

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

TRANSCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE SESIONES

Epoca II, Volumen XIV - 1er. trimestre 2003

Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ

53

Ψ

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Director: MANUEL VILLEGAS BESORA

Consejo de Dirección: LLUIS CASADO ESQUIUS, ANA GIMENO-BAYON COBOS, MAR GÓMEZ, LEONOR PANTINAT GINÉ, RAMON ROSAL CORTES.

Comité de Redacción: MAR GOMEZ MASANA, NEUS LÓPEZ CALATAYUD, SILVIA CASTILLO CUESTA, MARK-DANA MUSE, IGNACIO PRECIADO IGLESIAS, M^a JOSE PUBILL GONZALEZ, ÁLVARO QUIÑONES.

Secretaria de Redacción: EMPAR TORRES AIXALÀ

Consejo Editorial: ALEJANDRO AVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA ARBONA, LLUIS BOTELLA GARCÍA DEL CID, ISABEL CARO GABALDA, GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI LIOTTI, FRANCESCO MANCINI, JOSE LUIS MARTORELL YPIENS, MAYTE MIRO BARRACHINA, JOSE NAVARRO GONGORA, LUIGIONNIS, IGNACIO PRECIADO, SANDRA SASSAROLI, JAUME SEBASTIAN, ANTONIO SEMERARI, VALERIA UGAZIO.

Coordinación Editorial: LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID.

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

Epoca II, Volumen XIV - Nº 53 - 1er. trimestre 2003

Esta revista tuvo una época 1^a, desde 1981 hasta 1989, con el título de «Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista», con veintinueve números publicados, veinticinco de ellos monográficos. Ha sido desde sus comienzos un importante medio de difusión de aportaciones psicológicas y terapéuticas relacionadas con los principales modelos de orientación humanista, con un enfoque predominantemente integrador en lo terapéutico, y de fomento de rigor científico en lo teórico.

Los directores anteriores han sido; Andrés Senlle Szodo (1.981-1.984), fundador de la revista; Lluís Casado Esquiús (1.984-1.987), Ramón Rosal Cortés (1.987-1989)

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Autoedición: Gabinete Velasco Tel.: 934 340 550 BARCELONA

Impresión: OFFSET INFANTA, S.L.

Josep Taradellas, 101 - 08029 Barcelona - Tel.: 934 302 309

ISSN 1130 - 5142

Depósito Legal: B. 26.892/1981

Precio de este ejemplar 12 euros (incluido I.V.A.)

SUMARIO

EDITORIAL	3
PROTOCOLO DE TRANSCRIPCIÓN PARA EL ANÁLISIS COMPUTARIZADO DEL CONTENIDO DE SESIONES DE PSICOTERAPIA, ENTREVISTAS Y OTROS TEXTOS DE INTERÉS CLÍNICO EN ESPAÑOL	5
E. Mergenthaler, S. Gril, A. Ávila-Espada y J. J. Vidal	
ANÁLISIS POLIÉDRICO DE UNA ENTREVISTA: EL CASO LAURA	29
Manuel Villegas, Giuseppe Nicoló	
LA “INDAGACIÓN REFLEXIVA” SOBRE EPISODIOS Y SITUACIONES PROBLEMÁTICAS: UNA TÉCNICA DE TERAPIA COGNITIVA DESCRITA DESDE UNA PERSPECTIVA DE ANÁLISIS COGNITIVO-CONVERSACIONAL	55
Silvio Lenzi y Fabrizio Bercelli	
ANÁLISIS CUALITATIVO DE UN PROCESO PSICOTERAPÉUTICO ASISTIDO POR ATLAS/TI	75
Álvaro T. Quiñones Bergeret	

EDITORIAL

En los últimos años ha ido ganando terreno en el ámbito de la investigación en el campo de la psicoterapia el uso de protocolos verbales que contienen transcripciones literales de sesiones de psicoterapia. Esto puede observarse en los principales encuentros científicos donde se presentan y discuten investigaciones, como los de la Sociedad de Investigación en Psicoterapia (SPR), en los que cada vez se presta mayor atención a ese material como base de la investigación empírica. Esa investigación que se encuadra en el ámbito más genérico de la llamada metodología cualitativa aplicada a las ciencias humanas, posee actualmente múltiples referentes en el campo del análisis de sesiones psicoterapéuticas, de las que este monográfico constituye sólo una muestra. Podemos dividir las distintas líneas de investigación entre aquellas que utilizan categorizaciones del material producidas por evaluadores o jueces humanos y aquellas que se basan en métodos computerizados. En función de la cuestión a investigar los investigadores han desarrollado diferentes formatos especializados de transcripción. Pero a pesar de que un formato de transcripción puede resultar útil para un análisis específico, puede ser de poca utilidad o relevancia para otros estudios.

Dos son los problemas que inicialmente se proponen al investigador desde esta óptica. El primero tiene que ver con la obtención de los datos, el segundo con la metodología de análisis de los mismos. Es evidente que para poder trabajar con material verbal, o incluso visual, procedente de las sesiones de psicoterapia hay que abordar inicialmente desde un punto de vista ético o deontológico las cuestiones relativas al consentimiento informado de las personas implicadas. Una vez superado este escollo, que con un buen planteamiento y una buena alianza no tiene por qué serlo, la atención se traslada a los criterios de transcripción del material. A clarificar las cuestiones relativas a esta tarea y a establecer criterios compartidos, capaces de combinar el rigor lingüístico con el pálpito de la expresividad oral y gestual, se orienta el primero de los artículos, representativo del grupo de la Universidad de Salamanca, dirigido por Alejandro Ávila.

En el segundo de los trabajos se procede a ejemplificar la aplicación de distintos métodos de análisis cualitativo de sesiones ya transcritas. Con esta finalidad, los autores Villegas y Nicolò, someten a análisis una misma sesión terapéutica mediante abordajes distintos, el análisis del discurso terapéutico, inspirado la lingüística textual (Van Dijk), las modalidades de respuesta verbal, propuestas por Stiles, el análisis a través de la Rejilla de los Estados Problemáticos y la Escala de Evaluación de la Metacognición. La propuesta del trabajo es la siguiente: ¿pueden métodos diversos, desarrollados en ámbitos culturales

diferentes, ponerse de acuerdo en ámbito clínico? ¿Los resultados obtenidos por los diversos métodos de análisis de las sesiones pueden llevarnos a las mismas conclusiones, son totalmente divergentes o más bien complementarios? Este estudio nace de una larga colaboración entre el III Centro de Psicoterapia Cognitiva de Roma la Escuela de Especialización de la Asociación Psicoterapia Cognitiva de Roma y el Master en Terapia Cognitivo Social de la Universidad de Barcelona.

El trabajo de Lenzi y Bercelli, profesores de la Universidad de Bolonia, contempla el material de las sesiones psicoterapéuticas desde el punto de vista de los posibles formatos conversacionales, es decir, como formas especiales de conversación realizadas por un experto, en condiciones específicas de interacción, de acogida y de colaboración. Dichas conversaciones tratan especialmente aspectos más o menos problemáticos de la vida del paciente, y se orientan hacia la construcción de formas características de narración autobiográfica. En la terapia cognitiva, por ejemplo, los contenidos del diálogo de las sesiones reflejan explícitamente la reconstrucción y la reelaboración de situaciones y de episodios problemáticos, guiadas por el terapeuta por medio de acciones y formatos conversacionales específicos, según la metodología propia de la orientación seguida. En concreto, los autores, tratan de objetivar estos formatos condicionados por la teoría subyacente a través del análisis de un fragmento de sesión realizada por un terapeuta cognitivista experto, docente de la Sociedad Italiana de Terapia Cognitivo-Conductual y autor de importantes estudios sobre la técnica psicoterapéutica.

El último de los trabajos, elaborado por Alvaro Quiñones, aporta un ejemplo de aplicación de uno de los múltiples instrumentos computerizados que hasta el momento se han puesto al servicio de los investigadores en el ámbito del análisis de textos de distinta procedencia (social, psicológica, etnológica, etc.). Al igual que otros sistemas informáticos, el método escogido por el autor, ATLAS/ti, constituye una herramienta cualitativa para el análisis de grandes volúmenes de datos textuales, facilitando considerablemente muchas de las actividades implicadas en el análisis de textos y la interpretación. En el caso concreto, el material de análisis utilizado procede de cuatro textos escritos durante el proceso de psicoterapia, que se convierten en testimonio de un proceso de cambio.

Dada la complejidad y extensión de los trabajos que componen este monográfico nos vemos limitados a publicar sólo estos cuatro artículos, aunque el material del que disponemos podría ser mucho más diverso. Esperamos en sucesivas publicaciones poder ampliar este abanico de modalidades de análisis a fin de dotar de instrumentos de trabajo a cuantos se interesan por la temática relativa a la transcripción y análisis de sesiones psicoterapéuticas.

PROTOCOLO DE TRANSCRIPCIÓN PARA EL ANÁLISIS COMPUTARIZADO DEL CONTENIDO DE SESIONES DE PSICOTERAPIA, ENTREVISTAS Y OTROS TEXTOS DE INTERÉS CLÍNICO EN ESPAÑOL¹

E. Mergenthaler², S. Gril³, A. Ávila-Espada⁴ y J. J. Vidal⁵

Although use of psychotherapy transcripts and other clinical materials is becoming increasingly important in psychotherapy process research, large-scale collaborative work is hindered by lack of suitable transcription standards. New guidelines more detailed and complete derived from preceding researches (Mergenthaler y Stinson, 1992; Mergenthaler y Gril, 1996) are presented here for the transcription of Spanish discourse. These guidelines may be used not only for psychotherapy research but also for other purposes (such as education, linguistics, anthropology, among others). This protocol for transcripts arises here will be used for several tasks: a) It will be used for transcripts and readable by human judges; b) it will also be easily submitted for computer-aided text analysis, making easier to obtain quantitative indicators in the content analysis and the adequate preparation of texts for the ulterior qualitative analyses. It is presented a brief summary of the main computer-aided text analysis.

Key words: Psychotherapy Research, Transcription Rules, Text Analysis

RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN DEL ANÁLISIS DE CONTENIDO

La investigación actual en el campo de la psicoterapia y de la psicoterapia psicoanalítica está fundamentalmente basada en material primario (Luborsky y Spence, 1978) correspondiente a protocolos verbales que contienen transcripciones literales de sesiones de psicoterapia. Esto puede observarse en los principales encuentros científicos donde se presentan y discuten investigaciones, como los de la Sociedad de Investigación en Psicoterapia, donde cada vez más se presta mayor atención a ese material como base de la investigación empírica. Podemos dividir las distintas líneas de investigación entre aquellas que utilizan categorizaciones del material producidas por evaluadores o jueces humanos y aquellas que se basan en métodos computerizados. En función de la cuestión a investigar los investigadores

han desarrollado diferentes formatos especializados de transcripción. Pero a pesar de que un formato de transcripción puede resultar útil para un análisis específico, puede ser de poca utilidad o relevancia para otros estudios.

Esto causa problemas, especialmente en los estudios comparativos, colaborativos o convergentes. Se hace difícil realizar comparaciones aplicando métodos analíticos alternativos a las mismas sesiones, pero con diferentes normas de transcripción. El lector queda entonces abandonado a imaginar cómo fueron manejadas por el transcriptor las palabras interrumpidas por el tartamudeo, las alteraciones del discurso y muchas otras interferencias y producciones singulares.

Transcribir intercambios verbales de registros de audio y vídeo presenta innumerables, complejos y sutiles problemas para el investigador. Lo que hace que una transcripción sea adecuada para su utilización en los análisis mediante computadora puede hacerla indescifrable para un lector humano y viceversa.

Desarrollar reglas siempre es difícil. En tanto parece poco probable que exista una regla completa de transcripción que sea aceptada universalmente, es también obvio que desarrollar algunas aproximaciones estandarizadas resultarán de suma utilidad para la investigación.

El lenguaje, desde el punto de vista de la semiótica, es un sistema de símbolos cuya estructura está determinada por reglas que se basan en la relación entre forma y contenido. En consecuencia distinguimos mediciones formales, gramaticales y sustantivas. Dependiendo de si se trata del texto de un único hablante o del discurso completo de los participantes en un diálogo, se podrán introducir subdivisiones en cada una de estas mediciones. Este tipo de mediciones posibilita hablar tanto de valores monádicos o diádicos como emplearlas para detectar en el discurso de un paciente patrones repetitivos condicionados por su enfermedad.

Las posibilidades de las mediciones formales, gramaticales y sustantivas varían ampliamente. En el análisis formal, la más conocida es la frecuencia de aparición, que sirve de base para las proporciones y las distribuciones estadísticas. Uno de los ejemplos más antiguos es la variabilidad del discurso del paciente, que se mide por la razón tipo-signo, que se puede considerar como la capacidad de hacer uso de palabras nuevas o distintas en el transcurso de la sesión de psicoterapia o, incluso, en todo el tratamiento. Esta razón se calcula dividiendo el número de palabras diferentes (tipos, amplitud del vocabulario) entre el número total de palabras (signo, extensión del texto) que existen en un texto determinado. Chotlos (1944) demostró que esta medición no es independiente de la extensión del texto. Herdan propuso emplear el logaritmo del valor de la razón «tipo-signo», cifra que puede ser constante para muestras de textos de extensión variable. En lo sucesivo nos referiremos a esta medición como «Gamma». De acuerdo con Holsti (1969), «la hipótesis según la cual la variabilidad del discurso puede verse incrementada con un tratamiento adecuado ha sido generalmente confirmada» (p. 75). Si bien en las últimas décadas no se ha empleado demasiado la razón «tipo-signo» en la investi-

gación psicoterapéutica, existen algunos estudios literarios que son importantes. Baker (1988) ha encontrado que en las obras de Shakespeare y otros autores de renombre, el ritmo (su sinónimo para la proporción «tipo-signo») está en relación con la madurez y desarrollo de sus autores (p. 37). En el contexto de la investigación psicoterapéutica consideramos que el aumento en la versatilidad verbal del paciente, reflejado en la relación tipo-signo, es un signo de avance (hecho que suele estar relacionado, aunque no siempre, con la mejoría del paciente); teniendo en cuenta lo anterior, podemos considerarla como una medición objetiva del proceso psicoterapéutico tanto desde la perspectiva macroanalítica como desde la microanalítica. El concepto de «avance», lo empleamos aquí con el mismo sentido con que se emplea en el trabajo clínico. Lingüísticamente hace referencia al empleo de un mayor número y diversidad de palabras por parte del paciente para descubrir el mismo núcleo temático.

Existen otros aspectos formales del discurso que pueden ser analizados desde la perspectiva de la teoría de la información. A partir del trabajo de Shannon (1948), han comenzado a adquirir importancia los conceptos de entropía y redundancia. Spence (1968) fue quien introdujo estos conceptos en la investigación psicoterapéutica: «Se define la redundancia como el complemento de la aleatoriedad; si existe un conjunto de sucesos altamente redundantes, la aparición de los primeros permite predecir la aparición posterior de los demás con un alto grado de fiabilidad. Sin embargo, una característica distintiva del material que se maneja en la clínica psicoterapéutica es el alto grado de incertidumbre. Debido a ello, por definición, la redundancia es baja» (p. 354). Spence (1968), en su análisis considera que en la medida que se vaya avanzando en la terapia, cabría esperar que la redundancia fuera incrementándose gradualmente. «En la medida que la adquisición gradual de insight por parte del paciente se vaya acompañando de una resolución adecuada de sus conflictos éste podrá al final del tratamiento, alcanzar una posición que le permita comprender una mayor variedad de comportamientos que hasta ahora le resultaban confusos. El paciente será capaz de ver qué comportamientos aparentemente aleatorios forman parte de un patrón mayor y reconocer las repeticiones de un tema subyacente, lo que le permitirá ser más redundante que lo que era anteriormente» (p. 358). Nosotros interpretamos el incremento en la redundancia del paciente que aparece en el transcurso de la terapia como la adquisición de una mayor «libertad interna» por parte de éste, hecho que contrasta con momentos en la psicoterapia en los que predomina la resistencia y la redundancia será por ende, menor.

Spence y Owens (1990) introdujeron recientemente los conceptos de co-ocurrencia léxica y fuerza de asociación como aplicaciones de una medición formal. Esta medición, que en un estudio referido a la monitorización de la superficie analítica fue aplicada a los patrones existentes en el discurso del paciente en el contexto de su análisis, era empleada en función de la tasa de co-ocurrencia de los

pronombres de transferencia que son los pares «tú / a mí, me», «a mí / yo», «tú / yo». Los autores concluyeron que las manifestaciones concretas hechas por el paciente eran repetidas sistemáticamente en la intervención del terapeuta» (p 43).

Como ejemplo de las mediciones gramaticales tenemos el empleo de las partes del discurso tal y como se comentó anteriormente. Sabemos, por estudios recientes, que los pacientes difieren significativamente entre sí en cuanto al uso que hacen de las categorías sintácticas; así, por ejemplo, los pacientes neuróticos tienden a emplear más verbos que los pacientes psicóticos. La llamada «distancia del discurso en partes» se refiere al uso distintivo que hacen el terapeuta y el paciente de las partes del discurso, (en la sección de métodos se hablará del cálculo de esta medición). La distancia del discurso en partes es una medida diádica que generalmente está más allá del control de los que participan en el discurso, y nos da una idea del grado de interacción que puede existir entre el paciente y el terapeuta. Consideramos que si existe una buena «alianza de trabajo» existirá una menor separación y una conducta más colaboradora entre ambos participantes. Esto significa que ambas partes cambiarán el uso de las clases de distancia del discurso, existiendo así una proporción más parecida de ambas clases en ambos participantes. Existen estudios referidos a la construcción interactiva de frases que aportan evidencia lingüística que sirve de apoyo para la interpretación de procesos tales como la «alianza de trabajo».

La Abstracción es otro de los ejemplos que se incluyen dentro de las mediciones gramaticales y que se refiere a los aspectos morfológicos; es un constructo orientado al desarrollo de la comprensión y de la percepción, teniendo además efectos lingüísticos evidentes. El lenguaje, además de ser una fuente rica de sustantivos abstractos, permite construir nuevos vocablos abstractos adicionales. Así, partiendo de conceptos concretos se puede realizar una transformación morfológica de las palabras; por ejemplo, a partir de «ser tierno» construimos fácilmente la palabra ternura. La abstracción es una herramienta lingüística necesaria para la reflexión, discusión y descripción de interacciones complejas.

La expresión «análisis de contenido» se refiere generalmente a mediciones sustantivas. Los diccionarios de análisis del contenido han sido empleados en diversas áreas entre las que se incluyen el lenguaje de la afectividad, temas relacionados con la ansiedad, imágenes de regresión y el tono emocional. Estos diccionarios, que se han empleado tanto en estudios longitudinales como transversales, son útiles a los efectos de la clasificación cuando se calcula la distribución de frecuencias de estas categorías o sub-categorías. También sirven como instrumentos de detección selectiva para localizar momentos claves de una sesión terapéutica o para localizar sesiones importantes a lo largo de una serie de transcripciones que sean más tarde susceptibles de análisis más detallados. Además pueden ser fácilmente distribuidos entre los investigadores, con lo que se facilita los esfuerzos conjuntos.

Si bien las mediciones formales son independientes del lenguaje concreto en que se hable, en las mediciones gramaticales como por ejemplo la distancia del discurso en partes y en las técnicas de análisis del contenido sustantivo será necesario recurrir a enfoques que sean específicos del lenguaje. Existe un número creciente de diccionarios, disponibles en inglés principalmente, francés, alemán y español, que incluyen procedimientos para identificar categorías sintácticas y palabras abstractas. Algunos de estos diccionarios analíticos del contenido han sido desarrollados en un idioma y luego traducidos y adaptados a otro. Un ejemplo de ello es el *Diccionario de Imágenes regresivas* de Martindale (1975) que fue desarrollado en inglés y luego traducido al alemán y al francés. Otros han sido desarrollados independientemente en varias lenguas; este es el caso de los *Diccionarios de Emoción y Abstracción* de Mergenthaler (aquellos que estén interesados pueden tener una copia escribiendo al Banco de Casos de Ulm: utb@sip. medizin. uni-ulm. de, o como parte del software CM cuando son diccionarios *inbuilt*, esto es, incorporados de forma automática en el programa), que fueron desarrollados primero en inglés, y más tarde en alemán, español, holandés, italiano y francés. En algunos casos se dispone solamente de la versión en uno de los idiomas. Entre estos figuran el *Diccionario de Temas de Ansiedad* publicado en alemán y la *Actividad Referencial* (E. Mergenthaler y W. Bucci) manuscrito aún sin publicar. Las mediciones y diccionarios empleados en este estudio son o bien independientes del idioma o bien están disponibles en versión inglesa.

CONSIDERACIONES TÉCNICAS SOBRE LA GRABACIÓN Y LA TRANSCRIPCIÓN

Sin la formulación de reglas definidas para la grabación y transcripción, los materiales que se obtengan en distintos lugares no podrían ser comparados, o generarían un volumen de problemas que dificultaría la investigación. Sistematizar las reglas de transcripción no sólo beneficia a los métodos de análisis de textos asistidos por computadora, sino que dichas reglas pueden ayudar a sincronizar investigaciones multidisciplinarias convergentes abarcando registros de audio y vídeo, parámetros fisiológicos, escalas de valoración (tipo Likert u otras), tanto previas como posteriores a la sesión, así como otros datos. Además los textos transcritos no deberán presentar incompatibilidades para su tratamiento informático a través de los principales sistemas de análisis de textos (TAS/C, USALc, Code-A-Text, Generador de Concordancias, Útiles de Texto)

El sistema de reglas para la transcripción, que se pretende independiente de los objetivos específicos para la investigación, se organiza en base a seis principios, resumidos a continuación:

1. Preservar la naturaleza morfológica de la transcripción. La presentación gráfemica de la forma de las palabras, la forma de los comentarios y el uso

de la puntuación deben ser lo más semejante posible a la presentación y el uso generalmente aceptado en textos escritos.

