

DIFERENCIAL SEMÁNTICO DE OSGOOD COMO INSTRUMENTO DE PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICA Y MEDIDA DEL CAMBIO EN PSICOTERAPIA COGNITIVO-ANALÍTICA: ESTUDIO DE UN CASO

María Vicenta Gómez de Ramón Fuster

Departamento de Psiquiatría y Psicología Social de la Facultad de Medicina, Universidad de Murcia

Carlos Martínez Fernández-Mayoralas

Coordinador Unidad de Rehabilitación Mental de Cartagena.

In this article we present, through a clinical case, the possibilities offered by the Osgood semantic Differential as both a tool to help in planning therapeutic targets in psychotherapy, Cognitive-Analytic our case, as the analysis and measurement (through tests of statistical significance) of the change process of the psychotherapy. This article follows a line of research of the authors, based on reflections on certain aspects of the PCA model, and its valuation tools. Also, try to deep in the lines suggested by the creator of the PCA, Anthony Ryle, in terms of assessing change and process in integrative psychotherapy.

Keywords: Measure of change, Osgood Semantic Differential, cognitive-analytic Psychotherapy.

INTRODUCCIÓN

Psicoterapia Cognitivo-Analítica: definición

La Psicoterapia Cognitivo-Analítica (PCA) se desarrolló en la década de los 80 en Inglaterra, de la mano de Anthony Ryle, de donde se fue extendiendo y desarrollando hacia otros países europeos. En España su introductor es el Dr. Carlos Mirapeix, en la década de los 90. (Mirapeix C, 1994, 2004).

Esta psicoterapia surge de la preocupación y compromiso por conseguir psicoterapias eficaces de tiempo limitado para el sector público. Así, en un principio

y de forma general es una terapia breve (de tiempo limitado, originalmente 16 sesiones, que se amplía a 24 o más para pacientes graves, formando parte de paquetes más amplios de tratamiento), es integradora y de aplicación a diversos contextos terapéuticos.

La PCA comprende postulados cognitivos (Esquemas representacionales...), psicoanalíticas (Teoría de las Relaciones Objetales) y constructivistas, así como la idea vigotskiana de la formación social y cultural del self. Se basa en el establecimiento de una relación colaboradora para construir con los pacientes reformulaciones narrativas y diagramáticas de sus “procedimientos problema”, describiendo en estas reformulaciones las secuencias de patrones de interacción y acontecimientos externos, cognitivos y conductuales vinculados, que se denominan Procedimientos de Roles Recíprocos (Ryle, 2006; Mirapeix, 1994, 2004), un concepto parecido al de **Modelo operativo interno** de Bowlby, **Esquemas desadaptativos** de Young y **Díadas de relación objetal** de Kernberg, entre otros.

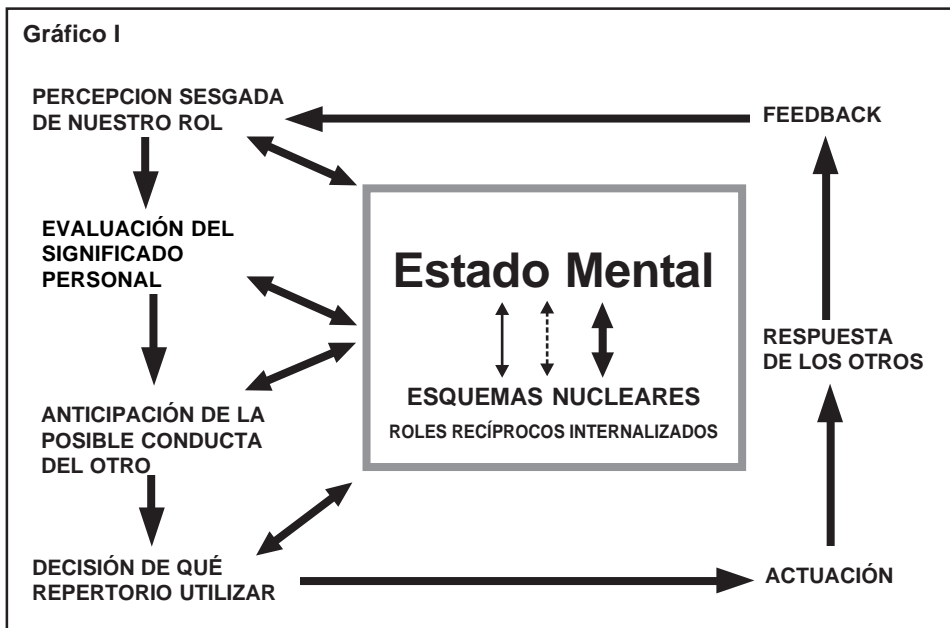
Un Procedimiento de Rol Recíproco se define como un patrón de interacción estable originado en las relaciones infantiles con los cuidadores, que determina los patrones actuales con los demás y el auto-manejo. Interpretar un Rol siempre requiere de otra persona, o la “voz” internalizada de otra, cuya reciprocación se busca o experimenta (Mirapeix, 1994, 2004).

Tácticas, Técnicas y Estrategias en PCA

La táctica principal consiste en la colaboración conjunta paciente-terapeuta para identificar y describir los procedimientos de Rol recíproco y Estados mentales asociados. Una vez identificados se trabaja en la revisión y cambio de dichos patrones a través de distintas técnicas y la relación con el terapeuta. La secuenciación de un procedimiento de Rol y Estado Mental asociado toma la forma que se muestra en el siguiente cuadro (Mirapeix C, 2004): (Ver Gráfico I)

La técnica y estrategia principal consiste en la construcción conjunta de reformulaciones narrativas (descripción escrita concreta y accesible de la dinámica subyacente de los síntomas y problemas que trajeron al paciente a la consulta) y diagramáticas, como trabajo previo a la fase terapéutica posterior. En estos “documentos” se escriben y representan los principales Procedimientos de Rol o los Estados mentales, con la secuencia entre ellos y patrones y síntomas asociados. Esto permite un mayor logro de una imagen más integrada y la consecución de mayor alianza terapéutica (Ryle, 2006; Mirapeix, 1994, 2004). Además, forman parte específica de la PCA otras técnicas como: Autorregistros, tareas para casa, Cartas, Psicoeducación...

Al ser una terapia integradora y considerar que lo importante es la táctica y estrategia basada en su metateoría de Roles recíprocos, pueden emplearse cualquier técnica procedente de modelos Cognitivos, de Gestalt, de conducta, psicoanalíticos (lesee registro de pensamientos, silla vacía, exposición, análisis de la transferen-



cia...). No son las técnicas las que definen este modelo.

La estrategia anteriormente citada surge a partir de la propia técnica de reformulación. Los terapeutas deben evitar sobre todo reforzar (o colisionar con) los Procedimientos de Rol disfuncionales y prestar atención a los cambios de estado que se producen, especialmente en la relación terapéutica. Hay que “monitorizar” los procedimientos y estados (qué siento, cómo actúo, qué imagen tengo de mí, qué imagen de los otros...) para revisarlos fuera de las sesiones y ensayar procedimientos de Rol alternativos (Mirapeix, 1994, 2004).

La medida del cambio en Psicoterapia

La medida del cambio, de los procesos y de la eficacia en psicoterapia ha sido una línea de investigación constante dentro del campo de la psicología, psiquiatría y psicoterapias, especialmente con la evolución de la psicología hacia paradigmas de investigación científica. La preocupación por estudiar los fenómenos psicológicos de la misma forma empírica que las ciencias naturales ha estado por tanto en la mente de múltiples clínicos e investigadores, siendo muchos los estudios sobre este campo. Ahora bien, si analizamos las líneas abiertas por los artículos interesados en este aspecto, nos encontramos con múltiples contradicciones, confusiones, ambigüedades y discrepancias.

