psicoterapia psicoanalítica.

Docente de grado y posgrado, Facultad de Psicología, UBA.

Docente del Instituto Universitario de Salud Mental, Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires.

Ex docente del Posgrado en Psicoterapias Psicoanalíticas, Centro de Estudios en Psicoterapias, Buenos Aires.

Investigador formado en psicología clínica (UBA), ex becario doctoral CONICET-UBA.

presents a body of criteria applied to assess the supervision process in psychoanalytic therapy. Classical aspects are combined to contributions from the Operationalized Psychodynamic Diagnostic 2 (OPD-2) (OPD Work Group, 2006 / 2008). Guidelines are offered to systematize the description of the case, its evolution, as well as the motives and expectations of the therapist regarding supervision. The OPD-2 is applied to operationalize the diagnosis of the supervised patient and assess progress during treatment. The parameters offered are exemplified by means of clinical material. Discussion: the contributions of the criteria presented as a resource for the supervising activity and clinical practice are discussed. Their implication for empirical research assessing change mechanisms in psychoanalytic therapy are also discussed.

Key words: Psychoanalytic therapy – Supervision – Assessment – OPD-2 – Change mechanisms

Introducción: objetivos y estructura del presente artículo

En las últimas décadas, diversos grupos de trabajo han confluído en la necesidad de una sistematización del proceso diagnóstico en terapia psicoanalítica, que permita no sólo una adecuada conceptualización del caso, sino además una indicación y planificación del proceso terapéutico, basada en evidencias de la investigación empírica (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008; PDM Task Force, 2006). En sentido amplio, se trata de lograr una integración de tradiciones teóricas, experticia profesional y resultados de investigación sistemática, posibilitando una práctica clínica más efectiva y actualizada (Barber y Sharpless, 2015; Bernardi, Varela, Miller, Zytner, de Souza y Oyenard, 2016; Juan y Pozzi, 2016).

Dentro de este contexto, el presente artículo ofrece una organización de criterios para presentar y evaluar el proceso de supervisión en terapia psicoanalítica, integrando al formato tradicional estrategias de diagnóstico, tratamiento y medición del cambio que recuperan aportes de la investigación empírica. En conjunto, dicha organización puede utilizarse como una guía para el proceso de supervisión, útil al terapeuta que presenta el caso, y también útil para el supervisor.

Teniendo en cuenta lo anterior, la primera parte del artículo describe y analiza criterios para sistematizar: a) la descripción del caso, b) su evolución desde la primera entrevista, y c) los motivos y expectativas del terapeuta a la hora de supervisar, incluidos los aportes de la supervisión percibidos a posteriori por el supervisado. Junto con recuperar aspectos del modelo clásico de supervisión psicoanalítica (ver, por ejemplo: Bleichmar, 2005), se incluyen aportes del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado 2 (OPD-2) (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008). De esta forma, los ejes OPD-2 son utilizados para sistematizar el diagnóstico, mientras que el concepto de foco OPD-2 es utilizado para evaluar la evolución o detenimiento del proceso a supervisar. Los parámetros ofrecidos se ejemplifican mediante un material clínico. La parte final del

artículo analiza la utilidad de los criterios presentados como recurso para la actividad de supervisión, la práctica clínica y la investigación.

Organizando el proceso de supervisión paso a paso

Primer paso: la descripción del caso a supervisar

Tal cual muestra la tabla 1, la organización de este primer paso está pensada a partir de los siguientes ítems: los datos demográficos, el motivo de consulta, los datos de la constelación familiar y el desarrollo emocional del paciente relevantes para la supervisión, el perfil diagnóstico OPD-2, los focos actuales OPD-2, el tipo de tratamiento y el momento del proceso.

Tabla 1. Ítems y preguntas guía para la descripción del caso a supervisar

| Ítem | Preguntas guía |
|--|--|
| Datos demográficos | ¿Edad? ¿Estado civil? ¿Ocupación? ¿Situación socio-económica? ¿Lugar de residencia? |
| Motivo de consulta | ¿Cuál es el problema que motiva la consulta? ¿Es necesario seleccionar entre varios motivos? ¿Se puede identificar algún factor desencadenante? ¿Qué tipo de tratamiento busca el paciente? |
| Datos relevantes de constelación familiar y desarrollo emocional | ¿Qué idea nos brinda el caso respecto del medio-ambiente primario? ¿Qué redes sociales durante el desarrollo? ¿Ha habido situaciones traumáticas? ¿Cómo ha sido el desarrollo vital del paciente? |
| Perfil diagnóstico OPD-2 | ¿Qué vivencia de la enfermedad y qué prerequisites para el tratamiento evidencia el caso? ¿Qué patrones relacionales disfuncionales pueden identificarse? ¿Qué conflictos están activados en el paciente? ¿Qué nivel presenta de funcionamiento estructural? ¿Qué diagnóstico cumple según criterios descriptivos? |
| Focos actuales OPD-2 de trabajo | ¿Predominan en el paciente focos de conflicto o focos de vulnerabilidades estructurales? ¿En qué episodios relaciones se expresan estos conflictos o estos daños de la estructura? ¿Es precondición del tratamiento focalizar en la vivencia de la enfermedad del paciente? ¿Hay síntomas que justifiquen un foco? |
| Tipo de tratamiento y momento proceso | ¿Dónde se ubica el tratamiento en el continuo “de apoyo-expresivo”? ¿La psicoterapia es de corto, mediano o largo plazo? ¿En qué momento del proceso se está hoy (inicial-intermedio-cierre)? |

Siguiendo la tabla 1, la descripción del caso comienza con el clásico relevamiento de datos demográficos, que ubican inicialmente la situación de consulta y pueden, al mismo tiempo, orientar la supervisión. De esta manera, ya se pueden considerar con un sentido clínico, por ejemplo, la edad del paciente y las tareas vitales esperables, los obstáculos asociados con su nivel socio-económico, las particularidades de su

contexto socio-cultural, los problemas vinculables con su área profesional-laboral, o los potenciales conflictos asociados con su estado civil. Dicha información podrá ser integrada, a su vez, con el o los motivos de consulta presentados. En el marco de una supervisión importa, además, la ampliación del motivo de consulta que ha realizado el terapeuta tratante, seleccionando ya focos tentativos de trabajo, identificando factores desencadenantes e integrando la situación actual de consulta con sus datos biográficos relevantes.

Aportes del OPD-2 para la descripción del caso a supervisar

Teniendo en cuenta la tabla 1, los aspectos mencionados hasta aquí brindan un contexto para el armado de un perfil OPD-2 del caso. El OPD-2 (por la sigla en alemán de “Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado 2”) es un instrumento diagnóstico multi-axial conformado por 5 ejes (ver más adelante). Surgido en Alemania como un trabajo conjunto entre clínicos e investigadores psicoanalíticos, el sistema OPD buscó ampliar las clasificaciones descriptivas desde una perspectiva psicoanalítica. En 2006 se realizó una segunda versión (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008) que ampliaba y corregía la anterior. La segunda versión del instrumento incluyó el concepto de “foco”, junto con estrategias sistemáticas para la medición de su cambio a lo largo del tratamiento (para una síntesis, ver: De la Parra, Gómez-Barris y Dagnino, 2016; Juan y Pozzi, 2016). Los criterios del manual pueden considerarse “con base empírica” en el sentido que recuperan hallazgos de investigación fundamentales para el campo psicoanalítico. Su vínculo con lo empírico también radica en que ofrecen una estrategia para operacionalizar, es decir, tornar medible, aspectos centrales de una conceptualización y un plan de tratamiento orientado psicoanalíticamente.