2. Preservar la naturaleza de la estructura de la transcripción. El formato impreso debe ser lo más semejante posible a lo que es generalmente aceptado, como las versiones impresas de obras de radio o guiones cinematográficos. El texto debe estar claramente estructurado por indicadores del discurso.
3. La transcripción debe ser una reproducción exacta. La pérdida de información resultante de la transcripción de registros visuales o acústicos a registros escritos de la entrevista debe ser la mínima posible. Una transcripción no debe ser reducida prematuramente y debe permanecer en forma de datos “directos”, es decir, tal cual se produjeron.
4. Las reglas de transcripción deben ser universales. Deben posibilitar en la mayor medida posible que la transcripción sea adecuada tanto para uso humano como para la utilización de computadoras, y los diversos procedimientos de análisis de contenido.
5. Las reglas de transcripción deben ser completas. Debe ser posible para quien realiza la transcripción prepararla utilizando sólo esas reglas, basadas en su lenguaje diario. No se requieren conocimientos específicos como p. e. “codificadores” provenientes de teorías lingüísticas. Debe ser posible transcribir distintos tipos de discurso terapéutico y clínico con el mismo grupo de reglas. Estas reglas deben ser independientes de quien realiza la transcripción, comprensibles y aplicables tanto por personal administrativo como por científicos.
6. Las reglas de transcripción deben ser intelectualmente elegantes. Deben ser elegantes, limitadas en su número, simples y fáciles de aprender.

De acuerdo a la experiencia con estas reglas se estima que un mecanógrafo/a hábil requerirá aproximadamente 8 horas para realizar el primer paso de una transcripción de una sesión de psicoterapia cuya duración esté en torno a los 50 minutos, si la fluidez verbal es normal. En un segundo paso, se necesitan otras 4 horas para la verificación y corrección. La transcripción y la verificación puede requerir un 50% más de tiempo para el discurso que sea grabado con dificultades técnicas o para discursos poco claros, así como en discursos con una acentuación muy marcada, discurso idiosincrásico, o discurso poco fluido con tartamudeo. Incluir la codificación del tiempo, si es necesario, puede requerir una hora o más. Los verificadores necesitan tener buenas habilidades de lectura y de escucha, con cierto entrenamiento previo; la tarea puede ser llevada a cabo por mecanógrafos, secretarios, alumnos de postgrado, ayudantes de investigación o los propios científicos.

Los transcripores de los materiales deben ser individuos atentos a los detalles, motivados, interesados en el trabajo, conscientes del valor que tiene para la

investigación. No deben tener límites rígidos de tiempo para completar las transcripciones, permitiéndoseles trabajar sin interrupciones innecesarias. Existen diferencias en el tiempo que lleva transcribir diferentes sesiones y el transcriptor necesitará familiarizarse con las características del discurso de cada nuevo hablante. Es asimismo necesario que los transcriptores y los verificadores estén alertas frente a la posibilidad de experimentar sentimientos similares a los expresados en la psicoterapia, especialmente depresión. Deben tener la oportunidad de tomarse descansos así como de simultanearlos con otros materiales, menos cargados de emociones. Por último hemos de resaltar el especial celo que debe tenerse en salvaguardar las garantías éticas de respeto a los sujetos implicados en la investigación, de acuerdo a las normas y convenios al respecto, y que en el caso de la transcripción se concreta principalmente en la salvaguardia del anonimato, y la codificación-criptación de todos los nombres propios, geográficos u otros que pudieran conducir a la identificación de las personas. Un especial celo en el cuidado de las normas éticas es responsabilidad tanto de los investigadores como transcriptores, así como una custodia confidencial de los materiales, cuya difusión estará restringida según los acuerdos a que en cada caso se haya llegado.

MÉTODOS DE ANÁLISIS DE CONTENIDO POR COMPUTADORA

El análisis de contenido asistido por ordenador se puede considerar como una variante mecanizada del análisis clásico de contenido. El método usa listas de palabras ordenadas temáticamente en categorías. Estas listas se llaman diccionarios las cuales se comparan con el texto analizado, y se contabiliza a continuación la frecuencia de ocurrencia de cada palabra única, dando como resultado una distribución de frecuencias para las categorías asociadas. Como asunción básica del análisis de contenido, esperamos que cuanto más prominente sea un tema en un texto, más referencias podamos encontrar en él. Berelson (1952) y Kracauer (1952) objetaron esta asunción a partir de un estudio que llevaron a cabo en el que se centraron en los aspectos del análisis de contenido cualitativo vs. cuantitativo. Aunque esta controversia nunca fue resuelta, su importancia decreció en los años sucesivos, por lo se adoptó una postura pragmática. Kracauer (1972) y más tarde Howe (1988) señalaron que las dos aproximaciones coincidían en parte con análisis cuantitativos que conducían a consideraciones cualitativas y con análisis cualitativos que con frecuencia requerían una cuantificación. También esta controversia llegó a ser menos crítica a medida que se produjeron más resultados por medio de los métodos cuantitativos, particularmente los análisis de contenido asistidos por ordenador que se dirigían a temas cualitativos (Oxman et al. 1988a, 1988b; Rosenberg, Scnurr & Oxman, 1990). No se trata de cuantificar los diversos significados o los contenidos de un texto sino más bien, identificar aspectos temáticos más generales. Una entrada

del diccionario que se empareje con una palabra del texto analizado es considerada un «marcador» el cual indicará la presencia de un constructo temático. Según esta aproximación, la controversia sobre los aspectos cualitativos y cuantitativos se vuelve de nuevo obsoleta al interpretar los hallazgos temáticamente cualitativos con respecto a su significado. Los análisis de contenido asistidos por ordenador tal y como se proponen aquí, proporcionan la siguiente información: ¿están en el texto los fenómenos de interés? y si es así, ¿dónde se localizan?

Atendiendo a los métodos computacionales con los que este protocolo de transcripción se puede utilizar, podemos iniciar nuestra exposición por el TAS/C© (Mergenthaler, 1993). Este software fue específicamente concebido para aplicarse al campo de la investigación psicoterapéutica y ofrece muchas maneras diversas de investigar transcripciones literales. Así, se pueden hacer análisis separados del discurso del paciente y del terapeuta aunque también se puede analizar un texto completo sin hacer esta distinción. Además se pueden llevar a cabo análisis para cualquiera de los segmentos marcados en un texto, como por ejemplo, las unidades dadas para los marcadores del tiempo, los bloques de un número equivalente de palabras o la identificación de los sueños, recuerdos tempranos u otros episodios. El TAS/C© está diseñado para manejar grandes cantidades de texto. Así por ejemplo permite analizar todas las transcripciones de un tratamiento completo de una sola vez. El software del TAS/C© requiere por ahora, de una unidad de entorno. Se está desarrollando una versión para Macintosh© y para ordenadores personales que usan Windows©. El software del TAS/C© utiliza una interface de datos que permite transferir sus resultados a otros programas entre los que se incluyen SYSTAT© para Macintosh© de cara a los análisis estadísticos y Delta Graph Pro© para Macintosh©, con el fin de representar gráficamente los hallazgos.

Para analizar sesiones de psicoterapia teniendo como marco teórico el Modelo del Ciclo Terapéutico (Mergenthaler, 1996) se puede utilizar el software CM©. El CM© combina el Modelo del Ciclo Terapéutico (Mergenthaler, 1996) con el Ciclo Referencial (Bucci, 1997) y proporciona una representación gráfica de las transcripciones de las sesiones psicoterapéuticas. En concreto, este programa usa como input una transcripción realizada de acuerdo a las reglas anteriormente señaladas y produce como output una representación gráfica de la sesión basada en bloques de palabras que usan la Emoción (positiva y negativa), la Abstracción y la Actividad Referencial Computerizada (Mergenthaler y Bucci, 1999) como medidas del lenguaje. Opcionalmente el CM© proporciona otros muchos archivos de datos para análisis estadísticos. El programa está disponible gratuitamente en la siguiente dirección de internet: <http://inf.medizin.uni-ulm.de>

Un método innovador y desarrollado recientemente es USALc© (Sotelo y Ávila, 2000) una herramienta pensada y creada para realizar estudios en los que el propio lenguaje, la expresión verbal, la sintaxis, etc., se consideran y tratan como

causa y efecto de cambios en la forma y estilo con que un paciente determinado refleja su realidad, sus conflictos, su percepción del mundo y la de los demás a través de sus expresiones habladas. USALc© está formado por una serie de utilidades conectadas y fuertemente compenetradas que favorecen el trabajo de análisis y de clasificación. Utiliza como material de trabajo sesiones de Psicoterapia grabadas y pasadas a texto según un protocolo de transcripción estandarizado. Estos textos han de formatearse según ciertas convenciones a través de una serie de sencillos pasos con el fin de regularizar las entradas de texto en el corpus de análisis principal de USALc©.

Cuando en una investigación se recogen datos verbales (u otros) a partir de técnicas de observación nos encontramos ante la gran problemática de su codificación. En estos casos no resulta tan fácil obtener datos cuantitativos directamente, por lo que se suele recurrir a utilizar un método de análisis cualitativamente flexible pero adecuado. Nos referimos al Análisis de Contenido, en este caso de Textos sacados de sesiones de Psicoterapia. Un caso simple de este tipo de análisis sería el conteo de palabras de una determinada población de textos (p. e. artículos de revistas) formulando las hipótesis adecuadas. En este caso se obtendrían las frecuencias de aparición de una serie de palabras que pueden después utilizarse en el análisis tanto como variables independientes como dependientes. Podemos decir que esta técnica de trabajo esta abierta tanto a la creatividad del investigador como a su experiencia. A pesar de su flexibilidad, este tipo de análisis precisa de una cierta y mínima estructuración. Distinguir lo latente de lo manifiesto no sólo sería útil a nivel metodológico y práctico, también lo sería a nivel lógico y conceptual. De esta organización primaria puede depender en gran medida si se obtienen resultados satisfactorios o no. Para el tipo de tarea que realizaremos con USALc© se distingue entre lo que el sujeto dice (lo manifiesto) y lo que el sujeto quiere decir o lo que dice entre líneas, (conscientemente en el primer caso y de forma inconsciente o no totalmente consciente en el segundo. En ambos casos estaremos ante un análisis latente). En definitiva, USALc es una potente aplicación con múltiples funciones para gestionar y analizar textos de diverso tipo y procedencia. Está especialmente orientado al análisis de diálogos, más orientado al análisis de entrevistas, sesiones de terapia, etc. Una de sus grandes ventajas es que los objetos en los que se almacena la información de cada análisis son bases de datos con un 100% de compatibilidad con Access. Al ser máxima la compatibilidad el usuario puede abrir y trabajar las bases de datos creadas por USALc en y desde Access. También cuenta con la posibilidad de trabajar con audio como complemento y varias utilidades adicionales (Doctor USALc, Contrastes «a posteriori», etc) que confieren mayor funcionalidad a esta aplicación.

Otra herramienta codificadora de reciente difusión es el Code-A-Text©, (Cartwright, 1996) un programa de software diseñado para fomentar la investiga-

ción y la formación en psicoterapia ya que es un instrumento que facilita el análisis en profundidad de los textos psicoterapéuticos. Además de para analizar los diálogos de la terapia, puede utilizarse también para almacenar y codificar anotaciones del proceso, anotaciones del caso e informes y datos cualitativos obtenidos a través de cuestionarios de respuesta abierta. Las grabaciones de los diálogos pueden analizarse por separado o junto con la transcripción de los textos.

A lo largo de la conversación que el terapeuta y el paciente mantienen durante la sesión terapéutica, cada interlocutor tiene un turno de palabra. En el Code-A-Text, las palabras habladas en cada turno constituyen una Unidad del Discurso, que puede subdividirse en segmentos más pequeños. Éstos a su vez pueden ser codificados en función de las palabras contenidas en cada turno (Códigos de Contenido); en función de las interpretaciones vinculadas a los segmentos (Códigos de Interpretaciones) o también por último, se pueden aplicar los códigos a las escalas desarrolladas con fines de investigación (Códigos de Escalas). Utilizando estos códigos, el investigador puede examinar las relaciones entre los segmentos y usar los procedimientos de clasificación que el Code-A-Text proporciona, para comparar o contrastar los segmentos.

Cada proyecto o estudio que utiliza el Code-A-Text usa un único Marco de Codificación, consistente en una base de datos de carácter relacional que contiene todos los elementos requeridos para el análisis. Cada marco de codificación consta de:

- Un Archivo: un diccionario de todas las palabras del proyecto.
- Un Manual de Codificación: que contiene todas las escalas, los códigos y las instrucciones de codificación.
- Textos: las transcripciones de los diálogos.
- Códigos: los cuales se han aplicado a los segmentos del texto.

Las palabras y las frases del texto así como las interpretaciones del investigador pueden ser activas (de interés para el estudio) o pasivas. Cada palabra activa se representa por medio de una escala dicotómica, la cual tiene dos valores: verdadero o falso. Si el Code-A-Text encuentra una *palabra* activa en un segmento, entonces ese segmento es codificado como verdadero. Esto se hace de forma automática y toda la información es almacenada en el archivo. En cuanto a las *interpretaciones*, el Code-A-Text realiza la misma función, sólo que no lo hace de forma automática y además no almacena la información. En lo que respecta a las *escalas*, no hay limitaciones numéricas referidas a la cantidad de las mismas que se pueden utilizar.

El Code-A-Text ofrece un rango de búsqueda y una serie de funciones analíticas que ayudan al investigador a identificar los patrones subyacentes a un texto o textos de marco de codificación. Estas funciones permiten establecer complejos criterios de búsqueda y sus resultados nos servirán para la creación de nuevos textos y escalas de codificación, además de proporcionarnos datos útiles para programas estadísticos.

Hay otras herramientas complementarias, de especial interés, como el Generador de Concordancias (CONC©) (Thompson, 1990) es un programa diseñado para facilitar el estudio intensivo de un texto mediante la producción de una lista de todas las palabras contenidas en él, incluyendo una breve referencia del contexto anterior y posterior a la ocurrencia de cada palabra. En muchas áreas de estudio dicha lista se llama Concordancia, y así la vamos a denominar en la exposición que sigue. La concordancia se realiza en tres columnas. La del margen izquierdo señala el lugar en que la palabra aparece en el texto. La columna central indica el contexto inmediatamente anterior a la ocurrencia de la palabra. La columna del margen derecho contiene una lista de las palabras incluidas en el texto por orden alfabético. Cada palabra es seguida de una pequeña referencia del contexto posterior a la ocurrencia de la misma. Entre las varias aplicaciones o utilidades que podemos dar a CONC, destacamos que permite seleccionar las palabras que se incluyen en la concordancia; bien haciendo una lista de ellas individualmente o bien usando un patrón para describirlas. Además da la posibilidad de escoger u omitir palabras cortas o largas así como palabras que ocurren frecuente o infrecuentemente. También puede detectar solamente, si así conviene, múltiples ocurrencias de palabras cuando son clasificadas conjuntamente. Asimismo ofrece la posibilidad de realizar en el texto estudios estadísticos simples como por ejemplo, contar el número de ocurrencia de las palabras que cumplen un determinado patrón. También se puede con este análisis establecer otras concordancias con archivos de textos simples y también con archivos de textos interlineares. Un texto interlineal consta de un texto de línea base más otra u otras líneas de anotaciones que están ordenadas verticalmente.

Además de la concordancia de palabras o de morfemas, CONC también puede producir una concordancia de todas las letras (caracteres o fonemas) de un texto. La concordancia de una letra puede limitarse justo a aquellas letras que ocurren en un entorno particular. Esto puede resultar muy útil para hacer análisis fonológicos. También añadir que las concordancias de letras pueden hacerse sobre textos simples o interlineares. En la actualidad, CONC puede sólo tratar la relación entre dos campos. Uno de ellos es el llamado primario; contiene las palabras que aparecen en el contexto de la concordancia. El otro, llamado secundario, contiene anotaciones que CONC usará para modificar la secuencia de clasificación o los patrones de inclusión de palabras que podrían utilizarse si hiciésemos simplemente una concordancia del campo primario.

Por último reseñaremos una herramienta sencilla, Útiles de Texto©, una aplicación de Macintosh diseñada por los miembros del Instituto de Verano de Lingüística (S. L. I., Dallas). Permite evaluar diversas características de un texto aportando varios tipos de información:

- 1- Lista de palabras: Proporciona una lista de todos los tipos de palabras diferentes que aparecen en el texto con un recuento de la frecuencia de ocurrencia de cada palabra.
- 2- Recuento de carácter: Muestra los distintos caracteres ortográficos contenidos en el texto con un recuento de la frecuencia de ocurrencia de cada carácter utilizado.
- 3- Recuento diacrítico: Ofrece una lista de todos los caracteres acentuados que aparecen en el texto con un recuento de la frecuencia de ocurrencia de cada carácter.
- 4- Formato estandar de marcadores: Se trata de un código que marca el inicio y el final de un texto determinado. Está basado en estándares usados por el Instituto de Verano de Lingüística.
- 5- Apuntes del proceso: Informe sobre los errores contenidos en el texto. Este procedimiento nos va a permitir por lo tanto hacer un análisis exploratorio inicial de la estructura de los textos dialogados, que complementa análisis realizados por los otros sistemas mencionados: TAS/C, USALc, Code-A-Text y CONC.

MÉTODO DE TRABAJO Y PROTOCOLO DE TRANSCRIPCIÓN PROPUESTO

A continuación y como apéndice, se incluyen los documentos producidos que incluyen: a) Instrucciones generales sobre la transcripción; y b) Reglas ejemplificadas del Protocolo de Transcripción de Sesiones de Psicoterapia en Español. Aunque este método y sus dificultades viene siendo contrastado desde hace varios años, se prevé efectuar revisiones del mismo, recogiendo las sugerencias de los investigadores que lo utilicen.

INSTRUCCIONES DE TRANSCRIPCIÓN DE SESIONES DE PSICOTERAPIA PARA EL ANÁLISIS DE CONTENIDO¹

Material Clínico:

* La(s) cintas entregadas, las cuales serán custodiadas y tratadas de acuerdo a las condiciones establecidas en el *Contrato de Confidencialidad*.

Equipamiento necesario:

* Magnetófono de cassettes (y auriculares)

* Protocolo de Transcripción de Sesiones.

* Listado de claves.

* Ordenador con procesador de textos (compatible con Word 6.0, Word 97). Si no se dispone del mismo, se utilizarán en los horarios apropiados el aula de informática y/o los de la Unidad de Investigación.

Procedimiento a seguir:

* Primera escucha y transcripción palabra por palabra, según las reglas del Protocolo de Transcripción

* Si la transcripción no ha sido hecha directamente al procesador de textos, ésta se hará antes de la revisión.

Segunda escucha, revisión de la transcripción y toma de tiempos.

[Se recomienda que las tareas de escucha, transcripción y revisión sean recíprocas; En cada equipo, integrado por dos personas, se sugiere que se alternen en dichas tareas, a fin de reducir errores y vicios de transcripción]

* Las cintas y su transcripción en papel y diskette serán entregados en las fechas acordadas.

Instrucciones especiales:

* Si no se indica lo contrario, todo nombre propio de persona o lugar se pondrá la primera en mayúsculas precedida de un asterisco y si no aparece en el listado de claves, el nombre completo irá en mayúsculas. De esta manera se facilita su posterior encriptación.

TAREAS COMPLEMENTARIAS

Material BASE:

* La transcripción (en papel y diskette), una vez revisada por un miembro del Equipo de la Unidad de Investigación, será completada respecto de:

a) Corrección de errores y erratas

b) Encriptación de nombres propios y de lugar, generando un listado de equivalencias.

Y de nuevo entregar en diskette la versión corregida con el listado de claves al personal de la Unidad de Investigación.

ANÁLISIS DE CONTENIDO:

Se procederá con los métodos indicados, de entre los siguientes: TAS/C, USALc, Code-A-text, CONC, Útiles de Texto.

¹ *Unidad de Investigación en Psicología Clínica y Psicoterapia* de la Universidad de Salamanca, España. Dirección postal: Avenida de la Merced, 109-131 37005-Salamanca (España) Fax +34-923294607; E-Mail: avil@gugu.usal.es. En este estudio han colaborado, además de los autores, los becarios de investigación de la Universidad de Salamanca Silvia Rodríguez Oliva y Luis Angel Saul Gutiérrez.

REGLAS EJEMPLIFICADAS DEL PROTOCOLO DE TRANSCRIPCIÓN DE SESIONES DE PSICOTERAPIA EN ESPAÑOL

Niveles y contenidos de la transcripción	Regla	Ejemplo	Observaciones
ASPECTOS FORMALES Y ESTRUCTURALES			
1) Encabezamiento de la transcripción	La transcripción debe tener un encabezamiento.	(Caso: 0002 Etiqueta y datos: PUBLICITARIA, mujer, 22 años * María (P) Sesión: 093 Fecha: 20-10-98 Observaciones: transcripción literal de la grabación magnetofónica de la sesión según el protocolo MSGAD).	Esta información debe ser colocada entre paréntesis, en texto normal, sin mayúsculas, ni negrita, ni cursiva.
2) Códigos para indicar quien habla	Cada giro del discurso comienza en una nueva línea y va precedido de un código que indica quién es el hablante. En sesiones de caso único el terapeuta se simboliza T y el paciente P. En caso de que haya más de un paciente o terapeuta los códigos son del tipo X_p , x indica el rol del hablante y n es un dígito opcional (si hay más de un hablante). Si la n es omitida se asume la utilización del dígito 1. Si en el transcurso de la sesión hay alguna interrupción que afecte a la terapia, se transcribirá todo su contenido entre paréntesis, sin asignar códigos a los sujetos. Este formato puede manejarse en monólogos, diálogos, terapia individual, terapia de grupo, con un terapeuta o coterapeutas. Un comentario después del encabezamiento de la transcripción debe ser utilizado para clarificar el rol de los hablantes, por ejemplo: Deben agregarse la fecha, el momento del día, así como las pausas, utilizando formas especiales de codificación.	T: qué le hizo sentir eso? P1: me sentí confundido y enojado. P2: tú nunca dijiste que eso te enojara. (P1 = Hijo, P2= Madre, P3= Padre, T1= Terapeuta, T2= Coterapeuta).	El primer hablante T es el terapeuta y P1 y P2 son dos pacientes. Su dígito implícito es el 1, si hubiera dos terapeutas se anotaría T1 y T2.
3) Fecha y señalización del tiempo.			