Existe controversia porque, en cuanto aparecen artículos que ponen en duda la eficacia de las terapias psicológicas sobre el no tratamiento o el placebo (Eynsenck, 1952, citado en Corbella S, 2004; Bados A., 2002), aparecen otros que

si parecen demostrar su eficacia (Meltzoff, 1970; Luborsky, 1975; Smith, 1980; Lambert, 1986, citados en Corbella S, 2004). Tan pronto aparecen resultados sobre la igualdad de eficacia de diferentes psicoterapias (Smith, 1980; Lambert, 1992; Luborsky, 1975; Wampold, 1977, citados en Corbella S, 2004), como aparecen otros sobre los errores metodológicos de dichas investigaciones (Stiles, 1986, citado en Corbella S, 2004)).

Unas corrientes abogan por una ortodoxia metodológica propia de las ciencias experimentales para catalogar una psicoterapia como eficaz (medicina basada en la evidencia) y otras corrientes protestan sobre la forma de medir los resultados (escalas, síntomas, etc), desentendiéndose de la estructura de personalidad o del bienestar manifestado por el paciente (generalmente corrientes psicodinámicas y humanistas).

Una línea de investigación en auge como la evaluación de procesos de psicoterapia, todavía no tiene suficiente repercusión en medios científicos o clínicos, porque aún no parece llegar a conclusiones más allá de la descripción de los procesos de cambio y de los factores comunes a las psicoterapias. (Corbella S., Botella L., 2004)

Unos abogan por medir la eficacia en términos sintomáticos. Otros por medir cambios en la estructura de personalidad. Unos utilizan instrumentos supuestamente empíricos, como test psicométricos y otros entrevistas estructuradas sobre variables de resultado. Otros abogan por integrarlos (Castelló J, 2001).

Mientras que existen muchos estudios de investigación sobre eficacia de la TCC (Bados, A., 2002) (con los interrogantes sobre la validez de la medida de resultados que algunas corrientes plantean), existen muy pocos modelos que cumplan los criterios que se soportan en la medicina basada en la evidencia (Godoy A., 1994), muchas veces por la dificultad para estudiar los fenómenos de cambio que suponen dichas corrientes, pero también porque desde distintas instituciones no se ha hecho un esfuerzo político y económico para asentar las bases de líneas de investigación sólidas comparables a las establecidas en otros ámbitos de la salud. Además, cuando se hacen ensayos controlados de otras alternativas terapéuticas (psicoanalítica, interpersonal, constructivistas, integradoras...), los pocos estudios que existen no parecen encontrar grandes diferencias, apareciendo unas y otras igual de eficaces (Bados A., 2002).

Toda esta contradicción y confusión ha llevado a que los investigadores se centren ahora en estudiar qué tipo de psicoterapia, o técnica, para qué tipo de paciente y aplicada por qué tipo de terapeuta es más útil o eficaz (Corbella S, 2004). Esta línea, siendo muy interesante, puede presentar los mismos problemas si no existe un acuerdo en la comunidad clínica e investigadora sobre los criterios de evaluación de resultados o de procesos en las psicoterapias, para lo cual es necesario un consenso sobre la definición y denominación de dichos procesos y resultados.

Siendo conscientes de la limitación que supone el estudio de un caso único para

generalizar cualquier resultado a poblaciones más amplias, nuestro interés sin embargo se centrará no en demostrar la eficacia de un modelo de psicoterapia, sino en mostrar cómo desde cualquier proceso o corriente psicoterapéutica sí podemos estudiar de una manera integradora qué cambia a nivel de estructura de significado en el paciente, y además hacerlo de una manera con absolutas garantías empíricas en cuanto a su metodología, ya que aplicamos análisis factoriales y correlacionales para estudiar dichos cambios.

Esta línea de investigación, que empezó siendo desarrollada especialmente por las corrientes constructivistas a través de las Rejillas de Kelly, fue también desarrollada por el fundador de la PCA, Anthony Ryle, en varios de sus primeros artículos (Ryle A, 1979, 1980). Él utilizaba una “rejilla de díadas” estandarizada como medida del cambio y también como instrumento de ayuda de cara a la reformulación (y por tanto planificación terapéutica) de los *dilemas* o *trampas* de los pacientes. La medida se realizaba a través del cambio en las correlaciones entre los constructos que formaban la rejilla y analizadas a través de un programa estadístico diseñado para el análisis de rejillas. Los constructos de la rejilla lo formaban Roles recíprocos característicos como “Cuidar”, “culpa”, “Controlar”, “perdonar”, “sumisión”, etc. Y los elementos estaban formadas por pares de relaciones significativas, como “Padre a Madre”, “yo a Madre”, etc.

Así mismo, esta línea ha venido siendo desarrollada desde la teoría del diferencial semántico de Osgood, una teoría centrada primero en el estudio del cambio actitudinal y más tarde aplicado a la clínica (Morrison J.K, 1978; Bovet J., 1991; Ortiz, 1985, 1989.). Es nuestra intención desarrollar dicha línea al considerar que el *Diferencial* se muestra como un instrumento sencillo de aplicar, flexible de elaborar y susceptible de analizar a través de pruebas de significación estadística con paquetes estándar como el SYSTAT o el SPSS, siendo el beneficio de su uso para comprobar los cambios en las psicoterapias muy superior al esfuerzo dedicado en su aplicación.

El Diferencial semántico de Osgood

Justificamos el uso de este instrumento de evaluación dentro de la metodología de intervención como forma de hacer medible, observable y cuantificable los cambios en los fenómenos emocionales y relacionales que tratamos de conseguir en el proceso de psicoterapia (Ortiz M., Abad M.A., Gómez de Ramón M.V., 1989).

Existen estudios previos que parecen demostrar la utilidad de este instrumento para cuantificar los cambios y procesos que ocurren durante una terapia. Así, por ejemplo, Ortiz M; Abad, M.A. y Gomez de Ramón Fuster M.V., (1989), con la Terapia Racional Emotiva de Ellis, y Morrison, J.K. and Teta, D., (1978), con la E.R.T del primero de los autores, investigan los cambios en la estructura conceptual de un paciente tras recibir psicoterapia.

Del mismo modo, Abad, M.A.; Morales, A.M.; Nieto, J. y Ortiz, M.M., (1991)

, estudian y encuentran diferencias entre dos grupos clínicos (trastornos distímicos vs. Esquizofrenia Paranoide) respecto al significado atribuido al sí mismo y al Yo ideal a través de la perspectiva temporal (pasado, presente y futuro).

Ortiz, M.; García, C. y Martínez, M., (1985) encuentran así mismo diferencias entre las estructuras conceptuales de neuróticos frente a “normales”.

Bovet, J.; Spagnoli, J. and Guilleron, E. (1991) también analizan los resultados de más de cien psicoterapias de grupo de orientación freudiana, encontrando diferentes estructuras conceptuales entre pacientes y no pacientes así como una evolución y cambio distintos en el Diferencial semántico a lo largo de los tratamientos.

En otro estudio, el diferencial se muestra también útil para apreciar los cambios ocurridos tras una intervención en relación al mecanismo de escisión, a la fragmentación de las auto-representaciones y a la experiencia del sí mismo en relación a los otros en la patología borderline, (Greene, L.R. ,1990).

Por último, Gómez de Ramón Fuster (2004), aplicándolo a la Psicoterapia Cognitivo-Analítica, encuentra en el Ogood una herramienta útil tanto de la medida como de la dirección del cambio de Estados Mentales y sus Roles Recíprocos correspondientes, tras la fase de Reformulación.

El Diferencial Semántico nos permite someter los Estados Mentales identificados a medidas cuantitativas, ya que, en tanto procesos representacionales relacionan signos con significados. Hay significados de muchos signos que reflejan experiencia personal; por ejemplo, los significados de PADRE, MADRE, SI MISMO, etc. Son palabras que actúan de estímulo y movilizan experiencias personales. La variación en el significado antes y después de la psicoterapia es lo que medimos con el Diferencial Semántico, el cual es esencialmente una combinación de asociaciones controladas y procedimientos de escala. Se proporciona al sujeto un concepto para que sea diferenciado y un conjunto de escalas de adjetivos bipolares para que lo realice, siendo su única tarea indicar, para cada ítem, la dirección de su asociación y su intensidad sobre una escala de 7 puntos.

