

Operacionalización psicodinámica del eje estructura en un paciente drogodependiente¹

Jorge Humberto Vanegas-Osorio²
Universidad de Antioquia, Medellín (Colombia)

Daniel Alejandro Zapata-Patiño³
Universidad del Norte, Barranquilla (Colombia)

Leidy Carolina Castrillón-Osorio⁴
Universidad de Antioquia, Medellín (Colombia)

Recibido: 11/04/2018

Aceptado: 19/06/2019

Resumen

Objetivo. Comprender la relación entre el perfil psicodinámico y la adicción a las drogas en pacientes internos en una comunidad terapéutica, considerando la operacionalización del eje estructura según el Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2). **Método.** Se implementó el estudio cualitativo de cuatro procesos individuales de psicoterapia psicodinámica. Cada caso fue analizado por separado y se operacionalizaron los ejes diagnósticos del OPD-2; instrumento validado internacionalmente para la investigación, evaluación, focalización e indicación del tratamiento. **Resultados.** El análisis de caso permitió concluir que las limitaciones en las capacidades cognitivas, emocionales y vinculares corresponden a un nivel estructural medio-bajo. **Discusión.** Para la intervención psicoterapéutica es importante comprender la dinámica psíquica que sostiene la conducta adictiva con base en un acertado diagnóstico dimensional.

Palabras clave. Drogodependencia, psicoterapia, trastornos, diagnóstico, autorregulación.

¹ Este artículo presenta resultados de la investigación "Caracterización de estructura, conflicto y relación de hombres adultos drogodependientes en proceso de psicoterapia", llevada a cabo de 2014 a 2016 y desarrollada en el contexto de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad del Norte, con el apoyo del Grupo de Investigación en Psicología Dinámica de la Universidad de Antioquia.

² Doctor en Psicología Clínica y de la Salud. Departamento de Psicología de la Universidad de Antioquia. Calle 67 # 53-108 (Bloque 9-227) - Medellín, Colombia. Código postal: 05001000. Correo de correspondencia: jorge.vanegas@udea.edu.co

³ Magíster en Psicología.

⁴ Doctora en Ciencias Sociales.

Psycho-dynamic Operationalization of the Structure Axis in Drug Addicted Patients

Abstract

Objective. To understand the relation between the psychodynamic profile and drug addiction in patients hospitalized in a therapeutic community, taking into account the operationalization of the structure axis based on the Operationalization Psychodynamic Diagnostic (OPD-2). **Method.** A multi-case method was implemented consisting of the qualitative study of four individual processes of psychodynamic psychotherapy. Each case was analyzed individually and the diagnostic axes proposed by the OPD-2 were operationalized, this being an instrument of psychodynamic orientation, validated internationally through research, evaluation, focalization and treatment indication. The case of a drug-addicted patient in the process of rehabilitation was chosen for the purpose of multi-axial evaluation. **Results.** The case analysis concluded that limitations in cognitive, emotional and bonding abilities correspond to a middle-low structural level. **Discussion.** In psychotherapeutic interventions, it is important to understand the psychological dynamic present in addictive behavior starting with an appropriate dimensional diagnosis.

Keywords. Drug dependence, psychotherapy, disorders, diagnosis, self-regulation.

Operacionalização psicodinâmica do eixo estrutura num paciente drogo-dependente

Resumo

Escopo. Compreender a relação entre o perfil psicodinâmico e a adição às drogas em pacientes internos numa comunidade terapêutica, considerando a operacionalização do eixo estrutura com base no Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD-2). **Metodologia.** Foi implementado um método multicase, que consiste no estudo qualitativo de quatro processos individuais de psicoterapia psicodinâmica. Cada um dos casos foi analisado por separado e foram operacionalizados os eixos propostos pelo OPD-2, que é um instrumento de orientação psicodinâmica validado internacionalmente para a pesquisa, avaliação, focalização e indicação do tratamento. Para o propósito da avaliação multiaxial, foi elegido o caso de um paciente drogo-dependente em processo de reabilitação. **Resultados.** A análise de caso permitiu concluir que as limitações nas capacidades cognitivas, emocionais e vinculares correspondem a um nível estrutural médio-baixo. **Discussão.** Para a intervenção psicoterapêutica é importante compreender a dinâmica psíquica que sustenta o comportamento aditivo com base num acertado diagnóstico dimensional.

Palavras-chave. Drogo-dependência, psicoterapia, transtornos, vulnerabilidade estrutural, autorregulação.

Introducción

En Sudamérica, la drogadicción se ha vuelto un fenómeno social y de salud pública de grandes dimensiones. El número de adictos a las drogas va en aumento, tal como lo reportan los informes sobre el panorama del consumo de drogas en los países latinoamericanos (Comunidad Andina, Proyecto Pradican y Unión Europea, 2013; Organización de

los Estados Americanos y Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [OEA y Cicad], 2015; Organización de los Estados Americanos y Observatorio Interamericano sobre Drogas [OEA y Cicad], 2014). Teniendo en cuenta esta prevalencia, el objetivo de numerosas comunidades terapéuticas es ayudar a mitigar esta problemática, mediante un abordaje integral del drogodependiente, el cual procura su rehabilitación desde diversas orientaciones y métodos.