Niveles y contenidos de la transcripción	Regla	Ejemplo	Observaciones
4) Fecha de la sesión.	<p>La fecha se introduce bajo la forma "DIA.MES.AÑO". Son dos dígitos para la representación del día del mes, una abreviatura de tres letras mayúsculas para el mes, y cuatro dígitos para representar el año, todas separadas por puntos, sin espacios.</p> <p>La fecha de la sesión debe ser colocada en el comienzo de la transcripción de la sesión, tras el encabezamiento. Si no se conoce la fecha exacta, la información desconocida debe ser sustituida por ceros.</p>	<p>(d: 10.ENE.1986).</p>	<p>La d: indica que es la fecha de la sesión. El ejemplo se lee, diez de enero de 1986.</p> <p>Este formato permite su utilización con sistemas de computación.</p>
5) Hora del día	<p>El comienzo de una sesión es indicado por un código horario.</p>	<p>(t:10:02:15)</p>	<p>La t: indica la hora de comienzo de la sesión, si está disponible. Todos estos códigos se realizan en el siguiente formato "HH:MM:SS" (dos dígitos representando la hora, los minutos, y los segundos, separados por dos puntos). Es preferible utilizar el sistema horario de 24 horas. La hora de la sesión debe ser colocada al comienzo de la transcripción de la sesión en la línea siguiente a la de la fecha. Si no se tiene información exacta, la información desconocida se sustituirá por ceros.</p>
6) Estructura formal del texto.	<p>Se utilizará letra tipo: Times New Roman de tamaño 12; sin negrita, ni cursiva, ni subrayados, con interlineado sencillo. Además la forma de la hoja será siempre vertical y con el texto en formato justificado, sin columnas, ni encabezados, ni pies de página. Tampoco se usarán tabulaciones, ni sangrías.</p>	<p>T: m-hm P: que sin ellas estás arruinado y con ellas eres rico - - entonces claro, cualquier cosa se puede retrasar hasta el viernes, sabes? estamos a martes, son días, o no? - - - - pues claro - - - T: cómo te sientes?</p>	

Niveles y contenidos de la transcripción	Regla	Ejemplo	Observaciones
7) Mayúsculas.	<p>Todo el texto irá en minúsculas inclusive después de punto. Los nombres propios y lugares geográficos, así como los nombres de empresas y marcas comerciales se transcribirán atendiendo al listado de claves que se entregue a los transcripores, si es así el caso. Según la regla siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El nombre real que se escucha en la cinta se sustituirá por el correspondiente en el listado de claves, anteponiendo un asterisco y utilizando la mayúscula, exclusivamente en la primera letra. - En caso de que algún nombre no aparezca en el listado de claves se transcribirá en mayúsculas, sin asterisco. - Si no se da listado de claves, se pondrán todos los nombres de personas, lugares, empresas y marcas comerciales en mayúsculas sin asterisco. 	<p>Ej: Cinta: Rocio Clave: María Transcripción: *María.</p> <p>Ej: Cinta: Marisa. Clave: el nombre no aparece. Transcripción: M.A.R.I.S.A.</p>	<p>Esto permite el uso de los programas más simples para el recuento de palabras.</p>
8) Simultaneidad	<p>Cuando hay dos hablantes esto puede ser fácilmente manejado agregando un signo de suma + cuando comienza un discurso simultáneo (superposición de discursos), continuando la superposición del primer hablante hasta que dicha superposición finaliza. Eso se continúa por el otro discurso superpuesto correspondiente al segundo hablante que se finalizará por otro signo +. El resto del discurso no simultáneo se transcribe en su orden natural.</p>	<p>En el siguiente ejemplo las palabras "se negó nuevamente" y "sí, usted" fueron verbalizadas a la vez.</p> <p>P: le iba a dar la carta a *Pepe pero él + se negó nuevamente T: sí, usted + me contó eso anteriormente.</p> <p>Segundo ejemplo: las palabras "no lo hacías", y "sí es que no" fueron verbalizadas a la vez y "yo nunca" y "m-hm" también fueron verbalizadas simultáneamente.</p>	<p>La transcripción de discursos sobrepuestos es más fácil si el diálogo puede ser grabado en estéreo con micrófonos diferentes para el paciente y para el terapeuta.</p> <p>Estos signos + van siempre precedidos y seguidos de un único espacio.</p> <p>En los casos en los que se sucedan dos o más simultaneidades, se transcribirán según la regla citada pero cada simultaneidad en un párrafo diferente.</p>
9) Neologismos	<p>Los neologismos deben ser deletreados de la mejor manera posible. Las palabras creadas entlazando otras palabras deben transcribirse unidas con guiones.</p>	<p>T: hacías lo contrario + no lo hacías P: sí es que no + era ni siquiera eso sí es que no sé es que + yo nunca T: m-hm! +</p> <p>P: soy un muerto-vivo.</p>	

Niveles y contenidos de la transcripción

Regla	Ejemplo	Observaciones
<p>Si se va a realizar análisis del texto a través de computadora, las palabras no deben ser divididas al llegar al margen derecho de la hoja utilizando guiones (esto crearía problemas para la utilización de ciertas herramientas de análisis de texto a través de computadoras); la palabra debe ser escrita completamente en la línea siguiente.</p>	<p>P: y le dije a VE P: ayer vi un película de terror T: mm-hm P: era una típica película de te uve.</p>	
<p>No se utilizan abreviaturas, a no ser que el hablante verbalmente deletree una. No se utiliza un punto a continuación de la abreviatura, se debe usar en su lugar un espacio. Si el paciente la usa pero no la deletrea, se transcriba la expresión fonética.</p>	<p>T: dónde dijo que estaba? P: en la calle *Sierpes, ese i e erre pe i e ese.</p>	
<p>Se escriben de la forma más completa posible. Solo los años, se transcriben como números. El resto de referencias numéricas se escriben siempre con letras.</p>	<p>P: en 1981 vi los primeros dos-tercios de la película de cuatro bodas y un funeral, era en función de madrugada, a las doce-treinta de la noche y recuerdo que la entrada me costó trescientas pesetas.</p>	
<p>Los errores lingüísticos, así como cualquier otro error se transcriben tal cual, completamente.</p>	<p>P: yo dije 'nunca me ha pasado, sentirme tan desgraciá'.</p>	
<p>La escritura debe seguir las normas del <i>Diccionario de la Real Academia Española</i>. Cuando se aplican diferentes reglas, es necesario incluirlas a todas en secuencia, todos los signos deben incluirse, si hay entre ellos un punto o un signo de interrogación, deben ir al final.</p>	<p>P: el gritó 'no disparas hasta que veas sus pupilas'.</p>	<p>En ningún caso se usarán puntos suspensivos dentro de la transcripción. Poner especial énfasis en seguir las reglas gramaticales ortográficas. (ERROR: osea, vamos haber; estube CORRECTO: o sea, vamos a ver, estuve)</p>

Niveles y contenidos de la transcripción

16) Ambigüedad

Regla

Algunos enunciados pueden resultar ambiguos al escuchar las grabaciones. Es una ventaja la combinación del uso de la computadora con recursos humanos en tanto permite convertir esas declaraciones ambiguas en no ambiguas. Una palabra alternativa que se incluye con la intención de clarificar debe ser colocada detrás de una barra (/). Asimismo, un número colocado inmediatamente después de la barra puede usarse como señal indicadora del significado de una palabra en un diccionario de análisis de contenido. En el caso de pronombres ambiguos, es posible nombrar el antecedente detrás de la barra o incluir varias palabras conectadas por guiones.

Ejemplo

P: nosotros /decimos decidimos que/ *Luisa- Lucas no debe ir.

Observaciones

Esta regla es básicamente utilizada durante las fases de anotación científica y verificación de las transcripciones.

17) Demarcación de segmentos

Pueden llevarse a cabo varias segmentaciones de la transcripción utilizando señalizaciones que indiquen el comienzo de un segmento (s: CÓDIGO) y el final de un segmento (e: CÓDIGO).

Se permite sobreponer distintos tipos de segmentos. Este enfoque puede utilizarse para distintos tipos de segmentaciones. Puede usarse para señalar episodios relacionales (RE), y sueños como en el siguiente ejemplo:

P: (s: RE) cuando le conté a *Jaime que la otra noche soñé (s:SUEÑO) que era una mariposa (e: SUEÑO) él se río (e:RE).

Por ejemplo, un tipo de código puede ser "SUEÑO". Cualquiera que sea la palabra que sustituya la palabra "CÓDIGO" debe ser anotada exactamente igual tanto al comienzo como al final del segmento comentado.

¿QUÉ TRANSCRIBIR?

1) Declaraciones verbales

Todas las palabras verbalizadas como palabras completas o partes de palabras son reproducidas de acuerdo a sus reglas ortográficas. Los dialectos y palabras pronunciadas en otra lengua se transcriben, siempre que sea posible, de acuerdo a sus correspondientes normas ortográficas.

Por ejemplo, si el discurso de una persona, hispanohablante, proveniente del medio rural, suena de la siguiente manera:

P: y después me fui pa laj casa de los pariente. No debe ser transcrita usando normas ortográficas del idioma.

Esta forma de hablar, característica de personas procedentes del medio rural, sería una constante dentro del discurso; si se destacara en algún momento una verbalización claramente diferente, como ser alguna forma idiomática propia del lugar, ésta debe ser consignada particularmente. Para transcribir instancias en las que el hablante deliberadamente usa formas dialécticas señalando énfasis o humor, ver más adelante.

Niveles y contenidos de la transcripción	Regla	Ejemplo	Observaciones
2) Declaraciones para-verbales	<p>Todos los sonidos o secuencia de sonidos utilizados como muletillas (forma de rellenar el discurso), expresiones o sentimientos de duda, confirmación, inseguridad, meditación, deben ser transcritos en español.</p> <p><i>Afirmación:</i> aha, m-hm. <i>Negación:</i> t-t <i>Evasión:</i> ehse, mm. <i>Duda:</i> eee, hm, aa. <i>Interrogación:</i> eh, mmm. <i>Humor:</i> ja, jajá. <i>Exclamación:</i> oh, ah, o-o, m-m.</p>	<p>Algunas de estas expresiones cambian en diferentes países o regiones hispano-parlantes (por ejemplo: la [afirmación], pá [exclamación]); Deberán transcribirse en todo caso con su fonética particular.</p>	
3) Declaraciones no verbales	<p>Cualquier ruido o sonido que provenga del hablante es registrado en el texto, en el momento que ocurre, en la forma de simples comentarios entre paréntesis.</p>	<p>P: (estornudo) (tos) bueno (suspiro), creo que pillé un resfriado (risa).</p>	
4) Ruidos que ocurren en el contexto situacional	<p>Cualquier sonido producido por el ambiente que se transcribe la sesión es indicado a través de simples comentarios.</p>	<p>P: después, cuando yo (suena el teléfono); necesita atender esa llamada?</p>	
5) Pausas	<p>Se puede utilizar un simple guión, con un espacio a ambos lados para indicar una pausa de aproximadamente un segundo. Si se utiliza más de uno, deben separarse por un espacio. Las pausas de más de cinco segundos no se indicarán con guiones, pero deben ser señaladas, dando cuenta del tiempo transcurrido entre paréntesis, según se indica en el ejemplo</p>	<p>P: No puedo pensar en - - - nada, (03:35) en una pausa de cinco segundos y otra de 3 minutos y 35 segundos.</p>	<p>No se usarán los guiones de subrayado (los largos). ERROR: _ _ _ _; se usarán los específicos (cortos). CORRECTO: - - - .</p>
6) Tiempo transcurrido	<p>Es útil en la transcripción anotar el tiempo que ha transcurrido.</p>	<p>P: vimos la película (+03:00) después de la cena.</p>	<p>El + indica el comentario sobre el tiempo transcurrido desde el comienzo de la sesión. El 03:00 indica que es el comienzo del tercer minuto a continuación del comienzo de la sesión. Si el minuto cambia en la mitad de una palabra, el tiempo debe ser anotado antes de la palabra. El intervalo entre los códigos de tiempo (si es que va ser utilizado) depende de la naturaleza del estudio. Por ejemplo, estos códigos pueden ser utilizados para relacionar el texto con otra serie de datos temporales (por ejemplo, registros fisiológicos). Esto debe ser colocado al principio o al final de los sucesos específicos o a intervalos regulares, como son, a cada minuto, o cada cinco minutos (hay varias ayudas técnicas para dar entrada a estos códigos temporales).</p>

Protocolo de Transcripción de Sesiones de Psicoterapia / Mergenthaler, Gril, Ávila y Vidal

Niveles y contenidos de la transcripción	Regla	Ejemplo	Observaciones
ASUNTOS QUE REQUIEREN UNA TRANSCRIPCIÓN ESPECIAL.			
1) Palabras incompletas	Aquellas partículas de la palabra, generadas por interrupciones en la verbalización de la misma, incluyendo tartamudeos (repetición de sílabas, palabras incompletas) se indican colocando un guión (-) y un espacio tras ese fragmento de palabra. Una palabra partida es definida como una palabra incompleta que no es repetida de nuevo por el hablante.	P: seguram- yo no pueda ir solo. P: e- e- ella t- t- te pidió que no la llamara más	El tartamudeo se define como: (1) una o más partículas de la palabra, que comparten la letra inicial de la siguiente palabra completa, o (2) una secuencia de más de una partícula de palabra; cada una de estas partículas compartiría la letra inicial, pero no estaría seguida de la palabra completa.
2) Declaraciones indescifrables	Se introduce una barra sencilla (/) en la transcripción delante de cada palabra que no puede ser claramente comprendida pero que puede distinguirse como una palabra separada. Hasta cinco palabras se señalarán con una barra por palabra separadas entre sí de un espacio. En caso de superar las cinco palabras se señalará con (?).	P: yo estaba solo (?) allí, toda la noche (?) / hasta que él///.	Si no es posible determinar el número de palabras en una declaración o ninguna de las posibles palabras, eso debe ser indicado simplemente con el siguiente comentario: P: (incomprensible)
3) Citas.	Si el hablante cita directamente algún trozo de discurso, el texto de cada hablante se coloca entre comillas, utilizando una sola comilla a cada lado. (').	P: yo le pregunté '¿tú lo harás?', y él empezó a gritar 'deja de hablarme de esa manera' y dio un portazo.	No usar los dos puntos del estilo directo.
4) Cambios en la forma de hablar.	Si el hablante cambia su manera usual de hablar y utiliza una voz diferente de la habitual, por ejemplo en un tono irónico o agresivo, esas palabras deben ser entrecomilladas (situadas entre dobles comillas " "). También pueden entrecomillarse de esta manera expresiones en argot o jerga así como transcripciones literales.	P: ella me dice que no diga aquí "vete al diablo" y "toma ya!". Qué se cree que es esto, terapia gramatical?	
5) Comentarios del terapeuta.	Sean al principio o al final de la sesión se transcriben entre paréntesis.		

Niveles y contenidos de la transcripción	Regla	Ejemplo	Observaciones
6) Puntuación	<p>Los indicadores de puntuación son utilizados para ayudar al lector a reconstruir el flujo original del discurso. No se utilizan de acuerdo a las reglas gramaticales tradicionales, porque el discurso habitual está rara vez tan bien ordenado. Quien realiza la transcripción debe usar los indicadores de puntuación para indicar cambios en la forma de hablar, énfasis, entonación y cadencias. Debemos diferenciar las siguientes situaciones:</p>		<p>Si hay dudas, los indicadores de puntuación no deben utilizarse. Deben colocarse al final de la palabra y no dividir la palabra.</p>
6.1) Finalización de un pensamiento.	<p>El punto (.) indica el fin de un pensamiento completo y está usualmente acompañado de una caída en la entonación.</p>		<p>Cuando se de un cambio de la intervención del terapeuta a la intervención del paciente, o de otras personas dentro de la sesión, sólo se utilizará puntuación al final de cada intervención de acuerdo con las reglas comentadas. De tal forma que si se expresa un pensamiento interrumpido esa frase terminará con un punto y coma, si es un pensamiento completo se terminará la frase con punto, etc.</p>
6.2) Pensamiento interrumpido.	<p>El punto y coma (;) indica un pensamiento interrumpido, seguido de otro pensamiento.</p>	<p>P: yo odio la manera en que usted; le comé la boda?</p>	
6.3) Vacilación.	<p>La coma (,) indica una duda, seguida por la continuación del mismo pensamiento y está frecuentemente acompañada por una ligera caída en la entonación.</p>	<p>P: usted, nunca parece, mirarme cuando estoy hablando.</p>	
6.4) Pregunta.	<p>El signo de interrogación (?) indica una pregunta, usualmente se acompaña de una subida en la entonación, o de una clara subida del tono. Debe utilizarse al final de las posibles preguntas si es que hay un aumento de la entonación aún si la frase no tiene gramaticalmente forma de pregunta.</p>	<p>T: a usted no le agrada cuando él hace eso? P: me debería gustar! cuándo él hace eso?</p>	<p>El signo de interrogación se utiliza solamente al final, teniendo en cuenta particularmente, que la entonación de pregunta no se anuncia desde el comienzo de la verbalización.</p>
6.5) Énfasis	<p>El signo de exclamación (!) va a continuación de palabras claramente enfatizadas por el hablante.</p>	<p>P: esto a él no le importa! pero para mí! es distinto.</p>	<p>Es importante tener en cuenta que el signo de exclamación, en las transcripciones, es utilizado solamente con la función de enfatizar y no indica la finalización de una frase gramatical. De igual forma que el signo de interrogación se utilizará sólo al final</p>
6.6) Pronunciación prolongada	<p>Los dos puntos no son utilizados en su forma gramatical tradicional pero se utilizan para indicar cuando se extiende la pronunciación de una palabra, sílaba o letra.</p>	<p>P: bueno: a mí realmente s-: siempre me gustó eso. (ERROR: buenooo a mí realmente ssssiempre me gustó eso).</p>	

Niveles y contenidos de la transcripción NORMAS ADICIONALES	Regla	Ejemplo	Observaciones
1) - Línea en blanco al inicio del texto.	El texto debe comenzar con una línea en blanco (sólo una línea).	Línea en blanco al inicio del texto P: (risas) puedo fumar, no?, como te veo a ti (el T. tiene un cigarrillo encendido; gesto de asentimiento de T.). es que no sé muy bien por dónde empezar en cuestión de tiempo atrás, yo creo que, toda la inseguridad que yo tengo con respecto a mi pareja, no con respecto al resto de la gente, es porque desde pequeña digamos, siempre he salido con chicos, no salir de una forma seria, en un pueblo donde digamos, no sé si es una impresión mía pero siempre parecía que yo destacaba más que las demás. T: decías que había pasado antes con *cristina. Espacio en blanco tras T: y decías	
2) Espacio en blanco tras los identificativos de paciente y terapeuta.	Los identificativos de paciente y terapeuta han de ser correctos (P; y T:) y que exista un espacio en blanco tras los dos puntos.	T: decías que había pasado antes con *cristina. Línea en blanco entre párrafo y párrafo. P: sí, hace muchos años - - - o sea, *cristina - yo la conozco de toda la vida porque sus padres y los míos son familia, y nos hemos criado en un pueblo pequeño, bueno, en *valencia; pero todos los veranos íbamos allí.	
3) Espacio en blanco entre párrafo y párrafo.	Entre párrafo y párrafo ha de haber sólo una línea en blanco.	T: Son unos sentimientos muy fuertes los que te despierta. (fin de la sesión).	Línea en blanco con el cursor parpadeante bajo la misma al final de cada documento de texto. T: qué pueblo?. Espacio en blanco tras la última palabra del párrafo.
4) Línea en blanco al final de cada documento.	Al final de cada documento de texto debe haber sólo una línea en blanco con el cursor parpadeante bajo la misma.	Al final de cada párrafo se tiene que dar a la barra espaciadora una vez con lo cual quedaría un espacio en blanco después de la última letra o punto del párrafo)	
5) Todo final de párrafo ha de terminar con un espacio en blanco tras la última palabra	Al final de cada párrafo se tiene que dar a la barra espaciadora una vez con lo cual quedaría un espacio en blanco después de la última letra o punto del párrafo)		

- ¹ Este estudio tiene lugar con ayuda del Research Advisory Board de la International Psychoanalytical Association (1999). Han colaborado además los becarios de investigación de la Universidad de Salamanca Silvia Rodríguez Oliva y Luis Angel Saúl Gutiérrez.
 - ² Director de la *Sección de Informática en la Psicoterapia*, Universidad de Ulm - Clínica Universitaria, Alemania.
 - ³ Investigadora y Profesora Adjunta del Departamento de Psicología Médica en la Universidad de la República-Uruguay.
 - ⁴ Catedrático y Director de la *Unidad de Investigación en Psicología Clínica y Psicoterapia* de la Universidad de Salamanca, España. Dirección postal: Avenida de la Merced, 109-131 37005-Salamanca (España) Fax +34-923294607; E-Mail: avil@gugu.usal.es
 - ⁵ Becaria de investigación de la *Unidad de Investigación en Psicología Clínica y Psicoterapia* de la Universidad de Salamanca, España
-

Es cada vez más clara la importancia de realizar transcripciones de sesiones y de otros materiales clínicos de acuerdo a estándares para poder utilizar estos materiales en estudios en colaboración y trans-nacionales en el ámbito de la investigación de procesos en psicoterapia. Desarrollando aportaciones precedentes (Mergenthaler y Stinson, 1992; Mergenthaler y Gril, 1996) se presentan aquí nuevas orientaciones más completas y detalladas para realizar la transcripción del discurso en el idioma español. Estas orientaciones pueden ser utilizadas no sólo con estos fines, sino también para investigaciones en otras áreas (educación, lingüística, antropología, entre otras). El protocolo de transcripción que se propone es utilizable para varias tareas: a) transcripción de materiales y su valoración por jueces; b) Análisis de textos por computadora, facilitando la obtención de indicadores cuantitativos en el análisis de contenido y la adecuada preparación de los textos para el posterior análisis del contenido cualitativo. Se efectúa una breve presentación de las principales herramientas de análisis computacional de textos.