El Diferencial Semántico evalúa por una parte tres factores aislados por Osgood: Evaluación (bueno-malo); Potencia (fuerte-débil) y Actividad (activo-pasivo). Por otra, la Distancia Semántica entre dos conceptos (una puntuación entre 0 y el máximo de distancia posible según la escala de 7 puntos utilizada), donde a menor puntuación, mayor es la similitud o identificación de los conceptos comparados y a mayor puntuación, mayor es su distancia o menos relación tienen entre sí. (Véase Gráfico II)

Gráfico II:

Ejemplo de Diferencial Semántico del constructo “Madre”

MADRE

	M	B	P	O	P	B	M	
Beneficioso	:	:	:	:	:	:	:	Perjudicial
Débil	:	:	:	:	:	:	:	Fuerte
Inquieto	:	:	:	:	:	:	:	Tranquilo
Agradable	:	:	:	:	:	:	:	Desagradable
Duro	:	:	:	:	:	:	:	Blando
Pasivo	:	:	:	:	:	:	:	Activo
Falso	:	:	:	:	:	:	:	Verdadero
Severo	:	:	:	:	:	:	:	Indulgente
Frío	:	:	:	:	:	:	:	Caliente
Bello	:	:	:	:	:	:	:	Feo
Ligero	:	:	:	:	:	:	:	Pesado
Rápido	:	:	:	:	:	:	:	Lento

A continuación vamos a exponer el proceso de evaluación e intervención propuesto a través de un caso clínico, donde se ejemplifica detalladamente el uso del diferencial Semántico como instrumento de planificación de objetivos y medida del cambio terapéutico, desde una orientación Cognitivo-Analítica de intervención.

METODOLOGÍA TERAPÉUTICA, EVALUACIÓN Y FORMULACIÓN DEL CASO

Durante las primeras sesiones se realiza una valoración y recogida de datos compuesta por:

- **Entrevista no estructurada y anamnesis básica:** para recoger el motivo de consulta, la sintomatología actual, antecedentes psiquiátricos o psicológicos, antecedentes familiares, datos de evolución del problema actual, etc.
- **Aplicación del Cuestionario Biogáfico Autoaplicado (CBA; Instituto de Estudios Psicoterapéuticos; Mirapeix,C.):** se trata de un cuestionario autoaplicado que el paciente rellena en su casa y que trae a la siguiente sesión. Consta de diversas áreas de información: Datos personales; Figuras Parentales y Familiares; Formas de Relación en la etapa Infanto-Juvenil; Datos formativo-laborales; Relaciones Interpersonales actuales; Sucesos Vitales significativos y Material de Sueños y Recuerdos. Se hace énfasis en los contenidos emocionales y relacionales que subyacen a todas las áreas.

- **Aplicación del cuestionario psicométrico MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory):** para la valoración de sintomatología clínica y de las tendencias en cuanto a rasgos de personalidad del paciente.
- **Análisis Transferencial-Contratransferencial durante las sesiones iniciales:** que nos guiará para completar las primeras hipótesis de trabajo y pasar a la segunda fase de “Reformulación” del caso, construida sobre la identificación de hipotéticos Procedimientos de Rol Recíproco y los Estados Mentales subyacentes característicos en el paciente.
- **Aplicación del Diferencial Semántico de Osgood:** como medida del cambio en psicoterapia utilizaremos este test semiproyectivo (o subjetivo según algunas clasificaciones), donde se analizarán el perfil de identificaciones (o distancias semánticas) entre varios constructos según el análisis del caso.

Describimos a continuación los principales resultados de cada instrumento de valoración:

Entrevista no estructurada y anamnesis básica

Acude a consulta por presentar sintomatología leve/moderada depresivo-ansiosa, caracterizada por ánimo decaído, dificultades para conciliar y mantener el sueño, pérdida de apetito, impotencia y sentimientos desesperanzados respecto a su futuro, así como síntomas somáticos varios y ansiedad social. Según refiere, dicha sintomatología es reactiva a su relación matrimonial así como a acontecimientos laborales.

Como Antecedentes Familiares destacan Padre y dos hermanas con Ciclotimia o Trastorno Bipolar en tratamiento de larga evolución.

De los Antecedentes Personales cabe señalar que ha seguido varios tratamientos farmacológicos para la ansiedad y para conciliar el sueño (ansiolíticos y antidepresivos) pautados por su médico de familia y que luego se autoadministraba a su criterio. Nunca antecedentes de tratamiento psiquiátrico. (comenzará en este periodo con un psiquiatra tratamiento antidepresivo). Hace varios meses abandona terapia psicológica seguida otros tantos meses, y en el que según refiere, le diagnostican de “Trastorno Pasivo-Agresivo de personalidad”

CBA: Cuestionario Biográfico Autoaplicado

Pasamos a describir los aspectos más relevantes que aparecen en el CBA:

- El paciente nace en Sudamérica y viene a España con su mujer, tras terminar ambos sus estudios universitarios en un área sanitaria. Está casado desde los 23 años y trabaja durante trece en su propia clínica, ubicada en medio rural, trasladándose a la ciudad desde hace 4 años.
- Los dos dirigen una clínica, teniendo “caracteres muy distintos”, lo que ha derivado en problemas, tanto de relación con el personal como económi-

- cos, y que él atribuye como desencadenante de su sintomatología actual.
- La relación con su mujer le genera mucha parte de sus síntomas. Cree que se comunican sin diálogo, a gritos. La describe como dominante, narcisista, agresiva, y él se siente dominado, presionado y sumiso frente a ella. Aunque ella está afectada, no ha querido nunca buscar ayuda profesional cuando él se lo ha propuesto.
 - Son padres de 3 hijos, dos chicos de 14 y 6 años y una niña de 10, de cuyas relaciones destaca que se siente culpable de no ser “un buen guía” debido a su estilo pasivo y depresivo, fundamentalmente con su hijo adolescente.
 - Con respecto a su familia de origen, ocupa el segundo lugar de 3 hermanos, siendo el único varón. La hermana mayor tiene 8 años más que él y la menor 2 menos. Sus padres y hermanas viven en Sudamérica y con éstas describe su relación “excelente”, aunque por la distancia “sin tiempo para compartir vivencias del día a día”.
 - Describe a su padre con una personalidad “fuerte, compulsiva y agresiva psicológicamente”, además de “vital, disciplinado, organizado y que todo lo tiene que controlar”. Cree que su influencia ha sido negativa para su autoestima, debido a que sólo le recriminaba lo negativo y nunca le reforzaba por lo positivo. Cree que no ha sido un buen guía para él.
 - La relación con su padre ha estado marcada por el “enfrentamiento y rebeldía”, atenuada ahora por la edad y la distancia.
 - A su madre la describe como “alegre, compañera, sumisa, se adapta a todo y comprensiva”, y cree que lo que más le ha influido es su carácter sumiso y pasivo: “aguanta y traga”.
 - Habla de una educación basada en reproches y recriminaciones, con énfasis en el estudio, lo que según él ha contribuido a su “falta de voluntad y perseverancia”, así como a “baja autoestima”.
 - En cuanto a su infancia y escolaridad refiere no tener apenas recuerdos y muestra su extrañeza por ello. En su adolescencia sí recuerda por el contrario integrarse muy bien al grupo y tener un papel destacado (capitán de algunos deportes). Reconoce que le gustaba mandar.
 - Del material de sueños y recuerdos no trae escrito nada porque según dice no se acuerda, si bien en sesión rescatamos 2 recuerdos: con 8 años le cambian de colegio para que se encargue de acompañar a su hermana pequeña, y otro en que con 5-6 años recuerda a su madre discutiendo con su padre al tiempo que le cambiaba la ropa.
 - Como cualidades deseadas escribe: “no ser tan tímido, enfrentar los problemas con eficacia y levantar la autoestima”.
 - Por último, destaca como figuras significativas a unos tíos y un primo, el cual falleció con 21 años (él tenía 16) y al que describe como un ídolo para él, un guía. Según dice sus tíos eran como la segunda familia para él.