En Colombia, por ejemplo, el Sistema Único de Indicadores de Centros de Atención a la Drogadicción, del Ministerio de Salud y la Protección Social, el Ministerio de Justicia, el Observatorio de Drogas de Colombia y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito en Colombia (Minsalud, Minjusticia, ODC y UNODC, 2016), permite recopilar y analizar la información de los centros de atención, tratamiento y servicios especializados en situaciones de consumo de sustancias psicoactivas y provee información sobre las personas en situación de consumo atendidas por diversos centros. Entre diciembre de 2015 y enero de 2016 fueron atendidas 23.561 personas (16% mujeres y 84% hombres) en los Centros de Atención a la Drogadicción (CAD).

Los tratamientos psicoterapéuticos forman parte de la atención integral para personas con problemas de adicción, no obstante, las dificultades de la psicoterapia con esta población están documentadas ampliamente (Arias-Zapata y Correa-Urbe, 2016; English, 2011), tal como lo afirma Bulacio (2008): “Los toxicómanos no permanecen en tratamiento, en algunos casos unas pocas entrevistas siempre medían interrupciones, algunos retornan, pero no es la regla; hay muchos abandonos” (p. 4).

Lo anterior evidencia la necesidad de investigaciones que aporten a la cualificación de los procedimientos diagnósticos y psicoterapéuticos que se implementan con dicha población. Por ello, el estudio del cual se deriva este artículo tuvo como objetivo comprender la relación entre el perfil psicodinámico y la adicción a las drogas en pacientes internos en una comunidad terapéutica.

El marco de referencia teórica y metodológica para la evaluación, diagnóstico, focalización e indicación del tratamiento de esta investigación se basó en el manual *Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2)*. Este instrumento fue desarrollado por un grupo de psicoanalistas alemanes que trabajan en clínica e investigación. Ha sido traducido a varios idiomas y cuenta con estudios de validez y confiabilidad (Cierpka et al., 2010; De la Parra, Gómez-Barris y Dagnino, 2016; Pérez, Alvarado, De la Parra y Dagnino, 2009; Pescio y Russos, 2014).

Este es el único manual en español disponible que actualmente aporta al análisis psicodinámico

del paciente. Entre sus potencialidades, Cierpka et al. (2010) resaltan que: (a) es un complemento cualitativo de las clasificaciones descriptivas del DSM y del CIE; (b) atiende a las necesidades individuales, por ello enfatiza en la indicación al tratamiento ajustable a cada paciente; (c) facilita al clínico la elección de los focos de trabajo a partir del diagnóstico; y (d) permite hacer un seguimiento de los cambios terapéuticos.

En el campo de la salud mental, recientemente se han hecho revisiones de los criterios diagnósticos. Ya se cuenta con nuevas versiones del DSM y del CIE, así como con una extensa difusión y utilización de nuevos sistemas diagnósticos, como los manuales *Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2)* y *Diagnóstico Psicodinámico (PDM)*, los cuales proponen nuevas perspectivas para el diagnóstico y la indicación del tratamiento del paciente y no solo de la enfermedad.

Zimmermann et al. (2012) publicaron el artículo sobre la evaluación del nivel de integración estructural usando el sistema de diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD) y sus implicaciones para el DSM-5. Este texto presenta una discusión conceptual y empírica de los niveles de escala de funcionamiento de la personalidad desde la perspectiva del OPD frente a las propuestas de la evaluación de la gravedad global de deterioro en el funcionamiento de la personalidad en el DSM-5.

Bernardi (2011) señala que la discusión actual sobre el diagnóstico ha llevado a poner el acento en los aspectos metodológicos, relacionados con la operacionalización de las definiciones. Operacionalizar significa definir los conceptos a partir de las operaciones y procedimientos que les dan origen, lo cual quiere decir que se relacionan las formulaciones abstractas de una teoría a los términos observables en los que se apoya.

El OPD es un sistema diagnóstico multiaxial, que profundiza la interrelación entre los cinco ejes diagnósticos que lo componen: (a) experiencia de enfermedad y prerrequisitos para el tratamiento, (b) relación, (c) conflicto, (d) estructura, y (e) diagnóstico de acuerdo con el CIE (ver tabla 1).

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

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

Fuente: Pérez et al. (2009).

Estudios precedentes han servido de apoyo para esta investigación y tienen una directa relación con el abordaje de pacientes adictos, como es el caso de Schüßler (2014), quien ha publicado un artículo de investigación sobre el desarrollo de las adicciones y la indicación de tratamiento a partir de la operacionalización de los ejes del OPD-2.

Por su parte, González-Guerras (2014), en su trabajo "Sobre las adicciones... y ante la intolerancia a los afectos ¿trascender y/o negar la realidad?", presenta el caso de un paciente drogadicto, desde el modelo del psicoanálisis relacional. En su estudio resalta el consenso entre los teóricos de las psicoterapias de las toxicomanías, la singularidad de cada caso y, específicamente, los pacientes con problemas de drogas. Además, aporta de manera significativa al proceso terapéutico con esta población.

Sobre el abordaje terapéutico del abuso o dependencia a las drogas, el texto "Tratamiento de los problemas de drogas. Una guía para el terapeuta", de Nogal-Tomé (2009), presenta una guía comprensiva, conceptualmente profunda, con dos casos clínicos que ilustran sus indicaciones sobre el abordaje de los pacientes con esta problemática.

