

Diagnóstico y formulación de casos en terapia psicodinámica: una revisión sobre herramientas actuales

Diagnosis and case formulation in psychodynamic therapy: a review of current tools

Santiago Juan¹, Jorge Humberto Vanegas Osorio², Gastón Giunta³, Nahuel Lavanga⁴, Javier Matías Salgado⁵, Alejandra Beatriz Vicente⁶, Juan Martín Gómez Penedo⁷

<https://doi.org/10.53680/vertex.v35i164.548>

Resumen

En las últimas dos décadas, diversos grupos de trabajo de la comunidad psicoanalítica internacional se han interesado por el desarrollo de herramientas sistemáticas para el diagnóstico, la formulación de los casos y la planificación del tratamiento psicodinámico. Este tipo de manuales diagnósticos psicodinámicos son esfuerzos de integración sistemática de una enorme y rica cantidad de información históricamente parcializada y dispersa, pero que constituye el aporte sustancial del psicoanálisis al campo de la salud mental. El objetivo del presente artículo es ofrecer una revisión actualizada sobre esta clase de herramientas sistemáticas de diagnóstico, formulación del caso y planificación terapéutica, diseñadas para el campo de los abordajes psicodinámicos. A estos fines, se describe la estructura y los objetivos de: 1) el Manual Diagnóstico Psicodinámico 2 (PDM-2), 2) el Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2/OPD-3) y 3) el Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado Infanto-Juvenil 2 (OPD-IJ-2). Se discuten las contribuciones de estas herramientas actuales para la práctica clínica y la investigación empírica, así como la necesidad de difundir este tipo de instrumentos en nuestro contexto regional.

Palabras clave: diagnóstico, formulación del caso, terapia psicodinámica, PDM-2, OPD-2, OPD-3, OPD-IJ-2

Abstract

In the last two decades, several working groups in the international psychoanalytic community have been interested in the development of systematic tools for psychodynamic diagnosis, case formulation and treatment planning. Such psychodynamic diagnostic manuals are efforts to systematically integrate an enormous and rich amount of historically partialized and dispersed information, but which constitute the substantial contribution of psychoanalysis to the field of mental health. The aim of the present article is to provide an updated review on this kind of systematic tools for diagnosis, case formulation and therapeutic planning, designed for the field of psychodynamic approaches. To this end, we describe the aims and structure of: 1) the Psychodynamic Diagnostic Manual 2 (PDM-2), 2) the Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2/OPD-3) and 3) the Operationalized Psychodynamic Diagnosis for Children and Ado-

RECIBIDO 14/8/2023 - ACEPTADO 28/9/2023

¹Doctor en Psicología. Universidad de Buenos Aires. Docente en Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0003-1024-1337>

²Doctor en Psicología Clínica y de la Salud. Universidad de Antioquía. Docente en el Departamento de Psicología de la Universidad de Antioquía. Medellín, Antioquía, Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-8223-6660>

³Licenciado en Psicología. Universidad de Buenos Aires. <https://orcid.org/0009-0001-5260-9403>

⁴Licenciado en Psicología. Universidad de Buenos Aires. <https://orcid.org/0009-0009-6563-0189>

⁵Licenciado en Psicología. Universidad de Buenos Aires. <https://orcid.org/0000-0002-0117-3144>

⁶Especialista en Psicología Clínica con niños y adolescentes. Instituto Universitario de Salud Mental (IUSAM). Profesional en INaRePS: Instituto Nacional de Rehabilitación Psicosfísica del Sur, Argentina. <https://orcid.org/0000-0002-9023-6054>

⁷Doctor en Psicología. Universidad de Buenos Aires. Docente en Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Investigador CONICET, Argentina. <https://orcid.org/0000-0001-7304-407X>

Autor correspondiente:

Santiago Juan

drsantiagojuan@gmail.com

Institución en la que se realizó la investigación: Universidad de Buenos Aires, Equipo de Investigación en Psicología Clínica (EIPSI).



lescents 2 (OPD-CA-2). The contributions of these current tools to clinical practice and empirical research are discussed, as well as the need to disseminate these types of instruments in our regional context.

Key words: diagnosis, case formulation, psychodynamic therapy, PDM-2, OPD-2, OPD-3, OPD-CA-2

Introducción

A lo largo de su historia, en el campo psicoanalítico han convivido una multiplicidad de lenguajes que muchas veces han imposibilitado la comunicación entre profesionales, el uso compartido de criterios y el diálogo fructífero del psicoanálisis con el resto de las disciplinas involucradas en la salud mental (Wallerstein, 2006).

En respuesta a este tipo de problemáticas, desde finales del siglo veinte diversos grupos de trabajo de la comunidad psicoanalítica internacional se han interesado por el desarrollo de herramientas sistemáticas para el diagnóstico, la formulación de los casos y la planificación del tratamiento psicodinámico (ver por ejemplo: Bernardi, 2010; Juan et al., 2021). En este sentido, los manuales diagnósticos psicodinámicos son esfuerzos de integración sistemática de una enorme y rica cantidad de información históricamente parcializada y dispersa, pero que constituye el aporte sustancial del psicoanálisis al campo de la salud mental (Ferrari et al., 2008).

El objetivo general del presente artículo es ofrecer una revisión actualizada sobre esta clase de herramientas sistemáticas de diagnóstico, formulación del caso y planificación terapéutica, diseñadas para el campo de los abordajes de orientación psicoanalítica. De manera más específica, se describe la estructura y los objetivos de: (1) el Manual Diagnóstico Psicodinámico PDM-2 (por la sigla en inglés de *Psychodynamic Diagnostic Manual 2*), (2) el Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado OPD-2/OPD-3 (por la sigla en alemán de *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik 2 y 3*), y (3) el Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado Infanto-Juvenil versión 2 (OPD-IJ-2).

Para ello, los dos primeros co-autores (entrenadores oficiales certificados en el sistema OPD) coordinamos un grupo de clínicos e investigadores en la temática (resto de co-autores), y realizamos una revisión narrativa de las últimas versiones de los manuales pertinentes disponibles a la fecha (PDM-2, OPD-2, OPD-3 y OPD-IJ-2).

En definitiva, apuntamos con esta breve visión de conjunto a informar sobre herramientas útiles para los clínicos de orientación psicoanalítica, psiquiatras y psicólogos, a la hora de entender qué les pasa a sus pacientes y cómo pueden ayudarlos.

REVISIÓN SOBRE HERRAMIENTAS ACTUALES

A. El Manual Diagnóstico Psicodinámico 2 (PDM-2, Lingardi & McWilliams, 2017)

El sistema PDM surgió como un esfuerzo conjunto de instituciones psicoanalíticas anglosajonas y la Asociación Psicoanalítica Internacional. Una primera versión fue publicada a mediados de la década de los 2000 (PDM Task Force, 2006) y actualmente, está disponible una segunda. El PDM-2, editado por Vittorio Lingardi y Nancy McWilliams en 2017, mantiene la estructura y objetivos de su predecesor, en términos de ofrecer un marco de diagnóstico y formulación del caso basado en la teoría psicoanalítica y en los resultados de la investigación empírica sistemática (para una revisión en castellano del sistema PDM, ver: Ferrari et al., 2008).