MMPI: Minnesota Multiphasic Personality Inventory

Obtiene un *perfil 2-1* (escalas Depresión-Hipocondriasis), unido a elevación significativa en 3 (Hysteria), 7 (Psicastenia) y Dy (Dependencia). Muy bajo en Es (Fuerza del yo), Do (Dominancia) y Re (Responsabilidad).

Este perfil describe a una persona muy preocupada por su estado de salud físico y con tendencia a somatizar (dolores de cabeza, precordiales, gastrointestinales...) en periodos de tensión o exceso de responsabilidades. Tendencia a sentimientos de fracaso, retraimiento, inseguridad, pesimismo, indecisión. Suele mostrarse vacilante. De fondo irritable, suspicaz y aprensivo.

La elevación de las otras escalas describen problemas de dependencia excesiva con incapacidad de manejar vivencias de hostilidad hacia los demás, unido a un afán perfeccionista y autocrítico ante problemas menores.

El nivel bajo de algunas escalas indica dificultades importantes de adaptación, disminución de autoestima, falta de asertividad, tendencia al aislamiento así como demanda de ayuda. Por otro lado aparecen indicios de mal pronóstico en cuanto al cambio en psicoterapia.

Estos resultados (junto con datos posteriores que irán apareciendo), parecen corroborar el diagnóstico de estilo Pasivo-agresivo de personalidad que según refería el paciente había recibido de un anterior psicoterapeuta.

Diferencial semántico de Osgood

En el *Diferencial* hemos utilizado constructos que nos ayudaran a hacernos una idea de la dinámica del paciente así como a plantear algunas hipótesis de trabajo. Éstas variables son: “temporal” (pasado, presente y futuro); “identificación con figuras parentales y sí mismo” (padre, madre, como soy); “Emociones básicas” (Miedo, Rabia, Tristeza y Culpa), “Yo ideal” o “Como me gustaría ser”, “Yo negativo” o “como no me gustaría ser” e hipotéticos “Estados mentales” subyacentes a Roles Recíprocos identificados en las descripciones del estilo relacional que el paciente establece con sus figuras significativas y el que se desprende de la relación con el terapeuta. Así, nos referimos al Estado Mental “Ser Decepcionado” como el Estado que subyace a un Rol crítico, reprochante, recriminatorio y exigente. Del mismo modo, el Estado “Decepcionar o Decepcionante” se refiere a un Rol recíproco sumiso y pasivo, caracterizado por “aguantar y tragar”. También nos referiremos al Estado “Importante o Capaz” como aquel en el que siente un self valioso e importante.

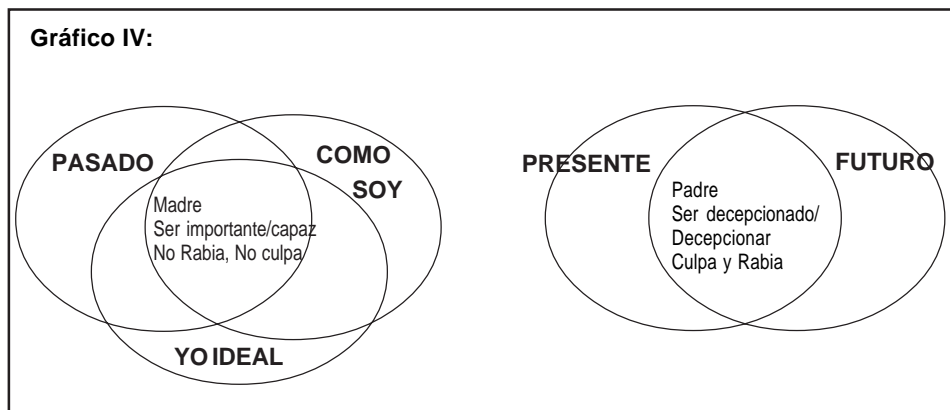
Mediremos los cambios en estos constructos comparando los datos obtenidos con el método Test-retest.

Resumen descriptivo de los resultados del Diferencial Semántico de Osgood

Se ha realizado primero un análisis descriptivo del perfil de distancias del Osgood (ver **Anexo 1**), resultándonos interesante agrupar las identificaciones en torno a las variables temporal, sí mismo (“cómo soy”) y yo ideal, tal como se ilustra a continuación en estas 5 columnas, donde aparecen escritos los constructos agrupados según el grado de identificación, donde “↑” indica alto grado y “↓” bajo. (Ver Gráfico III)

Gráfico III:				
PASADO	PRESENTE	FUTURO	COMO SOY	YO IDEAL
<ul style="list-style-type: none"> • MADRE ↑ (tendencia) • SER IMPORTANTE ↑ • SER CAPAZ ↑ • NO MIEDO, NO RABIA, NO CULPA ↓ 	<ul style="list-style-type: none"> • PADRE ↑ • SER DECEPCIONADO/ DECEPCIONAR ↑ • CULPA ↑ • NO IMPORTANTE/ NO CAPAZ ↓ 	<ul style="list-style-type: none"> • PADRE ↑ • SER DECEPCIONADO/ DECEPCIONAR ↑ • RABIA ↑ 	<ul style="list-style-type: none"> • MADRE ↑ • SER IMPORTANTE ↑ • NO RABIA ↓ 	<ul style="list-style-type: none"> • SER IMPORTANTE ↑ • SER CAPAZ ↑ • PASADO ↑

Como se observa hay una gran confluencia entre PASADO, COMO SOY y YO IDEAL, entorno a “Madre”, “Ser Importante” y “Ser Capaz”, por una parte, y por otra cierta relación entre PRESENTE y FUTURO, identificados con “Padre”, “Ser decepcionado/decepcionar”, y “Culpa y Rabia”. Lo ilustramos gráficamente (Ver Gráfico IV):



Desde una perspectiva cognitiva-constructivista observamos cómo el paciente asocia su malestar al “PRESENTE”, relacionado con su padre, con ser decepcionado y decepcionar, con culpa y no con ser capaz e importante, entendiendo que el paciente construye una narrativa de sí mismo (“COMO SOY”), alejada de sus

vivencias del presente (y por tanto de su YO experiencial).

Desde un enfoque analítico podríamos pensar en un “Yo consciente” relacionado con “Como soy”, el “pasado” y el “yo ideal”, vinculados íntimamente con la figura materna, y un “Yo inconsciente” relacionado con el presente y futuro y vinculado a una figura paterna rechazada.

“Es como si”: “Me gustaría ser lo que fui para mi madre en el pasado (importante y capaz), pero soy muy parecido a mi padre (ser decepcionado/decepcionar), lo cual odio y me hace sentir culpable”.

Para corroborar estas asociaciones se ha procedido también a realizar (además de este análisis descriptivo), una análisis factorial (utilizando los Estados mentales, la variable temporal, las figuras parentales y el sí mismo) a través del programa estadístico SPSS (*ver anexo 2), el cual nos ha aislado, de forma similar, dos factores principales, que explican respectivamente el 47,6% y 40,4% de la varianza total. Éstos son por un lado un Factor compuesto por Decepcionar/ser decepcionado, padre, presente y futuro y otro compuesto por Pasado, Como soy, Madre, Capaz e importante. Así confirmamos a través de pruebas estadísticas nuestro análisis descriptivo previo.

PROCESO, PLANIFICACIÓN Y OBJETIVOS TERAPÉUTICOS.

El proceso psicoterapéutico ha seguido una orientación Cognitivo-Analítica (PCA), centrado sobre todo en la identificación y reformulación de los Procedimientos de Rol Recíprocos disfuncionales (en tanto inoportunos e ineficaces en su contexto vital actual), tanto en la relación con el terapeuta como fuera de las sesiones, y en su reconstrucción histórica a través de las figuras vitales significativas.

Además, en este trabajo utilizamos una de las herramientas básicas aportadas por el modelo PCA, como es el “Cuestionario para la Descripción de Estados” (SDP) de Bennet y Ryle (2005), aplicándolo con las revisiones que hemos propuesto en un anterior trabajo, fundamentalmente su uso como guía para la identificación del propio repertorio de Estados Mentales, en base a las características bio-psico-sociales del paciente (Gómez de Ramón Fuster, M.V., Martín Fdez-Mayoralas, C., en prensa).