Algunas investigaciones han enriquecido la discusión no solo sobre la compleja relación entre el consumo de drogas y varios tipos de trastornos, sino también acerca de las adicciones en ausencia de psicopatología (Flynn et al., 1995; Khantzian, 1977). El estudio que se presenta en este artículo está orientado a la comprensión del funcionamiento psíquico de los pacientes con criterios más dimensionales que categoriales y hace énfasis en la organización estructural. Lo anterior tiene como propósito aportar a una práctica psicodiagnóstica útil para los procesos de intervención terapéutica con esta población, en el marco de su rehabilitación.

Sobre la estructura psíquica, Lanza-Castelli (2015) advierte que:

La estructura debe diferenciarse de los contenidos (como, por ej. el sentimiento de sí, los patrones vinculares conflictivos, etc.), ya que se refiere al nivel de organización de las funciones psíquicas, que regulan el sentimiento de sí y el comportamiento relacional. La pregunta por ella no dice: ¿Qué contenido

preocupa a esta persona?, sino: ¿Cómo funciona su personalidad en determinadas situaciones? (p. 4).

Al hablar de estructura, en psicología clínica y en psicoterapia, frecuentemente se alude a características y rasgos, los cuales se presentan de manera más o menos estable en la persona y conforman un estilo particular de ser y de relacionarse con los otros.

El concepto de estructura se refiere a la disponibilidad sobre funciones psíquicas en la regulación del *self* y su relación con los objetos internos y externos. Se trata de lo que el sujeto "puede", es decir, de sus capacidades. El OPD distingue cuatro niveles de integración de la estructura: alta, mediana, baja y desintegrada.

Por otro lado, el funcionamiento global de la estructura se obtiene a partir de la operacionalización de cuatro dimensiones: (a) percepción de sí mismo y percepción del objeto, (b) capacidad de manejo (autorregulación y regulación de la relación con el objeto), (c) comunicación emocional (comunicación hacia adentro y hacia los otros), y (d) vínculo (con objetos internos y objetos externos) (Cierpka et al., 2010).

En cuanto a las limitaciones de la estructura, el OPD distingue entre déficits estructurales (capacidades estructurales que no lograron desarrollarse) y vulnerabilidades estructurales (corresponden más a zonas inestables de la estructura que frente a estímulos estresores, tienden a desorganizarse y están menos disponibles para el sujeto).

Si bien en la práctica clínica con los pacientes de esta investigación se evaluaron los ejes relación, conflicto y estructura, en este artículo se analiza el funcionamiento estructural específicamente, asumiendo que la comprensión del problema de la drogodependencia, asociado a la vulnerabilidad estructural de los adictos, aumenta las posibilidades diagnósticas para la identificación de los focos y la planificación del tratamiento. En el análisis, se presenta el caso de un paciente drogodependiente en proceso de rehabilitación, que tipifica el estudio multicaso de cuatro procesos de psicoterapia psicodinámica en los que se operacionalizaron los ejes diagnósticos propuestos por el OPD-2.

Método

Participantes

En el estudio participaron varones adultos, entre los 22 y los 35 años de edad, de clase social media-baja, en condición de drogodependencia, quienes se encontraban en un proceso de rehabilitación en una comunidad terapéutica de la ciudad de Medellín. Los pacientes solicitaron libremente la psicoterapia y estuvieron por lo menos diez meses en tratamiento, con una sesión semanal, cara a cara. En los cuatro procesos se obtuvieron 95 sesiones registradas, algunas de ellas fueron canceladas por los participantes.

Como método de estudio se implementó el multicaso (Stake, 2006), el cual consiste en el estudio cualitativo de cuatro procesos individuales de psicoterapia psicodinámica. Cada caso fue analizado por separado y se operacionalizaron los ejes propuestos por el Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado.

Si bien el método y la recogida de la información se hicieron a través de la modalidad del multicaso, para el propósito de la evaluación multiaxial se eligió un solo caso que sirvió de apoyo y del que se presentan los resultados de este artículo. En el estudio de caso no se seleccionó una muestra representativa de una población sino una muestra teórica (Martínez-Carazo, 2006).

Los casos fueron tratados por el mismo terapeuta (un psicólogo candidato a magíster en Psicología Clínica), quien al momento de las sesiones de terapia contaba con cuatro años de experiencia. La psicoterapia implementada estuvo caracterizada por un enfoque exploratorio, de apoyo y de refuerzo a las defensas adaptativas, debido a la vulnerabilidad estructural de los pacientes.

Los investigadores atendieron las normas científicas, técnicas y administrativas para la realización de investigación en salud (Resolución 008430 de 1993) y el Código Deontológico, Bioético (Ley 1090 de 2006). La aplicación de estas normas permite resguardar la dignidad, los derechos, la seguridad y el bienestar de las personas que participan en la investigación y aseguran la credibilidad de los resultados de los estudios científicos que involucran seres humanos.

Esta investigación clasifica como estudio "sin riesgo", según la misma resolución, ya que se

aseguró un entorno investigativo que controló las situaciones de riesgo para los sujetos participantes y la provisión de mecanismos de aseguramiento y atención de todas las potenciales complicaciones, efectos adversos o daños que pudieran ocurrir.

La participación de los funcionarios de la institución y de los pacientes fue libre; se les solicitó el consentimiento informado escrito y se les manifestó la libertad para retirarse cuando desearan, sin perder ningún beneficio. Se informó expresamente sobre su derecho de contar con respuestas a las preguntas o dudas que les surgieran.