En lo que sigue, se reseña la estructura del PDM-2 respetando el orden que ofrece el manual. Así, primeramente, se describe la evaluación de pacientes adultos, seguida de la aproximación a la segunda infancia, la adolescencia y la tercera edad. Por último, se incluye el aporte del PDM-2 al diagnóstico y formulación de casos en la primera infancia.

La estructura del PDM-2 para evaluar pacientes adultos (20 a 70 años)

El sistema PDM entiende el diagnóstico de pacientes adultos en base a tres ejes fundamentales: (1) el eje P (por la inicial del inglés *personality*), dedicado a los patrones de personalidad, (2) el eje M (por la inicial del inglés *mental functioning*), dedicado al perfil del funcionamiento mental y (3) el eje S (por la inicial del inglés *symptoms*), que focaliza en la experiencia subjetiva de los síntomas. En el trabajo de Filippes dos Reis (2020), se ofrece una reseña en castellano sobre esta sección del PDM-2 dedicada a pacientes adultos.

Como se verá más adelante, esta misma estructura es replicada, con algunas modificaciones, por el sistema PDM-2 para evaluar segunda infancia, adolescencia y tercera edad.

Eje-P: Síndromes de personalidad

En este eje se definen, por un lado, los niveles de organización de personalidad y, por otro lado, los estilos o tipos de personalidad. Es importante aclarar aquí que, el sistema PDM, ubica este eje en primer lugar para la evaluación de pacientes adultos, considerando que las variables de personalidad son el fondo sobre el cual se despliegan tanto el perfil del funcionamiento mental (eje M) como la experiencia subjetiva de los síntomas (eje S). Tal cual se describirá más adelante, esta secuencia es modificada en el sistema PDM para el caso de pacientes infanto-juveniles y adultos mayores.

El primer aspecto del eje P evalúa el grado de estabilidad con el que cuenta el paciente, tomando en consideración distintas capacidades (como, por ejemplo, regulación emocional o socialización) y los mecanismos de defensa predominantemente utilizados. De esta forma, se evalúa al paciente en un continuo de estabilidad/perturbación que está organizado de la siguiente forma: sano o estable, neurótico, límite y psicótico.

En lo que respecta a los estilos de personalidad, éstos no refieren necesariamente a una estructura psicopatológica, más bien constituyen esquemas de funcionamiento psicológico que organizan la forma de ser y actuar en el mundo. En el PDM-2, los autores los organizan en dos grandes grupos: internalizadores y externalizadores. Los primeros, sufren internamente y presentan una tendencia a sentir culpa, depresión y ansiedad. En este grupo se ubican las personalidades depresivas, dependientes, ansioso-evitativas, fóbicas, obsesivo-compulsivas, esquizoides y somatizadoras.

Los segundos, suelen producir sufrimiento interpersonal, tienden a la atribución externa y a manifestar rabia e impulsos agresivos. En este grupo se ubican las personalidades histérico-histriónicas, narcisistas, paranoides, psicopáticas y sádicas. Es importante aclarar que la personalidad límite no puede ubicarse en ninguno de los grupos ya que, más bien, oscila entre ambos (Lingiardi & McWilliams, 2017). La *Tabla 1* resume los aspectos centrales del eje P.

Eje-M: Perfil de funcionamiento mental

En este segundo eje se evalúa el funcionamiento mental global del paciente a través de doce áreas o capacidades, divididas en cuatro categorías. La primera comprende los procesos cognitivos y emocionales, en donde están incluidas las capacidades de “regulación, atención y aprendizaje”, “rango afectivo, comunicación y comprensión” y “mentalización y funcionamiento reflexivo”. La segunda categoría refiere a la identidad y las relaciones, donde se incluyen las capacidades de “diferenciación e integración (identidad)”, “relacional y de intimidad” y “regulación de la autoestima y calidad de las experiencias internas”. El tercer grupo de áreas hace referencia a las defensas y afrontamiento, en donde se encuentran las capacidades de “control de impulsos y regulación”, “funcionamiento defensivo” y “adaptación, resiliencia y fortaleza”. La última categoría está vinculada con la autoconciencia y auto-dirección, en donde se evalúan las capacidades de “auto-observación (mentalidad psicológica)”, “construir y usar estándares internos e ideales” y “dar sentido y propósito”. Cada una de las áreas se puntúa de 1 a 5

Tabla 1. Eje-P: Síndromes de personalidad (PDM-2, Lingardi & McWilliams, 2017)

Grupo de personalidad	Características	Estilos de personalidad
Internalizador	Sufrimiento interno Tendencia a sentir culpa, depresión y ansiedad	Depresivo
		Dependiente
		Ansioso-evitativo y fóbico
		Obsesivo-compulsivo
		Esquizoide
Externalizador	Sufrimiento más interpersonal Tendencia a atribución externa, rabia e impulsos agresivos	Somatizador
		Histérico-histriónico
		Narcisistas
		Paranoide
		Psicopático
No clasificable en los anteriores grupos	Combinación de tendencias internalizadoras y externalizadoras	Sádico
		Límite

en una escala de tipo Likert. La suma de cada una de ellas arroja un puntaje global, que oscila entre los 12 y los 60 puntos, que ubicará al paciente dentro de uno de los siguientes niveles de organización, en sintonía con lo descrito en el eje-P: psicótico inferior, psicótico superior, límite inferior, límite superior, neurótico inferior, neurótico superior y sano o estable. La *Tabla 2* ilustra los componentes básicos del eje M.

Eje-S: Patrones de síntomas: experiencia subjetiva

Finalmente, en este tercer eje se toman como base las categorías diagnósticas de los sistemas diagnósticos descriptivos DSM y CIE. Estas clasificaciones psiquiátricas son complementadas con la descripción de los estados afectivos, procesos cognitivos, experiencias somáticas y patrones interpersonales vinculados a grupos de clasificaciones diagnósticas. Este eje se divide en siete categorías, similares a las del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) y la CIE-11 (World Health Organization, 2019), a saber: trastornos predominantemente psicóticos, trastornos del estado del ánimo, trastornos primarios de ansiedad, trastornos relacionados con eventos traumáticos y factores de estrés, trastornos de síntomas específicos y trastornos relacionados con adicciones y otras afecciones médicas. Por último, en este eje se incluye un apéndice con otras cuestiones que pueden requerir atención psicológica pero que no están vinculadas con la psicopatología, como lo son los tópicos ligados con la identidad de género, orientación sexual, pertenencia a minorías, entre otros.

El sistema PDM ubica este eje en tercer y último lugar suscribiendo un principio fundamental de los

abordajes dinámicos, en virtud del cual los síntomas son emergentes de la organización de personalidad (eje P) y el perfil del funcionamiento mental (eje M).

Aportes del PDM-2 para la segunda infancia (4 a 11 años)

El PDM-2 dedica una sección especial para la evaluación de la segunda infancia, la cual se corresponde en el manual con la franja de edad entre los 4 y los 11 años. Esta conceptualización parte del entendimiento del funcionamiento mental sano y, a partir de ahí, evalúa la presencia de una serie de síntomas y conductas (tanto adaptativas como disfuncionales).