La terapia ha constado de 17 sesiones, aunque su duración se ha distribuido a lo largo de bastantes meses, ya que la asistencia era irregular.

Basándonos en el análisis factorial realizado y teniendo en cuenta la significación que aportan estos dos factores según su varianza explicada, focalizamos el trabajo terapéutico en los procedimientos disfuncionales asociados al Rol Recíproco Decepcionante-Decepcionado y Ser importante - Ser incapaz. Por tanto, consideramos que la clínica depresiva que trajo al paciente a consulta se asocia a:

- Una falta de integración entre los dos polos del Rol “Decepcionado-Decepcionar”: sólo se ve a sí mismo en una actitud pasiva, impotente y sumisa (Decepcionar) ante figuras críticas, exigentes y demandantes

(Decepcionados), y

- A la pérdida de un sentimiento de capacidad y valía (Rol “Ser Importante-Ser incapaz”), vinculado hasta ahora al pasado y al apego con la figura materna.

Así:

- Un primer objetivo consistiría en tomar conciencia, por una parte, de su propio polo de Rol “Decepcionado” –proyectado hasta ahora tanto en la figura paterna como en su mujer– y por otra, la capacidad de elicitar en los otros el polo recíproco “decepcionar”, manteniendo un círculo relacional disfuncional.
- Un segundo objetivo consistiría en reconstruir y mantener un “Yo Importante y Capaz” que dependa de sus propios recursos y no sólo de lo que le devuelvan sus figuras significativas.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS TEST-RETEST CON EL DIFERENCIAL SEMÁNTICO DE OSGOOD

Para la interpretación de resultados nos vamos a basar en tres tipos de análisis que es posible realizar con el Diferencial Semántico de Osgood (Ver **Anexos 1-4**), y que son:

- Un nuevo análisis descriptivo de las distancias semánticas entre las variables utilizadas.
- Un análisis Factorial POST de dichas distancias, con el fin de objetivar si existen cambios en las agrupaciones de los datos, y
- Un análisis a través de la comparación de las correlaciones PRE y POST entre los constructos utilizados en el Diferencial, el cual nos servirá para cuantificar y precisar las diferencias entre las correlaciones (y por tanto cuantificar los cambios entre las identificaciones), así como el sentido de las mismas.

Si analizamos las distancias semánticas entre los constructos utilizados como foco de la terapia, ahora se aprecia cómo ha cambiado la configuración anterior. A modo de resumen, observamos:

- De un *Presente* asociado a la figura paterna rechazada, la *culpa* y los estados o Roles *Decepcionante/decepcionado* pasamos a un *Presente* identificado con “*Como soy*”, con “*Capaz e importante*” y con “*Padre*” y “*Madre*”.
 - Ser *decepcionado/Decepcionar* se identifica ahora más al *pasado*.
 - El “*Como Soy*” se ve más *importante* y el *Ser decepcionado* disminuye su distancia respecto a *sí mismo* y su *madre* (interpretando este dato en el sentido de tomar más conciencia de este estado en sí mismo y en su madre).
 - El *sí mismo* reconoce mejor la emoción de rabia y se aleja de cierta tristeza.
- En cuanto a la comparación de las correlaciones PRE y POST, recogemos

aquellas que, centradas en nuestro foco terapéutico, han resultado altamente significativas:

- De una asociación positiva significativa ($r=0.694$; $p<0.01$) entre “**Decepcionar**” y “**Padre**” antes del tratamiento, pasa a una asociación negativa también significativa ($r= -0.747$; $p<0.01$).
- **Ser decepcionado**, que se asociaba positiva y significativamente también a su **padre** ($r=0.742$; $p<0.01$), muestra después una tendencia negativa ($r= -0.103$), aunque no significativa ($p=0.77$).
- El **sí mismo** (“**Como soy**”), que correlacionaba negativamente con su **padre** ($r= -0.562$; $p<0.05$), lo hace ahora de forma positiva ($r=0.898$; $p<0.01$). Un cambio en la misma dirección observamos con el **Presente**, siendo negativa su correlación en la primera aplicación y positiva en la segunda ($r=0.946$; $p<0.01$).
- El **Presente** ahora se relaciona positivamente tanto con su **padre** ($r=0.839$; $p=0.00$) como con su **madre** (que cambia de correlación negativa a positiva, $r=0.767$; $p<0.01$). De igual modo, el **Presente**, en su relación con **Importante y Capaz**, pasa de una correlación negativa a una positiva ($r=0.896$; $p<0.01$ y $r= 0.909$ $p<0.01$).
- **El pasado**, que tenía una tendencia negativa en su asociación con el **presente**, correlaciona ahora significativamente de modo positivo ($r=0.72$; $p<0.01$).
- El **sí mismo** aumenta su correlación y el nivel de significación con el **YO ideal** ($r=0.955$; $p= 0.00$).
- el **Padre** pasa de ninguna asociación con el **Yo ideal** a una correlación positiva altamente significativa ($r=0.887$; $p=0.00$).

Por último, tras el Análisis Factorial (* ver anexo 3) resulta relevante resaltar la obtención de un nuevo factor que explica el 76% de la varianza de los datos de las variables objeto del foco de la terapia. Éste está compuesto por el **Sí mismo, el Presente, el Padre, la Madre, Importante y Capaz**.

Así mismo, un segundo factor explicaría el 22% de la varianza y estaría compuesto por **Decepcionado y Pasado**.

En resumen, por todos estos datos y, apoyados por la relevancia de la significación estadística de los cambios, podemos afirmar que se han conseguido los objetivos terapéuticos que se planificaron con este paciente. Se ha conseguido una mayor integración de los procedimientos de Rol **Decepcionado-Decepcionante e Importante-Incapaz**, tanto en su relación consigo mismo, como con sus figuras significativas, así como una visión más integrada sobre su pasado y el presente actual.

Resulta relevante señalar la “reconciliación” que de alguna manera se observa con la figura paterna y, por tanto, una aceptación e integración de los aspectos que más le disgustaban de sí mismo, lo que hace que pueda identificarse tanto él como a su padre, en el **presente**, con un **Yo Importante** de alguna manera re-Co-construido a través del proceso terapéutico (que para el paciente supone asumir el

afrontar de forma directa y no delegando de forma pasiva responsabilidades, lo que le lleva a poder poner los límites que cree convenientes en sus relaciones y su trabajo, de forma asertiva y no pasivo-agresiva, así como a identificar sus propios actitudes de **Decepcionado**).

Creemos que mantener esta integración se produce gracias a la posibilidad de tomar conciencia y por tanto de elegir entre los procedimientos de Rol más pertinentes y eficaces según qué situaciones, lo que a nivel subjetivo puede experimentarse como un cambio de **estado mental**, el cual produce una sensación de agencia y control, tanto de los procedimientos de Rol más disfuncionales como de los funcionales.

CONCLUSIONES

Además de la relevante mejoría en el paciente de la sintomatología depresiva y ansiosa, corroborada tanto por la información recogida del paciente en las últimas entrevistas, como por una valoración psicométrica de síntomas (SCL-90), en la que ninguna de las escalas, con percentiles bajos, resulta significativa (* ver anexo 5), de nuestro trabajo se desprenden dos conclusiones fundamentales:

Por una parte, hemos obtenido validación empírica y estadística de los cambios en la estructura profunda de significado que se producen tras el desarrollo de un proceso psicoterapéutico, en este caso desde un abordaje Cognitivo-Analítico.

Como expresábamos en la introducción, existen distintas alternativas para valorar los resultados de una psicoterapia, pero a nuestro juicio la mayoría adolecen de ser reduccionistas (especialmente al valorar sólo sintomatología a través de autoinformes y escalas), o poco empíricas, al sacar conclusiones sobre cambios en las estructuras de personalidad basadas en la observación o juicio clínico del terapeuta o en informaciones subjetivas del paciente. A este respecto, no menospreciamos sino que nos parecen fundamentales este tipo de evaluaciones, por los datos que nos aportan, (es de sobra reconocido el valor de la observación clínica especializada). Pero lo que en este artículo presentamos es un instrumento como el Diferencial Semántico que nos permite **medir** (a través de pruebas de significación estadística), comparar y evaluar **qué cambios** se producen durante o tras el proceso de una psicoterapia, aunando de esta forma las corrientes de análisis de **resultados** y de **procesos** dentro del campo de la investigación sobre Eficacia y Evaluación de resultados en Psicoterapia.