Los registros y conservación de la información de los participantes en este estudio se conservan bajo estricta privacidad y solo serán utilizados con fines académicos y científicos. Igualmente, en los informes y publicaciones producto de esta investigación se protege la confidencialidad y la identidad de los participantes.

Procedimiento

La psicoterapia fue ofrecida a todos los internos que voluntariamente quisieran servirse de ella. Después de una primera entrevista, y a partir de un diagnóstico presuntivo sobre las alteraciones estructurales, el terapeuta pudo evaluar un nivel medio de integración que permitió aplicar los lineamientos evaluativos del OPD y estimar cuáles de los consultantes podrían ser elegidos para incluirlos como participantes de la investigación. A los seleccionados se les pidió el consentimiento informado, que incluía la aprobación para grabar las sesiones y utilizar la información en productos académicos.

Con el apoyo de un grupo de jueces, pertenecientes al Grupo de Investigación de Psicología dinámica de la Universidad de Antioquia, entrenados en el análisis del OPD-2, se analizaron las tres primeras entrevistas transcritas de cada caso, con base en los descriptores (lista de chequeo) para los ejes relación, conflicto y estructura, y se registraron los resultados en los formularios de evaluación OPD. En este artículo se presenta el funcionamiento estructural.

Análisis de datos

Se hizo un análisis intra-caso. Los datos se recogieron y se categorizaron según: (a) el relato del paciente

acerca de sus experiencias de vida y sus relaciones interpersonales; (b) las capacidades estructurales desplegadas en el contacto directo con el paciente durante la entrevista clínica; (c) las observaciones y reflexiones del propio paciente acerca de sí mismo, de sus características y su manera de actuar; y (d) los sentimientos y reacciones contratransferenciales experimentados por el terapeuta en la interacción con el paciente.

El eje IV se codificó mediante el manual de operacionalización que contiene los criterios de puntuación. La estimación del nivel de funcionamiento se realizó de manera diferenciada entre cada una de las funciones. La evaluación del funcionamiento estructural global correspondió a una integración de la estimación de las disposiciones o capacidades orientadas hacia el sí mismo (self) como hacia los otros (objetos). Desde la perspectiva dimensional se ubicó el nivel que mejor representó al paciente según la identificación de las vulnerabilidades estructurales.

El contexto clínico

Para este artículo se eligió el caso de Ferney, por ser un joven que tipificaba el modelo de usuario que atiende esta comunidad terapéutica para drogadictos; es decir, un varón consumidor, con historial delictivo y que ha pasado por varios procesos fallidos de rehabilitación en otras instituciones.

Ferney, un hombre de 22 años de edad, soltero, con un hijo de tres años, de quien desconoce su ubicación, ya que la madre del niño, luego de terminar la relación se fue sin avisar. Vive con sus padres, abuela y una hermana menor. Describe su hogar como disfuncional. Su padre llegaba, casi a diario, bajo la influencia de sustancias psicoactivas y terminaba por golpear a su madre con mucha violencia, quien a su vez fue muy agresiva con el paciente.

A los quince años de edad dejó sus estudios, se inició en el consumo de drogas y se integró a la banda criminal del barrio. Empezó a trabajar por su cuenta en el oficio de lavar buses y luego ejerció como conductor, la misma ocupación de su padre. Lo despidieron varias veces por conducir bajo la influencia de sustancias psicoactivas, situación que lo indujo al hurto. En uno de los eventos delictivos

fue capturado y condenado a un año de prisión. A causa de otro robo, estando ya libre, fue amenazado de muerte por sus amigos, asunto que, aunado a la adicción, lo llevó a resguardarse en la fundación de rehabilitación.

Llegó a la comunidad terapéutica con el objetivo de rehabilitarse de la drogadicción; sin embargo, ya había estado en otra fundación, de la que desertó a unos días de haber iniciado. Cuando accedió a la consulta llevaba un mes interno en la institución. Al momento de las entrevistas, presentaba frecuentes dificultades en el área social y en la convivencia, pues intentaba imponer su parecer. Se encontraba en un límite borroso entre mostrarse carismático y social a querer ser el centro de atención y conseguir seguidores. Este mismo patrón relacional le ha ocasionado conflictos a nivel familiar y con sus parejas.

Llegó a consulta con un motivo manifiesto: *"Quiero expresarme, no quiero quedarme con las cosas adentro"*. Se sentía mal por el daño que le ha causado a su familia, y más cuando su padre ha cambiado, pues dejó el licor y las drogas. El paciente reportó que su padre es su héroe, un modelo, lo que aumenta el sentimiento de haberlo defraudado. Al referirse a sus ataques de rabia y el exceso de consumo, decía: *"He tocado fondo"*. Lo anterior evidencia que él deseaba beneficiarse de la terapia, como parte de su proceso de rehabilitación por drogas; como también trabajar los aspectos emocionales y relacionales, aprender a regularse en estas áreas y así evitar un mayor deterioro en sus intercambios sociales.