Dentro de este marco, los cinco ejes diagnósticos OPD-2, consideran: 1) la vivencia de la enfermedad y los prerrequisitos para el tratamiento, 2) los patrones relaciones disfuncionales, 3) los conflictos activados, 4) el nivel de funcionamiento estructural y 5) el diagnóstico según criterios DSM-5 [American Psychiatric Association (APA), 2013]. La tabla 1 ilustra cómo cada eje implica una serie de preguntas, de acuerdo con la información que se releva.

El primer eje evalúa cómo vivencia la enfermedad el paciente, indagando el nivel de padecimiento subjetivo, los recursos y obstáculos para el cambio, el concepto de cambio buscado y el tipo de tratamiento (por ejemplo, orientado al conflicto, de apoyo emocional o activo-directivo) que el consultante parece requerir del terapeuta. Estos aspectos configuran las precondiciones del paciente para un tratamiento y orientan la indicación de la psicoterapia, en el contexto del continuo “de apoyo-expresivo” (Luborsky, 1984), como será desarrollado luego. La pregunta básica aquí gira en torno a cómo vivencia el paciente su enfermedad y qué prerrequisitos para el tratamiento presenta. Cada uno de estos puntos es evaluado en escalas Likert, desde “ausente” a “muy alto”.

El segundo eje OPD-2 permite elaborar un diagnóstico de los patrones relacionales disfuncionales, que el paciente repite y de los que usualmente se queja. Aquí se trata de identificar los círculos viciosos interaccionales que el paciente ha incluido en su consulta, y que se consideran como un factor de mantenimiento fundamental de sus problemáticas. Estos circuitos implican las siguientes preguntas: a) ¿cómo siente el paciente repetidamente a sus otros significativos?, b) ¿cómo se percibe a sí mismo en la interacción con otros?, c) ¿cómo los otros (incluido el terapeuta) perciben la conducta del paciente?, y d) ¿cómo los otros (también el clínico) se perciben a sí mismos en la interacción con aquél? El eje “relación” permite analizar la oferta de rol inconciente del paciente, lo que puede ser un objetivo del tratamiento en sí mismo y, por ende, un tema central a supervisar, como será ejemplificado posteriormente. El manual ofrece 32 ítems relacionales a partir de los cuales construir un patrón disfuncional, recuperando tradiciones de investigación empírica en psicoanálisis que han focalizado en operacionalizar la dinámica transferencia-contratransferencia (Luborsky, 1984; Luborsky y Crits-Christoph, 1990; Strupp y Binder, 1984).

El tercer eje OPD-2 “conflicto” se pregunta por cuáles son los temas conflictivos históricos del paciente, presentes en su biografía de manera repetitiva. Se evalúan 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. Este eje posibilita, a su vez, evaluar los modos defensivos del paciente ante la percepción de estos conflictos, como así también la potencial existencia de conflictos que sean reactivos a sucesos actuales (situaciones de crisis). Cada conflicto es evaluado desde “ausente” a “muy significativo” en una escala Likert. La tipología de conflictos OPD-2 integra la tradición teórica psicoanalítica con estrategias de operacionalización, brindando una descripción detallada de cada conflicto, con afectos guía que permiten su diagnóstico y ejemplos de anclaje para cotejar con el paciente a evaluar.

Por su parte, el cuarto eje “estructura” del OPD-2 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) 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. Tal como señala Bernardi (2010), el eje estructura evidencia el consenso internacional respecto a considerar el funcionamiento de la personalidad en términos de los vínculos del sí-mismo con los objetos. Estas 4 dimensiones se califican desde “bien integradas” a “desintegradas” en una escala Likert. Para cada una de las 8 dimensiones estructurales mencionadas, el manual ofrece 3 sub-dimensiones, con listados de descriptores, ejemplos y criterios a utilizar para una correcta evaluación. En conjunto, se evalúan 24 parámetros.

Finalmente, en el quinto eje OPD-2 se clasifican los diagnósticos según el sistema DSM-5 (APA, 2013), integrando los síntomas descriptivos en una formulación psicoanalítica del caso, por ejemplo, entendiéndolos como emergentes de una estructura dañada (eje 4), de un conflicto intrapsíquico (eje 3), del papel de patrones relacionales disfuncionales (eje 2), o de una combinación de dichos aspectos (ver: Bernardi et al., 2016; Juan, Pescio, Gómez Penedo y Roussos, 2013).

Cada eje OPD-2 puede convertirse en un punto clave de la supervisión y organiza la presentación del caso. El perfil diagnóstico puede construirse de manera exhaustiva, pero el manual también permite un uso más flexible, aplicable a la práctica clínica, donde los criterios sean utilizados de manera más global. Aplicados al ámbito de la supervisión, los criterios OPD-2 brindan una mayor sistematización para preparar el caso. En mi experiencia como supervisor, esto permite al terapeuta tratante un mejor uso de la supervisión, ya que antes de presentar el caso lo ha organizado con un sentido clínico, pero a la vez sistemático. Por su parte, el supervisor puede valerse de aspectos del perfil OPD-2 para organizar su tarea y efectuar una buena devolución al supervisado.

Utilidad del concepto de foco OPD-2 al ámbito de la supervisión

El segundo aporte del OPD-2 como criterio para la supervisión en terapia psicoanalítica alude a su concepto de foco. Así, una vez construido el perfil OPD-2 del caso, se puede tomar la información de cada eje para identificar, junto al paciente primero y junto al supervisor después, aquellos *“aspectos problemáticos que producen o mantienen el trastorno y sobre los cuales debe construirse el trabajo terapéutico”* (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008, p377). En otras palabras, la información de cada eje puede constituir un foco terapéutico, que esté en el centro de la atención clínica al momento de supervisar.

En este contexto, y tal cual muestra la tabla 1, la supervisión deberá indagar si las maneras en que el paciente vive su enfermedad justifican un foco y, entonces, es necesario trabajar, por ejemplo, sobre su demanda de tratamiento, su conciencia de enfermedad o su motivación a la terapia. También será necesario evaluar el protagonismo de determinado conflicto en la situación clínica del paciente, tomando los criterios OPD-2. Por ejemplo, evaluar si es necesario focalizar en la temática del control, en los problemas de auto-valoración, en el dilema entre depender o sentirse individualizado, o en la polarización no adaptativa entre recibir cuidados excesivos del otro o manejarse de forma (pseudo) autosuficiente. De la mano del eje estructura, será necesario también preguntarse por las capacidades de auto-regulación, auto-percepción y comunicación interna y externa del paciente, buscando si existen determinados daños estructurales que conformen un foco terapéutico. Finalmente, es importante reflexionar junto al clínico que supervisa si existen perfiles sintomáticos que justifiquen un foco, es decir, síntomas que necesiten ser tomados en cuenta para la prosecución del tratamiento. El

diagnóstico descriptivo no puede quedar excluido, aunque sea insuficiente para una conceptualización psicoanalítica. Aquí se abre la oportunidad, además, de integrar dicha información con el perfil OPD-2 del caso, permitiendo una mejor comprensión de los síntomas.