El PDM-2 propone los mismos tres ejes descritos para la sección de adultos como estructura básica de evaluación de la segunda infancia, agregando la letra “C” a cada eje por la inicial del inglés *childhood*. Además, ubica en primer lugar, el eje-MC, donde se define el perfil de funcionamiento mental del niño y en segundo lugar, el eje-PC, donde se evalúan los patrones de personalidad emergentes y dificultades durante la infancia. Este cambio de secuencia en la formulación psicodinámica de casos infantiles es justificado, en el PDM-2, en tanto la personalidad aún está en desarrollo y consolidación y por ende, es más adecuado comenzar el proceso diagnóstico por aspectos del funcionamiento mental del paciente niño. Las capacidades y categorías de funcionamiento mental son similares a las descritas para la sección de adultos, y lo mismo sucede con la organización del funcionamiento de personalidad en el eje PC.

Por último, la sección finaliza con el eje-SC, el cual refiere a los patrones de síntomas del infante y su ex-

Tabla 2. Eje-M: Perfil de funcionamiento mental (PDM-2, Lingiardi & McWilliams, 2017)

Categorías de funcionamiento mental	Capacidades a evaluar
Procesos cognitivos y emocionales	Regulación, atención y aprendizaje
	Rango afectivo, comunicación y comprensión
	Mentalización y funcionamiento reflexivo
Identidad y relaciones	Diferenciación e integración (identidad)
	Relacional y de intimidad
	Regulación autoestima y calidad experiencia interna
Defensas y afrontamiento	Control de impulsos y regulación
	Funcionamiento defensivo
	Adaptación, resiliencia y fortaleza.
Autoconciencia y autodirección	Auto-observación (mentalidad psicológica)
	Construir y usar estándares internos e ideales
	Dar sentido y propósito

perencia subjetiva. Una reseña sobre esta sección del manual puede encontrarse en el trabajo de González Ruiz (2020).

PDM-2 y adolescencia (12 a 19/20 años)

Dentro del PDM-2, la adolescencia se delimita por la franja de edad de los 12 a los 19/20 años. Nuevamente, el PDM-2 involucra los tres ejes diagnósticos ya descritos para conceptualizar casos adolescentes. Al igual que para evaluar segunda infancia, el sistema PDM invierte el orden dado en la sección de adultos y comienza la evaluación con la indagación del perfil del funcionamiento mental (eje-MA utilizando la inicial del inglés *adolescence*). El segundo, el eje-PA, trata sobre los patrones de personalidad y los síndromes emergentes de esta etapa del desarrollo. Por último, en el eje-SA, se describen los patrones sintomáticos de la adolescencia, así como la experiencia subjetiva de éstos por parte del adolescente (para una síntesis en castellano, ver: Calvo Serrano, 2020).

Psicodinámica de la tercera edad según el PDM-2 (más de 70 años)

Tal cual explica Domene (2020) en su reseña del tema, es crucial tener en consideración que hasta el momento de la publicación del PDM-2, ningún manual diagnóstico (DSM, CIE o incluso el propio PDM) había dedicado alguna sección a la etapa del desarrollo de la vejez. Esto se debe a diversos motivos que exceden la finalidad de este trabajo, pero es fundamental comprender la importancia de la inclusión de esta sección en el PDM-2. En términos generales, se trata de una sección del manual dedicada a pacientes mayores de 70 años. Ésta posee una estructura similar al resto de las secciones: perfil del funcionamiento mental para la edad tardía (eje-ME, por la inicial del inglés *elderly*); patrones de personalidad y síndromes en la vejez (eje-PE); patrones de síntomas en los ancianos: la experiencia subjetiva (eje-SE). En este caso, la evaluación inicia con el eje-ME, ya que el PDM-2 considera que en esta etapa del desarrollo lo primordial es evaluar de qué manera el paciente se adapta al envejecimiento cognitivo para, a partir de allí, evaluar la personalidad y los síntomas.

La evaluación de la tercera edad en el PDM-2 contextualiza la información de cada eje considerando cómo los pacientes experimentan sus problemas vinculados con el envejecimiento, y cómo impactan en su vida diaria, sus redes sociales, sus expectativas culturales y los aspectos psicosociales.

PDM-2 y la evaluación diagnóstica en primera infancia (0 a 3 años)

El enfoque multiaxial para la sección de temprana infancia (0 a 3 años) en el PDM-2 difiere de las otras secciones a causa de las cualidades únicas de los primeros años de vida. El desarrollo mental durante la infancia temprana refleja relaciones dinámicas entre muchas dimensiones del funcionamiento humano, incluyendo lo emocional, lo social, el lenguaje, lo cognitivo, el procesamiento de la regulación sensorial y las capacidades motoras.

Tal cual explicaron los propios editores del manual en una reseña (Lingiardi & McWilliams, 2015), el PDM-2 suscribe un modelo biopsicosocial del desarrollo temprano. Este modelo incluye analizar en el infante: (1) el desarrollo del funcionamiento emocional, social e intelectual, (2) las diferencias individuales biológicas y constitucionales y (3) las relaciones con el cuidador, la familia y otros referentes. Además, se considera que las experiencias del niño sólo pueden ser comprendidas en el contexto de un marco relacional, social y cultural.

La sección IEC (por la sigla del inglés *infancy and early childhood*) del PDM-2, plantea un abordaje multiaxial diferente al descrito en las secciones previas. Se plantean así cinco ejes, que incluyen: las capacidades funcionales del desarrollo emocional (Eje IEC-2); las capacidades del procesamiento de la regulación sensorial, (Eje IEC-3); los patrones y trastornos relacionales (Eje IEC-4); y otros diagnósticos médicos y neurológicos (Eje IEC-5). Cada uno de estos cuatro ejes es un componente para un diagnóstico multiaxial de los trastornos de la infancia (Eje IEC-1). De esta manera, para llegar al diagnóstico del eje IEC-1, es necesario evaluar la información de cada uno de los cuatro ejes descritos.

B. El diagnóstico psicodinámico operacionalizado 2 (OPD-2, GRUPO DE TRABAJO OPD, 2006/2008)

El OPD es una herramienta surgida en Alemania, que se utiliza para el diagnóstico, la indicación y la planificación en terapia psicodinámica. La primera versión del sistema tuvo origen a mediados de los 90, como fruto del trabajo multidisciplinario en materia de salud mental de un grupo de psicoanalistas y psiquiatras, cuyo propósito era complementar las clasificaciones usuales de los trastornos mentales, basadas en criterios descriptivo-sintomatológicos, con dimensiones psicodinámicas fundamentales.

La segunda versión del sistema (OPD-2) surgió en 2006, y amplió su espectro de utilización de manera tal de no circunscribirlo únicamente a lo diagnóstico, sino que se convirtiese también en una herramienta que sirviera a los fines de la planificación de la psicoterapia, la focalización y la evaluación de los cambios obtenidos por ella.