Por otra parte, este trabajo nos ha permitido demostrar, a través de un estudio de caso único, que la identificación, reconocimiento y reformulación de estilos relacionales recíprocos disfuncionales a través de un modelo psicoterapéutico integrador como es el cognitivo-analítico, resulta altamente eficaz en el abordaje y resolución de distintas patologías de salud mental.

Por último, esperamos aportar al mismo una metodología de evaluación útil y coherente con la epistemología de dicho modelo.

ANEXOS

1. Matrices de distancias semánticas PRE y POST tratamiento.

Tabla I: "Identificación del Sí mismo, YO ideal, YO negativo y Presente con Figuras parentales"

	PADRE		MADRE		COMO SOY	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
PRESENTE	2.25 *	1.53 *	3.85	2.24	3.16	1.00 *
PASADO	2.81	2.40	2.76	1.85	2.12	1.71
COMO SOY	4.07	1.83	1.22 *	1.87		
YO IDEAL	3.50	2.14 *	2.91	2.75	2.61	1.26 *
YO NEGATIVO	4.39	4.53	4.14	5.38	3.74	4.32

Tabla II: "Emociones básicas y dimensión temporal"

	PASADO		PRESENTE		FUTURO	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
MIEDO	3.73 *	3.04	2.53	3.81	3.12	3.61
RABIA	2.98	2.25	2.02	2.34	1.60 *	2.48 *
TRISTEZA	2.76	2.24	2.41	2.66	2.70	2.67
CULPA	3.21	2.48	1.29 *	3.01 *	2.16	2.84

Tabla III: "Figuras Parentales, sí mismo y Emociones básicas"-

	PADRE		MADRE		COMO SOY	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
MIEDO	3.58	4.38 *	4.87	3.81	3.45	4.32
RABIA	1.15 *	2.45 *	4.90*	3.54 *	4.09 *	2.91 *
TRISTEZA	3.47	2.79 *	3.05	3.26	2.34 *	3.30 *
CULPA	2.46	3.20 *	4.02	3.25	3.44	3.50

Tabla IV: "Figuras Parentales, Sí mismo y Estados Mentales".

	PADRE		MADRE		COMO SOY	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
MIEDO	3.58	4.38 *	4.87	3.81	3.45	4.32
SER DECEPCIONADO	2.34 *	2.68	4.57	3.98	3.84	3.34 *
DECEPCIONAR	2.25 *	4.00 *	4.41	3.08 *	3.58	3.72
SER IMPORTANTE	2.66	1.80 *	3.13	2.87 *	2.51 *	1.32 *
SER CAPAZ	2.95	1.94 *	3.46	3.07	2.85	1.50 *

Tabla V: "Estados Mentales y dimensión temporal"

	PASADO		PRESENTE		FUTURO	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
SER DECEPCIONADO	3.40	2.60 *	1.19 *	2.65 *	1.70	2.74 *
DECEPCIONAR	3.24	2.72	1.68 *	3.40 *	1.95	3.37 *
SER IMPORTANTE	1.47 *	2.55 *	2.94	1.55 *	2.27	1.85 *
SER CAPAZ	1.58	2.71 *	3.29	1.76 *	2.41	2.02

2. A. Factorial PRE terapia

Comunalidades

	Inicial	Extracción
COMOSOY1	1,000	,586
MADRE1	1,000	,745
PADRE1	1,000	,941
PRESENTE1	1,000	,809
PASADO1	1,000	,988
FUTURO1	1,000	,986
SERDECEP1	1,000	,931
DECEPCIONAR1	1,000	,902
IMPORTANTE1	1,000	,944
CAPAZ1	1,000	,969

Método de extracción:

Análisis de Componentes principales

Matriz de transformación de las componentes

Componente	1	2
1	,828	-,560
2	,560	,828

Método de extracción:

Análisis de componentes principales.

Método de rotación:

Normalización Varimax con Kaiser.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% Acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	5,361	53,613	53,613	5,361	53,613	53,613	4,758	47,583	47,583
2	3,440	34,398	88,011	3,440	34,398	88,011	4,043	40,428	88,011
3	1,066	10,661	98,672						
4	,113	1,129	99,801						
5	,020	,199	100,000						
6	9,12E-016	9,12E-015	100,000						
7	2,19E-016	2,19E-015	100,000						
8	3,33E-017	3,33E-016	100,000						
9	-5,9E-017	-5,9E-016	100,000						
10	-1,8E-016	-1,8E-015	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales

Matriz de componentes^a

	Componente	
	1	2
DECEPCIONAR1	,939	,141
SERDECEPC1	,925	,275
MADRE1	-,862	,047
PRESENTE1	,830	,347
COMOSOY1	,756	,119
FUTURO1	,494	,862
PADRE1	,535	,809
CAPAZ1	-,578	,797
PASADO1	-,608	,787
IMPORTANTE1	-,622	,746

Método de extracción:

Análisis de componentes principales.

a. 2 componentes extraídos

Matriz de componentes rotados^a

	Componente	
	1	2
SERDECEPC1	,920	-,290
PADRE1	,896	,371
FUTURO1	,892	,437
PRESENTE1	,882	-,178
DECEPCIONAR1	,857	-,409
MADRE1	-,687	,522
COMOSOY1	-,560	,522
PASADO1	-,063	,992
CAPAZ1	-,033	,984
IMPORTANTE1	-,097	,967

Método de extracción:

Análisis de componentes principales.

Método de rotación:

Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

3. A. Factorial POST terapia

A. factorial

Comunalidades

	Inicial	Extracción
COMOSOY2	1,000	,993
MADRE2	1,000	,856
PADRE2	1,000	1,000
PRESENTE2	1,000	,995
PASADO2	1,000	,971
FUTURO2	1,000	,996
SERDECEP2	1,000	,982
DECEPCIONAR2	1,000	,958
IMPORTANTE2	1,000	,992
CAPAZ2	1,000	,992

Método de extracción:

Análisis de Componentes principales

Matriz de transformación de las componentes

Componente	1	2
1	,984	,179
2	-,179	,984

Método de extracción:

Análisis de componentes principales.

Método de rotación:

Normalización Varimax con Kaiser.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% Acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	7,803	78,030	78,030	7,803	78,030	78,030	7,616	76,159	76,159
2	1,931	19,306	97,336	1,931	19,306	97,336	2,118	21,177	97,336
3	,247	2,467	99,803						
4	,016	,164	99,967						
5	,003	,033	100,000						
6	6,37E-017	6,37E-016	100,000						
7	4,18E-017	4,18E-016	100,000						
8	-8,4E-017	-8,4E-016	100,000						
9	-3,2E-016	-3,2E-015	100,000						
10	-7,3E-016	-7,3E-015	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales

Matriz de componentes^a

	Componente	
	1	2
COMOSOY2	,989	-,123
PRESENTE2	,983	,169
CAPAZ2	,977	-,195
IMPORTANTE2	,976	-,201
FUTURO2	,971	,228
PADRE2	,938	,346
DECEPCIONAR2	-,934	,292
MADRE2	,903	-,203
SERDECEPC2	-,233	,963
PASADO2	,623	,763

Método de extracción:

Análisis de componentes principales.

a. 2 componentes extraídos

Matriz de componentes rotados^a

	Componente	
	1	2
CAPAZ2	,996	-,017
IMPORTANTE2	,996	-,023
COMOSOY2	,995	,055
DECEPCIONAR2	-,971	,121
PRESENTE2	,937	,342
MADRE2	,924	-,039
FUTURO2	,915	,398
PADRE2	,861	,508
SEDECEPC2	-,401	,906
PASADO2	,477	,862

Método de extracción:

Análisis de componentes principales.