En conjunto, la presentación de los focos actuales de trabajo OPD-2 brinda una útil visión panorámica sobre los puntos en los que se está trabajando con el paciente, y que pueden representar aspectos problemáticos del tratamiento. Ambos criterios resultan fundamentales para una supervisión.

Tipo de tratamiento y momento del proceso a supervisar

El último punto incluido en la tabla 1 alude al tipo de psicoterapia y al momento del proceso a supervisar. Una pregunta clave aquí refiere a si se trata más bien de un tratamiento “de apoyo” o “expresivo”, tomando en cuenta la distinción de Luborsky (1984). Este continuo “de apoyo-expresivo” constituye un eje ordenador para gran parte del psicoanálisis contemporáneo. En términos muy amplios, Luborsky (1984) planteó una complementariedad entre estrategias orientadas al apoyo y sostén del paciente y aquellas orientadas hacia la expresión de sus contenidos y conflictos inconcientes. De esta forma, una psicoterapia psicoanalítica puede, alternadamente, servir de apoyo de aquellos aspectos más dañados y desorganizados del paciente, y servir como espacio de generación de insight para sus aspectos más desarrollados. Suscribiendo esta distinción, el OPD-2 permite identificar si los focos del caso están más vinculados con el eje conflicto, lo que seguiría la línea de la psicoterapia “expresiva”, o con el eje estructura, lo que seguiría la línea de la psicoterapia “de apoyo”. Por lo tanto, la presentación de los focos actuales de trabajo OPD también cumple la función de evaluar el predominio relativo del conflicto y la estructura en el caso a supervisar (ver: De la Parra, Gómez-Barris y Dagnino, 2016).

El último ítem de la tabla 1 refiere al plazo de tratamiento y al momento del proceso. Ambos puntos orientan tanto al terapeuta que supervisa como al supervisor, brindando un contexto adecuado para comprender la situación clínica. A modo de ejemplo, no es lo mismo el sentimiento de “proceso estancado” de un terapeuta al inicio de una terapia que luego de un tramo de proceso. Tampoco será lo mismo la ponderación de objetivos alcanzables para una terapia que tiene, por caso, un tiempo breve delimitado de antemano por condiciones externas, versus una psicoterapia que se plantea de tiempo ilimitado.

Segundo paso: la evolución del caso desde la primera entrevista

Un segundo paso en el proceso de supervisión alude a describir cómo ha ido evolucionando el caso hasta el momento. En ese sentido, la tabla 2 resume ítems y preguntas guía necesarios a la hora sistematizar la evolución de un proceso.

Siguiendo la tabla 2, en primer lugar se buscará explicitar durante la supervisión las características de la construcción y mantenimiento de la alianza terapéutica. Importará cómo se ha podido (o no) generar una alianza, si este proceso se ha mantenido estable, y cómo es actualmente la calidad de ese vínculo. Un obvio contrapunto al tema de la alianza estará dado por la dinámica transferencia-contratransferencia. En este sentido, la supervisión también se propone como un lugar privilegiado para analizar la contratransferencia del terapeuta, y para entender y contextualizar la transferencia del paciente. Aquí importa, por ejemplo, si se han generado reacciones que ameritan ser supervisadas. Vale la pena recordar que, si se han tomado los criterios OPD-2 para conceptualizar el caso, este punto estará contenido en la evaluación del eje 2 “relación” y del posterior monitoreo del foco “relación” a lo largo del tiempo, como se verá más adelante.

Tabla 2. Evolución del caso desde la primera entrevista: ítems y preguntas guía

| Ítem | Preguntas guía |
|-----------------------------------|--|
| Alianza terapéutica | ¿Qué nivel de alianza terapéutica se ha podido construir con el paciente? ¿Cómo ha ido evolucionando? ¿Cómo está actualmente? |
| Transferencia-Contratransferencia | ¿Han surgido reacciones transferenciales o contra-transferenciales? ¿Qué rol ha tendido a inducir el paciente en el terapeuta? ¿Qué imagen de sí mismo le ofrece en la relación? ¿Ha habido cambios en este proceso? |
| Intervenciones | ¿Cómo ha sido la respuesta del paciente ante las intervenciones del terapeuta? ¿Ha habido cambios en este patrón de respuesta? |
| Evolución de focos OPD-2 | ¿Cómo va cambiando o no la vivencia de la enfermedad del paciente? ¿Cómo se van modificando los patrones relacionales disfuncionales? ¿Cómo el paciente va siendo capaz de concientizar sus ofertas de rol inconcientes? ¿Qué grado de elaboración muestra el caso respecto de los conflictos típicos repetitivos? ¿El tratamiento va generando un apoyo y una restauración de funciones estructurales dañadas? ¿Los síntomas que estaban presentes al inicio de la consulta han recrudecido o han remitido? |

Otro punto central de la evolución de un proceso alude a las intervenciones clínicas y al patrón de respuesta que viene evidenciando el paciente hacia aquellas. Ya al haberse explicitado el tipo de tratamiento, se tendrá una idea sobre si el clínico está priorizando técnicas interpretativas o técnicas de apoyo en su abordaje del caso. De cualquier manera, las preguntas de la tabla 2 refieren a indagar cómo está tomando el paciente dichas intervenciones. Nótese que existirá un vínculo natural entre la calidad de la

alianza terapéutica, las características transferenciales y contra-transferenciales, y el uso que el paciente podrá o no hacer de las intervenciones clínicas. Una vez más, la supervisión se ofrece como ámbito privilegiado para la integración de estos aspectos en el juicio clínico del terapeuta tratante.

Los criterios OPD-2 para medir el cambio en el marco de una supervisión

La tabla 2 también incluye los criterios del OPD-2, respecto del grado de evolución de los focos terapéuticos. Así, el OPD-2 ofrece criterios para medir el cambio en los focos seleccionados al conceptualizar el caso (ver tabla 1). Dichos criterios, integrados en la Escala de Re-estructuración de Heidelberg (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008) pueden incorporarse al proceso de supervisión. Esto permite no sólo una mejor presentación del caso, sino también una mejor organización del material y de las preguntas que ameritan la supervisión. De esta forma, los focos OPD-2, y el estado de su evolución, ayudan a terapeuta y supervisor a pensar el caso, identificar potenciales problemas de abordaje, elaborar nuevas estrategias terapéuticas, y monitorear, en sentido amplio, la evolución del proceso (Juan y Pozzi, 2016).