En las sesiones se mostraba con un amplio y rico discurso, buena presentación personal. Colmaba el espacio con fanfarronerías. Aparentaba ser reflexivo, pero caía rápidamente en lo anecdótico. Planteaba que tiene demasiadas dificultades en la fundación por aspectos de convivencia. Utilizaba sus cualidades de liderazgo para controlar e imponer su punto de vista, incluso de forma agresiva. Adicionalmente, expresaba serias restricciones para el autocontrol, no lograba tramitar de manera intrapsíquica los conflictos, sino que la más mínima rivalidad quería resolverla mediante las vías de hecho. Él no se reconoce como controlador, decía que quiere ayudar a todos, lo que le implica ponerse como guía en un lugar paternalista que le permite sentir poder y controlar al otro.

Resultados

Por medio de la relación terapéutica fue posible observar elementos típicos e importantes para robustecer y delimitar la impresión diagnóstica. Durante las sesiones en psicoterapia, el paciente competía frecuentemente con el terapeuta, invalidaba sus devoluciones y mostraba una posición desafiante ante cualquier señalamiento que implicara una puesta en evidencia de su fragilidad, lo que despertaba fuertes sentimientos en la contratransferencia. De hecho, por su representatividad, sus expresiones transferenciales y la evolución de los focos de trabajo propuestos en la intervención, para el presente artículo se eligió este caso entre los que formaron parte de la investigación, como representante de una cantidad mayor de información; esto con el objetivo de ejemplificar contextualizadamente el análisis realizado. Las citas textuales que se incluyen en la presentación de los resultados son unidades mínimas de análisis

que reflejan solo una proporción de la evidencia obtenida en el estudio completo.

La tabla 2 muestra los resultados de la operacionalización del funcionamiento global estructural del paciente y luego se presenta el análisis de los descriptores más relevantes en la caracterización de la estructura psíquica (tabla 2).

Formulario de evaluación estructural

En el caso de la estructura, para cada una de las ocho funciones evaluadas se presenta una escala Likert de 1 a 4, con puntos intermedios (1.5, 2.5, 3.5) en la que 1 indica el mejor nivel de funcionamiento estructural (integrado) y 4 el peor nivel de funcionamiento (desintegrado). Es decir, a mayor puntaje, mayor vulnerabilidad o déficit estructural. Además, cuando en la entrevista no hay elementos suficientes para su estimación, se tiene la opción de codificar una función como "no evaluable". La tabla 2 presenta la codificación de las funciones estructurales.

Tabla 2
Formulario de evaluación estructural

Eje IV: estructura	Nivel alto		Nivel medio		Nivel bajo		Nivel desintegrado	No evaluable
	1	1.5	2	2.5	3	3.5		
1a Percepción de sí mismo	1		2	2.5	3		4	9
1b Percepción del objeto	1		2	2.5	3		4	9
2a Autorregulación	1		2	2.5	3		4	9
2b Regulación de la relación con el objeto	1		2	2.5	3		4	9
3a Comunicación hacia adentro	1		<u>2</u>		3		4	9
3b Comunicación hacia afuera	1		<u>2</u>		3		4	9
4a Vínculo con objetos internos	1		<u>2</u>		3		4	9
4b Vínculo con objetos externos	1		<u>2</u>		3		4	9
5 Estructura total	1		2	2.5	3		4	9

Fuente: elaboración propia.

Los hallazgos evidenciaron que la percepción reflexiva del paciente se orienta fundamentalmente al *self* conductual, a lo que hizo o dijo, pero no a la comprensión de su problemática, ni a los aspectos relacionados con ella. Su autoanálisis y autorreflexión son muy limitados. Desde el mismo planteamiento del motivo de consulta se develó esta característica estructural, porque su pedido no le era propio, estaba influenciado por la filosofía de la comunidad terapéutica en la que se encontraba interno; las reglas institucionales lo obligaban a adoptar posturas reflexivas en pro del proceso y la buena convivencia.

Yo vengo porque he hecho cosas que no van conmigo, pues las hacía antes cuando estaba afuera, como decir, darme golpes con los muros, de esas rabias, de esas rabias que he tenido. Cosas que aquí me han hecho y me ha dado demasiada ira, o sea, nunca me ha dado una ira así tan fuerte como la que me dio aquí. Inclusive, me desconecté, me desmayé de los golpes. Es otra cosa, es como para descubrir, según los líderes me han dicho.

Incluso su participación en el proceso de rehabilitación estaba altamente influenciada por sus familiares o presionada por situaciones externas, como las amenazas de muerte.

De la misma parte donde yo era, me esperaron afuera, me iban a matar, yo vine aquí por el mismo acoso de los que eran mis amigos, pues se dice así, todo lo que hice se me volvió en contra. De ahí para acá no les aguanté e hice algo que no me dejaba dormir, por ejemplo, aquí duermo tranquilo.

En general, al consumo de drogas, los pacientes le encuentran múltiples justificaciones. Solo se sienten confrontados y reconocidos por la angustia de alguien significativo. En este paciente se encontró que las racionalizaciones son débiles, la percepción introspectiva del *self* posee serias restricciones y la posibilidad de responsabilizarse de sus acciones y afectos es ya en sí misma un reto terapéutico. Asimismo, la rabia y el rencor predominan en su vivencia afectiva, lo que distorsiona el modo en que se percibe a sí mismo y a los demás. Esta pérdida de diferenciación afectiva es la base de su registro sobre las motivaciones de los otros significativos, los sentimientos persecutorios y la razón de su vulnerabilidad ante el consumo de drogas.