Método de rotación:

Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

4. Cambios en las correlaciones significativas Pre (1) y Post (2) terapia.

		DECEPCIONAR1	DECEPCIONAR2
MADRE1	Correlación de Pearson	-,690(**)	-,298
	Sig. (bilateral)	,006	,300
	N	14	14
MADRE2	Correlación de Pearson	-,326	-,369
	Sig. (bilateral)	,255	,194
	N	14	14
PADRE1	Correlación de Pearson	,694(**)	-,127
	Sig. (bilateral)	,006	,665
	N	14	14
PADRE2	Correlación de Pearson	-,040	-,747(**)
	Sig. (bilateral)	,891	,002
	N	14	14
PRESENTE1	Correlación de Pearson	,956(**)	,357
	Sig. (bilateral)	,000	,210
	N	14	14
PRESENTE2	Correlación de Pearson	-,260	-,716(**)
	Sig. (bilateral)	,369	,004
	N	14	14
FUTURO1	Correlación de Pearson	,687(**)	-,211
	Sig. (bilateral)	,007	,470
	N	14	14
FUTURO2	Correlación de Pearson	-,108	-,665(**)
	Sig. (bilateral)	,713	,009
	N	14	14
SERDECEPC1	Correlación de Pearson	,986(**)	,370
	Sig. (bilateral)	,000	,193
	N	14	14
SEDECEPC2	Correlación de Pearson	,794(**)	,585(*)
	Sig. (bilateral)	,001	,028
	N	14	14
IMPORTANTE1	Correlación de Pearson	-,404	-,798(**)
	Sig. (bilateral)	,153	,001
	N	14	14
IMPORTANTE2	Correlación de Pearson	-,345	-,928(**)
	Sig. (bilateral)	,227	,000
	N	14	14
CAPAZ1	Correlación de Pearson	-,360	-,797(**)
	Sig. (bilateral)	,206	,001
	N	14	14
CAPAZ2	Correlación de Pearson	-,333	-,936(**)
	Sig. (bilateral)	,245	,000
	N	14	14

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Correlaciones

		COMOSOY1	COMOSOY2
PADRE1	Correlación de Pearson	-,562(*)	,157
	Sig. (bilateral)	,036	,591
	N	14	14
PADRE2	Correlación de Pearson	,284	,898(**)
	Sig. (bilateral)	,325	,000
	N	14	14
PRESENTE1	Correlación de Pearson	-,652(*)	-,420
	Sig. (bilateral)	,012	,135
	N	14	14
PRESENTE2	Correlación de Pearson	,327	,946(**)
	Sig. (bilateral)	,253	,000
	N	14	14
PASADO1	Correlación de Pearson	,469	,826(**)
	Sig. (bilateral)	,090	,000
	N	14	14
PASADO2	Correlación de Pearson	,357	,626(*)
	Sig. (bilateral)	,211	,017
	N	14	14
FUTURO1	Correlación de Pearson	-,500	,208
	Sig. (bilateral)	,068	,475
	N	14	14
FUTURO2	Correlación de Pearson	,220	,879(**)
	Sig. (bilateral)	,450	,000
	N	14	14
IMPORTANTE1	Correlación de Pearson	,382	,823(**)
	Sig. (bilateral)	,178	,000
	N	14	14
IMPORTANTE2	Correlación de Pearson	,300	,952(**)
	Sig. (bilateral)	,297	,000
	N	14	14
CAPAZ1	Correlación de Pearson	,392	,798(**)
	Sig. (bilateral)	,165	,001
	N	14	14
CAPAZ2	Correlación de Pearson	,331	,956(**)
	Sig. (bilateral)	,247	,000
	N	14	14

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Correlaciones

		MADRE1	MADRE2	PADRE1	PADRE2
COMOSOY1	Correlación de Pearson	,979(**)	,598(*)	-,562(*)	,284
	Sig. (bilateral)	,000	,024	,036	,325
	N	14	14	14	14
COMOSOY2	Correlación de Pearson	,450	,767(**)	,157	,898(**)
	Sig. (bilateral)	,106	,001	,591	,000
	N	14	14	14	14
MADRE1	Correlación de Pearson	1	,679(**)	-,552(*)	,445
	Sig. (bilateral)		,005	,041	,111
	N	15	15	14	14
MADRE2	Correlación de Pearson	,679(**)	1	-,020	,638(*)
	Sig. (bilateral)	,005		,945	,014
	N	15	15	14	14
PADRE1	Correlación de Pearson	-,552(*)	-,020	1	,346
	Sig. (bilateral)	,041	,945		,206
	N	14	14	15	15
PADRE2	Correlación de Pearson	,445	,638(*)	,346	1
	Sig. (bilateral)	,111	,014	,206	
	N	14	14	15	15
PRESENTE1	Correlación de Pearson	-,604(*)	-,374	,723(**)	-,131
	Sig. (bilateral)	,022	,187	,003	,655
	N	14	14	14	14
PRESENTE2	Correlación de Pearson	,494	,767(**)	,164	,953(**)
	Sig. (bilateral)	,073	,001	,575	,000
	N	14	14	14	14
PASADO1	Correlación de Pearson	,551(*)	,606(*)	,121	,812(**)
	Sig. (bilateral)	,041	,022	,679	,000
	N	14	14	14	14
PASADO2	Correlación de Pearson	,369	,780(**)	,100	,688(**)
	Sig. (bilateral)	,194	,001	,733	,007
	N	14	14	14	14
FUTURO1	Correlación de Pearson	-,460	,031	,958(**)	,383
	Sig. (bilateral)	,098	,916	,000	,176
	N	14	14	14	14
FUTURO2	Correlación de Pearson	,371	,789(**)	,237	,862(**)
	Sig. (bilateral)	,192	,001	,414	,000
	N	14	14	14	14
SERDECEPC1	Correlación de Pearson	-,629(*)	-,114	,724(**)	-,052
	Sig. (bilateral)	,016	,699	,003	,859
	N	14	14	14	14
SEDECEPC2	Correlación de Pearson	-,441	-,177	,573(*)	-,108
	Sig. (bilateral)	,114	,544	,032	,713
	N	14	14	14	14

./..

DECEPCIONAR1	Correlación de Pearson	-,690(**)	-,326	,694(**)	-,040
	Sig. (bilateral)	,006	,255	,006	,891
	N	14	14	14	14
DECEPCIONAR2	Correlación de Pearson	-,298	-,369	-,127	-,747(**)
	Sig. (bilateral)	,300	,194	,665	,002
	N	14	14	14	14
IMPORTANTE1	Correlación de Pearson	,460	,665(**)	,147	,723(**)
	Sig. (bilateral)	,098	,010	,617	,004
	N	14	14	14	14
IMPORTANTE2	Correlación de Pearson	,467	,656(*)	,032	,889(**)
	Sig. (bilateral)	,092	,011	,915	,000
	N	14	14	14	14
CAPAZ1	Correlación de Pearson	,444	,637(*)	,264	,730(**)
	Sig. (bilateral)	,112	,014	,361	,003
	N	14	14	14	14
CAPAZ2	Correlación de Pearson	,487	,679(**)	,078	,899(**)
	Sig. (bilateral)	,077	,008	,791	,000
	N	14	14	14	14

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Correlaciones

		PRESENTE1	PRESENTE2	FUTURO1	FUTURO2
COMOSOY1	Correlación de Pearson	-,652(*)	,327	-,500	,220
	Sig. (bilateral)	,012	,253	,068	,450
	N	14	14	14	14
COMOSOY2	Correlación de Pearson	-,420	,946(**)	,208	,879(**)
	Sig. (bilateral)	,135	,000	,475	,000
	N	14	14	14	14
MADRE1	Correlación de Pearson	-,604(*)	,494	-,460	,371
	Sig. (bilateral)	,022	,073	,098	,192
	N	14	14	14	14
MADRE2	Correlación de Pearson	-,374	,767(**)	,031	,789(**)
	Sig. (bilateral)	,187	,001	,916	,001
	N	14	14	14	14
PADRE1	Correlación de Pearson	,723(**)	,164	,958(**)	,237
	Sig. (bilateral)	,003	,575	,000	,414
	N	14	14	14	14
PADRE2	Correlación de Pearson	-,131	,953(**)	,383	,862(**)
	Sig. (bilateral)	,655	,000	,176	,000
	N	14	14	14	14

./..