Como explica el Grupo de Trabajo OPD (2006/2008), la Escala de Re-estructuración de Heidelberg implica preguntarse por el lugar que ocupa la evolución de un caso, desde un absoluto rechazo defensivo de los focos OPD-2 identificados (puntaje 1), hasta una completa elaboración de los mismos, lo que implicaría la noción psicoanalítica de “cambio estructural” (puntaje 7). Aunque este instrumento puede utilizarse de manera estricta, sobre todo en el campo de la investigación (ver, por ejemplo: Dagnino, 2013; Grande et al., 2009, 2012; Juan, Gómez Penedo y Roussos, 2017), también permite un uso flexible para la práctica clínica. Concretamente, resulta útil que el terapeuta considere las “categorías” de evolución como ejes descriptivos de hasta dónde ha llegado el tratamiento con determinado paciente en un momento específico, o cómo comienza el proceso en cuestión. Dicha categorización incluye un manejo y elaboración creciente de los focos que seguiría el siguiente trayecto: 1) “rechazo defensivo del foco”, 2) “presencia no deseada del foco”, 3) “vaga percepción del foco”, 4) “reconocimiento y exploración del foco”, 5) “disolución de viejas estructuras en el área del foco”, 6) “re-estructuración en el área del foco” y 7) “disolución del foco” (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008). Algunas de las dimensiones que el OPD-2 ofrece para operacionalizar la trayectoria descrita comprenden, por ejemplo: el cambio desde la atribución al exterior de demandas excesivas hacia el trabajo sobre las propia participación en los conflictos; el cambio desde la rigidez defensiva hasta la flexibilización y concientización de defensas; y la inclusión de nuevas posibilidades de vivencias y conductas. Como explican Juan y Pozzi (2016), estos criterios con base empírica pueden ser útiles a la clínica, al momento de evaluar la evolución de un proceso psicoanalítico y, por ende, útiles también para el ámbito de la supervisión de pacientes.

Dentro de este contexto, para cada foco OPD-2 el terapeuta podrá hacerse la pregunta sobre en qué lugar de la mencionada trayectoria se encuentra el caso. Así, cada una de

las preguntas incluidas en la tabla 2 podrá responderse teniendo en cuenta las categorías de la escala. De manera global, también se podrá estimar la categoría que mejor describa una visión panorámica sobre la evolución del paciente.

Es necesario, al considerar la evolución de los focos, retomar la importancia relativa que tienen para el caso los focos de conflicto versus los focos de estructura. Como ya se mencionó previamente, esta distinción es el eje de un abordaje psicoanalítico actualizado, e impacta directamente en cómo entenderemos la evolución del proceso. Por ejemplo, es muy probable que si predominan focos de estructura, el paciente no logre acceder a un nivel de disolución del foco (puntaje 7), sino más bien a un reconocimiento y exploración de sus áreas problemáticas (puntaje 4), dado que el cambio estructural está limitado, justamente, por variables de estructura. Por el contrario, es plausible que pacientes neuróticos, en donde predominan focos de conflictos, sí accedan a un insight sobre las motivaciones de los mismos, y puedan generar cambios estructurales, sobre una base de personalidad que así lo permite. A los efectos de una supervisión resulta muy útil establecer esta diferencia global, que posibilite una adecuada “calibración” de los objetivos del tratamiento, las posibilidades del paciente y las tareas para el terapeuta.

Tercer paso: la supervisión desde la perspectiva del terapeuta: motivos, expectativas y aportes percibidos a posteriori

Un tercer conjunto de criterios que organiza el proceso de supervisión alude a la perspectiva del terapeuta que supervisa el caso. En este punto, importan los motivos que el clínico tiene para supervisar, las expectativas con las que llega al momento de la supervisión y los aportes que podrá percibir a posteriori, una vez supervisado el caso. La tabla 3 resume los ítems y preguntas guía de este tercer grupo de parámetros.

Siguiendo la tabla 3, de lo que se trata es de identificar el o los motivos centrales que han llevado al terapeuta a presentar su caso a supervisión. Esto suele ser un eje fundamental para el supervisor a la hora de pensar cómo encarar su tarea. Al mismo tiempo, los puntos analizados en las secciones anteriores vuelven a cobrar relevancia. Por ejemplo, si pelagra la alianza terapéutica, será importante detallar la evolución de dicha alianza y si se han verificado rupturas en su establecimiento.

Tabla 3. La supervisión desde la perspectiva del terapeuta

| Ítem | Preguntas guía |
|---|---|
| Motivos para supervisar | ¿Peligra la alianza terapéutica? ¿Existen fenómenos transferenciales y/o contra-transferenciales, que ameritan una supervisión? ¿Se alcanza a comprender la demanda del paciente? ¿Hay discrepancia entre las metas del paciente y sus recursos, inferidos por el terapeuta, para alcanzarlas? ¿Se percibe un detenimiento del proceso? ¿Se duda si las intervenciones son inadecuadas, o refuerzan la patología del paciente? ¿Tendrían que cambiar aspectos de terapeuta y/o paciente para cumplir con objetivos del tratamiento? |
| Expectativas respecto de la supervisión | El terapeuta busca con su supervisión: ¿Mejorar su comprensión del paciente? ¿Resolver dudas sobre el abordaje terapéutico? ¿Aumentar su adherencia a una línea de tratamiento? ¿Obtener validación por parte del supervisor? ¿Recuperar motivación para tratamiento del paciente? |
| Aportes percibidos de la supervisión | La supervisión generó cambios en: ¿Diagnóstico y conceptualización del paciente? ¿Intervenciones y adherencia del terapeuta? ¿La alianza terapéutica y el vínculo transferencial /contra-transferencial? ¿El sentimiento de competencia del terapeuta respecto de su tarea? ¿La motivación en el terapeuta para el tratamiento del paciente? |

Del mismo modo, la tabla 3 ilustra que otro motivo central para supervisar puede estar en las características que haya adquirido la dinámica transferencia-contratransferencia, por ejemplo: el aburrimiento que el paciente genera en el terapeuta, las actitudes desafiantes del paciente respecto del encuadre o la erotización del vínculo por efectos transferenciales. Otras preguntas guía apuntan a si el clínico es capaz de comprender la demanda de su paciente, estimar adecuadamente sus recursos, consensuar objetivos de tratamiento, efectuar intervenciones adecuadas a la situación de

tratamiento o considerar la necesidad de cambios en la actitud terapéutica. Nótese aquí la importancia que adquiere la distinción “estructura-conflicto”, o “de apoyo-expresivo”, como eje orientador. Una vez más, si la situación clínica está considerada adecuadamente como predominio de conflictos o como predominio de fallas estructurales, será más fácil para terapeuta y supervisor adaptar las características de la oferta terapéutica a las necesidades del paciente.

En relación con el punto anterior, resultará útil explicitar las expectativas que se tiene respecto de la supervisión. La tabla 3 implica considerar que lo que busca un terapeuta a la hora de supervisar, las razones por las cuales presenta el caso, son un aspecto fundamental para entender ese proceso y las maneras de potenciar sus efectos terapéuticos. Incluso, si se han tomado los criterios descritos hasta aquí de una manera integrada, el mismo proceso de presentación estructurada del caso para su supervisión podrá orientar al clínico sobre sus motivos para supervisar, y sobre los caminos para responder esos interrogantes. Considérese, por caso, que el terapeuta busca mejorar su comprensión del paciente. Si ha podido generar un perfil sobre la descripción y evolución del caso, incluyendo los criterios sistematizados del OPD-2 (ver tablas 1 y 2), ya estará en mejores condiciones de entender la situación clínica, aún antes de supervisar.

Complementariamente, si posee dudas respecto del abordaje, el analizar durante la supervisión, a partir del perfil OPD del paciente, el protagonismo relativo de focos de conflicto y estructura, podrá orientarlo sobre las estrategias básicas de intervención, incluso incorporando líneas de tratamiento específicas para trastornos específicos (ver: Barber y Crits-Christoph, 1995, Gabbard, 2000/2002). Al mismo tiempo, esto podrá influir positivamente en el nivel de motivación del clínico para tratar a su paciente, siendo que, por ejemplo, la pérdida de motivación ha resultado un motivo frecuente para supervisar desde mi experiencia en grupos de supervisión.