Palabras clave: Investigación en Psicoterapia, Reglas de Transcripción, Análisis de Textos

Referencias bibliográficas:

- BAKER, J. C. (1988). Pace: A test of authorship based on the rate at which new words enter an author's text. *Literary and Linguistic Computing*, 3, 36-39.
- BERELSON, B. (1952). *Content analysis in communication research*. Glencoe: Free Press.
- CARTWRIGHT, A. (1996). An Introduction to Code-A-Text. A software system to code and analyse psychotherapy texts and recordings. Canterbury: Centre for Study of Psychotherapy-University of Kent
- CHOTLOS, J. W. (1944). *Studies in language behavior*. Psychology Monography (pp. 56)
- DAHL, H. (1979). *Word frequencies of spoken American English*. Essex, CT: Verbatim.
- EDELSKY, E. (1981). Who's got the floor? *Language in Society*, 10, 383-421).
- EDWARDS, J. A. & LAMPERT, M. D. (Eds.). (1991). *Transcription and coding methods for language research*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- HERDAN, G (1960). *Type-token mathematics*. The Hague, Mouton & Co.
- HOLSTI, O. R. (1969). *Content analysis for the social sciences and humanities*. Reading MA Addison-Wesley
- HOWE, K. R. (1988). Against the quantitative-qualitative incompatibility thesis or dogmas die-hard. *Educational Researcher*, 17, 10-16.
- KÄCHELE, H. (1983). Verbal activity level of therapists in initial interviews and long-term psychoanalysis. In W. Minsel & W. Herff (Eds.). *Methodology in psychotherapy research* (pp. 125-129) Frankfurt, Germany: Lang.
- KRACAUER, S. (1952). The challenge of qualitative content analysis. *Public Opinion Quarterly*, 16, 631-642.
- KRACAUER, S. (1972). Für eine qualitative Inhaltsanalyse. *Ästhetik und Kommunikation*, 3
- LORENZ, M. & COBB, S. (1954). Language patterns in psychotic and psychoneurotic subjects. A. M. A. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 72, 665-673).
- LUBORSKY, L. & SPENCE, D. P. (1978). Quantitative research on psychoanalytic therapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy research and behavior change: An empirical analysis* (pp. 331-427). New York: Wiley.
- MAHL, G. F. (1956). Disturbances and silence in the patient's speech in psychotherapy. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 53, 1-15.
- MARTINDALE, C. (1975). *Romantic progression: The psychology of literary history*. Washington, Hemisphere.
- MERGENTHALER, E. (1985). *Textbank systems: Computer science applied in the field of psychoanalysis*. New York: Springer-Verlag.
- MERGENTHALER, E. (1990, June). *Parts of speech: A measure of therapeutic alliance?* Trabajo presentado en la Sociedad de Investigación en Psicoterapia, Wintergreen, VA.
- MERGENTHALER, E. (1991) *Zur Reliabilität von Transkriptionsregeln*. Manuscrito sin publicar.
- MERGENTHALER, E. & STINSON C. H. (1992) *Psychotherapy Transcription Standards*. *Psychotherapy Research*, 2 (2), 125-142.
- MERGENTHALER, E. (1993). *TAS/C User Manual*. Ulm: Ulmer Textbank.
- MERGENTHALER, E. & GRIL, S. (1996). *Descripción de las reglas para la transcripción de sesiones de psicoterapia* (5)2, 163-176.
- OXMAN, T. E., ROSENBERG, S. D., SCHNURR, P. P., & TUCKER, G. J. (1985). *Linguistic dimensions of affect and thought in somatization disorder*. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1150-1155.
- OXMAN, T. E., ROSENBERG, S. D., SCHNURR, P. P., TUCKER, G. J., & GALA, G. (1988). The language of altered states. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 401-408.
- ROSENBERG, S. D., SCHNURR, P. P., & OXMAN, T. E. (1990). Content analysis: *A comparison of manual and computerized systems*. *Journal of Personality Assessment*, 54, 298-310.
- SHANNON, C. E. (1948). *A mathematical theory of communication*. Bell Syst Techn J 27: 379-423.
- SPENCE, D. P. (1968). *The processing of meaning in psychotherapy: Some links with psycholinguistics and information theory*. *Behavioral Science* 13:349-361
- SPENCE, D. P., OWENS K. C. (1990). *Lexical Co-Occurrence and Association Strength*. *Journal of Psycholinguistic Research* 19(5):317-330
- SOTELO, J. A. & ÁVILA, A. (2000). *Utilización de Software para el Análisis del lenguaje y la Cognición – USAI* ver 1. 1. Madrid. CD-ROM demo y completo©.
- STILES, W. B. & SULTAN, F. E. (1979) Verbal Response modes and psychotherapeutic technique. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 611-613.
- STINSON, C. H. (1991). *Transcript verification analysis*. Manuscrito sin publicar.
- THOMPSON, J. (1990). CONC. Dallas: International Academic Bookstore- Summer Institute of Linguistics

ANÁLISIS POLIÉDRICO DE UNA ENTREVISTA: EL CASO LAURA

Manuel Villegas
Universitat de Barcelona
mvillegas@psi.ub.es

Giuseppe Nicoló
III Centro Psicoterapia Cognitiva, Roma

In this article the authors analyze a therapeutic session through different methods as Textual Analysis of Therapeutic Discourse (Villegas), Verbal Response Modes (Stiles), The Grid of Problematic States and The Evaluation Scale of Metacognition (Semerari et al.)

Key words: text, discourse, psychotherapy, problematic states, metacognition, qualitative research

0. INTRODUCCIÓN

La forma más habitual en la que el terapeuta participa en la promoción del discurso en terapia es a través de la entrevista terapéutica. Unas veces de modo espontáneo, otras de modo inducido por las preguntas del terapeuta, el discurso terapéutico se desarrolla a través de interacciones más o menos largas, más o menos articuladas, con el resultado de una coherencia global no siempre evidente. Los modos con los que puede analizarse una entrevista son extremadamente diversos: podríamos pensar en las aplicaciones del análisis de la conversación (*conversation analysis* CA, Have 1999), en el análisis de las interacciones (Stiles, 1993a, b), en la entrevista evolutiva (Villegas, 1993) o en el análisis crítico del discurso (Van Dijk, 1998), etc. El contenido de las sesiones de psicoterapia ha sido utilizado, también, por distintos autores con finalidades diagnósticas, detectando narraciones prototípicas (Gonçalves, 1995), mediante la descomposición del texto en un sistema de constructos personales (Feixas, 1998), o de la identificación de los estados mentales temidos y deseados (Horowitz, 1997), el establecimiento de los estados problemáticos (Semerari, 1999), por la detección del tema conflictivo en la relación

(Luborsky, 1994), la descripción de las oscilaciones de los ciclos de emoción abstracción (Merghentaler, 1992).

Este estudio nace de una larga colaboración entre el III Centro de Psicoterapia Cognitiva de Roma la Escuela de Especialización de la Asociación Psicoterapia Cognitiva de Roma y el Master en Terapia Cognitivo Social de la Universidad de Barcelona. La propuesta que presentamos en este artículo es la de integrar modelos de análisis de distinto alcance. La hipótesis de fondo es la siguiente: ¿pueden métodos diversos, desarrollados en ámbitos culturales diferentes, ponerse de acuerdo en ámbito clínico? ¿Los resultados propuestos por los diversos métodos de análisis de las sesiones pueden llevarnos a las mismas conclusiones o son totalmente divergentes o parcialmente complementarias?

Con esta finalidad hemos intentado someter al análisis una misma sesión terapéutica mediante dos métodos distintos, el análisis del discurso terapéutico (Villegas, 1992, 2000, 2003.....) y el análisis a través de la Rejilla de los Estados Problemáticos (Psychotherapy Research 2003 en pres) y la Escala de Evaluación de la Metacognición. (Journal of medical psychology 2003 en pres).

1. EL ANÁLISIS TEXTUAL

El análisis del discurso terapéutico parte de algunos presupuestos el primero de los cuales concibe el texto como una actualización de una matriz discursiva, que es fruto de la experiencia existencial del sujeto. El segundo afirma que no existe una vía de acceso directo a esta matriz discursiva, sino indirecta, a través de alguna de sus posibles manifestaciones, de forma particularmente privilegiada a través del lenguaje. El tercero entiende todas las manifestaciones lingüísticas como estructuras textuales que pueden ser analizadas de forma sistemática, convirtiéndose en la vía regia de acceso a la matriz discursiva. La comunicación interactiva con un paciente no puede ser distorsionada por la interpretación subjetiva del terapeuta o su teoría. El paciente tiene una intencionalidad comunicativa propia y como tal debe ser decodificada. Para ello se requiere la utilización de un método apropiado a la naturaleza del objeto de comprensión, que en este caso es el análisis textual de procedencia y base lingüística. El método propuesto, el *análisis textual* (Van Dijk, 1977, Villegas, 1992, 2000, 2003), se plantea específicamente esta finalidad y se distingue de todos los demás por las características siguientes: 1) considera el texto como una unidad de significado. 2) Implica el análisis tanto de las estructuras textuales superficiales, como de las profundas, a la luz de los conceptos provenientes de la lingüística textual, como cohesión, conexión, coherencia y planificación macroestructural. 3) Se debe entender siempre en relación al contexto de producción, es decir en relación a las condiciones pragmáticas en las que se produce el texto, independientemente de sus modalidades oral o escrita. El análisis del discurso terapéutico es una operación específicamente hermenéutica. El análisis textual como método tiene la finalidad, a través de instrumentos lingüísticos no contami-

nados por teorías psicológicas a priori, de elicitar la matriz discursiva, de la que el texto no es más que una actualización.

1.1. LA ENTREVISTA

1.1.1. Contexto de producción:

Laura, paciente de cuarenta y cuatro años, diagnosticada de trastorno de personalidad límite, nació en un país del Este de Europa. Llegó a Italia gracias al matrimonio con un empresario italiano que de alguna manera le proporcionaba con ello un mayor bienestar. El padre de la paciente, psicótico, se cuidaba de los niños, puesto que la madre se tenía que ausentar del domicilio familiar durante todo el día a causa del trabajo. La paciente fue víctima durante su infancia de maltratos continuos; el padre solía castigar y pegar a los hijos aun por motivos insignificantes: la *sopa* a la que se hace referencia durante la entrevista era la que preparaba el padre aprovechando las migajas y las sobras de las comidas anteriores. Incluso, si vomitaba, le obligaba a comérsela.

Visitada por primera vez por la psicoterapeuta en setiembre del 1991, le fue asignada por el responsable después de meses en que la paciente acudía casi a diario a los servicios de urgencias o a los Centros de Salud Mental de la zona con ataques de ansiedad o de rabia, después de haber concluido una terapia anterior. Durante el primer periodo de la terapia se pasaba todo el día en la sala de espera o, en caso contrario, telefoneaba hasta 3 o 4 veces al día. Con frecuencia llegaban mensajes de los médicos de Urgencias pidiendo hacer algo por ella. Al principio para contener su ansiedad se la atendía hasta tres veces por semana; al cabo de un año, en la medida en que la ansiedad se iba calmando, se pasó a dos veces por semana; en el periodo (mayo 1994) en que se llevó a cabo la sesión que aquí analizamos se había llegado a la frecuencia de una sesión por semana.

En la actualidad, la paciente suele llamar por teléfono a la terapeuta una vez al mes para hacer un seguimiento y en alguna circunstancia especial se citan para alguna entrevista esporádica. Está mucho más tranquila, aunque continúa sintiéndose sola. La relación con el marido es buena. La terapia ha sido fundamentalmente de apoyo, basada en la escucha y el análisis de los pequeños acontecimientos diarios.

1.1.2. El texto

A través de la transcripción del texto de la sesión que aquí consideramos se pueden detectar dos niveles discursivos, uno genérico o *semántico*, que implica sentimientos y pensamientos (cuerpo y mente) que ocupa la parte central de la entrevista (37-304); el otro, específico, con el que empieza y termina la presente sesión, de carácter *pragmático*, dirigido a la descalificación de la terapeuta, tal vez como un modo de reclamar un compromiso más activo por su parte (1-36; 238-240; 305-310). La complejidad y longitud de la entrevista nos lleva a considerarlas por

separado y a reproducir sólo la parte inicial y final de la misma, donde la dimensión pragmática se hace más explícita, remitiéndonos para el resto al resumen que el análisis de la macroestructura semántica permite.

La entrevista empieza con un ataque directo a la terapeuta, lo que en su caso no es excepcional, aunque en el contexto del periodo en que se desarrolla la sesión la paciente ya no está tan agresiva y se muestra más participativa. Las intervenciones de la paciente están numeradas con números impares, mientras las de la terapeuta corresponden a los números pares.

El método seguido para el análisis de esta sesión es el que ya hemos descrito en otras ocasiones (Villegas, 1992, 1993, 2000, 2002) bajo la denominación de análisis textual. Consideramos la entrevista en su conjunto como un texto y buscamos aplicarle los mismos criterios de análisis textuales utilizados hasta el presente. Concentramos nuestra atención en particular sobre las intervenciones del paciente, de modo que nos permita extraer e identificar las estructuras discursivas subyacentes. Naturalmente una entrevista de casi una hora, que debe transcribirse en su totalidad, se convierte en un texto generalmente muy largo, más o menos interrumpido por las intervenciones del terapeuta. En nuestro método de trabajo intentamos reagrupar los distintos fragmentos en subtextos temáticamente coherentes. De esta forma se hace mucho más fácil proceder a un análisis de la coherencia discursiva y a su representación macroestructural.

El texto completo consta de 310 intervenciones o pares adyacentes y ha sido publicado en su totalidad en su versión italiana original en Villegas (2000). Aquí reproducimos por motivos de espacio sólo las interacciones correspondientes a la macroestructura pragmática (1-36; 233-243; 304-308) para su posterior análisis, seguidas de un amplio resumen del resto a propósito del análisis de la macroestructura semántica:

ENTREVISTA

1. LAURA.- He pensado que no la soporto en absoluto, en absoluto. Que otra vez la considero ineficaz, que no entiende nada, que no sabe hacer nada, más bien pensaba que ya tocaría cambiarla (ríe).
2. TERAPEUTA.- Vaya, que se ha enfadado!
3. LAURA.- Sí! Pero no sé por qué; porque pienso que usted debería tener un programa. Que me debería ayudar de alguna manera; en cambio parece que no me ayuda en nada.
4. TERAPEUTA.- Uhhmm!
5. LAURA.- Se limita sólo a escucharme, bueno!
6. TERAPEUTA.- También miramos de señalar algunos puntos...
7. LAURA.- Me dice que venga y basta.
8. TERAPEUTA.- conjuntamente al final de la sesión. Un poco más de lo que

- usted dice, ¿no? En general intentamos focalizar, y es algo que a usted le es muy útil, los puntos de nuestro encuentro que nos parecen más importantes ¿no?
9. LAURA.- No; yo tengo la impresión que usted no es una buena psicóloga (sonríe), tengo esta impresión. Porque, de alguna manera debería perder menos tiempo, no años y más años, para ser más constructiva, de alguna manera más constructiva, como por ejemplo esta tía en este libro (le muestra un libro de autoayuda), ella al menos lo sabe más o menos.
10. TERAPEUTA.- Uhm...!
11. LAURA.- Lo sabe, cuál es el punto débil de estos pacientes y los hace despabilar a sus pacientes, tanto que la dejan al cabo de seis meses, un año, la dejan y después consiguen despabilarse, ¿entendido?
12. TERAPEUTA.- Uhm...! Sí, a veces no siempre funciona igual con todo el mundo.
13. LAURA.- En cambio yo pienso que llevo ya tres o cuatro años con usted. Parece toda una vida y no he hecho ni un paso adelante en todo este tiempo, ni me siento mejor, o algo por el estilo. Estoy siempre en el mismo punto.... Y tengo la impresión que vengo aquí a contarle lo que hice ayer o antes de ayer y que todo se termina aquí. Es decir que usted no se halla en condiciones de poder ayudarme, ayudarme, no sé...
14. TERAPEUTA.- Sí, pero hemos visto... desde luego un problema puede ser la competencia profesional que no todo el mundo posee la misma. Desde luego no pienso ser la mejor psicóloga del mundo. El otro aspecto, sin embargo, es la rabia que le viene de tanto en tanto, ¿no?
15. LAURA.- Sí, pero me viene siempre por el mismo motivo, que no la considero capaz.
16. TERAPEUTA.- Uhm...! Sí.
17. LAURA.- No la considero capaz.
18. TERAPEUTA.- Según usted hay algo por lo que se está enfadada, ¿salió enfadada de la otra sesión, o hay alguna otra cosa?
19. LAURA.- No, no, no ... Es que veo que no remonto... Yo con usted no levanto cabeza, señora. No levanto cabeza en nada. Necesito a alguien más fuerte, más despierto, no sé como explicárselo, alguien más decidido... No levanto cabeza.
20. TERAPEUTA.- Uhm...! Pero también es cierto que cuando ha tenido a psicólogos más decididos tampoco...
21. LAURA.- He tenido a una, señora. No es que haya tenido más.
22. TERAPEUTA.- Y además el psicólogo privado.
23. LAURA.- Sí, pero eso ha sido sólo cuestión de meses.
24. TERAPEUTA.- Pero quiero decir, que en cualquier caso no era posible hacer con usted un tratamiento de pocos meses.

25. LAURA.- Sí, aquel privado de acuerdo, pero hacía un poco como usted: que no se rompía la cabeza, ¿entiende?, escuchaba y basta. Se lo tomaba a la ligera, escuchaba y basta... La otra terapeuta tenía una cosa precisa, ella sabía decirme esto así, lo otro de esta manera y sobre esto trabajaba, tanto que en algunas cosas he conseguido pequeños éxitos, aunque no lo entendió todo y tuvo que dejarme.
26. TERAPEUTA.- Uhm...!
27. LAURA.- Pero estaba preparada en algunas cosas. ¿entendido?
28. TERAPEUTA.- Sí, dice que la ha ayudado en algunas cosas.
29. LAURA.- Como ésta del libro, está preparada, va a lo concreto. No se pasa años y años detrás de los pacientes.
30. TERAPEUTA.- Sí, sí... Tengo que decir que yo también hago terapias breves, en general.
31. TERAPEUTA.- En cambio nosotros no solucionamos nada, doctora.
32. TERAPEUTA.- No lo creo.
33. LAURA.- Porque no es que yo salga de aquí y diga: está bien. Que salga algo mejor o más tranquila o que haya entendido algo, o no... Es decir yo le doy apuntes sobre cosas que leo por aquí o por allí... Pienso en estas cosas, se las digo y todo termina aquí. Esto es lo que yo pienso.
34. TERAPEUTA.- Yo, en cambio, pienso que algunas cuestiones son muy lentas de elaborar...
35. LAURA.- Sí, pero usted me hablaba, por ejemplo a propósito de mi suegra, de la necesidad de perdonar a veces, pero yo, en cambio, no lo veo así, eso es todo... Durante estos días

(Aquí inicia otro tema concreto que llega hasta la intervención 304, con un referencia intermedia a una situación de transferencia, introducida por la terapeuta en la intervención número 238 a propósito del dilema que plantea la paciente en relación al efecto de separación de los demás en la media en que intenta decidir, pensar o actuar por sí misma 233)

233. LAURA.- Pero yo pienso que si digo que no me interesa ya me estoy alejando de la gente
234. TERAPEUTA.- Exactamente..
235. LAURA.- Porque yo pensaba llamar a Silvia y decirle que por ahora no me interesa, que quiero descansar un poco, que no es el momento
236. TERAPEUTA.- Ajá.
237. LAURA.- Pero es como si me separase de ella, ¿entiende?
238. TERAPEUTA.- Sí, sí, es lo mismo que hace conmigo. Como si dijera: “y a mí qué me importa la doctora, yo voy a mi bola”, exceptuando que luego se siente peor.
239. LAURA.- Exacto: pensaba: “da igual si me quedo sola, total me hago la terapia yo solita”.

240. TERAPEUTA.- Exacto. Sola, con los libros. Exacto. (Pausa)
241. LAURA.- Estoy bien jodida, Doctora.
242. TERAPEUTA.- En cambio se trata de plantearse las cosas de otra manera. ¿Qué quiero hacer o qué me gustaría hacer, independientemente de lo que quieren los demás?
243. LAURA.- He pensado en las cosas que me gustan mirando escaparates, y he visto una cafetera estupenda. Siempre las había comprado de pacotilla, de las que se estropean enseguida. Finalmente estoy contenta de haber encontrado esta cafetera porque es la que me gustaba, me gustaba tanto y era de calidad, entonces llego a casa y digo ...»*Ésta la he escogido yo y me la he comprado*».

(Continúan los comentarios entre terapeuta y paciente sobre los problemas para llevar a cabo sus deseos sin entrar en contradicción con su necesidad de apego con todo el mundo. Hacia el final de la sesión (304) vuelve la paciente a hacer referencia a su problema con la terapeuta de un modo más comprensivo que inicialmente).

304. TERAPEUTA.- Sí, pero no le conviene pensar que siempre es culpa de los demás, porque si no después se aleja de ellos. Le sirve más pensar lo que usted desea.
305. LAURA.- Más o menos este es el problema. Yo ya sé que usted más o menos me entiende, pero no veo que me ayude ¿de acuerdo? Me gustaría que fuese más decidida, que... ¿qué sé yo?... que me ayudara un poco a ver y entender las cosas.
306. TERAPEUTA.- Yo creo sin embargo, en el hecho de que poco a poco cada vez comprende más algunas cosas y que las entendemos conjuntamente.
307. LAURA.- Porque yo lo sé que usted me entiende, se ha identificado muy bien conmigo en cómo me siento, que tengo dificultades. Lo sé que es así.
308. TERAPEUTA.- Bien, tenemos que terminar...