La versión original del OPD-2, publicada en alemán, fue luego traducida al castellano (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008), lo que convierte al OPD-2 en una herramienta valiosa y disponible para nuestro contexto latinoamericano. Recientemente, fue publicada en alemán una tercera versión del manual (Arbeitskreis OPD, 2023), aún no disponible en inglés o castellano. En lo que sigue nos concentraremos en la segunda versión (OPD-2), si bien hacia el final de esta sección, analizamos las posibilidades futuras del flamante OPD-3, así como algunos cambios y mejoras propuestas para el sistema.

Estructura multiaxial del OPD-2

Eje I: Vivencia de la enfermedad y prerrequisitos para el tratamiento

Este primer eje hace referencia al diagnóstico del aspecto vivencial de la enfermedad, en términos de la significación de los síntomas, las expectativas, la motivación y los recursos para el cambio.

El Eje I del OPD-2 se enfoca en la vivencia del paciente con respecto a su enfermedad y los prerrequisitos necesarios para el tratamiento. Este eje es fundamental porque la experiencia emocional del paciente con la enfermedad y su motivación para buscar ayuda pueden tener un impacto significativo en el desarrollo del tratamiento. En este eje, se considera la percepción del paciente sobre su enfermedad, incluyendo su comprensión de los síntomas, su capacidad para aceptar la realidad de la enfermedad y su nivel de motivación para buscar tratamiento. También se evalúa la condición del paciente para cooperar con el tratamiento y la disposición a cambiar ciertos comportamientos que pueden estar contribuyendo a la enfermedad. Además, en este eje se explora la capacidad que el paciente posee para establecer una relación terapéutica de confianza, si es posible motivarlo para iniciar una psicoterapia y si posee recursos personales y apoyo psicosocial.

Si se indica la psicoterapia como el tratamiento a seguir, la operacionalización del Eje I permite sopesar la motivación y las expectativas del paciente. Por ejemplo, si su deseo es trabajar sobre el origen y desarrollo de los síntomas, si busca apoyo emocional o

si espera una orientación directiva para afrontar sus problemas. En definitiva, la indicación del tratamiento requiere de una comprensión del evaluador sobre los conceptos que el paciente trae consigo de sus propias dolencias, los recursos y obstáculos existentes.

Eje II: Patrones relacionales disfuncionales

El segundo eje del OPD-2 apunta a un diagnóstico de patrones relacionales disfuncionales. Implica la percepción del paciente y la de los otros (incluido el evaluador), y la ponderación de cómo ésta impacta en el proceso terapéutico.

Ofreciendo una operacionalización de los clásicos conceptos de transferencia y contratransferencia, el Eje II se enfoca en los patrones de relación disfuncionales y repetitivos del paciente, que se manifiestan en su vínculo con otros significativos y que involucran ofertas de rol problemáticas no necesariamente conscientes. En términos amplios, una evaluación del eje relacional del OPD-2 buscará llegar a detectar el circuito en virtud del cual el paciente, en contradicción con su propia perspectiva, induce en sus otros significativos respuestas que luego percibe como decepcionantes o rechazantes y que confirman su visión disfuncional de los vínculos problemáticos.

Para arribar a la comprensión de este patrón relacional disfuncional, en un primer nivel se registra la vivencia subjetiva del paciente en relación consigo mismo y sus relaciones más relevantes. En un segundo nivel, se configura la manera en que los otros perciben al paciente y la manera en que los otros (incluido el terapeuta) se perciben a sí mismos en la interacción con el paciente.

Eje III: Conflictos intrapsíquicos

Este eje se enfoca en el diagnóstico de conflictos disfuncionales repetitivos en la historia biográfica del paciente; se centra en la identificación de los conflictos más relevantes. El OPD-2 conceptualiza siete conflictos intrapsíquicos, a saber: (1) individuación vs. dependencia, (2) sumisión vs. control, (3) deseos de protección y cuidado vs. autarquía (autosuficiencia), (4) conflicto de autovaloración, (5) conflicto de culpa, (6) conflicto edípico, y (7) conflicto de identidad o roles normativos.

Los siete conflictos son evaluados de acuerdo con su presencia en una evaluación dimensional que va de “ausente” a “muy significativo”. Para cada paciente se eligen dos de estos conflictos como los más destacados o importantes para el diagnóstico inherente a este eje. La descripción de los conflictos básicos y sus modos de procesamiento son realizados en función de áreas primordiales de la vida, como relación de pareja, fami-

lia de origen, dimensión laboral, comportamiento en grupos y experiencia de la enfermedad. Cabe destacar que, a los conflictos señalados como permanentes, se pueden adicionar los conflictos denominados actuales, producto de aquellas situaciones contextuales que alteran la vida de la persona.

La tipología de los mencionados conflictos brinda una descripción detallada de cada uno de ellos, lo que incluye los afectos guía que permiten el diagnóstico y ejemplos ilustrativos para constatar con el paciente que está siendo evaluado.

Eje IV: Estructura psíquica

Este eje realiza el diagnóstico del funcionamiento estructural del paciente, en términos de la relación con el sí-mismo y los objetos. El eje estructura suscribe los desarrollos psicoanalíticos sobre relaciones objetales, teorías del self, la psicología del yo, la teoría del apego y la mentalización. El Manual conceptualiza la estructura como el entramado de disposiciones psíquicas que define un estilo personal, relativamente permanente, sobre el cual la persona mantiene su equilibrio intrapsíquico e interpersonal en relación con las demandas del medio interno y del entorno.

Se trata del fondo a partir del cual ocurren los conflictos intrapsíquicos con sus respectivos patrones de solución, sean estos adaptativos o no. En este sentido, se describen cuatro dimensiones de funcionamiento estructural: (1) capacidades cognitivas, (2) capacidades de regulación, (3) capacidades de comunicación y (4) capacidades de vínculo. Cada una de estas capaci-

dades se califican desde “bien integradas” a “desintegradas” en una escala Likert, pudiendo ser identificada como vulnerabilidad o recurso del funcionamiento estructural del paciente y en consecuencia, como un foco terapéutico.

Tal cual analizan de la Parra y colegas (2016), uno de los aportes fundamentales del OPD-2 radica, justamente, en su eje estructura, que ofrece una descripción cercana a lo observable de dimensiones significativas para una comprensión psicodinámica. Con ayuda de este cuarto eje, entonces, es posible operacionalizar cómo el paciente se percibe a sí mismo y a los objetos; cómo se autorregula y regula la relación con sus objetos; cómo establece una comunicación emocional consigo mismo y con los objetos externos; y por último, cómo establece vínculos con objetos internos y externos. Esto permite una mirada dimensional para evaluar y trabajar la personalidad en el contexto de abordajes psicodinámicos (ver, por ejemplo: Vanegas Osorio & de la Parra, 2020). La *Tabla 3* resume la estructura multi-axial que ofrece el OPD-2.