Finalmente, y de acuerdo con la tabla 3, terapeuta y supervisor podrán retomar en futuros encuentros los aportes que el clínico ha percibido a posteriori de su supervisión del caso. Aquí se trata de indagar, desde la perspectiva del terapeuta, en qué aspectos se han generado cambios, en lo que respecta a su conceptualización del caso, su motivación y su sentimiento de competencia para tratar al paciente, las características del vínculo terapéutico y los efectos de las intervenciones.

Aplicación de los criterios descritos a un caso concreto

Con el fin de ilustrar los criterios descritos hasta aquí, a continuación se organizará un caso clínico para una eventual presentación a supervisar. Es importante aclarar que se trata de un material construido por Etchebarne y Roussos (2010) para fines de investigación y no de un paciente real. Con un formato de primer encuentro psicoterapéutico, un actor en rol de paciente habla durante 15 minutos a su terapeuta. Este material (caso Darío) ha servido para diversas investigaciones llevadas a cabo en nuestro

medio (Etchebarne, 2014; Etchebarne, Juan, Gómez Penedo y Roussos, 2016; Juan, 2014; Juan, Pescio, Gómez Penedo y Roussos, 2013). El caso Darío también ha sido incluido en un libro sobre actualizaciones en el abordaje del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), pronto a publicarse. En cada capítulo de dicho libro (Etchebarne y Roussos, en prensa), diversos exponentes nacionales e internacionales ejemplifican el abordaje del TAG en el caso Darío. Por cuestiones de espacio, a continuación se ofrece una viñeta que sintetiza los 15 minutos de entrevista. En el trabajo de Etchebarne y Roussos (2010) se puede acceder a la transcripción completa.

Viñeta clínica del caso Darío

Darío es un técnico en electrónica de 27 años de edad, casado y con dos hijos, que trabaja en los subtes en Buenos Aires. Aclara que su trabajo es técnico y que no se dedica a “vender boletos”. Valora “funcionar bien” en su trabajo, pudiendo “resolver” problemas. Refiere que el recibirse, casarse y tener hijos han sido procesos que le han costado mucho tiempo y esfuerzo, generándole cierta abrumación.

Acude a la consulta derivado por el médico, a partir de mareos, sudoración, palpitaciones y molestias auditivas, desde hace 18 meses. Debido a estos síntomas, el paciente ha consultado con un médico de cabecera, un neurólogo, un neurocirujano, un quiropráctico y un otorrinolaringólogo. Se le ha diagnosticado un acúfeno, y se le ha comunicado que “todo lo demás es psicológico”, siendo derivado a psicoterapia. En este punto Darío comenta: “así que acá me tenés”.

Al intentar comprender la derivación de su médico, Darío se reconoce crónicamente preocupado por infinidad de cosas. Se preocupa constantemente por la salud de sus padres. Su padre, de hecho, sufrió un infarto de miocardio hace 2 años, del que se ha restablecido por completo. En este punto, el paciente, de manera espontánea, conecta el infarto de su padre con el inicio de su sintomatología, refiriendo: “no me había dado cuenta de esto antes”.

Darío se muestra preocupado por la posibilidad de no ser un buen padre. Lo preocupa cómo puede ser visto por sus hijos al estar tan ansioso. En general, tiende a evitar que su mujer y sus hijos se den cuenta de los síntomas que padece, ante quienes quiere parecer “perfecto”. Teme que su mujer lo abandone, aunque se reconoce feliz en un matrimonio que no presenta signos de crisis o deterioro. Se plantea si no es un buen compañero de trabajo, aunque refiere que continuamente se preocupa porque sus relaciones sociales “estén en armonía”. Cuando se le pide más detalle sobre estas preocupaciones, comenta, por ejemplo, que este mes no ha participado de una reunión con amigos porque teme que un chiste que hizo el mes pasado haya molestado a una persona del grupo, por lo cual prefirió faltar. Ha quedado muy preocupado frente al silencio de su amigo, por la posibilidad de que éste se haya ofendido o pensado que Darío no es una persona ubicada o inteligente.

A pesar de percibirse crónicamente preocupado, el paciente niega sentirse deprimido y afirma poder disfrutar de la vida. Por su parte, la gran cantidad de preocupaciones que recorre, de manera exhaustiva y acelerada, va generando cierto cansancio en la contra-transferencia. El paciente se muestra especialmente interesado en ser claro en sus descripciones a fin de que el terapeuta pueda comprenderlo. Hacia el final de la entrevista, logra tomar cierta distancia de sus preocupaciones y considerarlas de manera crítica: “ahora que estoy hablando con vos me miro y pienso que es bastante absurdo lo que se me ocurre sobre mi mujer, o mis hijos, o mis viejos”.

Descripción del caso: perfil diagnóstico OPD-2

Considerando los ítems y preguntas ejes de la tabla 1, se generaría un perfil OPD-2 del caso, a fin de organizar el material para su posterior supervisión. El siguiente perfil está basado en el trabajo que Juan, Gómez Penedo y Roussos (en prensa) han realizado sobre el caso Darío, como parte del libro sobre actualizaciones en el abordaje de la ansiedad generalizada de Etchebarne y Roussos (en prensa).

Eje 1: Vivencia de la enfermedad y pre-requisitos para el tratamiento

Darío impresiona como un paciente de buen funcionamiento, a pesar de sus áreas problemáticas circunscriptas a la ansiedad generalizada (ver eje 5). Se observa conciencia de enfermedad y motivación para el tratamiento. El paciente muestra insight y recursos para el cambio cuando, por ejemplo, logra conectar espontáneamente el inicio de su sintomatología física con el infarto de su padre, o cuando puede considerar críticamente sus preocupaciones excesivas. Como contrapartida, falta una mayor construcción de su problema como psicológico. En vez de consultar por decisión propia, ha sido mandado por su médico a psicoterapia. También ha realizado numerosas consultas con especialistas médicos a partir de sus síntomas de ansiedad. Por último, habría que evaluar hasta qué punto los temores y preocupaciones del paciente están en función de evitar temores más profundos y desafíos del ciclo vital (ver conflictos en eje 3), planteando un obstáculo interno en Darío para beneficiarse del tratamiento.

Eje 2: Patrones relaciones disfuncionales

Presuntivamente, se infieren circuitos relacionales que sostienen la ansiedad, por ejemplo: el paciente se acerca a los otros con miedo al rechazo, pero se ofrece con una tendencia a armonizar y a adaptarse. Los otros no perciben el temor al rechazo del paciente, encubierto en su actitud amable y tendiente a que “todo esté en armonía”. El silencio de sus otros significativos es interpretado como rechazo (ejemplo del amigo del grupo), lo que vuelve a retroalimentar sus temores, su sobre-adaptación y sus síntomas de ansiedad. Se podría plantear, asimismo, el impacto en sus otros significativos (incluido el terapeuta) de sus altos niveles de ansiedad, y cómo esto induce la retirada del otro, confirmando los temores del paciente de no ser valorado o de perder el cuidado del otro, en línea con el diagnóstico de conflictos (ver eje 3).