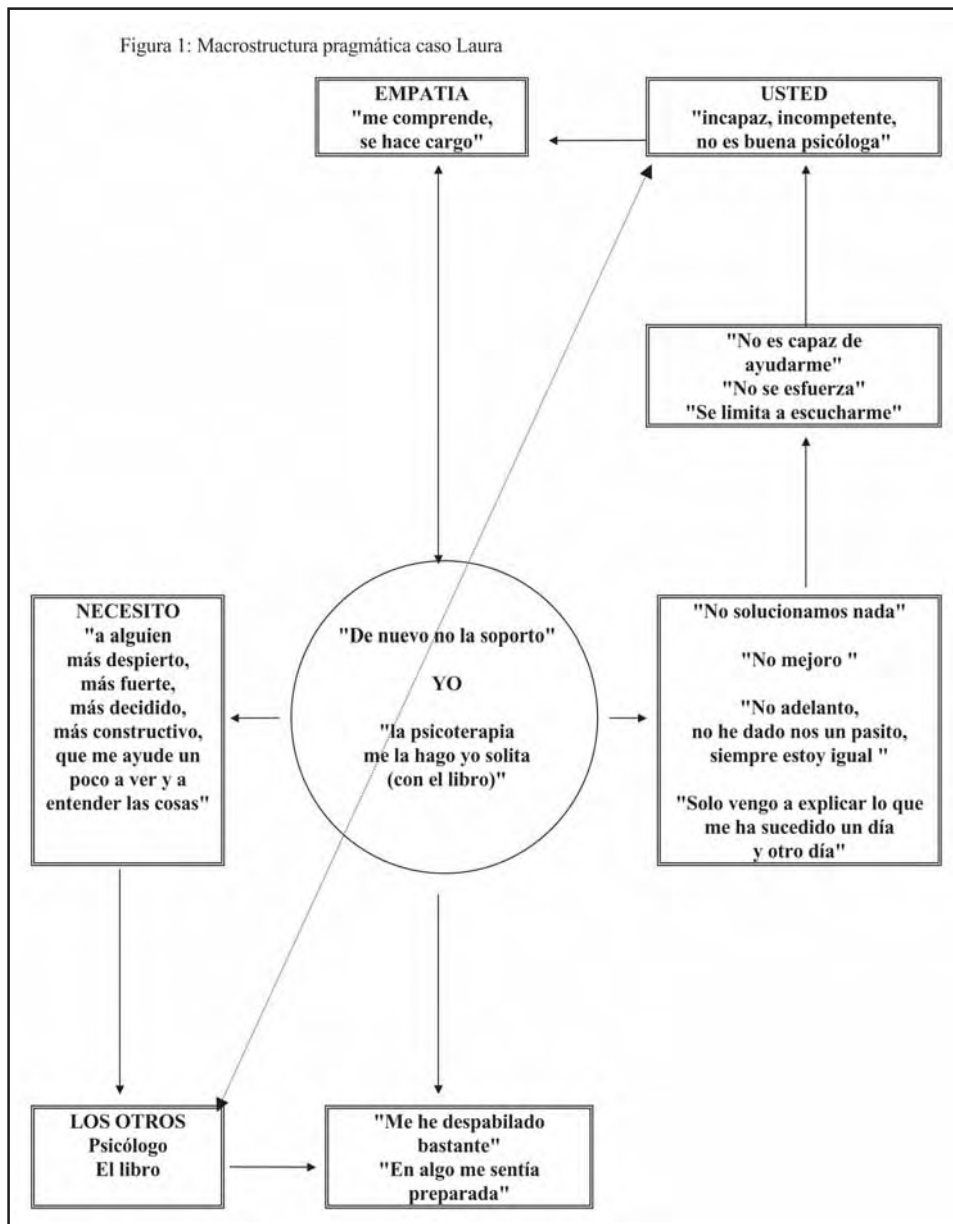
1.2. MACROESTRUCTURA PRAGMÁTICA

La representación gráfica de la macroestructura correspondiente a las fases de apertura y cierre de esta sesión hace referencia al contexto interpersonal en el que se desarrolla la sesión e intenta poner de manifiesto la organización de este discurso inicial con algún añadido de las últimas intervenciones en que se vuelve a tomar en otro tono el mismo conflicto con el que se abrió la sesión (Figura1)

La vivencia que da origen a esta macroestructura parece residir en una intensa sensación de estancamiento en la vida y en la terapia que más adelante se explicita como un bloqueo mental y corporal, expresada en expresiones como:

«Es que veo que no remonto... Yo con usted no levanto cabeza, señora. No levanto cabeza en nada... No levanto cabeza (19). No solucionamos nada... No mejoro... No adelanto, no he dado ni un paso, siempre estoy igual... Solo

Figura 1: Macroestructura pragmática caso Laura



vengo a explicar lo que me ha sucedido un día y otro día (13)».

Este estancamiento lo atribuye la paciente a la incapacidad de la terapeuta: "No es capaz de ayudarme, no se esfuerza, se limita a escucharme (15-17)".

La estructura de esta macroestructura se organiza en base a una oposición

entre la terapeuta y los otros (psicólogos y libros) que sí saben lo que hay que hacer: ...:

”La otra terapeuta tenía una cosa precisa, ella sabía decirme esto así, lo otro de esta manera y sobre esto trabajaba, tanto que en algunas cosas he conseguido pequeños éxitos, aunque no lo entendió todo y tuvo que dejarme.... Pero estaba preparada en algunas cosas. ¿entendido? (25-27) Como ésta del libro, está preparada, va a lo concreto. No se pasa años y años detrás de los pacientes (36).

En consecuencia la terapeuta, a ojos de la paciente, *es incompetente incapaz, no es buena psicóloga y habría llegado la hora de cambiarla... Necesito a alguien más fuerte, más despierto, no sé como explicárselo, alguien más decidido... (19).*

Finalmente y de modo provocativo el núcleo opositivo se desplaza a través de esta comparación con el resto de terapeutas a la oposición terapeuta ↔ paciente, en la que ésta se declara preparada para hacerse ella sola (239) la terapia (con la ayuda del libro) puesto que no la soporta (1) más, aunque reconoce al final de la sesión que la terapeuta es capaz de hacerse cargo de ella y comprenderla (305-307). La formulación pragmática de esta secuencia tiene por objeto por parte de la paciente reclamar la atención de la terapeuta sobre el hecho de que no basta para ella la comprensión empática, sino que requiere una mayor implicación y directividad en su proceso.

1.3. MACROESTRUCTURA SEMÁNTICA

La macroestructura *semántica* del discurso de nuestra paciente se organiza alrededor de un doble bloqueo que ella describe como mental y corporal (Figura 2):

«Si me pellizco no lo noto; estoy entumecida, no noto nada; ni siquiera puedo identificar mis pensamientos, están tan soterrados que no me entero (39); mis pensamientos van demasiado lejos (71); ya no sé nada, porque todo se mezcla, todo carece de forma, no hay nada que se pueda distinguir, que alcance a ver...(187); esforzar esta cabeza a pensar lo que tengo que hacer (201),

«Yo pensaba que me dan ganas de llorar, pero me dan ganas de llorar desesperadamente... de desahogarme; y no lo consigo; por la mañana me siento una mierda y estoy bloqueada, porque non me siento en absoluto, no siento ni siquiera los pulmones, no puedo llorar con el cuerpo, no puedo sentir el malestar, las ganas de llorar con el cuerpo; y me sulfuro todavía más porque me gustaría poder llorar y no lo consigo. Lloro, sí; pero estoy bloqueada aquí, con el cuerpo totalmente paralizado» (67); «todos los síntomas neurovegetativos..., no consigo sentir emociones, nos siquiera llorar de forma satisfactoria; no puedo, porque no colabora esta parte, en absoluto, en absoluto. ¿Cómo se hace para llorar sólo con la cabeza?» (71).

La naturaleza de este bloqueo parece basarse en la oposición «apego ↔

más bien como un esquema cognitivo o pragmático. «Pero esto me da la impresión como si por enésima vez tuviera que contentarle: *hacer lo que quieren los otros y no lo que yo quiero*» (171).

El conflicto entre la voluntad propia y la de los demás establece una oposición en el eje diagonal «YO» y «LOS DEMÁS» produciendo un efecto desmotivador sobre la acción: «No tengo ganas... La voluntad se me derrumba» (37). Los argumentos sobre los que sostiene este bloqueo mental y emocional, presentan una estructura circular del tipo «si» → «entonces». En efecto, sólo si puedo hacer lo que me gusta, **entonces** me implicó (293):

«Ésta (en referencia a una cafetera que se ha comprado) *la he escogido yo y me la he comprado*» (243). «*Estaba tan contenta con esta cafetera, porque era la que me gustaba... y el hecho de tener este deseo me ayudaba en todas las cosas tristes... piensa en aquello que te gusta, en la cafetera*» (245).

«*Si me doy cuenta de que estoy planchando -qué sé yo- aunque sean dos andrajos, pero los he escogido yo y me gustan, me vuelvo a sentir bien. Son andrajos míos, por tanto me gustan: si me empiezan a gustar ya me siento implicada y entonces desaparecen todas las preocupaciones*» (293).

«*Si, en cambio, tengo que hacer lo que quieren los demás, entonces me siento obligada, y sólo por esto ya los odio. Ya no soy yo quien escoge... Es decir si me obligan a hacer algo, ya lo odio, porque tengo que hacer algo que no me gusta*» (39). «*Si es algo que no quiero, lo odiaré por ello, no haré nunca bien aquel trabajo, porque no es cosa mía*» (131)

«*Puede que finalmente consiga el graduado escolar, pero la odiaré porque me han obligado*» (169).

«*Pero, si no hago lo que quieren los demás, entonces los decepciono* (155), *no estoy a la altura* (159, 273, 279).

No contentar a los demás me hace sentir culpable (65, 103, 105, 113, 267), *me aleja de ellos* (237) *y yo no los quiero perder, quiero tenerlos todos bien cerca* (231)

«*Me gustaría empezar a hacer las cosas que me gustan; pero sin perder las mismas personas que tengo, no perder ni una, no perder ni siquiera a Silvia, porque dentro de todo me conviene mantener su relación*» (285).

Se abren, de todos modos, algunas rendijas en este bloqueo que permiten entrever una salida. La más utilizada por la paciente consiste en «responsabilizar», es decir en atribuir a los demás alguna parte de culpa:

«*Acordarme de otorgar alguna responsabilidad a los demás*» (189):

«*Al final acabo sigo siendo yo quien la llama por teléfono. Como si yo estuviese obligada, no me llama ella, sino yo; tengo que llamar ¿no? Entonces intentaba pensar que después de todo Silvia no es tampoco tan generosa, porque me gustaba mucho un vestido y no me lo ha dado*» (193,

195). «Y entonces pensando de este modo que no debería tener miedo de ella, volvía a sentirme más tranquila; porque ya no me sentía obligada con ella... y no cesaba de repetirme dos o tres veces 'pues mira, después de todo ella no es tan buena como parece...'» (195, 197). «Y entonces me sentía en paz, como si ya no tuviese que esforzarme tanto y pensar en cómo tengo que comportarme» (201); «Es como si de repente se me fuese aquella preocupación, me sentía un poco más libre..., me sentía más libre de decir que no» (203).

«Respecto a ella (en referencia a la persona que le propone asumir una franquicia) tampoco hay para tanto, dado que me preocupa tanto, que tengo miedo de sus llamadas, porque enseguida tiendo a sentirme culpable porque no la llamo, cuando son ellos que hace tres meses que no me llaman» (207, 211). «Veo que las personas también se comportan mal y es necesario darles un poco de responsabilidad también.» (209). «Entonces me parece que les doy un poco de responsabilidad y yo me siento mejor, que ya no les debo nada» (221, 223). Me hace sentir sólo que soy más libre finalmente de hacer lo que quiero, porque ya no siento aquel peso» (225).

Esta vía de salida, viene frecuentemente reforzada por la terapeuta, pero tiene un gran inconveniente, el de alejar a los demás:

«Claro esto significa alejarse..., esto inmediatamente aleja. Siento de este modo, que soy un poquito libre de hacer las cosas, pero entonces se me alejan ya que han dejado de ser importantes y tampoco me gusta eso.» (237, 239).

Lo que nos lleva al conflicto entre apego y libertad, que constituye el núcleo del problema.

Otra vía de salida que propone la paciente, que sin embargo no es recogida por la terapeuta, al menos en esta sesión, es la de convencer al marido a aceptar hacer las cosas con tiempo, poco a poco. Aquí el conflicto nace de la impaciencia del marido, el cual se vuelve loco (53) y la hace enloquecer:

«Por Dios, este marido, por favor!» (265). «Bueno, hay que tener paciencia, es lo que le digo espera un mes, dos meses, a lo mejor dentro de cuatro sale algo» (49). «No quiero hacer de empresaria, no consigo ni siquiera encontrar un trabajo humilde, y tengo que ponerme de empresaria mañana» (65).

El problema es que él lo quiere ya:

«Pero el hecho que él quiera abrir enseguida este negocio me hace sentir mal, me hace sentir una mierda, lo quiere enseguida, mañana mismo» (147).

Quizá conseguiría hacerlo con tiempo y preparación.

“Y él sabe que no es fácil, lo sabe, como cualquier otra cosa; si piensa, poco a poco, se requiere tiempo, prepararse, tomar las medidas adecuadas»

(141).»*Me gustaría, no me gustaría... Puede que si no tuviese tanta prisa de abrir el negocio, puede darse que pensara, al fin y al cabo, quien sabe si no me llegaría a gustar abrirlo? « (145). «Porque está claro que sin esta prisa podría llegar a prepararme, tengo que sentir ganas de hacer una cosa, haría los pasos necesarios» (153).*

Prepararse sin prisas: ésta es la fórmula propuesta por la paciente.

«*Seguramente poco a poco habría empezado a estudiar...(167); sin prisa seguramente podría llegar a prepararme para esto» (153)».*

Siente que no «está a la altura», para esta tarea que le «parece *demasiado difícil, como un examen*» (157-159), para el que necesita prepararse con tiempo. Las sensaciones de impotencia, de no entender las frases técnicas del libro, la hace desatarse en llanto (137) por primera y única vez en la sesión. Esta impotencia constituye probablemente la sensación subyacente a la culpa y a la rabia que atraviesan todo el texto. Tal vez hubiera sido útil identificar bien estos sentimientos y su relación con el bloqueo mental y emocional en el contexto de la sesión.

Precisamente esta rabia tan potente en los minutos iniciales de la sesión parecen hallarse en la base del discurso de la paciente relativo al rechazo de la terapia y de la terapeuta que se pone de manifiesto las primeras interacciones dialógicas hasta la número 37, donde introduce su problemática personal, proyectándola hacia el marido y las otras personas distintas de la terapeuta.

1.4. INTERVENCIONES DE LA TERAPEUTA

Consideremos ahora de modo más específico las intervenciones de la terapeuta en respuesta a las preguntas y solicitudes continuas de la paciente Laura para extraer alguna enseñanza al respecto de su incidencia sobre la marcha general de la entrevista. La entrevista empieza de manera brusca con un intento de descalificación de la terapeuta («*incompetente, no sabe hacer nada...*») a la que la terapeuta reacciona de distintas maneras: con interpretaciones («*se ha enfadado*»), empatía (*Uhm*) acuerdos (*Si*) y desacuerdos (*pero, en cambio...*) (1-37)

En la pausa interna de la intervención 37 la paciente cambia de discurso empezando a hablar de los problemas del marido con el trabajo y las diversas consecuencias que estos problemas tienen sobre ellos (marido abajo → yo abajo), los intentos de solución (franquicia ↔ clínica ancianos) y el malestar que esta situación provoca en ella (37-66), porque las propuestas del marido no van de acuerdo con su voluntad.

Ya al final de la intervención 65, después de la pausa, la paciente reacciona emocionalmente con rabia «*me importa un pito*» y sentido de culpa. Estas emociones se expresan igualmente a nivel no verbal (quejosa) y se convierten en el eje central de las expresiones verbales sucesivas. En efecto, ya desde el inicio de la intervención 67 habla del «bloqueo mental y emocional». La intervención sucesiva

de la terapeuta (68), en cambio, parece no haber captado todavía este cambio de nivel expresivo y continua preguntando por informaciones complementarias: «*Cuando le ha hablado sobre esta franquicia su marido?*», y así en las siguientes intervenciones en que la paciente expresa la rabia, mientras la terapeuta continúa en el nivel concreto (67-81).

Desde la intervención 82 la terapeuta cambia de tema interpretando la dificultad de aceptar la rebelión tanto en sí misma como en la hija de su amiga Silvia. Esto permite hablar de sentimientos, más que expresarlos (82-91).

Dado que esta conversación sobre los sentimientos hace referencia a la hija de Silvia, la terapeuta aprovecha el tema filial para hablar de las relaciones de la paciente en el *pasado* con su padre (92-97) suscitando la oposición o al menos el desacuerdo de la paciente al respecto.

La paciente aprovecha la situación para decir que no era como la hija de Silvia y volver al discurso sobre el presente ya en la segunda frase de la intervención 97: «*Y así me he sentido hoy...*». Esta situación actual viene determinada por el requerimiento del marido, la imposibilidad de rechazar sus exigencias y el sentimiento de culpabilidad y rabia derivado de no poder contentarlo (97-117).

De nuevo la terapeuta retoma el tema de la culpa para referirse a las relaciones con el padre durante la infancia (118-127), pero sin éxito. La paciente dice que no sabe, que sólo recuerda un ejemplo.

La evidencia de este fracaso obliga finalmente a la terapeuta a centrar su atención en el presente: «*Es decir, quiero decir: si ahora...*» (128). El tema del presente es, desde luego, el del marido y la imposibilidad de contentarlo en el negocio de la franquicia: no consigue llamar por teléfono, no consigue entender el libro, no quiere hacer de empresaria. Con esto sabe, sin embargo, que decepciona a su marido y la hace sentir de nuevo culpable. Tal vez podría llegar poco a poco, pero él lo quiere ya (128-155). Esta imposibilidad la hace también llorar por primera y única vez en la sesión (137).

Retomando una vez más el tema de la culpabilidad la terapeuta se remite de nuevo a la comparación con cuanto sucedía con su padre cuando la obligaba a comer la sopa hasta el punto que le daban ganas de vomitar (156-172). En este contexto emerge el sentimiento de odio que la paciente experimenta en general respecto a quienes intentan obligarla.

Queda claro, sin embargo, que la paciente no tiene ganas de hablar de su padre (180), y por ello interrumpe la intervención de la terapeuta desviando el tema sobre el miedo que ha sentido durante todo el día pensando en la llamada que tenía que hacer a la milanesa de la franquicia y la necesidad de justificarse por no haberla llamado. Lo mismo que sucede con Silvia. El argumento de la autojustificación y el modo de hacerle frente mediante la descalificación de las personas a las que cree tiene que complacer se alarga durante más de cincuenta intervenciones sucesivas (173-227) en las que se puede entender cómo al responsabilizar y desvalorar a los

demás consigue levantar una barrera capaz de liberarla de la tensión y la culpa. En este fragmento tan largo, se producen notables desacuerdos y «desencuentros» entre terapeuta y paciente. En efecto, esta última no consigue seguir a la terapeuta (172-174); la terapeuta intenta inútilmente desarrollar su propio discurso, o bien hace varios intentos de retomar el tema del padre y de la sopa (180) o intenta explicarse de distintas maneras (212) que terminan fracasando.

Esta estrategia de responsabilizar a los demás presenta, sin embargo, un gran inconveniente, el de alejarlos de sí (227-240), lo mismo que está intentando con la psicóloga a la que continuamente está invalidando con sus comentarios críticos y de la que parece buscar alejarse: «me hago la psicoterapia yo sola» (239).

Después de una pausa y de la expresión de malestar: «Soy una desgraciada» las intervenciones sucesivas (241-267) se dirigen a intentar hacer compatibles los propios deseos con las relaciones afectivas y de amistad. En estas interacciones con la terapeuta la paciente se muestra particularmente activa en sugerir actitudes y en hacer demandas de orientación.

Las actitudes positivas de prescindir de la voluntad ajena y de considerar la propia como fuente de seguridad encuentran sin embargo un nuevo obstáculo por parte de la paciente, el de «no estar a la altura», tema sobre el que versan las intervenciones (268-281).

Los enésimos intentos de la terapeuta por conectar la experiencia actual de la paciente con las vivencias infantiles respecto al padre y a la narrativa prototípica de la sopa, le sirven para introducir una distinción entre disgustar «no estar a la altura, que sin embargo la paciente dice que no entiende. (282-300). El tema deriva en este punto en cómo hacerlo para conseguir escoger y decidir lo que le gusta.

La consideración de esta dificultad lleva la paciente a iniciar un pequeño discurso de naturaleza más abstracta sobre el YO, compartido por la terapeuta (301-305), que facilita el acuerdo y el reconocimiento de la actitud empática de la terapeuta por parte de la paciente (305-307).

La sesión termina con la despedida de la terapeuta y la recomendación de conectarse con los propios deseos (308-310).

La gráfica que sigue a continuación (Figura 3) es un intento de valorar en base a la metodología de análisis de los modos de respuesta propuesta por Stiles (1993a, b) las modalidades interactivas que prevalecen en las intervenciones de ambos: terapeuta y paciente.

ACUERDOS: «Sí, Desde luego, Uhm, Eh!, Claro, Exacto...

DESACUERDOS: «No, Pero, En cambio...

COMENTARIOS: Anotaciones, Glosas, Apostillas,

PREGUNTAS: Demanda de información o clarificación

EXPLICACIONES: Aclaraciones, Argumentos, Razonamientos...

INTERPRETACIONES: Reformulaciones, Asociaciones semánticas, Suposiciones, Deducciones

Figura 3: Categorías de respuestas o interacciones

INTERACCIONES 310 = 100%	TERAPEUTA 155 = 50%	PACIENTE, 155 = 50%
ACUERDOS	37 = 24%	8 = 5%
DESACUERDOS	25 = 16%	19 = 12 %
COMENTARIOS	21 = 13%	16 = 10%
PREGUNTAS	18 = 12%	4 = 3%
EXPLICACIONES	13 = 8%	20 = 13%
INTERPRETACIONES	30 = 19%	8 =5%
AUTORREVELACIONES		39 = 19 %
VALORACIONES		26 = 17%
INFORMACIONES		17=11%
ORIENTACIONES	10 = 7%	7 = 5 %
SALUDOS	1 = 1%	

AUTORREVELACIONES: Manifestación de los pensamientos, intenciones, sentimientos o estados de ánimo

VALORACIONES: de connotación positiva o negativa

INFORMACIONES: Narración de los acontecimientos o de las actividades o características propia o ajenas.

ORIENTACIONES: Indicaciones o consejos prácticos «debo o debería, tengo que o tendría que, conviene que...»

SALUDOS: Apertura o cierre de cortesía.

2. EL MÉTODO DE LA REJILLA DE LOS ESTADOS PROBLEMATICOS

En esta trabajo el método del análisis del discurso terapéutico se complementa con una nueva metodología de investigación denominada Rejilla de los Estados Problemáticos elaborada por el grupo de investigación del III Centro de Psicoterapia Cognitiva de Roma (*Semerari A., Carcione, Dimaggio G.G., Falcone M., Nicolò G, Procacci M, 1997, Psychotherapy Research 2003 in press*), valorada a través de la escala de Evaluación de la Metacognición (*Carcione et al 1999; Journal of medical psychology, en press*) Esta metodología se ha diseñado para aplicarse a transcripciones de sesiones de psicoterapia prescindiendo de la orientación teórica de referencia, permite identificar el estado problemático manifestado por el paciente, seguir la evolución del tratamiento o correlacionarlo con otros estados problemáticos presentados por el paciente.

2.1. La rejilla de los estados problemáticos

Consiste en un listado por opuestos de Temas de Pensamiento, Emociones y Estados Somáticos adecuados para captar la experiencia del paciente descrita por las narraciones terapéuticas. Se distribuyen en oposición lógica del tipo Bueno/Malo.