Establecimiento de focos OPD-2 para la estrategia terapéutica

Un aspecto distintivo del OPD-2 en relación con el ya descrito PDM-2 es la inclusión del concepto de foco. Así, el sistema OPD, no solamente atañe a la comprensión diagnóstica y la formulación de un caso, sino que además la estructura multiaxial antes descrita puede ser utilizada para el establecimiento de focos

Tabla 3. Estructura Multiaxial del Manual OPD-2 (*Grupo de trabajo OPD, 2006/2008*)

Eje	Denominación	Aspectos a evaluar
Eje I	Vivencia enfermedad y prerrequisitos para tratamiento	Expectativas, motivación y recursos para el cambio
		Nivel de <i>insight</i> , recursos personales y apoyo psicosocial
		Tipo de tratamiento deseado (indicación)
Eje II	Patrones relacionales disfuncionales	Patrones relacionales disfuncionales
		Factores relacionales que mantienen problemas del paciente
		Impactos en proceso terapéutico
		Operacionalización conceptos transferencia y contratransferencia
Eje III	Conflictos intrapsíquicos	Conflictos históricos disfuncionales repetitivos
		Sistemas motivacionales específicos en conflicto
		Afectos guía predominantes
		Dos conflictos más significativos
Eje IV	Estructura psíquica	Funcionamiento estructural del paciente
		Operacionalizado en términos de relación con el Self y los objetos
		Cuatro dimensiones: percepción, manejo, emoción y vínculo
		Trastornos, vulnerabilidades y recursos estructurales

terapéuticos de trabajo clínico. Lo anterior implica, en el contexto de los criterios ofrecidos por el OPD-2, que el foco puede ser definido en términos de: los patrones de relación interpersonal (eje II), los conflictos intrapsíquicos específicos (eje III) o la estructura de la personalidad (eje IV).

En este contexto, herramientas como el OPD-2 permiten, con su concepto de foco, establecer de manera estratégica si la psicoterapia estará centrada fundamentalmente en conflictos intrapsíquicos o si se tratará de un abordaje focalizado en la estructura. Esta distinción operativa fundamental atraviesa todo el campo de las terapias dinámicas y es apoyada no sólo desde un punto de vista clínico, sino también desde los resultados de la investigación sistemática (Barber et al., 2021).

Así, el OPD-2 suscribe y habilita el establecimiento de decisiones estratégicas que hacen al centro de la indicación de una psicoterapia dinámica (de la Parra et al., 2016; Juan et al., 2021; Lanza Castelli, 2019).

Sobre el flamante OPD-3

La estructura fundamental del sistema OPD que ya hemos descrito no se ha visto modificada al publicarse una tercera versión (Arbeitskreis OPD, 2023, Ehrenthal, 2022). Sin embargo, cabe mencionar de manera sintética algunos cambios y mejoras propuestas por la tercera versión del manual.

Desde el punto de vista del contenido escrito, el manual OPD-3, se ha reestructurado en su diseño y presentación. Toda la información sobre cada eje ahora se suma en un único capítulo, a diferencia de su antecesor que dedica dos capítulos por eje. Esto hace que el libro sea más claro y el lector no tenga que intercalar distintas partes del escrito para recorrer cada eje.

Respecto de los cambios propuestos para la operacionalización, en el Eje I se incluye ahora el diagnóstico descriptivo fenomenológico establecido por los sistemas CIE y DSM, lo que en el OPD-2 conforma un quinto eje diagnóstico. A su vez, la Evaluación Global del Funcionamiento (GAF) se subdividió en las áreas de síntomas, función ocupacional y función social, para mejorar la confiabilidad y validez. Esta división también se ha aplicado a otros aspectos del Eje I.

Respecto del Eje II, el OPD-3 conserva la estructura básica, aunque suma una perspectiva más dimensional para la conducta relacional del paciente, que permite identificar en qué grado el paciente involucra determinada conducta en relación con sus otros significativos.

En el Eje III, se mantienen los siete conflictos des-

critos. Sin embargo, se suma ahora la descripción del sistema motivacional básico de cada conflicto, y se describe el desarrollo "normal" de cada conflictiva, en términos de cómo se vería un paciente que haya integrado psicológicamente bien el sistema de motivación correspondiente. Por su parte, la clasificación de los conflictos ya no se limita a los niveles estructurales bien integrados o moderadamente integrados, sino que los conflictos deben identificarse en todos los niveles estructurales, incluidos los desintegrados.

El Eje IV dedicado a la estructura mantiene su presentación básica. Como modificación, en el OPD-3 la defensa ha sido integrada ahora como una novena dimensión de funcionamiento estructural, separada y completamente rediseñada en términos de contenido.

Los criterios para los niveles estructurales "inferiores" se han revisado. Se introdujeron dos clasificaciones de variabilidad opcionales. Por una parte, el criterio temporal, que puede reflejar cambios en el nivel estructural a lo largo del tiempo (por ejemplo, después de un evento traumático de la vida). Por otra parte, un criterio específico del área de la vida, que permite mapear diferencias en la disponibilidad de funciones estructurales en diferentes áreas de la vida del paciente.

C. Diagnóstico psicodinámico operacionalizado 2 infanto-juvenil (OPD-IJ-2, GRUPO DE TRABAJO OPD-IJ-2, 2020/2021)

El Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado para la edad infantojuvenil 2 (Grupo de Trabajo OPD-IJ-2, 2020/2021) es un sistema diagnóstico multiaxial para los trastornos mentales. Ofrece herramientas para su indicación psicoterapéutica y la planificación del tratamiento en niños/as y adolescentes, así como el seguimiento de los cambios resultantes a largo plazo.

El OPD-IJ-2 sigue los lineamientos y una estructura similar al sistema del OPD-2 antes descrito, pero es conceptualmente diferente, ya que el foco principal se encuentra en una perspectiva desarrollista, que atraviesa todos los ejes del instrumento. Tiene en cuenta el impacto sobre la psicodinámica, tanto de los niveles de desarrollo, como de los diversos contextos en el que el niño/adolescente interactúa, poniendo en valor sus recursos estructurales, y también sus déficits y fortalezas (Rosén & Hau, 2021).

Estructura multi-axial del OPD-IJ-2

Al igual que su par para pacientes adultos, el OPD-IJ-2 permite una evaluación integral, en cuanto a los

grados de severidad, según diferentes dimensiones codificadas en diferentes ejes, a saber: (1) relaciones interpersonales, (2) conflictos intrapsíquicos relevantes, (3) características asociadas al nivel de estructura, y (4) requisitos previos para el tratamiento.

Asimismo, el OPD-IJ-2 suscribe que el diagnóstico y tratamiento con la población infanto-juvenil es un proceso complejo y multidimensional, y no puede ser definido simplemente por una valoración nosológica. De esta manera, la formulación dinámica del caso está orientada por los procesos psicológicos y de maduración, en todos los niveles diagnósticos, según la etapa en la que se encuentre el paciente (ver, por ejemplo: Seiffge-Krenke & Hau, 2021).

Así, partiendo de la estructura común de ejes ya descrita, el OPD-IJ-2 distinguirá en qué momento de desarrollo se encuentra el paciente, considerando tres grandes grupos: (a) de 3 a 5 años, (b) de 6 a 12 años y (c) de 13 a 18 años (para una síntesis, ver: Teague, 2017). La estructura multi-axial del OPD-IJ-2 se ilustra en la *Tabla 4*.