Eje 3: Conflictos activados

La situación clínica de Darío puede entenderse como la expresión de conflictos repetitivos a lo largo de su biografía. Sus síntomas no parecen expresar una crisis actual, ni un compromiso importante de su estructura de personalidad. Se trata, más bien, de focos específicos de conflicto que acompañan al paciente a lo largo del tiempo y que, de todas formas, le permiten llevar adelante su vida.

Dentro de este marco, cabe la posibilidad de un conflicto de autovaloración, reflejado en sus variadas preocupaciones por ser un buen padre, buena marido, buen hijo, buen compañero. Este conflicto también podría explicar las dificultades históricas que menciona Darío al tener que afrontar cambios vitales como el casarse, tener hijos, recibirse. Dichas fases del desarrollo podrían activar, de manera cíclica, un conflicto con la valoración que Darío hace de sus capacidades para enfrentar ese tipo de desafíos. De hecho, el sentirse crónicamente preocupado a pesar de que su vida “esté bien”, podría entenderse en términos de un conflicto intrapsíquico con la imagen y valoración de sí mismo.

Como conflicto secundario, se podría agregar un conflicto entre los deseos de protección y cuidado versus la autosuficiencia, en tanto Darío teme perder el cuidado y la protección de sus otros significativos: teme por la integridad física de su padre o por la continuidad de su matrimonio. Todos estos factores podrían implicar la pérdida de una base sobre la cual apoyarse, y de la cual obtener protección y cuidado, que entraría en conflicto con una aspiración de autosuficiencia, inferible, por ejemplo, en cómo Darío valora “funcionar bien” en su trabajo, “resolver” problemas, “armonizar” las situaciones.

Eje 4: Funcionamiento estructural

Tanto su vivencia de la enfermedad (eje 1) como la presencia de conflictos (eje 3) permiten pensar que su nivel de integración estructural es medio-alto. Sin embargo, podemos inferir fallas en la auto-regulación de la ansiedad. A su vez, Darío parece necesitar un mayor desarrollo de su capacidad para mentalizar la ansiedad y conectarla, por ejemplo, con perturbaciones médicas como el acúfeno. Esto marcaría que la dimensión estructural de comunicación interna es un punto a trabajar con el paciente. Por último, el que Darío perciba su mundo crónicamente amenazante, permite pensar en fallas parciales en sus vínculos con objetos internos, a partir de las cuales Darío tendría dificultades para apelar a imágenes internas de calma, serenidad y confianza. En conjunto, estos elementos permitirían diagnosticar un nivel medio de integración estructural.

Eje 5: Diagnóstico descriptivo

Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) según criterios DSM-5 (APA, 2013).

Focos actuales OPD-2 de trabajo

Al describir la tabla 1 también se planteó la utilidad de describir los focos actuales de trabajo, según criterios OPD-2. Dentro de este marco, un primer aspecto a trabajar

radica en hasta qué punto el paciente considera psicológico su malestar y los posibles factores que lo mantienen. Considerando una supervisión durante la fase inicial del tratamiento (ver punto siguiente), esto conformaría un primer foco, con vistas a generar una mayor conciencia en el paciente sobre la participación de factores emocionales en sus alteraciones médicas. Al mismo tiempo, durante la entrevista Darío insiste en que el terapeuta “sabrà qué hacer” con él, al tiempo que se muestra “sorprendido” por su preocupación incontrolable. El tratamiento bien podría analizar, en primera instancia, las expectativas que Darío tiene sobre su rol como paciente, que parecen oscilar, según criterios OPD-2, entre un modelo activo-directivo por parte del clínico y un modelo reflexivo, orientado al análisis que el paciente pueda hacer de sus conflictos, vinculados con la ansiedad y la preocupación. Dado que esto marca cierta diferencia técnico-estratégica, clarificar este aspecto podrá ser también objeto de la supervisión.

Una vez trabajada su vivencia de enfermedad y el uso que podrá hacer o no del tratamiento, el proceso debería focalizar en sus ofertas de rol inconcientes (por ejemplo, cómo su ansiedad provoca la retirada del otro, lo que es interpretado como confirmación de su desvalorización y su pérdida de cuidado). Aquí estaríamos haciendo un foco relacional según criterios OPD-2. También, los propios conflictos vinculados con la valoración y el cuidado conformarían un foco central del tratamiento. De todas formas, la supervisión podría utilizarse para aclarar la vivencia de enfermedad del paciente y los criterios de indicación que pueda usar el terapeuta, para luego focalizarse en estas otras áreas del perfil psicodinámico del caso.

Tipo de tratamiento y momento del proceso

Finalizando los criterios presentados en la tabla 1, aquí habría que consignar que se trata de una primera entrevista, en el marco de una psicoterapia psicoanalítica “de apoyo-expresiva”, con frecuencia semanal. La supervisión del punto anterior, relativa al foco en la vivencia de la enfermedad, podrá orientar el peso relativo que el terapeuta brindará a estrategias de apoyo (modelo más activo-directivo) versus estrategias expresivas (modelo orientado a la reflexión sobre conflictos). En primera instancia, el hecho de poder diagnosticar según OPD-2 conflictos intrapsíquicos sugiere la posibilidad de una psicoterapia expresiva.

Evolución desde la primera entrevista

Si se consideran ahora los puntos ilustrados en la tabla 2, puede plantearse que la alianza terapéutica se ha establecido inicialmente, aunque con los reparos del rol pasivo que por momentos Darío ocupa en la entrevista. La evolución de los focos OPD-2 necesita sucesivos encuentros para ser evaluada. De todas formas, durante la entrevista Darío es capaz de ciertos “insights”, al conectar, por ejemplo, su acúfeno con el infarto de su padre, o cuando al final del encuentro reconoce lo ajeno y absurdo de su preocupación patológica. Estos datos iniciales permiten pensar que Darío comenzaría su psicoterapia en un estado entre “presencia no deseada del foco” (puntaje 2) y “vaga

percepción del foco” (puntaje 3). Estos mismos reconocimientos espontáneos del paciente permiten pensar en un buen patrón de respuesta a futuras intervenciones de tipo interpretativo. La intensidad de su preocupación y ansiedad también marca el desafío contra-transferencial de no sentirse abrumado por el caso, inducido a una retirada, lo que confirmaría el diagnóstico de relación ofrecido previamente.

Motivos del terapeuta para realizar la supervisión

Dentro de este panorama inicial, se pueden hipotetizar algunos motivos de una eventual supervisión, sobre la base de los ejes resumidos en la tabla 3.

Un primer motivo podría estar ligado a no comprender completamente la demanda del paciente, en gran medida por ser un proceso que recién comienza, pero también por la relativa ambivalencia que muestra Darío sobre si sus problemas son médicos o psicológicos, o si realmente hay algo para hacer respecto de su preocupación “imparable”. Sería plausible que otro motivo para supervisar fuese el sentimiento contra-transferencial de aburrimiento, cansancio o aturdimiento frente a las extensas descripciones de Darío, sobre las diversas áreas de vida que están tomadas por su preocupación. Aquí la supervisión podría servir para guiar al clínico en la utilización diagnóstica y terapéutica de sus sentimientos en la contra-transferencia. Por ejemplo, reflexionando sobre cómo se sentirán los otros significativos del paciente y cómo serán inducidos a confirmar sus temores y preocupaciones. Aquí se estaría volviendo a utilizar los criterios OPD-2 del diagnóstico relacional (eje 2).