Quisiera descubrir cosas de pronto en mi niñez, de por qué soy así, de por qué me es tan difícil ser bueno, o sea, me es difícil cambiar ciertas cosas, que yo sé que debo cambiar, y las tengo muy presentes, pero en el momento de la prueba se me olvida y ¡pa... la cago! Volví y recaí, pero no fue porque quise, sino que se me olvidó (sesión 2).

Por otro lado, el nivel de integración medio del paciente también estuvo caracterizado por las dificultades en la percepción del objeto. Los propios deseos, valores y sentimientos alteran los procesos intersubjetivos. Por ejemplo, fue claro que vivencia como una afrenta que los otros no tomen en cuenta sus iniciativas, impone sus deseos y, en caso de no recibir aprobación, incurre fácilmente en confrontaciones y devaluaciones del otro. Además, se encontró que le es muy difícil considerar buenas intenciones en los demás, por el contrario, todas las posiciones diferentes de su criterio las lee como provocaciones. En consecuencia, esta debilidad estructural incrementa las dificultades relacionales. Las personas que viven con él en la comunidad, compañeros y líderes, los caracterizó como acosadores, persecutores, que intentan denigrarle o sacar beneficios de él. Estas percepciones del objeto están en la base de su patrón relacional disfuncional. Por ejemplo: *¿Por qué no lo corrigen a uno con amor?, pues, ¿por qué lo corrigen a uno a las patadas, a lo mal hecho? Son encima de uno, lo quieren ver a uno a toda hora como arrinconado, humillado (sesión 5).*

El material fue rico en situaciones en las que el paciente aducía no controlar muy bien sus impulsos, lo que le ocasiona un significativo deterioro en las relaciones. El enaltecimiento y la desvalorización de sí mismo son dos polos de la manifestación de la representación de un yo débilmente integrado. Se corresponde a la poca capacidad de la autorregulación de impulsos que se manifiesta en la tendencia a sentirse ofendido y a reaccionar agresivamente poniendo en riesgo la integridad propia y la del otro, tal como lo manifestó en una de las sesiones:

En estos días, en la cocina, el viernes me sentí humillado, pero humillado, humillado. Esa noche yo estaba airado, me di golpes contra los muros, o sea, reaccioné de la forma que reaccionaba yo afuera de la institución, por la noche me senté a llorar (sesión 2).

De acuerdo con lo manifestado por el paciente, sus afectos son vivenciados en forma limitada. Las experiencias vinculares tempranas se constituyen en el principal organizador de formas posteriores de comunicación emocional.

El desarrollo saludable del *self* requiere de experiencias relacionales seguras, las cuales conforman la matriz relacional que a su vez contiene el desarrollo del sentido del *self*. En este paciente se evidenció una falla estructural en esta dimensión, porque desde muy temprano no tuvo el ambiente facilitador para un desarrollo integrado del *self*, que le permitiera organizar su experiencia afectiva y regular las interacciones con los demás. La siguiente cita es representativa de lo argumentado aquí:

A mi mamá no le importaba, sí me maltrató mucho, mucho, mucho, física y verbalmente me trató muy mal. Pero después de los 9 años ni siquiera le importaba. Dejé el estudio, estaba fumando marihuana, ¡mató a alguien!, o sea, es algo crítico, pero lo único que ella dijo fue: Ah, ya siguió, usted está haciendo lo que le da la gana, pues bueno, cuando menos pienso voy lo visito a la cárcel o a un hospital, o quizá lo velo (sesión 3).

Se encontró que al paciente le es difícil comunicarse afectivamente con los otros, incluso en la relación terapéutica, debido a causas de base ya expuestas, tales como capacidad reducida para diferenciar afectos, predominio de afectos negativos e incapacidad para leer las necesidades emocionales de los demás.

Durante las sesiones, fue evidente que, desde su posición narcisista, demandaba admiración y constantemente se sentía ofendido e irritado. Todo ello mostró fallas en la empatía y el consecuente rechazo de los demás, lo que a su vez le confirma la historia con sus objetos primarios rechazantes y abandonicos.

La exploración de las capacidades de vínculos internos y externos arrojó como resultado un nivel de diferenciación moderado de las representaciones de las personas significativas, puesto que ha construido imágenes estables, pero negativas, crueles y abandonicas. Por tanto, la disponibilidad interna de estos objetos no cumple con la función de consuelo o protección ante las experiencias críticas. Esta vulnerabilidad estructural es significativa, porque si el objeto interno del paciente no es contenedor,

recurre a objetos externos, entre los que vincula la droga para su sosiego. El uso recurrente, adictivo, de la droga, como objeto sustituto, lo libera de la tensión interna, de la ansiedad y de los sentimientos persecutorios.

En consecuencia, la capacidad de vínculos con objetos externos está determinada por las representaciones de sus objetos internos. De hecho, su capacidad de vincularse afectivamente está igualmente limitada por el complejo mundo interno; por ejemplo, el temor de pérdida de objeto se corresponde al conflicto entre la necesidad, negada, de dependencia *versus* el impulso de someter y controlar al otro. Con su dominancia niega la fragilidad del *self*. No experimenta sentimientos de culpa reparadora, sino culpa proyectiva.

Por último, en este estudio, y otros representativos (Cierpka et al., 2007; Doering et al., 2013), se pudo demostrar que el OPD es fiable, válido y altamente asociado con la observación de los trastornos de personalidad.