La puntuación de intensidad del elemento escogido se efectúa a través de la escala Likert de siete puntos en las que las puntuaciones altas de un polo (7) suponen la puntuación baja del contrario (1): las puntuaciones de 1 a 3 indican la intensidad del polo negativo, los de 5 a 7 la intensidad del polo positivo (La puntuación media de 4 puntos equivale a 0).

2.2. Los constructos episodio narrativo y estado problemático: origen e hipótesis sobre el poder heurístico y sobre su utilidad clínica

Las referencias teóricas que se hallan en la base del enfoque de nuestra investigación se reducen esencialmente a tres, de las que vamos a dar una suscitación descripción inicial para analizarlos con más detalle posteriormente: a) la experiencia mental se organiza en estados discretos (Horowitz, 1987, 1991); b) la experiencia mental se organiza en esquemas: el sujeto anticipa la realidad atribuyéndose a sí mismo y a los demás una serie de intenciones y papeles, cada uno de los cuales puede prever: sentimientos, tendencia a la acción y pensamientos, inscritos generalmente en una red de acontecimientos causa-efecto; c) el modo en que el sujeto comunica a sí mismo y a los demás los esquemas es a través de la organización en forma de narraciones o matrices narrativas en que diacrónicamente se desarrolla la interacción consigo mismo y entre él y los demás, la relación entre los demás. A los conceptos de esquema y de narración, vistos entrambos como unidades mentales, diferentes escuelas de pensamiento les otorgan nombres diversos: “esquemas”, “*internal working model*”, “*object relations*”, CCRT, “*possible selves*”, “*prototype*” (Bartlet, 1932; Beck, Freeman, cit.; Bowlby, 1969; Fairbairn, 1952; Luborsky, Crits-Cristoph, 1990; Markus & Nurius 1986; Seganti, 1995).

Las narraciones constituyen un material privilegiado para el estudio de procesos; éstas, en efecto, permiten identificar los contenidos presentes en el interior de fragmentos definidos de texto, acontecimientos, inicio, desarrollo y fin en el interior de una unidad de discurso espontáneamente producida por el paciente y no reconstruida sobre la base del modelo teórico de referencia (por ejemplo el CCRT)

La sesión se subdivide en Episodios Narrativos (E.N.) correspondientes a segmentos de experiencia identificables en relación a la presencia de marcadores específicos de variación presentes en la narración.

En un nivel más profundo del análisis parecería que los Episodios Narrativos (E.N.) se caracterizan por contenidos particulares que, de acuerdo con lo que sostiene Horowitz, se componen de forma estable entre ellos constituyendo un patrón unitario de experiencia subjetiva: el estado mental. A través del análisis

empírico es posible identificar qué constructos se componen establemente en el tiempo, verificando la hipótesis de la existencia de los estados mentales. El método permitiría detectar la presencia de estados mentales discretos, las modalidades en las que el paciente experimenta subjetivamente los propios fenómenos mentales y los organiza en secuencias narrativas discretas, o el modo en que fracasa en el intento de organizar los elementos mentales (emociones, temas de pensamiento, sensaciones somáticas) en narraciones completamente integradas según los patrones narrativos. Estos patrones permitirían no solo identificar los estados mentales dominantes, sino también ver, el modo en que impregnan el discurso, en términos de frecuencia e intensidad, y el modo en que se alternan entre sí durante el dialogo terapéutico.

Lo constitutivo de la narración, espontánea o elicitada por el terapeuta durante la sesión, que el paciente hace de un acontecimiento o una serie de acontecimientos concatenados entre sí, es el establecimiento de un inicio y un desarrollo, una secuencia espacio-temporal y una coherencia de los nexos asociativos, en que al menos uno de los protagonistas se representa como guiado por intenciones y objetivos.

2.3. Método

La construcción de este método satisface las siguientes características:

- es analizable *cuantitativamente en cuanto* el análisis de los contenidos estudia las formas de experiencia subjetiva de los pacientes;
- es analizable *cuantitativamente*: una vez detectada la presencia de un contenido y atribuido un puntaje que expresa su relevancia y capacidad de impregnar la narración. Los valores numéricos se trasladan a la matriz de datos.

El paso al análisis cuantitativo permite confrontar los datos presentes con la teoría en literatura y la practica clínica, volviéndolos generalizables.

Resulta aplicable a las transcripciones de sesiones de psicoterapia grabadas en audio o vídeo.

2.3.1. Técnica de recogida de datos:

Las sesiones de psicoterapia individual (previo consentimiento informado) se graban en audio y se transcriben. Las transcripciones se analizan y se evalúan por parte de jueces independientes entre sí con las modalidades que se describen a continuación.

2.3.2. Fiabilidad entre jueces:

Se evalúa la fiabilidad entre tres jueces independientes calculando el coeficiente de correlación intra-clase. Se obtiene una puntuación de .64 como media individual de correlación intra-clase y de .84 como media conjunta de la de

correlacion intra-clase.

2.3.3. Episodios Narrativos, Estados problemáticos y Rejilla de los Estados Problemáticos.

La Rejilla de los Estados Problemáticos permite la identificación de los estados problemáticos. A través de la identificación de los Episodios Narrativos y de la identificación y la categorización de los elementos de contenido presentes en cada Episodio Narrativo el procedimiento, para cuya descripción detallada nos remitimos al manual (Semerari et al., 2003), se distribuye en tres fases. La primera consiste en identificar y numerar los episodios narrativos, la segunda consiste en otorgar una puntuación a las emociones, temas de pensamiento y estados somáticos presentes en los episodios narrativos a través de la escala de Likert de 7 puntos. Los datos obtenidos con este procedimiento constituyen una matriz de datos que se somete a un análisis de conjuntos (*cluster analysis*). Sin extendernos en los detalles sobre la descripción del método para lo que remitimos a la bibliografía, la terapia se divide en periodos de 3 sesiones, valorando para cada periodo el constructo más presente, el constructo con valores propios más importante y la agregación entre constructos en términos de *cluster* que constituye el estado problemático. Durante el transcurso de la terapia se puede evaluar la evolución de los estados problemáticos en términos de nuevas correlaciones entre constructos.

2.3.4. La escala de evaluación de la metacognición:

El interés por la metacognición nace en el ámbito de la investigación clínica sobre el proceso y los resultados en psicoterapia conducida por el Grupo de Investigación del III Centro de Psicoterapia Cognitiva de Roma. El incremento de las funciones metacognitivas representa un importante y determinante *factor terapéutico* de las psicoterapias, estrechamente conectado con la estabilidad de las mejoras alcanzadas. Algunos autores como Karasu (1995) afirman que una mayor conciencia de sí juntamente con el dominio cognitivo de las problemáticas propias psicológicas representa el objetivo principal al que tienden la mayor parte de las psicoterapias prescindiendo de la teoría de referencia. Carcione (1997) propone la siguiente definición de Metacognición:

“capacidad del individuo para llevar a cabo operaciones cognitivas heurísticas sobre las conductas psicológicas propias y ajenas, así como la capacidad para utilizar tales conocimientos con fines estratégicos para la solución de tareas y para controlar específicos estados mentales fuente de sufrimiento subjetivo, que implica:

- a) procesos de memorización y elaboración de las informaciones relativas a acontecimientos mentales;*
- b) procesos de planificación, decisión, uso de estrategias ejecutadas por un individuo en un ámbito de conciencia*

REJILLA											
EPISODIOS NARRATIVOS →	1	2	3	4	...	13	14	15	16		
Carencia de Cuidado o Ayuda											Presencia de Cuidado o Ayuda
Negación de Cuidado o Ayuda											Prestación de Cuidado o Ayuda
Desconfianza											Confianza
Fracaso											Éxito
Rechazo, Exclusión, Desapego											Aceptación, Pertenencia
Amenaza Peligro Agresión Exterior											Seguridad, Acogida
Degradación, Desestructura, Desorden											Armonía, Orden
Injusticia o daño injusto infligido											Consecución de Ventajas
Abandono, Soledad, Perdida											Presencia, Proximidad
Pérdida de Control											Fortaleza, Control
Pasotismo											Autorregulación positiva
Muerte											Vida
Desventaja, Injusticia sufrida											Ventajas no injustas percibidas
Juicio negativo recibido o previsto											Juicio Positivo Recibido previsto
Autoestima negativa (-)											Autoestima positiva
Constricción											Libertad
Anomia, Transgresión											Conformidad con la norma
Competición Confrontación Negativa (-)											Competición Confrontación Positiva (+)
Autoeficacia negativa (-)											Autoeficacia positiva (+)
Miedo, Ansiedad											Tranquilidad, Seguridad
Tristeza, Depresión											Alegría, Gozo, Entusiasmo
Aversión sexual											Atracción sexual
Desagrado, Antipatía, Repulsión											Simpatía, Atracción
Indiferencia, Frialdad											Pena, Ternura
Desprecio											Admiración, Emulación
Vergüenza, Embarazo											Confortabilidad
Culpa											Autoaceptación, Sensación de pleno derecho
Rabia											Serenidad
Vacio, Aburrimiento											Interés, Curiosidad Entusiasmo
Falta de sentido de cohesión											Cohesión
Abulia, Astenia, Debilidad											Sensación de fuerza
Activación vegetativa y agitación motórica											Sensación de dominio y control motórico

Hemos subdivido la escala en tres secciones que evalúan los componentes de la función metacognitiva (*Autorreflexividad, Comprensión de la mente ajena/ Descentramiento y Mastery*).

Otros manuales como el Manual de la Función Reflexiva de Fonaggy, Steele, Steele y Target (1995), por ejemplo, no establecen tales distinciones considerando globalmente la función reflexiva en su conjunto. Sin embargo, y en base a la experiencia clínica y de investigación, pueden existir diferencias significativas entre los diversos ámbitos. Por ejemplo, un paciente puede presentar una buena capacidad autorreflexiva con una escasa capacidad de comprensión de los estados mentales ajenos, otro puede presentar una escasa actitud autorreflexiva, frente a una discreta capacidad de lectura de la mente ajena, otros pueden manifestar capacidad reflexivas elevadas pero con escasa aptitud para el *mastery* y así sucesivamente.

En síntesis:

- 1) **AUTORREFLEXIVIDAD:** valora la capacidad del sujeto de representar los acontecimientos mentales y de completar operaciones cognitivas heurísticas sobre el propio funcionamiento mental.
- 2a) **COMPRESION de la MENTE AJENA:** valora la capacidad del sujeto para representar acontecimientos mentales y llevar a cabo operaciones cognitivas heurísticas sobre el funcionamiento mental ajeno.
- 2b) **DESCENTRAMIENTO:** valora la capacidad del sujeto de representar acontecimientos mentales y de llevar a cabo operaciones cognitivas heurísticas sobre el funcionamiento mental ajeno no refiriéndonos exclusivamente a los conocimientos sobre el propio funcionamiento mental y no
- 3) **MASTERY (control, regulación, dominio):** valora la capacidad del individuo de
 - a) representarse los ámbitos psicológicos en términos de resolución de problemas
 - b) elaborar estrategias adecuadas a la resolución de la tarea (en términos de relación congruencia medios-fines y costes-beneficios) a niveles crecientes de complejidad

También en este caso por razones de brevedad señalamos que en la escala se anotan todas las veces que en una sesión un paciente utiliza con éxito (éxitos) una determinada habilidad metacognitiva o utiliza fracasando (fracasos) una habilidad metacognitiva. De este modo se puede poner de manifiesto tanto en cada sesión como en el transcurso del tratamiento el funcionamiento de cada subfunción cognitiva, con particular evidencia las más comprometidas.

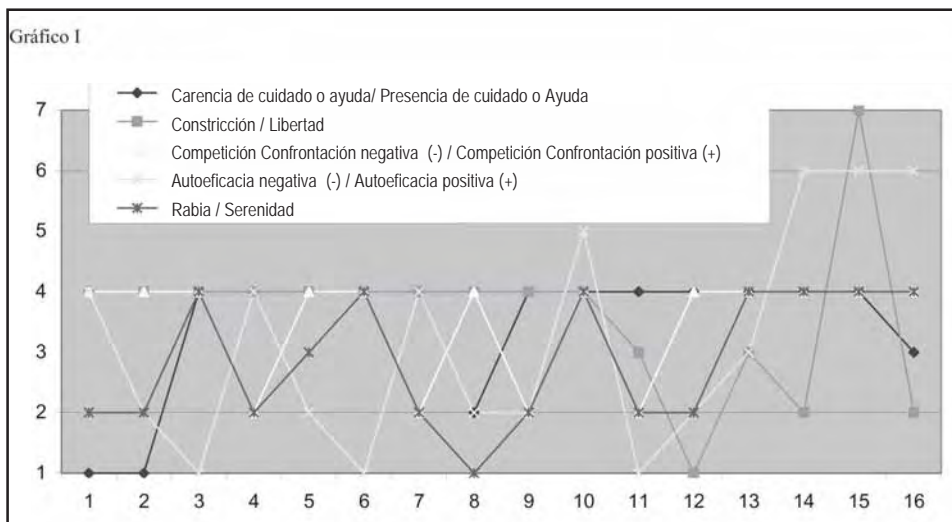
2.3.5. Validación de la escala

La concordancia se ha calculado sobre toda el área sometiendo dos sesiones muestra de dos diferentes pacientes a tres jueces independientes que posteriormente

han repetido el procedimiento seis meses después. La fiabilidad es la siguiente. Para el primer sujeto W de Kendall = 0.935; para el segundo sujeto $W = 0,931$. En la segunda anotación $W=0,929$ para el primer sujeto; $W=0,898$ para el segundo sujeto. En los cuatro casos examinados el valor alto de W indica que los jueces han aplicado el mismo criterio en la valoración alcanzando un elevado acuerdo y la correlación significativa es en todos los casos $p < .01$. Para calcular las correlaciones hemos utilizado el coeficiente de correlación r de Pravais-Pearson.

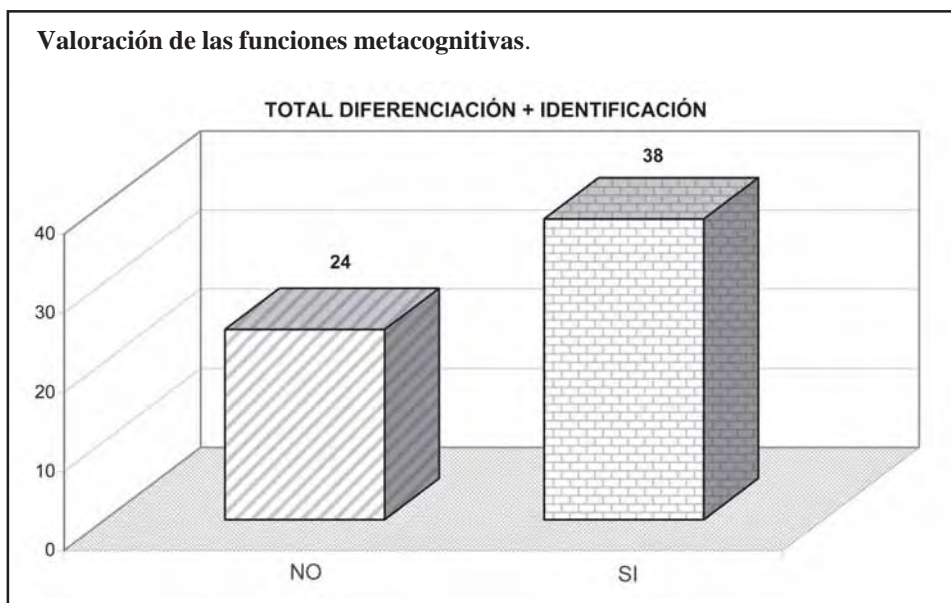
2.4. Aplicación de la rejilla a la entrevista de la paciente Laura

En el caso específico, obviamente no hemos efectuado el *cluster analysis* de una única sesión sino que hemos representado gráficamente (Gráfico I) el comportamiento de cada componente de la rejilla, seleccionando los constructos más significativos que para esta paciente eran: Carencia de Cuidado o Ayuda / Prestación de Cuidado o Ayuda; Autoeficacia negativa / Autoeficacia positiva, Constricción/Libertad; Rabia/Serenidad; Sobre el eje Y se anota la puntuación (intensidad de la variable), recordamos que por debajo de la puntuación 4 se describe el polo negativo del constructo y por encima el polo positivo; sobre el eje X se numeran los episodios narrativos, 16 en total.

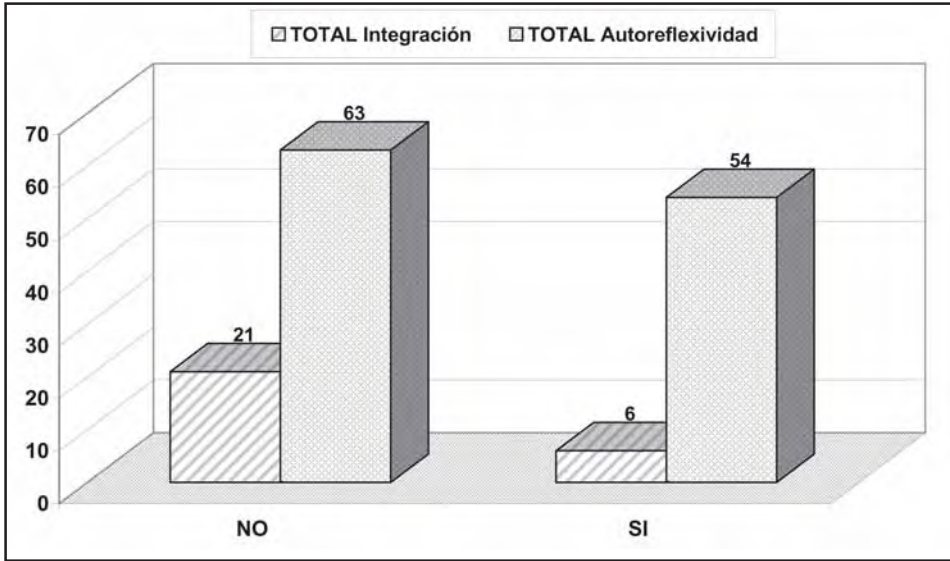


En este gráfico se puede observar por ejemplo la evolución del constructo rabia /serenidad, que de una fase inicial de la sesión donde se manifiesta como extremadamente intenso, se va neutralizando hacia el final, con un pico negativo en el

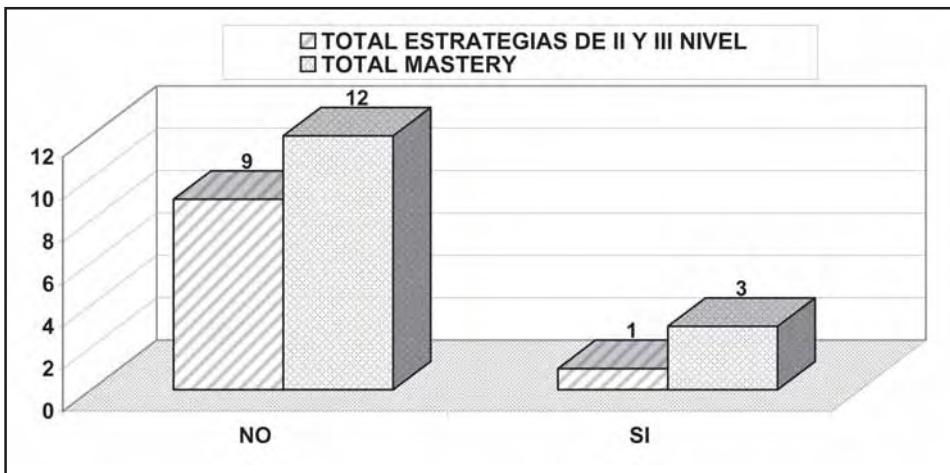
episodio narrativo 8; resulta igualmente impresionante la fuerte oscilación del constructo autoeficacia que presenta el máximo de la polaridad negativa en los episodios narrativos 3, 6, 11, pero que manifiesta valores altos hacia el final de la sesión. Otro dato digno de observación es el caos absoluto de los diversos constructos, que en esta figura parecen seguir un curso totalmente independiente los unos de los otros. La paciente que tiene un trastorno Límite de personalidad puede desde luego describirse en estos términos de caoticidad. Observando el texto se nota también cómo a cualquier esfuerzo de la terapeuta por intervenir sobre un constructo emergente, la paciente manifiesta inmediatamente otro constructo, distinto pero de alta intensidad, haciendo prácticamente inútil la intervención terapéutica.



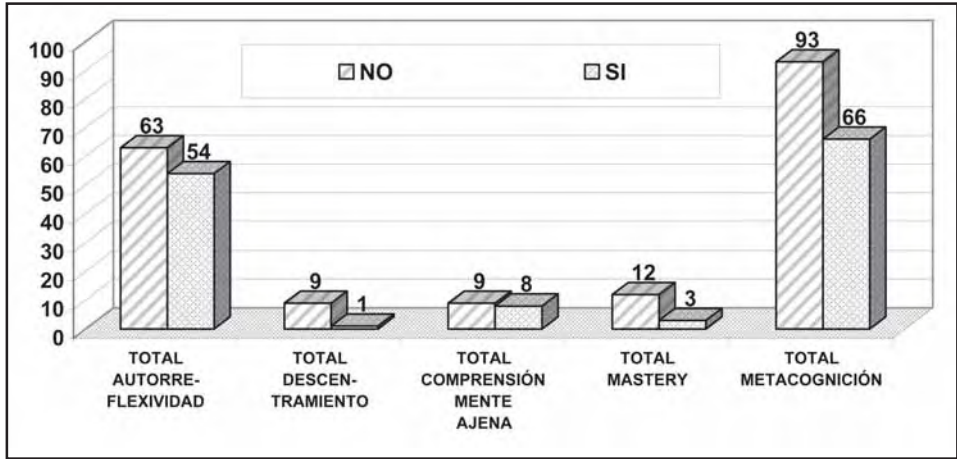
En el presente gráfico se puede notar cómo la paciente no experimenta graves dificultades en identificar las propias emociones. Como sabemos los pacientes límite no son alexitímicos, reconocen las propias emociones, pero no consiguen regularlas.



En este gráfico se pueden constatar las graves dificultades de la paciente en integrar la propia experiencia emocional en una narración coherente. El número de fracasos en la habilidad metacognitiva *integración* lo demuestra. Por tanto en esta situación podemos afirmar que la paciente reconoce pero no se halla en grado de integrar su experiencia emocional.