Expectativas del terapeuta respecto de la supervisión

Siguiendo las hipótesis del punto anterior y los criterios sintetizados en la tabla 3, el terapeuta tratante podrá estar interesado en mejorar su comprensión del paciente y motivarse para el tratamiento del caso. Una vez clarificado el tipo de tratamiento deseado por Darío, se estará en mejores condiciones de comprender la situación clínica e, incluso, manejar los sentimientos contra-transferenciales que pueden desmotivar al terapeuta. La supervisión de ambos puntos haría factible, a su vez, aumentar la adherencia del clínico a una determinada línea de tratamiento. Por ejemplo, si se considera que es prerequisite de la terapia que Darío mentalice en mejor medida sus dolencias médicas, se estaría focalizando en variables estructurales de comunicación interna, dejando para una fase posterior del tratamiento el foco sobre el conflicto de “autovaloración”. En otras palabras, la supervisión podría orientar al terapeuta hacia una estrategia inicial de apoyo, preparatoria de una posterior fase expresiva.

Aportes de la supervisión percibidos a posteriori por el terapeuta

Luego de un plazo pre-acordado, terapeuta y supervisor deberán considerar si la supervisión generó cambios en varios puntos incluido en la tabla 3, a saber: a) el diagnóstico y la conceptualización general del paciente, b) sus intervenciones, c) su adherencia a una línea de tratamiento, y d) su motivación en el para el tratamiento del paciente.

Discusión

Teniendo en cuenta el rol fundamental de la supervisión para la práctica clínica psicoanalítica, este artículo describió criterios útiles para organizar la información de un caso con un sentido clínico al momento de supervisar, y evaluar aspectos críticos del proceso supervisado. Los parámetros descritos a lo largo del trabajo (tablas 1, 2 y 3), junto con la ejemplificación en el caso Darío, brindan una guía, susceptible de funcionar como instrumento de evaluación, tanto del estado general del paciente como de los aportes de una supervisión hacia el terapeuta tratante y hacia el proceso terapéutico en sentido amplio.

Existen en nuestro medio pautas para presentar casos a supervisión (Bleichmar, 2005, Valero Caselles, 2009) que han servido como antecedentes de este trabajo. Del mismo modo, también se han iniciado en el pasado proyectos de investigación sobre el proceso de supervisar (López Moreno, Birman, Dorfman Lerner, Koziol, Schalayeff, y Roussos, 2000) que propusieron criterios que este trabajo ha retomado. Sin embargo, lo que constituye un aporte original del presente artículo es integrar el Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado 2 (OPD-2) (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008) con el proceso de supervisión.

El OPD-2 funciona así como una oportunidad para incluir en el proceso de supervisión criterios que recuperen la investigación empírica psicoanalítica. Lo anterior implica que el terapeuta pueda ir incorporando estrategias de operacionalización de su juicio clínico, y del proceso reflexivo que acompaña su conceptualización y su tratamiento del paciente. Junto con ello, se trata de encontrar maneras significativas y consistentes con un punto de vista psicoanalítico de medir el cambio en la situación de un caso (Juan y Pozzi, 2016). Los aportes del OPD-2 reseñados respecto de su concepto de foco, y la medición de su cambio a lo largo del tratamiento, constituyen una vía actualizada para el cumplimiento de dichos objetivos.

Dentro de este contexto, es importante aclarar que el correcto uso de los criterios ofrecidos necesita un manejo básico del OPD-2 como herramienta diagnóstica, de focalización y de medición del cambio. En este sentido, se recomienda partir de la lectura del manual (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008) y complementarla con trabajos posteriores que han revisado en detalle las diversas aristas del tema (ver, por ejemplo: Bernardi, 2010; Bernardi et al., 2016; Cierpka et al., 2010; De la Parra, Gómez-Barris y Dagnino, 2016; Juan, Pescio, Gómez Penedo y Roussos, 2013; Juan, Pescio y Roussos, 2014; Juan y Pozzi, 2016). Para un entrenamiento oficial en el uso del OPD-2, funciona en nuestra región un diplomado internacional, coordinado por la Pontificia Universidad Católica de Chile². A nivel local, personalmente vengo abocándome a la

² Más información disponible en: <http://www.educacioncontinua.uc.cl/25063-ficha-nuevo-diplomado-en-diagnostico-indicacion-y-estrategias-en-psicoterapia-psicodinamica>

difusión del OPD-2, integrándolo a mi actividad clínica, mi rol como supervisor, mis tareas docentes y mis proyectos de investigación en curso.

Desde un punto de vista académico-científico, junto con su utilidad para la actividad de supervisión, los criterios presentados también se proponen como puntos de partida para investigaciones empíricas de proceso psicoanalítico (por ejemplo, estudios longitudinales de casos únicos), en tanto implican variables críticas que deberían cambiar a lo largo de un tratamiento efectivo basado en el psicoanálisis. Actualmente, estoy abocado a la dirección de un proyecto con dichas características (Juan, Gómez Penedo y Roussos, 2017), que suscribe una tendencia actual en el campo de la investigación en psicoterapia, referida a identificar los mecanismos de cambio al interior de un proceso terapéutico (ver, por ejemplo: Roussos, Gómez Penedo, y Muiños, 2016).

Desde un punto de vista clínico, los criterios OPD-2 pueden resultar una excelente plataforma a partir de la cual organizar y monitorear el proceso de supervisión en terapia psicoanalítica. Su estructura multi-axial nos brinda una orientación sobre qué es relevante supervisar, reorganizando la información que aparece en un proceso en función de 5 ejes, significativos desde un triple punto de vista teórico, técnico y clínico. Al mismo tiempo, su concepto de foco permite ofrecer al supervisor un panorama útil de las áreas problema del caso, su potencial cambio o estancamiento, y el predominio relativo de conflictos versus vulnerabilidades estructurales.

Este punto es de particular importancia técnica. Incluso, sucede a menudo que el valor fundamental de la supervisión consiste en re-orientar al clínico sobre su conceptualización original del caso, ya sea porque se estaba priorizando el valor de conflictos por sobre un funcionamiento estructural bajo del paciente, o porque se estaba focalizando en la estructura, perdiendo de vista conflictos bien delimitados que merecen atención clínica (De la Parra et al., 2016). Recuperando la distinción “de apoyo-expresivo” inaugurada por Luborsky (1984), estas diferencias implican diferencias técnicas, en virtud de las cuales se puede estar, por ejemplo, interpretando conflictos a un paciente que necesita apoyo de funciones estructurales, o se puede estar priorizando la mentalización de dimensiones de estructura, cuando el paciente requiere un trabajo elaborativo sobre sus conflictos para llegar a cambios significativos. Un objetivo de fondo de la organización de criterios descrita en este artículo radicaría, justamente, en orientar al terapeuta sobre esta distinción básica. De hecho, este es uno de los aportes más significativos que la inclusión de criterios OPD-2 ha tenido sobre mi rol como supervisor y sobre los aportes percibidos por los terapeutas supervisados.