Eje I: Relaciones interpersonales

El Eje I es el referente a las relaciones interpersonales. En éste se evalúan los patrones de relación funcional o disfuncional del consultante basándose, por un lado, en cómo el paciente relata sus episodios de relación con otras personas, y por otro, en la interacción del paciente con el entrevistador y con los padres, a partir de la conducta y el juego (Cropp, & Claassen, 2021). Esta dimensión es un pilar fundamental en el OPD-IJ-2, ya que el establecimiento de la relación entre el examinador y el consultante permitirá identificar las primeras constelaciones relacionales típicas de éste. Así, los patrones de

relación con el paciente no solo revelan las interacciones entre los deseos y los miedos relacionados con sus vínculos, sino también los posibles recursos.

En consecuencia, en este eje se reportan sistemáticamente los aspectos transferenciales y contratransferenciales, en relación con elementos relacionales que describen aspectos tanto de control como de independencia, así como de afectividad positiva y negativa del individuo. De esta forma, el propósito no es llegar a un diagnóstico nosológico de una relación patológica, sino el registro de las relaciones interpersonales. En relación con ello, se analizan los posibles recursos del paciente, como situación vital actual, las relaciones y circunstancias familiares, y sus vínculos con pares (Seiffge-Krenke Hau, 2021). Esto marca cierta diferencia con el eje relacional del OPD-2, mucho más orientado a los patrones relacionales disfuncionales.

Eje II: Conflictos

El Eje II se asocia con los conflictos intrapsíquicos. El OPD-IJ-2 suscribe las teorías psicoanalíticas que se enfocan en aspectos del desarrollo y de relaciones para la conceptualización y operacionalización de los conflictos intrapsíquicos en la niñez y la adolescencia (Seiffge-Krenke, 2021). Teóricamente, en este eje se contemplan elementos de la teoría de relaciones objetales y de resultados de la terapia familiar (Grupo de Trabajo OPD-IJ-2, 2020/2021).

Siguiendo la tipología del OPD-2 ya descrita, los conflictos intrapsíquicos “persistentes” operacionalizados son siete: (1) cercanía versus distancia; (2) sumisión versus control; (3) cuidar de sí mismo versus recibir cuidados; (4) autoestima; (5) culpa; (6) Edipo; (7) identidad. Ocurren por más de 6 meses y se ca-

Tabla 4. Estructura Multiaxial del OPD-IJ-2 (*Grupo de Trabajo OPD-IJ-2, 2020/2021*)

Eje	Denominación	Aspectos a evaluar
Eje I	Relaciones Interpersonales	Patrones de relación funcional o disfuncional del paciente
		Episodios de relacionales con otros significativos
		Relación con el entrevistador a partir de interacciones y juego
Eje II	Conflictos	Temas conflictivos internos centrales
		Situaciones conflictivas externas actuales
		Se destaca un conflicto como central
Eje III	Estructura	Cualidades y/o insuficiencias estructurales del paciente
		Cuatro dimensiones: control; identidad; interpersonalidad y apego
		Evaluación en función de edad de desarrollo y contexto biográfico
Eje IV	Prerrequisitos para el tratamiento	Dimensiones subjetivas de la vivencia enfermedad-problema
		Recursos y prerrequisitos específicos para el tratamiento
		Planificación e indicación del tratamiento

racterizan por patrones de experiencia establecidos en niños y adolescentes, que inconscientemente conducen a comportamientos similares en situaciones semejantes, que impiden el desarrollo y perturban la vida con otros (Escher et al., 2021).

Eje III: Estructura psíquica

En el Eje III, dedicado a la estructura, ésta se caracteriza como el resultado de la interacción de la disposición innata y la experiencia. Esto conduce al desarrollo de capacidades específicas para el aprendizaje y el comportamiento del niño en relación con el entorno (Bagattini, 2021). En el OPD-IJ-2, el juicio del clínico sobre la conducta observable y subjetiva, en los niños y adolescentes, se sintetiza en cuatro categorías generales: (1) Manejo, (2) Identidad, (3) Interpersonalidad y (4) Apego. En relación con éstas, se distinguen cuatro niveles de estructura según el grado de integridad: (a) buena integración, (b) integración limitada, (c) nivel deficiente y (d) nivel desintegrado. Esta distinción se hace teniendo en cuenta siempre la etapa del desarrollo, y el intervalo de tiempo en que se va a realizar el abordaje (Cropp & Claaßen, 2021). Por ello, la evaluación de la estructura de un paciente se debe hacer en función de sus recursos y el contexto biográfico, dentro del cual se espera una capacidad adaptativa correspondiente al desarrollo psicológico (Bagattini, 2021).

Eje IV: Prerrequisitos para el tratamiento

El Eje IV es el último del OPD-IJ-2, vinculado con la experiencia de la enfermedad, y se compone de tres categorías que comprenden dimensiones subjetivas, recursos y prerrequisitos específicos para el tratamiento. Tiene una importante función de enlace, y se basa principalmente en los aspectos esenciales de la indicación de psicoterapia. Además, su evaluación debería facilitar la consideración de enfoques multimodales, contraindicaciones relativas o la consideración de indicaciones alternativas (Rosén & Hau, 2021). En relación con ello, lo más importante para la planificación del tratamiento son los recursos que se pueden identificar para un paciente individual (Seiffge-Krenke & Hau, 2021).

Como puede observarse, el OPD-IJ-2 presenta un cambio en el orden de los ejes en comparación con el OPD-2. La investigación y la experiencia clínica en el campo de la psicología infantil y adolescente han desarrollado una comprensión más precisa de los factores que influyen en la salud mental de los niños y jóvenes. Ello ha impactado en la adaptación del manual a tal población, particularmente en el orden de sus ejes. Según destaca el Grupo de Trabajo OPD-IJ-2

(2020/2021) el orden de los ejes denota la importancia dada a la evaluación de factores específicos relacionados con el desarrollo, donde las relaciones interpersonales, el entorno cercano y el contexto general del paciente infanto-juvenil es abordado antes que sus síntomas y problemas actuales (Rosén & Hau, 2021; Seiffge-Krenke & Hau, 2021). Es por ello que el eje relacional se ubica primero y el eje dedicado a vivencia de enfermedad y prerrequisitos para el tratamiento es colocado en último lugar.

En resumen, en los ejes Relación, Conflicto y Estructura, el sistema OPD-IJ-2 operacionaliza los constructos psicodinámicos de manera explícita, los cuales pueden describir la fenomenología y la dinámica interna de un trastorno con una acentuación significativa (Weber et al., 2020). De forma complementaria al diagnóstico categorial, permite abordar la estructura psíquica y los conflictos inconscientes, asociados a la presentación psicopatológica (Bagattini, 2021).

Discusión

Tanto la reseña ofrecida en este trabajo, como nuestra propia experiencia con el uso de manuales psicodinámicos, permite plantear algunos ejes concretos de aplicación de estos instrumentos al campo clínico-académico, a saber: (a) capacitación y educación, (b) flexibilidad y adaptación, (c) apoyo y supervisión para el terapeuta, y (d) colaboración y comunicación.