En este gráfico si puede observar cómo la paciente no es capaz de ejercitar ningún tipo de control sobre los propios estados mentales, las estrategias de *Mastery* se muestran ineficaces en los acontecimientos.



Este gráfico sintético resume claramente tanto la gravedad de la paciente (los No son superiores a los SI) desde el punto de vista metacognitivo; define además con toda claridad como área problemática la de la autorreflexividad en particular, como hemos observado antes, en la subfunción de la integración.

En este artículo los autores someten a análisis una misma sesión terapéutica mediante abordajes distintos, el análisis del discurso terapéutico, inspirado en la lingüística textual (Van Dijk), las modalidades de respuesta verbal, propuestas por Stiles, el análisis a través de la Rejilla de los Estados Problemáticos y la Escala de Evaluación de la Metacognición.

Palabras clave: texto, discurso, psicoterapia, estados problemáticos, metacognición investigación cualitativa.

Referencias bibliográficas

- BARTLETT, F. (1932). *Remembering*. Cambridge: Cambridge University Press.
- BECK, A.T., FREEMAN, A. (1990) *Terapia cognitiva dei disturbi della personalità*. Mediserve, Firenze
- BOWLBY, J. (1969/1982). *Attachment and Loss. Vol. I (2nd. Ed.)*. London: Hogarth Press.
- CARCIONE, A., FALCONE, M., MAGNOLFI, G. & MANARESI, F. (1997). La Funzione Metacognitiva in psicoterapia: Scala di valutazione della metacognizione (S.Va.M.), *Psicoterapia*, 9, 91-107
- FAIRBAIRN, W. R. D. (1954). *An object relation theory of personality*. New York: Basic Books.
- FEIXAS, G. (1988). *L'analisi de construccions personals en textos de significació psicològica*. Tesis Doctoral (edició en microfilm). Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona.

- FONAGY, P. (1996) Attaccamento sicuro e insicuro *Kos*, 129, pp.26-32.
- FONAGY P, STEELE M, STEELE H, LEIGHT T, KENNEDY R, MATOONG, TARGET M (1995). *Attachment, the reflective self, and borderline states*. In: Goldberg S, Muiz R, Kerr J. Attachment theory: social developmental and clinical perspectives. Analytic Press: Hillsdale, NJ.
- GONÇALVES, O. (1995). Psicoterapia cognitivo-narrativa: la construcción hermenéutica de los significados alternativos. *Revista de Psicoterapia*, 22/23, 101-122.
- HAVE, P. T. (1999). *Doing Conversation Analysis*. London: SAGE
- HOROWITZ, M.J. (1987). *States of mind. Configurational analysis of individual psychology*. New York: Plenum Press.
- KARASU, (1995). Conflict and deficit: toward an integrative vision of the self. Visions of the Self section. *American Journal of Psychoanalysis*, 55:279-288.
- LUBORSKY, L., BARBER, J.P. & CRITS-CRISTOPH, P. (1990). Theory based research for understanding the process of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58 (3), 281-287.
- LUBORSKY, L., POPP, C., LUBORSKY, E. & MARK, D. (1994). The Core Conflictual Relationship Theme. *Psychotherapy Research*, 4, (3/4) 172-183.
- MERGENTHALER, E. & STINSON C. H. (1992) *Psychotherapy Transcription Standards. Psychotherapy Research*, 2 (2), 125-142.
- SEMERARI, A. (1999) *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina
- SEMERARI, A, CARCIONE, A., DIMAGGIO, G., FALCONE, M., NICOLÒ, G., PROCACCI, M., RUGGERI, G., ALLEVA, G. (2003). Assessing problematic states inside patient's narratives. The Grid of Problematic States. *Psychotherapy Research*. (en prensa)
- SEMERARI, A., CARCIONE, A., DIMAGGIO, G., FALCONE, M., NICOLÒ, G., PROCACCI, M., RUGGERI, G., ALLEVA, G. (2003). Metacognitive deficits in personality disorders. *Journal of Medical Psychology* (en prensa).
- STILES, W. B. (1987). Verbal response modes as intersubjective categories. In R. L. STILES, W. B. (1992) *Describing talk. A taxonomy of verbal response modes*. London: Sage.
- STILES, W. B. (1993a). Los modos de respuesta verbal en la investigación del proceso de la psicoterapia.. In I. Caro, *Psicoterapia e investigación de procesos*. Valencia: Promolibro.
- STILES, W. B. (1993b). Clasificación de actos ilocutivos intersubjetivos. *Anuario de Psicología*, 59 (4), 79-103.
- VAN DIJK, T. A. (1977). *Text and context. Explorations in the Semantics and Pragmatics of Discourse*. London: Longman
- VAN DIJK (1998). *Discourse Studies. I Discourse and Society*, (9), 4, 435-436.
- VILLEGAS, M. (1992). Análisis del discurso terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 10/11, 23-66.
- VILLEGAS, M. (1993). Las disciplinas del discurso: hermenéutica, semiótica y análisis textual. *Anuario de Psicología*, 59, 19-60.
- VILLEGAS, M. (2000). *L'analisi del discorso in psicoterapia*. Urbino (Italia): Quattro venti.
- VILLEGAS, M. (2002). Textual analysis of Therapeutic Discourse. En Robert A. Neimeyer & Greg J. Neimeyer (Eds.) *Advances in Personal Construct Psychology. New Directions and Perspectives*. Westport, CT.: Praeger
- VILLEGAS, M. (2003). Hermenéutica textual del discurso en psicoterapia. En Isabel Caro (Ed.) *Psicoterapias Cognitivas. Evaluación y comparaciones*. Barcelona: Paidós

LA “INDAGACIÓN REFLEXIVA” SOBRE EPISODIOS Y SITUACIONES PROBLEMÁTICAS: UNA TÉCNICA DE TERAPIA COGNITIVA DESCRITA DESDE UNA PERSPECTIVA DE ANÁLISIS COGNITIVO-CONVERSACIONAL

Silvio Lenzi y Fabrizio Bercelli

Sinesis, Asociación para la investigación en ciencias y terapias cognitivas, Bologna y Departamento de Ciencias de la Comunicación, Universidad de Bologna
bercelli@dsc.unibo.it

This article proposes a cognitive-conversational analysis of an initial therapeutic session, conducted by an expert cognitive therapist. The selected fragment refers to a problematic situation on the work. Data allows describe some technical aspects of the conduction of the session and formulate some hypothesis relative to therapeutic process.

Introducción

La narración de historias y, especialmente, el relato de aspectos y episodios de la propia vida, es una parte esencial de la existencia de toda persona y constituye un proceso con una connotación marcadamente social. El estudio de las formas narrativas e interactivas que caracterizan las conversaciones autobiográficas y el relato de historias puede contribuir a explicar de qué manera los individuos organizan y proporcionan una coherencia a las actividades de la mente. Según Jerome Bruner (1991) a través de la narración se esclarece la relación entre lo que se piensa, lo que se siente y lo que se hace, dando lugar a un acto de invención del yo, por medio del cual se forma “de modo sorprendente” la mente misma.

Los relatos autobiográficos se elaboran según convenciones estilísticas y reglas de género bien determinadas. Desde las autonarraciones infantiles hasta la autobiografía literaria propiamente dicha, existen fuertes convenciones que conciernen no sólo a lo que decimos, sino también a cómo lo decimos, a quién lo

decimos, al modo en que nos contestan los que nos escuchan, etc. Bruner afirma que la forma de una vida es función tanto de las convenciones de género y de estilo por medio de las cuales se expresa, como de lo ocurrido en el transcurso de la vida misma, y llega a sostener que los vuelcos de una vida no se deben tanto a hechos reales como a las revisiones de la historia utilizadas para contar sobre la vida y sobre uno mismo. En una palabra, la autobiografía transforma la vida en texto, dejándola abierta a la interpretación y a la reinterpretación, y, en consecuencia, al cambio, sin importar el grado en que el texto queda implícito o explícito.

Bruner utiliza un lenguaje cercano a la psicología cognitivista al articular su pensamiento y afirmar que reflejar los acontecimientos de la propia vida de forma adecuada es un requisito para que éstos se conviertan en representaciones plenamente sujetas al pensamiento. Una de las maneras en que los modos narrativos contribuyen a orquestar el comportamiento humano es la *reconstrucción de la memoria*. Una vez efectuada esa reconstrucción o reinterpretación de la memoria, se hace posible inferir, prever, arriesgarse, de forma a menudo antes inviable. El relato de sí mismo se convierte en un modo fundamental no sólo para revisar el pasado, sino también para cambiar unas formas preconcebidas de reaccionar y de organizar las propias reacciones.

Existen datos procedentes de las neurociencias que subrayan la importancia de la actividad narrativa en la regulación del funcionamiento mental. De forma específica, los relatos de la vida y sus episodios parecen comportar la activación de numerosos procesos de integración cognoscitiva (Siegel, 2001), desde la capacidad para organizar las distintas categorizaciones perceptivas en un orden y una secuencia espacio-temporal (Edelman, 1992), hasta la integración sensoriomotora de sí mismo en un *continuum* entre pasado, presente y futuro (conciencia auto-noética, Wheeler et al., 1997), además de los distintos procesos de integración de las funciones especializadas de los dos hemisferios cerebrales. A través de la narración de historias la recuperación de los recuerdos puede actuar como *modificador de la memoria* (Siegel, 2001) y del conocimiento, permitiendo, por ejemplo, una reorganización de los distintos sistemas de memoria, especialmente de las memorias episódicas, en un conjunto de representaciones mayormente integradas.

Por todo ello, el estudio de las características formales y de contenido de las narraciones, junto al de sus correlatos neurobiológicos, puede ofrecer una interesante perspectiva para comprender el modo de funcionar y de organizarse del conocimiento y de la mente individual. Mas en la actividad narrativa no sólo está involucrada la dimensión individual, sino que todo relato ocurre en el contexto de una interacción y, además, los formatos interactivos ejercen una profunda influencia en el relato mismo y de alguna forma lo generan. De hecho resulta que la narración de historias es un proceso intrínsecamente social, donde los formatos interactivos y las expectativas de los que escuchan tienen un importante papel en la determinación de los contenidos y de las formas del relato (Wiedemann, 1986 y Siegel, 2001). La

profunda influencia del contexto en los modos narrativos se muestra de forma evidente a partir de las primeras etapas del desarrollo. Las experiencias tempranas de apego ejercen efectos importantes sobre la manera en que los niños narran las experiencias de su vida y, probablemente, sobre formas más extensas de organización del conocimiento personal (Bowlby, 1988). Dentro de relaciones basadas en formas de comunicación colaborativa y sintónica los padres van esbozando formas especiales de tratar las experiencias personales, por ejemplo, comunicando con el hijo acerca de los estados mentales creados por las experiencias subjetivas comunes, o reflexionando sobre la importancia de sentimientos y de percepciones personales, de convicciones y deseos, o llevando a la práctica determinados formatos de conversación—llamados “diálogos reflexivos”, que parecen tener un rol fundamental en los procesos integradores de la construcción de narraciones (Siegel, 2001).

Dichos formatos conversacionales conllevan unas formas específicas de interacción y de sintonización cognoscitiva, y parecen estar ausentes en los apegos inseguros, mostrando su importancia en las condiciones favorecedoras de numerosas formas de trastorno psíquico; al mismo tiempo se hallan en la base de procesos creativos de varia naturaleza y de los efectos beneficiosos de las psicoterapias, entendidas como relaciones interpersonales especializadas, dirigidas a facilitar los procesos de autoorganización (por ejemplo, fenómenos llamados de resonancia diádica bilateral, Siegel, 2001).

Según la perspectiva aquí perfilada se puede conceptualizar las psicoterapias como “*conversaciones integradoras*”, es decir, como formas especiales de conversación realizadas por un experto, en condiciones específicas de interacción, de acogida y de colaboración. Dichas conversaciones tratan especialmente aspectos más o menos problemáticos de la vida del paciente, y se orientan hacia la construcción de formas características de narración autobiográfica. En la terapia cognitiva, por ejemplo, los contenidos del diálogo de las sesiones reflejan explícitamente la reconstrucción y la reelaboración de situaciones y de episodios problemáticos, guiadas por el terapeuta por medio de acciones y formatos conversacionales específicos, según la metodología propia de la orientación seguida. Una característica común de las distintas escuelas de psicoterapia cognitivista parece ser la de orientar la reelaboración de acontecimientos problemáticos hacia la puesta en evidencia de los contenidos de la experiencia subjetiva del paciente, poniendo de relieve la manera idiosincrásica de elaborar el conocimiento y de construir los significados que el individuo atribuye a los eventos mismos. Desde técnicas diferentes, las distintas escuelas de terapia cognitiva focalizan la reordenación del conocimiento individual sobre aspectos específicos: por ejemplo, la adecuación de las convicciones del paciente a una visión racional de la realidad, o la integración entre la inmediatez emocional de la experiencia y su reorganización racional (Guidano, 1991).

La conceptualización de las psicoterapias como formas especiales de conver-

sación ofrece la posibilidad de estudiar sus formatos y su curso también desde perspectivas diferentes, utilizando instrumentos cognoscitivos propios de otras disciplinas, por ejemplo la lingüística o la microsociología. En línea con estudios recientes sobre sesiones de terapeutas familiares (Leonardi y Viaro, 1990) los autores de este escrito han emprendido un proyecto de análisis de las metodologías terapéuticas de la terapia cognitiva, y el trabajo que aquí se propone forma parte de ello.

El objetivo de la investigación es, en primer lugar, la descripción exacta de las técnicas terapéuticas utilizadas por los terapeutas cognitivistas, de forma que éstas resulten reconocibles y reproducibles en términos operativos. La descripción se refiere sobre todo al curso interactivo y a los formatos de la conversación utilizados por el terapeuta y el paciente. En segundo lugar, se describen los aspectos cognitivo-narrativos que se manifiestan en las distintas situaciones interactivas producidas en la sesión, y su análisis concierne a los sistemas de memoria activados por la conversación, hallados en el discurso del paciente por medio de equivalentes. A través de este procedimiento se puede identificar y monitorizar unos aspectos importantes del proceso terapéutico: la metodología de análisis utilizada permite poner en evidencia con validez y fiabilidad los acontecimientos interactivos de la sesión y sus repercusiones sobre algunos modos cognoscitivos individuales. Éste constituye el segundo objetivo de la investigación, que en el presente trabajo no se podrá tratar sistemáticamente, y sólo se indicará.

El objeto del análisis son las transcripciones literales de las sesiones. La transcripción se realiza según la codificación internacional de los analistas de la conversación. El método que seguimos es principalmente el del Análisis Conversacional, junto al estudio de los equivalentes lingüísticos de los sistemas de memoria, según la clasificación utilizada por Crittenden (1999) en la codificación del relato del *Adult Attachment Interview*, que, a su vez, se inspira en el trabajo de Main y cols. (in press). Los instrumentos del Análisis de la Conversación, que aquí se utilizan con elementos de la Teoría de los Actos Lingüísticos de Austin y de la Lógica de la Conversación de Grice, se presentan de forma breve pero rigurosa en el trabajo de Leonardi y Viaro de 1990, al cual se remite el lector interesado en profundizaciones metodológicas.

<p>TRANSCRIPCIÓN LITERAL</p>	<p>ASPECTOS INTERACTIVOS y CONVERSACIONALES Análisis de la Conversación (integrada con elementos de la Teoría de los Actos Lingüísticos y de Lógica de la Conversación)</p>
<p>DE LA SESIÓN</p>	<p>ASPECTOS COGNOSCITIVOS Equivalentes lingüísticos de los procesos y de los sistemas de memoria (con criterios añadidos sobre procesos integradores)</p>

Tabla 1: El estudio de las transcripciones de sesión: aspectos analizados y métodos utilizados.

Análisis de una transcripción de sesión

Proponemos ahora el análisis de un fragmento de sesión realizada por un terapeuta cognitivista experto, docente de la Sociedad Italiana de Terapia Cognitivo-Conductual y autor de importantes estudios sobre la técnica psicoterapéutica. Se trata de la primera parte de una de las primeras sesiones terapéuticas de un paciente masculino de edad adulta.

TERAPEUTA: ¿le gustaría empezar por...

PACIENTE: sí

TERAPEUTA: por algún episodio en particular?

PACIENTE: sí (carraspea): usted me dijo que intentara observarme en el trabajo, ¿no?

TERAPEUTA: sí

PACIENTE: pero bien; dígame qué, no sé, un poco más exactamente ¿qué quiere saber?

TERAPEUTA: bueno, pero una cosa es...el objetivo ya se había definido un poco la otra vez, ¿no? es decir, no es tanto cosas específicas que quiero saber, sino más bien comprender, intentar comprender mejor cuándo y por qué le suceden cierto tipo de reacciones, de reacciones, también en el plano emocional

PACIENTE: hm

PACIENTE: pero en fin es decir, en estos últimos... no sé si en esta última semana, de todas formas en estas últimas dos semanas

TERAPEUTA: hm

PACIENTE: ha ocurrido que yo he tenido bueno eso un conflicto con el jefe

TERAPEUTA: hm

PACIENTE: conflicto con el jefe y este jefe fue el secretario del director que estaba en Prato, con el cual yo tuve un pasado y, por así decir bélico exactamente en definitiva

TERAPEUTA: hm

La sesión empieza con una *petición* del terapeuta que parece presuponer unos acuerdos previos: efectivamente, el paciente se refiere a estos acuerdos y pide *aclaraciones* posteriores sobre ello, que el terapeuta proporciona: todo esto enmarca el sucesivo relato del paciente en el marco (o *frame*) de algún tipo de actividad específica de la sesión, dentro del cual también podrá desarrollarse un formato conversacional específico subordinado a los objetivos de la actividad en curso. Obviamente, en las sesiones psicoterapéuticas también puede suceder que en un momento dado la conversación se libere de este marco, convirtiéndose en una conversación más o menos “libre”. Por otra parte, se observa también que el terapeuta intenta sistemáticamente reconducir los contenidos y los formatos de la conversación dentro de las guías preestablecidas, como también sucederá alguna vez en el curso de esta sesión.

En la psicoterapia cognitiva, las formas “especiales” -o por así decir pilotadas- de la conversación, se dirigen generalmente a la indagación (Bercelli y Lenzi, 1999) de situaciones y episodios significativos de la vida del paciente. La indagación se parece en ciertos aspectos formales a una ejercitación, y representa de por sí una forma muy específica de conversación. Aquí, los hablantes se limitan a una porción restringida de la amplia gama de acciones interpersonales que se pueden realizar por medio del lenguaje (Austin 1962) en el ámbito de las interacciones cotidianas ordinarias, donde se puede alternar muy libremente una gran variedad de *frames* interactivos. En cambio, en una sesión de psicoterapia, terapeuta y paciente evitan cuidadosamente la activación de muchos de ellos; si el paciente empieza a activarlos, el terapeuta los contrasta o se comporta de manera que consigue desactivarlos (por ejemplo, *frame de interacción* con un grado excesivo de implicación o de distanciamiento de la experiencia relatada, o acciones de acusación hacia los protagonistas de los acontecimientos, con tentativas de implicar al terapeuta, etc.). Dichas acciones lingüísticas pueden contribuir a la construcción de marcos relacionales específicos, como el agonístico, distintos de las formas colaborativas y “de apego” generalmente consideradas más adecuadas para la interacción terapéutica. A este respecto, veremos cómo el paciente y el terapeuta negociarán el carácter de la conversación y de la relación en un momento sucesivo de la sesión. Por ahora, señalamos la instauración desde un buen principio de un formato de conversación funcional a los objetivos de la sesión, especialmente dirigida a favorecer una condición que capacite al paciente para observar su propia experiencia y para poderla eventualmente reordenar y reorganizar. La construcción y el mantenimiento de esta perspectiva se producen por la acción conversacional del

terapeuta, de la cual intentamos mostrar los formatos más significativos.

En el fragmento transcrito el paciente empieza un relato en estilo narrativo, y cuenta un episodio etiquetado “conflicto con el jefe”, mientras el terapeuta con repetidos “hm” –señales de recepción que estimulan al hablante a seguir, llamadas *continuadores*– indica que considera el relato como contribución de momento aceptable dentro del formato específico de conversación que caracteriza la sesión.

Sigue un largo turno narrativo que omitimos por razones de espacio y del cual resumimos los elementos necesarios para la comprensión de las fases sucesivas de la sesión. El paciente explica en un relato brioso, agitado y, en ocasiones, farragoso, un episodio laboral reciente, inherente a la asignación por parte del jefe de una “antipática” tarea para realizar fuera de la sede de la oficina, tarea que el paciente rechaza, diciendo que se encuentra mal. Al contestarle el jefe que debe redactar por escrito “que se encuentra mal” sigue una pelea entre los dos, al cabo de la cual el paciente consulta a su padre, directivo con mucho poder en el sector, y presenta finalmente el parte requerido, entre miles de autorreproches y recriminaciones. En el relato se hace referencia a otros acontecimientos análogos, ocurridos previamente. El largo turno de palabra del paciente se interrumpe sólo un momento por una *petición de aclaraciones* por parte de T.

Al acabar la narración se produce un intercambio que analizamos a continuación.

TERAPEUTA: bueno, pero volviendo al tema... dado que esto es algo que se repite, me parece... con varias personas, en varios ambientes, en varias situaciones, ¿no?

PACIENTE: en varios ambientes, no ¿por qué?

TERAPEUTA: ambientes de trabajo...

PACIENTE: ah, sí.

TERAPEUTA: no ambientes distintos del trabajo, y (1,0) es decir, ¿sabría, usted, identificar qué es lo que dispara esta reacción suya inicialmente?

Describamos los formatos conversacionales de las intervenciones del terapeuta. El terapeuta *reformula* resumidamente seleccionando y combinando un par de elementos del relato (P discute en el trabajo y ya le ha ocurrido en otro contexto) y *pide confirmación* de haber comprendido bien. El paciente corrige, el terapeuta se corrige, el paciente confirma, y entonces el terapeuta puede proceder a plantear la pregunta cuyo resumen aparece como preámbulo: la *pregunta es en forma indirecta* (“¿sabría, usted, identificar qué es lo que” en lugar de “¿qué es lo que”), lo que sugiere que la respuesta puede no ser fácil, puede requerir reflexión, y facilita que el paciente pueda contestar que no lo sabe. El contenido es el de una *pregunta de aclaración causal*: dado Y, hallar X tal que X produce Y. Lo que se pide parece ser una explicación algo abstracta, es decir, no se pregunta qué ha causado o precedido Y en un caso determinado, sino que se pregunta en general, en referencia a varios

episodios. En definitiva, se trata de una pregunta a la cual puede ser difícil contestar porque requiere una elaboración cognitiva compleja, requiere que el paciente formule una teoría explicativa propia de los acontecimientos y también en cierto sentido de sí mismo, y el terapeuta la presenta como pregunta en este sentido ardua. Veamos cómo contesta el paciente.