En definitiva, y enfocando en el proceso de supervisión, este artículo buscó ilustrar las posibilidades de herramientas actualizadas para una psicoterapia psicoanalítica efectiva, que pueda integrar al juicio clínico, aportes de la investigación empírica y un sano interés por sistematizar nuestros presupuestos y procedimientos clínicos (Barber

y Sharpless, 2015; Juan y Pozzi, 2016). Incluir así una lógica de registro y evaluación, puede potenciar los efectos del acto de supervisar, mejorando la comprensión de nuestros pacientes, la efectividad de nuestras intervenciones como terapeutas, y la utilidad de nuestro rol como supervisores.

Referencias

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA.

Barber, J.P. y Crits-Christoph, P. (1995). *Dynamic Therapies for Psychiatric Disorders (Axis I)*. New York, Basic Books.

Barber, J. y Sharpless, B. (2015). On the future of psychodynamic therapy research. *Psychotherapy Research*, 25:3, 309-320, DOI: 10.1080/10503307.2014.996624

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.

Bernardi, R., Varela, B., Miller, D., Zytner, R., de Souza, L., y Oyenard, R. (2016). *La formulación psicodinámica del caso: su valor para la práctica clínica*. Montevideo, Grupo Magro Editores.

Bleichmar, H. (2005). Una guía para la presentación de material clínico a supervisión. En: Bleichmar, H. (Ed.). *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Buenos Aires, Paidós.

Cierpka, M. et al. (2010). La evaluación de primeras entrevistas psicoterapéuticas mediante el sistema diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). *Clínica e Investigación Relacional*, 4 (1): 221-235.

Dagnino, P. (2013). *Focus in Psychotherapy: Characteristics and trajectories through the therapeutic process*. Tesis doctoral defendida y aprobada, Universidad de Heidelberg, Alemania. En: <http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/19193/>

De la Parra, G., Gómez-Barris, E. y Dagnino, P. (2016). Conflicto y estructura en psicoterapia dinámica: el diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). *Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia*. En: <https://revistamentalizacion.com/ultimonumero/abril2016/delaparra.pdf>

Etchebarne, I. (2014). *Estrategias psicoterapéuticas iniciales para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Tesis doctoral defendida y aprobada, Universidad

de Buenos Aires. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/308410318_Estrategias_psicoterapeuticas_iniciales_para_el_tratamiento_del_Trastorno_de_Ansiedad_Generalizada_Initial_Psychotherapeutic_Strategies_in_the_Treatment_for_Generalized_Anxiety_Disorder

Etchebarne, I., Juan, S., Gomez-Penedo, J. M. y Roussos, A. J. (2016). Theoretical and Clinical Considerations of Psychoanalysts and Cognitive Behavioral Therapists Regarding Generalized Anxiety Disorder in Argentina: A Qualitative Study of the Research-Practice Gap. *Brazilian Journal of Psychotherapy*, 18(2), 92-114.

Etchebarne, I., y Roussos, A. J. (2010). Modelo de protocolo para presentación de un material estímulo y obtención de datos demográficos de participantes en una investigación. Doc. Nº 252, Universidad de Belgrano. En: http://www.ub.edu.ar/investigaciones/dt_nuevos/252_Etchebarne.pdf

Etchebarne, I. y Roussos, A. (en prensa). *Nuevos desarrollos en el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada: Abordajes psicoterapéuticos, farmacológicos y debates actuales*. Buenos Aires, Miño y Dávila.

Gabbard, G. (2000/2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*, 3ra edición. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana.

Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M., & Rudolf, G. (2009). Structural change as a predictor of long-term follow-up outcome. *Psychotherapy Research*, 19(3), 344-57.

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*. Herder, Barcelona.

Juan, S. (2014). *Inferencias pronósticas e intervenciones en el Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Tesis doctoral defendida y aprobada, Universidad de Buenos Aires. DOI: 10.13140/RG.2.2.33588.45442. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/310829042_PROGNOSTIC_INFERENCES_AND_INTERVENTIONS_IN_GENERALIZED_ANXIETY_DISORDER

Juan, S., Gómez Penedo, J.M., y Roussos, A. (en prensa). Comprensión y abordajes psicoanalítico-psicodinámicos del Trastorno de Ansiedad Generalizada. En: I.

Etchebarne y A. Roussos (Comps.). *Nuevos desarrollos en el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada: Abordajes psicoterapéuticos, farmacológicos y debates actuales*. Buenos Aires, Miño y Dávila.

Juan, S., Gómez Penedo, J.M., y Roussos, A. (2017). Proyecto de investigación: Foco terapéutico y mecanismos de cambio en un caso único de psicoterapia psicoanalítica. *Revista Diagnósis*, 14(1). En: <http://revistadiagnosis.org.ar/14.1/>

Juan, S., Pescio, N., Gómez Penedo, J.M., y Roussos, A. (2013). 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, Tomo I, 65-74. ISSN 0329-5885, Ediciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Juan, S., Pescio, N. y Roussos, A. (2014) Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado 2 (OPD-2): una revisión bibliográfica sobre su uso en investigación empírica psicoanalítica. *Memorias del VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Facultad de Psicología. Tomo Psicología Clínica y Psicopatología*, 187-188, ISSN 1667-6750. Ediciones de la Facultad de Psicología, UBA.

Juan, S. y Pozzi, A. (2016). La importancia de la noción de “proceso” para la práctica clínica y la investigación en psicoterapia psicoanalítica. *Aperturas Psicoanalíticas*, N 53. Disponible en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000943&a=La-importancia-de-la-nocion-de-%93proceso%94-para-la-practica-clinica-y-la-investigacionen-psicoterapia-psicoanalitica>

López Moreno, C., Birman, C., Dorfman Lerner, L., Koziol, B., Schalayeff, S y Roussos, A. (2000). Proyecto de investigación sobre cambio psíquico en psicoterapia psicoanalítica. *Primera Conferencia Latinoamericana de Investigación en Psicoanálisis. Asociación Psicoanalítica Internacional*.

Luborsky, L. (1984). *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A manual of Supportive-Expressive Treatment*. New York, Basic Books.

Luborsky, L. y Crits-Christoph, P. (1990). *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method*. New York: Basic Books.

OPD Task Force (eds) (2007) *Operationalized Psychodynamic Diagnosis: OPD-2. Manual of Diagnosis and Treatment Planning*. Seattle: Hogrefe & Huber Publishers.

PDM Task Force. (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.

Roussos, A., Gómez Penedo, J. M. y Muiños, R. (2016). A time-series analysis of therapeutic alliance, interventions, and change in an evidence-based single-case study: Evidence for establishing change mechanisms in psychotherapy. *Psychotherapy Research*. DOI: 10.1080/10503307.2016.1174346.

Strupp, H. y Binder, J. (1984). *Psychotherapy in a new key. A guide to time-limited dynamic psychotherapy*. Nueva York, Basic Books.

Valero Caselles, M.J. (2009). Aplicación a un caso de psicoterapia de apoyo de una guía para la presentación de material clínico. *Aperturas Psicoanalíticas*, N 33. Disponible en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000615&a=Aplicacion-a-uncaso-de-psicoterapia-de-apoyo-de-una-guia-para-la-presentacion-dematerial-clinico>

Fecha de recepción: 26/08/17

Fecha de aceptación: 17/09/17