Discusión

La delimitación del abuso de drogas, como entidad diagnóstica, ha sido muy polemizada desde su aparición en las nosologías psiquiátricas. Al respecto, Khantzian (1977) señala que:

El diagnóstico psiquiátrico refleja de manera implícita una convicción de que el abuso de drogas no es una entidad diagnóstica genuina. Más bien, es un intento de clasificar a la gente en términos de un comportamiento abierto que puede expresar varias entidades diagnósticas auténticas, y que a veces puede existir probablemente en ausencia de psicopatología (p.4)

Sin embargo, estas discordancias no han sido limitantes para ampliar los estudios que relacionan las organizaciones psíquicas con la disposición a la adicción, como los de Esbec y Echeburúa (2016), Fernández-Miranda y Gutiérrez-Cienfuegos (2005) y Olivera, Oppedisano, Solimei, Andrea y Barrera (2011).

En esta línea de pensamiento, el esfuerzo por asociar el consumo de drogas a una clasificación nosológica tiene poco valor práctico. Lo útil para

la intervención psicoterapéutica es identificar el funcionamiento psíquico y los patrones relacionales del individuo que sostienen la conducta adictiva.

La descripción cualitativa de las áreas conflictuadas del paciente adicto y de su vulnerabilidad estructural, presentadas en este escrito, aporta utilidad clínica relevante para los psicoterapeutas con un entrenamiento medio. De acuerdo con Shedler (2004), *reproducible* no significa *reproducible por cualquiera*, por lo tanto, no deberíamos esperar que individuos que carecen de la formación y experiencia adecuadas realicen observaciones e inferencias clínicas correctas.

Actualmente, muchas instituciones con servicios sociales asumen la difícil tarea de la rehabilitación. En ellas se ofrecen los servicios psicoterapéuticos como parte de sus programas. No obstante, para optimizar sus esfuerzos, haría falta entrenar más a los psicoterapeutas en la comprensión de la dinámica psíquica de esta población específica y en la elección de los focos a intervenir.

La investigación que se reseña en este artículo busca contribuir a estudios de psicoterapia en contextos propios y útiles para la práctica clínica. El estudio De la Parra (2013), uno de los más recientes sobre el estado de la investigación en psicoterapia en Latinoamérica, expone el análisis pormenorizado sobre la producción científica reflejada en publicaciones internacionales y latinoamericanas. Los resultados testimonian la limitada producción en el campo de la investigación empírica en psicoterapia. Los países del Cono Sur implementan mayoritariamente estos estudios, así como un uso limitado de la investigación en la práctica clínica, y denuncian la gran brecha entre la producción de los psicoterapeutas latinoamericanos y los países desarrollados.

En síntesis, al aplicar los lineamientos evaluativos del OPD, es claro que el Sistema Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado estimula y potencializa la inferencia y el razonamiento clínico de los terapeutas para el tratamiento de los datos en la investigación, a la vez que cualifica la práctica psicoterapéutica, facilita la comunicación entre los profesionales de diferentes enfoques y aporta un método fiable para la operacionalización de los datos clínicos al servicio de la investigación en psicoterapia.

La mayor limitante a referenciar en este tipo de estudio es que en Colombia, la adopción del OPD presenta cierto retraso en relación con otros países de América Latina y Europa, debido a la falta de centros formativos y clínicos de referencia en la materia. Pero con el entrenamiento, cada vez más en aumento, se fortalecerá la validez y confiabilidad en la aplicación del instrumento para su aplicación en investigación y en la práctica clínica. Investigaciones futuras en el marco de la práctica diagnóstica con pacientes drogodependientes pueden profundizar con muestras más amplias la articulación entre el funcionamiento estructural de los pacientes y el problema de la drogadicción, de esta manera, amplificar los resultados de este estudio.

Referencias

- Arias-Zapata, F. J. y Correa-Urbe, J. E. (2016). Hacia una perspectiva clínica psicodinámica de la intervención de las adicciones. *El Ágora*, 16(1), 231-254.
- Bernardi, R. (2011). DSM-5, OPD-2 y PDM: convergencias y divergencias entre los nuevos sistemas diagnósticos psiquiátricos y psicoanalíticos. *Revista GPU*, 7(3), 256-276.
- Bulacio, B. J. (2008). Seminario Nuevas contribuciones a la clínica de la drogadicción. PsicoNet. Recuperado de <http://www.enlinea.cij.gob.mx/cursos/Hospitalizacion/pdf/Seminariodrogodependencia.pdf>
- Cierpka, M., Stasch, M., Grande, T., Schauenburg, H., De la Parra, G., Rost, R.,... Tann, M. von der (2007). The Operationalized Psychodynamic Diagnostics System (OPD): Clinical relevance, reliability and validity. *Psychopathology*, 40, 209-220.
- Cierpka, M., Stasch, M., Grande, T., Schauenburg, H., De la Parra, G., Rost, R.,... Tann, M. von der (2010). La evaluación de primeras entrevistas psicoterapéuticas mediante el sistema Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2). *Revista Electrónica de Psicoterapia*, 4(1), 221-235.
- Comunidad Andina, Proyecto Pradican y Unión Europea. (2013). *II Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria. Informe Regional 2012.*