En primer lugar, consideramos que los manuales descritos en este artículo brindan una capacitación integral y educación a los terapeutas, sobre competencias centrales de la práctica clínica psicodinámica (Lemma et al., 2008). Específicamente, son herramientas útiles para desarrollar habilidades de diagnóstico y formulación de los casos, desde una perspectiva explícitamente psicodinámica. A su vez, conforman un punto de partida orgánico a partir del cual los terapeutas pueden aplicar lógicas estructuradas de tratamientos psicodinámicos para diversas patologías. Esto posibilita el uso de los manuales en talleres y supervisiones que fomentan un desarrollo profesional continuo (Juan, 2017; Juan et al., 2023).

En segundo lugar, los instrumentos descritos pueden considerarse una vía regia hacia la flexibilidad y la adaptación del tratamiento hacia el paciente. De este modo, los tratamientos psicoterapéuticos basados en manuales psicodinámicos (ver, por ejemplo, la revisión de Seybert et al., 2012) sirven como una guía, en lugar de un conjunto rígido de reglas, permitiendo a los terapeutas adaptar y personalizar el

tratamiento para satisfacer las necesidades individuales de sus pacientes. En este punto, los manuales diagnósticos psicodinámicos habilitan plasticidad y creatividad, al tiempo que se adhieren a los principios fundamentales de un tratamiento basado psicoanalíticamente (Grupo de Trabajo OPD, 2006/2008). Tanto desde nuestra experiencia con el OPD-2 como desde la recogida por los grupos de trabajo dedicados a los diferentes manuales descritos, introducir los criterios de forma gradual ha permitido que los terapeutas adquieran competencia de manera progresiva. Ha sido útil comenzar con operacionalizaciones o protocolos más simples que generan confianza y competencia antes de avanzar hacia intervenciones más complejas.

Un tercer aspecto de utilidad y aplicación radica en el proceso de supervisión en terapias dinámicas. Así, con base en estos instrumentos terapéuticos se han creado redes de apoyo donde los terapeutas puedan consultar, discutir desafíos y recibir orientación útil para la indicación de sus procesos. Esto ha sido con el modelo de supervisión regular o reuniones grupales y consulta entre pares (ver, por ejemplo: Juan, 2022; Vanegas & Juan, 2022).

Por último, y retomando lo mencionado en la introducción respecto del “terreno común” (Wallerstein, 2006), los manuales diagnósticos psicodinámicos conforman un área fértil para la colaboración y la comunicación profesional. Esto sucede en tanto fomentan la interacción abierta entre investigadores y profesionales, lo que puede implicar un diálogo continuo, con bucles de retroalimentación y proyectos de investigación colaborativos. Aquí cabe mencionar, como ejemplo, el trabajo conjunto que involucró a varios de los autores del presente artículo, y que ilustró proyectos de investigación orientada a la práctica clínica empleando el manual OPD-2, tanto en Argentina, Chile, Brasil y Colombia (Dagnino & de la Parra, 2020; de la Parra, 2020; Juan et al., 2020; Juan & Gómez Penedo, 2020; Vanegas Osorio et al., 2020; Vasconcelos Reboucas et al., 2020).

Desafíos futuros

Una comunidad creciente de la escena internacional y latinoamericana ha podido emplear estas herramientas en la investigación, en la práctica clínica y en la formación de terapeutas, con el objetivo global de potenciar el psicoanálisis hacia el bien público, en términos de pacientes, terapeutas y comunidad. La experiencia profesional y académica de los autores de este trabajo se inserta también dentro de esta línea.

Los instrumentos reseñados en este trabajo (PDM-2, OPD-2/OPD-3, OPD-IJ-2) destacan la necesidad de

una respuesta psicodinámica a los diagnósticos descriptivos de los sistemas oficiales y constituyen una plataforma para desarrollar competencias clínicas en los terapeutas, vinculadas con el diagnóstico, la formulación de los casos y la focalización de sus tratamientos.

Esperamos que la posibilidad de tomar conocimiento sobre estos manuales permita a la comunidad de clínicos, psiquiatras y psicólogos, nutrirse de sus posibilidades, incluir sus categorías en su trabajo cotidiano y sus procesos de supervisión, y discutir sobre las implicancias para la investigación orientada a la práctica psicodinámica en nuestra región.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Pub. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- Arbeitskreis OPD-3 (2023). *OPD-3 - Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik: Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung* (German Edition). Hogrefe Verlag, Bern.
- Bagattini, N. (2021). Psychic structure, unconscious conflict and adolescent psychopathology: The contributions of OPD-CA-2. *Nordic Psychology*, 73(4), 337-346. <https://doi.org/10.1080/19012276.2021.2001680>
- Barber, J. P., Muran, J. C., McCarthy, K. S., Keefe, J. R. & Zilcha-Mano, S. (2021). Research on dynamic therapies. En Barkham, M., Lutz, W. & Castonguay, L. G. (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 7, 387-419. John Wiley & Sons.
- 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.
- Calvo Serrano, E. (2020). Adolescencia [(Manual de diagnóstico psicoanalítico 2 Lingiardi & McWilliams, 2017)]. *Aperturas Psicoanalíticas* 65. Disponible en: <http://www.aperturas.org/imagenes/archivos/ap2020%7Dn065a9.pdf>
- Cropp, C., & Claaßen, B. (2021). The OPD-CA-2 axis interpersonal relations: A helpful tool for treatment planning? Relationship patterns of adolescent patients with persistent intrapsychic conflicts, structural deficits and trauma sequelae disorders. *Nordic Psychology*, 73(4), 326-336. <https://doi.org/10.1080/19012276.2021.2003233>
- Dagnino, P. & de la Parra, G. (2020). Patterns of change: tracking the therapeutic focus. *Revista Brasileira de Psicoterapia* 22(3):21-30. Disponible en: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbp.celg.org.br/pdf/v22n3a03.pdf>
- de la Parra G. (2020). Special section discussion. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 22(3):55-62. <https://cdn.publisher.gn1.link/rbp.celg.org.br/pdf/v22n3a06.pdf>
- de la Parra, G., Gómez-Barris, E. & Dagnino, P. (2016). Conflicto y estructura en psicoterapia dinámica: el diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). *Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, 6. Disponible en: <https://www.revistamentalizacion.com/ultimonumero/abril2016/delaparra.pdf>
- Domene, Y. (2020). Edad tardía (Manual de diagnóstico psicoanalítico 2 [Lingiardi y McWilliams, 2017]). *Aperturas Psicoanalíticas*, 65. Disponible en: <https://www.aperturas.org/imagenes/archivos/ap2020%7Dn065a11.pdf>
- dos Reis, H. F. (2020). Vida adulta (Manual de diagnóstico psicoanalítico 2 [Lingiardi y McWilliams, 2017]). *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, (65), 9, 1-26. Disponible en: <http://www.aperturas.org/imagenes/archivos/ap2020%7Dn065a12.pdf>