PRESENTE1	Correlación de Pearson	1	-,226	,723(**)	-,237
	Sig. (bilateral)		,417	,003	,415
	N	15	15	14	14
PRESENTE2	Correlación de Pearson	-,226	1	,187	,924(**)
	Sig. (bilateral)	,417		,522	,000
	N	15	15	14	14
PASADO1	Correlación de Pearson	-,360	,838(**)	,111	,661(*)
	Sig. (bilateral)	,206	,000	,706	,010
	N	14	14	14	14
PASADO2	Correlación de Pearson	-,067	,716(**)	,113	,732(**)
	Sig. (bilateral)	,821	,004	,701	,003
	N	14	14	14	14
FUTURO1	Correlación de Pearson	,723(**)	,187	1	,421
	Sig. (bilateral)	,003	,522		,118
	N	14	14	15	15
FUTURO2	Correlación de Pearson	-,237	,924(**)	,421	1
	Sig. (bilateral)	,415	,000	,118	
	N	14	14	15	15
SERDECEPC1	Correlación de Pearson	,971(**)	-,246	,702(**)	,048
	Sig. (bilateral)	,000	,396	,005	,872
	N	14	14	14	14
SEDECEPC2	Correlación de Pearson	,713(**)	-,199	,542(*)	-,120
	Sig. (bilateral)	,004	,495	,045	,683
	N	14	14	14	14
DECEPCIONAR1	Correlación de Pearson	,956(**)	-,260	,687(**)	-,108
	Sig. (bilateral)	,000	,369	,007	,713
	N	14	14	14	14
DECEPCIONAR2	Correlación de Pearson	,357	-,716(**)	-,211	-,665(**)
	Sig. (bilateral)	,210	,004	,470	,009
	N	14	14	14	14
IMPORTANTE1	Correlación de Pearson	-,376	,795(**)	,159	,647(*)
	Sig. (bilateral)	,185	,001	,588	,012
	N	14	14	14	14
IMPORTANTE2	Correlación de Pearson	-,447	,895(**)	,100	,798(**)
	Sig. (bilateral)	,109	,000	,735	,001
	N	14	14	14	14
CAPAZ1	Correlación de Pearson	-,256	,789(**)	,258	,645(*)
	Sig. (bilateral)	,377	,001	,372	,013
	N	14	14	14	14
CAPAZ2	Correlación de Pearson	-,389	,909(**)	,143	,822(**)
	Sig. (bilateral)	,169	,000	,626	,000
	N	14	14	14	14

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

		CMGS1	CMGS2
COMOSOY1	Correlación de Pearson	,553(*)	,361
	Sig. (bilateral)	,040	,205
	N	14	14
COMOSOY2	Correlación de Pearson	,779(**)	,955(**)
	Sig. (bilateral)	,001	,000
	N	14	14
PADRE1	Correlación de Pearson	,071	,086
	Sig. (bilateral)	,810	,770
	N	14	14
PADRE2	Correlación de Pearson	,696(**)	,887(**)
	Sig. (bilateral)	,006	,000
	N	14	14

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

5. Centiles de las Escalas del SCL-90-R (Derogatis L.R, 2002). (Baremo de población no psiquiátrica)

ESCALAS	CENTIL
Somatización	45
Obsesión-Compulsión	20
Sensibilidad Interpersonal	20
Depresión	30
Ansiedad	30
Hostilidad	65
Ansiedad Fóbica	5
Ideación Paranoide	55
Psicoticismo	60
Indice Global de Sufrimiento	30

En el presente artículo presentamos, a través de un caso clínico, las posibilidades que ofrece el Diferencial semántico de Osgood como instrumento que permite tanto una ayuda para planificar objetivos terapéuticos en psicoterapia, en nuestro caso Cognitivo-Analítico, como el análisis y medida (a través de pruebas de significación estadística) del proceso de cambio de dicha psicoterapia. Este artículo sigue una línea de investigación de los autores, basada en reflexiones sobre determinados aspectos del modelo PCA, así como de sus instrumentos de valoración. Así mismo, pretende profundizar en la línea sugerida por el creador de la PCA, Anthony Ryle, en cuanto a la evaluación del cambio y el proceso en psicoterapia integradora.

Palabras Clave: *Medida del cambio, Diferencial Semántico de Osgood, Psicoterapia cognitivo-analítica.*

Referencias Bibliográficas

- ABAD, M.A., MORALES, A.M., NIETO, J. y ORTIZ, M.M. (1991). El diferencial semántico de Osgood en psicopatología: Un estudio diferencial. *Actas Luso-Españolas de Neurología psiquiátrica*, 19 (3), 149-153.
- BADOS, A., GARCÍA, E. y FUSTÉ, A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 477-502.
- BENNET, D. & RYLE, A. (2005). The characteristic features of common borderline states: a pilot study using the states description procedure. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 58-66.
- BOVET, J. SPAGNOLI, J. & GUILLERON, E. (1991). Psychotherapeutic Treatments Evaluated with Two Instruments: Clinical Questionnaire and Semantic Differential. *Psychotherapy Psychosomatic*, 55, 9-23.
- CASTELLÓ, J. (2001). Integración y Cambio en Psicoterapia. *Revista Internacional On-line Psiquiatría.com*, 2.
- CORBELLA, S. y BOTELLA, L. (2004). *Investigación en psicoterapia: proceso, resultado y factores comunes*. Vision Net.
- GODOY, A (1994). Validez a posteriori de los diagnósticos clínicos. *Psicothema*, 6 (2), 139-153.
- GÓMEZ DE RAMÓN FUSTER, M.V. (2004). *Medida del cambio y Terapia Cognitivo Analítica*. Comunicación presentada en el I Congreso Nacional de Psicoterapias Cognitivas, Madrid.
- GÓMEZ DE RAMÓN FUSTER, M.V. y MARTÍN FDEZ-MAYORALAS, C. (en prensa). Autoobservación de los Estados Mentales en la Psicoterapia Cognitivo Analítica del Trastorno Límite de la Personalidad. *Aperturas Psicoanalíticas*.
- GREENE, L.R. (1990). Relationships among Semantic Differential change measures of splitting, self-fragmentation and object relations in borderline psychopathology. *British journal of medical psychology*, 63, 21-32.
- MIRAPEIX, C. (1994) Psicoterapia cognitivo analítica: un paradigma de integración en psicoterapia. *Revista de psicoterapia*. Nº 20, 5-44.
- MIRAPEIX, C. (2004). Psicoterapia cognitivo-analítica: un modelo integrado de intervención. *Aperturas psicoanalíticas*, 18.
- MORRISON, J.K. & TETA, D. (1978). Simplified use of the semantic differential to measure psychotherapy outcome. *Journal of Clinical psychology*, 34 (3), 751-753.
- ORTIZ, M., ABAD, M.A. y GÓMEZ DE RAMÓN FUSTER, M.V. (1989). Estructura conceptual de un caso de neurosis ansiosa-depresiva medida con el diferencial semántico de Osgood. *Anales de psiquiatría*, 5 (9), 379-381.
- ORTIZ, M., GARCÍA, C. y MARTÍNEZ, M. (1985). El diferencial semántico de Osgood en Neuróticos. *Actas Luso-Españolas de Neurología Psiquiátrica*, 13 (1), 43-52.
- ROMERO, a.f. (2008). Factores atribucionales de la efectividad psicoterapéutica. *Anales de psicología*, 24 (1), 88-99.
- RYLE, A. & KERR, I. B. (2006). *Psicoterapia Cognitivo Analítica: Teoría y práctica*. Biblioteca de Psicología. Desclée de Brouwer.
- RYLE, A (1979). Defining goals and assessing change in brief psychotherapy: a pilot study of target ratings and the dyad grid. *Journal of Medical Psychology*, 52, 223-233.
- RYLE, A (1980). Some measures of goal attainment in focussed integrated active psychotherapy: a study of fifteen cases. *British Journal of psychiatry*, 137, 475-486.