- Lima, Perú: Secretaría General de la Comunidad Andina. Recuperado de http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/PRADICAN_Informe_Regional.pdf
- De la Parra, G. (2013). Psychotherapy Research in Developing Countries: The Case of Latin America. *Psychotherapy Research*, 23(6), 609-623.
- De la Parra, G., Gómez-Barris, P. E. y Dagnino, P. P. (2016). Conflicto y estructura en psicoterapia dinámica: el Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2). Mentalización. *Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, 6, 1-20.
- Doering, S., Burgmer, M., Heuft, G., Menke, D., Bäumer, B., Lübking, ... Schneider, G. (2013). Assessment of Personality Functioning: Validity of the Operationalized Psychodynamic Diagnosis Axis IV (Structure). *Psychopathology*, 47(3), 185-93. doi:10.1159/000355062
- English, C. (2011). *Intrapsychic Dimensions of Addiction: The Wearing Down of Help Seeking Capacities by Cruel and Tyrannical Objects* (Unpublished Doctoral Dissertation). University of Nottingham, Nottingham, United Kingdom.
- Esbec, E. y Echeburúa, E. (2016). Abuso de drogas y delincuencia: consideraciones para una valoración forense integral. *Adicciones*, 28(1), 48-56.
- Fernández-Miranda, J. J. y Gutiérrez-Cienfuegos, E. (2005). Trastornos de personalidad y dependencia de heroína: una relación por determinar. *Adicciones*, 17(2), 95-110.
- Flynn, P. M., Luckey, J. W., Brown, B. S., Hoffman, J. A., Duntzman, G. H., Theisen, A. C., ... Yates, B. T. (1995). Relationship between Drug Preference and Indicators of Psychiatric Impairment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21(2), 153-166. doi:10.3109/00952999509002685
- González-Guerras, J. (2014). Sobre las adicciones... y ante la intolerancia a los afectos ¿trascender y/o negar la realidad? *Clínica e Investigación Relacional*, 8(3), 379-393.
- Grupo de Trabajo OPD. (2008). *Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2). Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Barcelona: Hélder.
- Khantzian, E. (1977). *Psychodynamics of Drug Dependence*. NIDA Research Monograph series 12. Washington, D.C.: National Institute on Drug Abuse. 202 p.
- Lanza-Castelli, G. (2015). Conflicto, estructura y mentalización: interrelaciones y complementariedades. *Aperturas Psicoanalíticas* (50).
- Martínez-Carazo, P. C. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y Gestión*, 20, 165-193.
- Ministerio de Salud y la Protección Social, Ministerio de Justicia, Observatorio de Drogas de Colombia y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito en Colombia [Minsalud, Minjusticia, ODC y UNODC]. (2016). *Boletín Sistema Único de Indicadores sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas*. Colombia: Autor. Recuperado de <http://www.suicad.com/>
- Nogal-Tomé, M. del (2009). *El tratamiento de los problemas de drogas. Una guía para el terapeuta*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Olivera, C., Oppedisano, P., Solimei, F., Andrea, L. y Barrera, C. E. (2011). La eficacia de la psicoterapia psicodinámica en el tratamiento de las drogodependencias. *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVIII Jornadas de Investigación y VII Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Organización de los Estados Americanos y Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [OEA y Cicad]. (2015). *Informe del uso de drogas en las Américas*. Washington, DC: Autor. Recuperado de http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/UsoDrogasAmericas_SPA_web.pdf
- Organización de los Estados Americanos y Observatorio Interamericano sobre Drogas de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [OEA y Cicad]. (2014). *Consumo de pasta base de cocaína en América del Sur: revisión de los aspectos epidemiológicos y médico-toxicológicos*. Washington, DC: Autor. Recuperado de <http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/abc.pdf>

- Pérez, C. F., Alvarado, P. L., De la Parra, C. G. y Dagnino, R. P. (2009). Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2): evaluación preliminar de la validez y confiabilidad inter-evaluador. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 47(4), 271-278.
- Pescio, J. y Russos, J. A. (2014). Uso OPD-2 en investigación. *VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXI Jornadas de Investigación y IX Encuentro de Investigadores del Mercosur*. Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Schüßler, G. (2014). How Addiction Develops And What Are The Consequences – A Psychodynamic Approach. *Addiction and psychodynamic aspects. Psychiatria Danubina*, 26(4), 368-371.
- Shedler, J. (2004). Un nuevo lenguaje para el diagnóstico psicoanalítico. *Aperturas Psicoanalíticas*, 16, s.p.
- Stake, R. E. (2006). *Multiple Case Study Analysis*. New York: The Guilford Press.
- Zimmermann, J., Ehrental, J. C., Cierpka, M., Schauenburg, H., Doering, S., & Benecke, C. (2012). Assessing the Level of Structural Integration Using Operationalized Psychodynamic Diagnosis OPD: Implications for DSM-5. *Journal of Personality Assessment*, 94(5), 1-11. doi:10.1080/00223891.2012.700664

Para citar este artículo / To cite this article / Para citar este artigo: Vanegas-Osorio, J. H., Zapata-Patiño, D. A. y Castrillón-Osorio, L. C. (2019). Operacionalización psicodinámica del eje estructura en un paciente drogodependiente. *Pensamiento Psicológico*, 17(2), 135-147. doi: doi:10.11144/Javerianacali.PPSI17-2.opee