- Ehrenthal, J. (2022). *El Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado, tercera versión* (OPD-3). Conferencia presentada en el Seminario de actualización en OPD 2022, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Escher, F., Sarrar, L., & Seiffge-Krenke, I. (2021). Differences in psychodynamic conflicts between healthy adolescents and adolescent patients: Results with the conflict questionnaire. *Nordic Psychology*, 73(4), 347-358. <https://doi.org/10.1080/19012276.2021.2001678>
- Ferrari, H., Lancelle, G., Pereira, A., Roussos, A., & Weinstein, L. (2008). *El Manual diagnóstico psicoanalítico: discusiones sobre su estructura, su utilidad y viabilidad*. Reporte de Investigación, Universidad de Belgrano-Facultad de Humanidades. Disponible en: http://repositorio.ub.edu.ar/bitstream/handle/123456789/1585/1_roussos.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Fliedl, R., & Katzenschlager, P. (2016). Reliabilität und Konstruktvalidität der OPD-KJ Achsen: Struktur und Behandlungsvoraussetzungen—Vergleich OPD-KJ mit OPD-KJ-2. *Neuropsychiatrie*, 30(3), 151-157. <https://doi.org/10.1007/s40211-016-0201-2>
- González Ruiz (2020). Niñez (Manual de diagnóstico psicoanalítico 2 [Lingiardi y McWilliams, 2017]). *Aperturas Psicoanalíticas*, 65. Disponible en: <https://aperturas.org/imagenes/archivos/ap2020%7Dn065a10.pdf>
- Grupo de trabajo OPD (2006/2008). *Diagnóstico psicodinámico operacionalizado* (OPD-2). *Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Herder Editorial.
- Grupo de Trabajo OPD-IJ-2 (2020/2021). *Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado para la edad infantojuvenil* (OPD-IJ-2). Fundamentos teóricos y manual. Herder Editorial.
- Juan, S. (2022). *Terapias psicodinámicas: orientando la investigación hacia la práctica clínica*. Trabajo presentado en el I Encuentro Iberoamericano de la Society for Psychotherapy Research (SPR)
- Juan, S. (2017). Criterios para evaluar el proceso de supervisión en terapia psicoanalítica: aportes del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado 2 (OPD-2). *Subjetividad y procesos cognitivos*, 21(2), 59-81. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/spc/v21n2/v21n2a03.pdf>
- Juan, S., & Gómez Penedo, J.M. (2020). Introduction to special section. *Revista Brasileira de Psicoterapia* 22(3):1-7. <https://cdn.publisher.gn1.link/rbp.celg.org.br/pdf/v22n3a01.pdf>
- Juan, S., Manubens, R., López Fediuk, L., & Gómez Penedo, J. M. (2020). Psychodynamic profile in an early dropout case: comparing therapist's and external judges' perspectives. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 22(3):9-20 <https://cdn.publisher.gn1.link/rbp.celg.org.br/pdf/v22n3a02.pdf>
- Juan, S., Manubens, R., Romero Pimienta, A., & Gómez Penedo, J.M. (2021). La formulación del caso para la práctica clínica y la investigación: aportes del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado OPD-2. *Mentalización, Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, 15. Disponible en: https://revistamentalizacion.com/ultimonumero/formulacion_del_caso.pdf
- Juan, S., Vanegas Osorio, J. H., Giunta, G., Lavanga, N., Salgado, J. M., & Gómez Penedo, J. M. (2023). *¿Cómo usar material clínico para investigación? Aportes del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado OPD-2/OPD-3*. XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXX Jornadas de Investigación y XIX Encuentro de Investigadores del MERCOSUR. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.
- Lanza Castelli, G. (2019). Psicoterapia orientada al conflicto—Psicoterapia orientada a la estructura. *Revista Clínica Contemporánea*, 10(e10), 1-21. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/e09f/4aed1d2d6bf368b72a07db3986fa0a0b6044.pdf>
- Lemma, A., Roth, A., & Pilling, S. (2008). *The competences required to deliver effective psychoanalytic/psychodynamic therapy*. London: Research Department of Clinical, Educational and Health Psychology, University College London. https://www.ucl.ac.uk/pals/sites/pals/files/ppc_clinicians_background_paper.pdf
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (2015). *El Manual Diagnóstico Psicodinámico, segunda edición* (PDM-2). WPA, 237.
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (Eds.). (2017). *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2*. Guilford Publications.
- PDM Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Rosén, T., & Hau, S. (2021). Operationalized psychodynamic diagnosis in childhood and adolescence (OPD-CA-2)—A useful tool for improving diagnoses of psychological illnesses. *Nordic Psychology*, 73(4), 291-299. <https://doi.org/10.1080/19012276.2021.2001677>
- Seiffge-Krenke, I. (2021). One diagnosis—different conflicts: Using the OPD-CA conflict axis as a tool for treatment planning. *Nordic Psychology*, 73(4), 300-307. <https://doi.org/10.1080/19012276.2021.2001679>
- Seiffge-Krenke, I., & Hau, S. (2021). The Operationalized Psychodynamic Diagnostic for Children and Adolescents (OPD-CA-2): a new diagnostic method to determine psychodynamic constructs. *Nordic Psychology*, 73(4), 285-290. <https://doi.org/10.1080/19012276.2021.2012107>
- Seybert, C., Erhardt, I., Levy, R. & Kächele, H. (2012). Listing of Psychodynamic Manualized Treatments. In: R. Levy, S. Ablon, & H. Kächele (Eds.). *Psychodynamic psychotherapy research: practice based evidence and evidence based practice*. Humana Press.
- Teague, R. (2017). The use and misuse of operationalism in psychodynamic diagnosis. *PsycCRITIQUES*, 62(43). <https://doi.org/10.1037/a0041084>
- Vanegas Osorio, J., & de la Parra, G. (2020). Trastorno de personalidad: la mirada dimensional del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2). *Revista de Psicología: Universidad de Antioquia*, 12(2), 21-25. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8024573.pdf>
- Vanegas Osorio, J.H., Chindoy Luna, E.H., Patiño González, J.E., Pérez Atehortúa, C.A., Rincón Ospina, F.H., & Jiménez Hernández, J.A. (2020). Contributions of Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2) in Colombia: Training, Practice and Research. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 22(3):45-53. <https://cdn.publisher.gn1.link/rbp.celg.org.br/pdf/v22n3a05.pdf>
- Vanegas Osorio J. H. & Juan, S. (2022). O Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado OPD. Panel presentado en las Jornadas CELG 2022, Gramado Brasil.
- Vasconcelos Rebouças, C. Goettems Bastos, A., Kirsten Barbisan, G., Gonçalves, L., Perosa Carniel, B., & Sica da Rocha, N. (2020). Propriedades psicométricas do protocolo de sistema diagnóstico Operationalization of Psychodynamic Diagnosis 2 (OPD-2) em pacientes com transtorno mental grave em psicoterapia. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 22(3): 31-43 <https://cdn.publisher.gn1.link/rbp.celg.org.br/pdf/v22n3a04.pdf>
- Wallerstein, R. S. (2006). Psychoanalytically Based Nosology: Historic Origins. In: PDM Task Force. (Eds). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Weber, E. C., Seiffge-Krenke, I., Goth, K., & Sarrar, L. (2020). Associations between personality structure, unconscious conflicts, and defense styles in adolescence. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 69(7), 666-683. <https://doi.org/10.13109/prkk.2020.69.7.666>
- World Health Organization. (2019). International Statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.). <https://icd.who.int/>