PACIENTE: ¿me tengo que curar yo solo?

TERAPEUTA: bueno, sí (risa de ambos)

PACIENTE: no, era una broma, perdone

TERAPEUTA: no, a lo mejor no es una broma, abramos un pequeño paréntesis, no e...

PACIENTE: el objetivo es este, usted me dijo...

TERAPEUTA: eh? sí

PACIENTE: bueno, claro

TERAPEUTA: mi..., de alguna manera mi cometido, mi papel, es mucho más hacer preguntas que dar respuestas, ¿no?, haciendo una pregunta mejor que otra, sí...

PACIENTE: no, y luego sino uno se convierte en terapeuta-dependiente durante toda la vida..., por lo que hace falta adquirir un método autónomo para hacer estas cosas...

PACIENTE: el motivo ... es decir el motivo...

La secuencia referida interrumpe la temática principal del discurso, y constituye un *meta-frame de negociación de la actividad en curso*, probablemente de la terapia entera: en términos clínicos, es un momento importante para la definición de la alianza terapéutica. Dura unos pocos turnos, está fuertemente marcada como secuencia parentética. El paciente mismo, que la había abierto, la cierra empezando su respuesta a la pregunta “difícil”.

Puede ser útil intentar imaginar cómo habrían ido las cosas si el terapeuta hubiese aceptado la provocación y la crítica indirecta del paciente (el curarse por uno mismo podría entrañar como mínimo una ausencia del terapeuta, o peor, una carencia por su parte), por sentir el deber de defender su rol y su competencia profesional. Al contrario, su respuesta “de rendición” desactiva inmediatamente una posible confrontación agonística potencialmente activada por las palabras del paciente, y restablece el clima de sintonía y de colaboración, hasta el punto que el paciente se disculpa por lo que define una broma, que sin embargo potencialmente podía ser una crítica o una provocación, y posibilita la continuación de la elaboración.

A veces un simple intercambio humorístico puede desempeñar un papel muy importante dado que puede abrir o cerrar determinados desarrollos de la terapia, que podría adquirir por ejemplo un carácter agonístico con consecuencias negativas tanto sobre la adhesión a las técnicas propuestas, como sobre el estado subjetivo del paciente y sobre el uso de los recursos personales para mejorar su condición (en el

sentido de una reducción de las capacidades metacognitivas, por ejemplo Semerari, 1999). Si se nos permite la comparación, transiciones de este tipo son como los cambios de vías para un tren al salir de una estación: de una ocurrencia puede depender todo el curso de una terapia (y por ello, también, en algún caso, el destino de una vida...).

Pero volvamos a nuestra sesión para observar cómo procede la indagación sobre los conflictos laborales.

PACIENTE: el motivo... es decir el motivo...

TERAPEUTA: el motivo puede ser demasiado abstracto...

PACIENTE: (carraspea) no no es que sea abstracto, es huidizo...por ello tal vez es psicológico, es decir es un poco huidizo y un poco tiene muchas facetas, es decir que...probablemente son varias cosas, en fin...

TERAPEUTA: es decir pero, más que el motivo, digamos, ¿no? ¿cuáles son las situaciones:: que habitualmente activan este..., quedándonos así más en lo concreto... los tipos de situaciones que generalmente disparan esta reacción suya?

En su primer turno el terapeuta interrumpe al paciente para corregir la primera palabra de su respuesta precedente. El paciente reanuda corrigiendo la corrección, y luego el terapeuta interviene nuevamente, reformula la pregunta y añade una *glosa de conducción* que dice algo acerca del programa de la actividad en curso (glosa programática: “al motivo podemos llegar en un segundo momento”).

Las glosas programáticas son una prerrogativa del terapeuta y son bastante características de las terapias cognitivas: tienen la importante función de comunicar al paciente y acordar con él el programa de la sesión y/o de la terapia, y, a veces, incluso las razones del mismo programa, y se refieren por lo tanto a la definición y al mantenimiento del contrato terapéutico.

Desde los albores de la terapia cognitiva los modos de la relación terapeuta-paciente han sido objeto de mucha atención a causa del estilo más activo y directivo asumido por el terapeuta, especialmente en relación a las terapias de orientación analítica. Dichos modos se han definido como empirismo colaborativo (ver Semerari, 2000) y se han utilizado muchas metáforas –entre las cuales la del profesor y la del investigador, experto del método el primero, de los contenidos el segundo– para aclarar el concepto. Opinamos que el Análisis de la Conversación utilizado puede ser útil en cuanto permite describir concretamente las formas exactas con las cuales se manifiestan en el diálogo las distintas actitudes comunicativas y relacionales, y también porque permite averiguar la correcta aplicación de la técnica en cuestión, una vez estén disponibles descripciones precisas de la misma. Una de las acciones conversacionales más típicas y frecuentes en terapia cognitiva la constituyen las glosas de conducción: también a través de éstas el terapeuta ejercita su propia directividad y su rol. En otros trabajos (Bercelli y Lenzi 1998, Lenzi y Bercelli 1999), al lado de las que aquí llamamos programáticas, hemos

proporcionado ejemplos de glosas de conducción de tipos diferentes, entre otras las que se utilizan para especificar la actividad en curso (por ejemplo: cómo recordar de una forma diferente de la habitual) y para guiar al paciente en su realización.

Volviendo a la sesión, en el mismo turno en el que aparece la glosa programática observamos que la pregunta de aclaración causal ya planteada precedentemente se reformula ahora en términos más específicos, es decir, se circunscribe una subclase de X que preceden y en consecuencia pueden contribuir a causar Y. Veamos la continuación, que empieza con la respuesta de P, aplazada más veces y de varias maneras.

PACIENTE: por ejemplo, cuando mi padre dice: “conozco al jefe del departamento”, ¿no? porque mi padre también estaba en la empresa, es decir, y yo entonces sé que igual conozco alguien que está por encima de, o conozco a través de un amigo del partido al subsecretario del Ministerio... éste es ciertamente un incentivo para discutir... pero ¿por qué tengo que soportar cosas... de este imbécil? en fin, yo... además estas protecciones de mi padre sí existen, pero... no sé, muy mediatizadas, en fin, por lo que no es que se dé la intervención directa de estos personajes.

TERAPEUTA: es decir entonces ¿uno de los elementos que dispara este tipo de reacción es la suposición de tener una protección?

(17,0)

PACIENTE: además, probablemente ...

TERAPEUTA: pero esto... de saber que puedo tener una protección... Pero a ver, un momento, perdone, tenía que acabar usted..., decía saber que puedo tener una protección ¿me lleva a qué? ...

(26,0)

La pregunta del terapeuta requería una especie de reordenación y de esquematización de los acontecimientos en cuestión, más allá de la ambigüedad de la expresión “concretamente”, que, de todas formas, sobre la base de lo que ha dicho y dirá el terapeuta a continuación, parecería referida a la conexión temporal y causal de los eventos en conflicto con la tentativa de explicación que ofrece el paciente con la palabra “motivo”. La respuesta del paciente presenta, en cambio, algún aspecto de fragmentación, debido a la introducción de nuevos detalles, y de sobreimplicación afectiva, expresada animadamente por medio de la reproducción de frases ajenas y propias. El terapeuta contesta a la respuesta del paciente con una reformulación de la respuesta misma, que reordena la información según el esquema causal propuesto. La frase la pronuncia con un tono interrogativo que pide confirmación de la fidelidad de la reformulación. Y aquí, pasa algo notable: hay una pausa muy larga (17 segundos), del todo inusual en una conversación ordinaria. El silencio se puede atribuir al paciente, dado que el terapeuta ha preguntado algo que ha completado, y el paciente no contesta; sin embargo, el terapeuta contribuye al silencio no tomando la palabra. En una conversación ordinaria, si alguien plantea una pregunta

y el otro no contesta, un silencio tan prolongado se entiende como una acción que puede ser interpretada de varias formas: una forma habitual es tratarla como dificultad en contestar, dificultad que no depende de una mala recepción (auditiva o cognitiva) de la pregunta, en cuyo caso el paciente pediría aclaraciones sobre el sentido de la misma.

¿Cuál es el significado atribuido a este silencio del paciente? Terapeuta y paciente parecen tratarlo como un espacio de tiempo que el paciente necesita para reflexionar, para elaborar cognitivamente consigo mismo acerca de la cuestión propuesta por el terapeuta. En efecto, el contenido de la pregunta del terapeuta puede requerir una reflexión prolongada: la pregunta del terapeuta es abstracta, en cuanto requiere que el paciente reconozca un esquema causal general de su manera de funcionar emocional y cognitivamente. La continuación confirma que ésta es la actitud compartida por ambos en referencia a lo que está sucediendo (y de esta forma los dos contribuyen a definir implícitamente el *frame* específico activado).

PACIENTE: bueno, me lleva por un lado ehh...en fin cómo se llama... ahh...yo creo que tengo una imagen un poco infatuada de mí mismo por lo que... yo puedo permitirme forzar ciertas situaciones, contestar de un cierto modo, retirarme de ciertas cosas...yo creo que esto gratifica un poco mi narcisismo en definitiva...

(21,0)

TERAPEUTA: porque el objetivo, ¿cuál sería?

(16,0)

PACIENTE: no sé, igual que los compañeros digan que ... que yo no tengo miedo y que ... ellos tienen miedo ... en fin así, estas cosas

(6,0)

PACIENTE: no, me venía una ocurrencia en fin, que desde luego es () psicoanalítica, que los compañeros puedan decir: “ése la tiene más grande que nosotros”, en definitiva T/P¿?: el apoyo

(17,0)

TERAPEUTA: ¿y esto te hace sentir que vale, si... si los compañeros dicen algo así?

(17,0)

PACIENTE: bueno en fin, probablemente ... y el asombro que suscita en fin estas:: estas:: mi actuación... el asombro complacido en fin ... de los compañeros, probablemente para mí es una gratificación

La pausa de 21 seg., a diferencia de la anterior, es un silencio del terapeuta, dado que el paciente ha concluido de alguna forma su respuesta y ahora le toca al terapeuta replicar, mostrando su recepción de la respuesta (expresando, por ejemplo, que es una respuesta satisfactoria para los fines de la actividad en la cual el terapeuta es profesionalmente responsable) y planteando, eventualmente, otra pregunta, como sucede habitualmente y como hasta ahora también ha ocurrido en

esta sesión. El terapeuta también puede necesitar tiempo para elaborar una pregunta basada no solamente en la última respuesta del paciente, sino también en muchos otros elementos, y en la aplicación sobre éstos de los complejos instrumentos cognitivos especializados que el terapeuta utiliza para elaborar los materiales ofrecidos por el paciente. En efecto, la pregunta sucesiva del terapeuta (“porque el objetivo, ¿cuál sería?”) modifica notablemente el esquema cognitivo-semántico antes propuesto por el terapeuta (situación → reacción conductual y emocional) al introducir y poner en primer plano un elemento que antes no se había tomado en consideración (situación → reacción conductual y emocional de un agente dotado de un objetivo que explica la reacción). Está claro que ambos entienden el siguiente silencio del paciente como una reflexión legítima sobre una cuestión nueva y difícil propuesta por el terapeuta (que, a su vez, ha necesitado una larga pausa de reflexión para poder plantearla).

El tipo de actividad que aparece aquí es un *frame* específico ya bien configurado, que presenta como puesta en juego la reordenación colaborativa del relato de situaciones problemáticas y de episodios, a través de un diálogo conducido por el terapeuta y salpicado por largas pausas de reflexión silenciosa del uno y del otro. Se pone así en evidencia, por un lado, la secuencia causal de los acontecimientos, y, por el otro, determinados aspectos del modo de funcionar del paciente. Llamaremos *indagación reflexiva* a este *frame*, jugando sobre la doble acepción del adjetivo para entender por una parte el objeto del mismo diálogo, constituido por la experiencia (de sí) del paciente, por la otra, su forma, por así decirlo, pensativa.

La última pregunta del fragmento anterior es muy interesante, y parece mostrar un aspecto ulterior de este *frame*. El terapeuta había preguntado qué objetivo tenían determinados comportamientos y el paciente acaba de contestar que el objetivo podría ser que los compañeros digan ciertas cosas de él. En este punto, el terapeuta hace una pregunta que modifica una vez más el esquema, y presupone una hipótesis acerca del afecto emocional que la reacción belicosa le puede producir al paciente en esa situación, dado su objetivo. Vemos en consecuencia que la elaboración continúa en el sentido de una cada vez mayor generalización e integración reflexiva de los elementos cognoscitivos. Si antes se había perseguido una organización cognitiva de la información, en este último paso y en las preguntas repetidas en el fragmento conclusivo, se busca un nivel ulterior de integración con el objetivo de focalizar un sentido de sí mismo inherente al episodio. La tabla 2 resume las distintas transiciones temáticas realizadas por el terapeuta en el curso de la reelaboración de la situación de los conflictos laborales.

Primer paso	Segundo paso	Tercer paso	Cuarto paso
“¿qué es lo que dispara esta reacción suya?”	“¿cuáles son los tipos de situaciones que disparan esta reacción suya?”	“porque mi [de P] objetivo ¿cuál sería?”	“¿y esto le hace sentir bueno?”
qué ⇒ reacción	Qué situaciones ⇒ reacción	Esas situaciones ⇒ qué objetivo personal	situaciones + objetivo ⇒ efecto en el sentido de sí mismo

Tabla 2: Desarrollo temático guiado por el terapeuta a través de las preguntas de aclaración

Después de identificar el aspecto central de la conversación en curso, es decir, el de estar orientada a la reconstrucción de una determinada ordenación temática de las experiencias problemáticas del paciente por medio de una actitud reflexiva, tomaremos brevemente en consideración los aspectos cognoscitivos que se manifiestan en el discurso que el terapeuta y el paciente están llevando. Como ya hemos mencionado en la introducción, para ello utilizamos la clasificación de los sistemas de memoria propuesta por P. Crittenden para el análisis de las transcripciones del *Adult Attachment Interview* (Crittenden, 1999). Crittenden describe 5 sistemas principales de memoria (procedimental, por imágenes, semántica, episódica y de trabajo o integradora), y los subdivide en dos subgrupos relativos al tipo de información que utilizan. La información definida como cognitiva, es decir, la relativa a la ordenación temporal de los eventos y a las atribuciones de causalidad entre los eventos precedentes y los sucesivos, se considera implicada en los sistemas de memoria procedimental y semántica, mientras que la llamada información afectiva, basada en el reconocimiento innato de señales procedentes del ambiente y percibida inicialmente como un sentido de activación emocional más o menos focalizada, resulta ser propia de los sistemas de representación por imágenes (visual, auditivo, cinestésico, olfativo y gustativo) y de estructuras relacionadas con la utilización evocativa y, en consecuencia, con los aspectos pragmáticos del lenguaje. Los dos tipos de información se integran a nivel general en la memoria de trabajo, y, a nivel más específico, en la memoria episódica, proporcionando al individuo los instrumentos cognoscitivos necesarios para hacer frente al ambiente externo. Un aspecto ulterior de integración entre los sistemas de memoria concierne a las posibles relaciones que se pueden establecer entre los dos tipos de información en el ámbito de la elaboración del conocimiento personal. Se trata de esa dialéctica específica, interna al conocimiento, que se ha descrito de distintas formas en el contexto de estudios sobre el trabajo clínico –como metamodelo de la construcción de significados (Bandler y Grinder, 1981), como influencia recíproca entre códigos del conocimiento (Teasdale, 1996), como actividad (Bucci, 1997), como relectura

explícita del conocimiento (Guidano, 1987), como dialéctica entre las polaridades del sí, del yo y del mí (Guidano, 1991), etc.– y que para los fines del análisis que estamos realizando puede ser vista como una relación de influencia recíproca recursiva entre los subsistemas de la información afectiva y de la información cognitiva. No nos parece arriesgado relacionar con esta dialéctica la elaboración continua del conocimiento personal realizada por medio de las narraciones acerca del self, e hipotetizar que, para una buena adaptación del yo, hace falta un equilibrio y una armonía entre los dos tipos de información y entre los distintos tipos de memoria.

A través del análisis de los relatos de episodios autobiográficos se ponen de manifiesto unas configuraciones de activación de los sistemas de memoria, y unas relaciones entre la información cognitiva y la afectiva características para cada individuo, que pueden por lo tanto abrir una perspectiva interesante acerca del estado de la organización cognitiva y del funcionamiento mental del sujeto, y que se pueden utilizar como sistema diagnóstico funcional, como instrumento de evaluación del curso de una psicoterapia y como marco-guía para el uso de técnicas psicoterapéuticas (Crittenden, in press, y Lenzi, 2001).

Por lo que concierne a la aplicación de estos criterios a nuestra sesión, resulta evidente que, por un lado, las formas del relato del paciente expresan sobre todo informaciones afectivas; basta pensar en lo torrencial del relato, en la frecuencia de la introducción de “imágenes”, especialmente discursos directos, en el cambio frecuente a través de la secuencia espacio-temporal de los eventos relatados, y, además, en la implicación del paciente en una reflexión ‘en vivo’ sobre los problemas inherentes a los episodios contados. Por otra parte, como ya hemos puesto de manifiesto, toda la actividad del terapeuta parece dirigida a la reordenación “cognitiva” de los eventos en cuestión y, como también veremos en la próxima secuencia, a una ulterior integración de la información cognitiva conseguida, que desemboca en un sentido global del self. Casi todas las acciones conversacionales del terapeuta, desde el planteamiento inicial de las formas del relato, hasta el tipo de preguntas dirigidas a una elaboración cronológico-causal de los eventos, pasando por las reelaboraciones-resumen de los contenidos y por las distintas glosas de conducción, parecen orientadas a incrementar las informaciones cognitivas y denotan una notable coherencia en cuanto a la línea de conducción de la sesión y, según nuestra opinión, una relativa facilidad para la identificación del *frame* dominante, de sus características y de su influencia en los sistemas cognoscitivos.

Vamos a analizar unas secuencias sucesivas, en las que se pone de relieve otros dos aspectos de los modos de conducción típicos de este *frame*, es decir, la posibilidad de excluir determinados contenidos y formas de conversación (partes subrayadas) –lo que el terapeuta ya hizo al principio de la sesión– y el planteamiento repetido de la misma pregunta (en cursiva), a pesar de las respuestas proporcionadas por el paciente.

[se omiten unos turnos]

PACIENTE: pero al mismo tiempo que existen estas fantasías narcisistas satisfechas también hay otro aspecto, es decir en realidad los compañeros interpretan luego esto como inestabilidad mental ... no como uno que tiene apoyos importantes y un cuerpo débil, sino como alguien que arma follones más de lo debido en definitiva

TERAPEUTA: pero dejemos estar el discurso de la inestabilidad mental, ¿eh? Quedémonos con el discurso de que uno tiene apoyos importantes y hace lo que le da la gana

PACIENTE: porque por un lado, perdone si...

TERAPEUTA: claro, claro

PACIENTE: por un lado satisface mi narcisismo, pero por el otro es autodenigratorio al mismo tiempo

TERAPEUTA: hm

PACIENTE: ¿por qué? Porque siempre lo hago de la forma equivocada, porque siempre lo hago emotivamente, porque lo hago por chorradas que no valen la pena, porque en el fondo no me habían atacado y... y... igual en cosas importantes etc... etc...podía pasar perfectamente sin hacerlo, en definitiva

(7,0)

TERAPEUTA: sí, pero dejemos de lado un momento también estas...

PACIENTE: luego, la primera denigración venía de mi padre, porque yo llamo, ha pasado esto “¡te has equivocado!”

TERAPEUTA: hm, pero decía dejemos de lado también estos últimos aspectos no del «hago idioteces pero las hago de forma demasiado emocional etc...» pero si i i::, hagamos un discurso también puramente hipotético, ee ...es decir si los compañeros (.) piensan, digamos, piensan que... yo me permito ciertas cosas porque tengo unos apoyos mayores (4,0) esto ¿cómo me hace sentir?

(20,0)

PACIENTE: sí en fin, satisfecho no sabría decirlo, no satisfecho en fin, una parcial, una satisfacción parcial (3,0) luego yo siempre dudo en fin de que estos apoyos luego... ¿no?

TERAPEUTA: supongamos que estén, si estamos razonando por hipótesis, ¿no?

PACIENTE: es decir yo me miento también a mí mismo en fin, porque luego a veces me engaño a mí mismo estas... estos apoyos que igual no están al 100% sino que están, al 20%, ¿me entiende? El primero que hace trampa soy yo, en definitiva...

TERAPEUTA: sí, pero lo que quisiera entender, admitiendo incluso que estén al 100%, real o no real que sea, ¿no? (2,0) ¿por qué me siento

satisfecho?

(11,0)

TERAPEUTA: *es decir ¿qué significa para mí tener apoyos mayores?*

(3,0)

PACIENTE: pues no lo sé, para empezar es rechazar el, un papel en fin así que, que de otra forma, en el cual de otra forma estaría totalmente identificado es decir el del oficinista en fin así que en cambio tiene que soportar incluso las pequeñas vejaciones del jefe, el estar reducido sólo a eso, no obstante en el pasado haya alimentado fantasías más grandes en fin...

TERAPEUTA: **pero**

PACIENTE: no sé, ¿yo tengo que reducirme, en la vida, a soportar las vejaciones de un cretino?

TERAPEUTA: **bueno, esto ocurriría en la hipótesis que estamos planteando ... gracias a alguna otra persona, es decir no gracias a mí**

PACIENTE: eh

(17,0)

PACIENTE: sí, no es gracias a mí, en fin, pero es como si alguien me dijera que esta es una manera para quedarme un poco también fuera y por encima pues a esta situación ... aunque es una manera, en fin que no se apoya en mis fuerzas, pero es una forma para quedarme un poco fuera en fin pues, no totalmente identificado en este rol que... no me gusta, en fin no me gratifica narcisísticamente y no formaba parte de las fantasías de mi pasado, etcétera, etcétera...

TERAPEUTA: **¿entonces el punto de partida es (.) a mí no me gusta el trabajo que estoy haciendo?**

PACIENTE: eh

(13,0)

TERAPEUTA: **¿y qué es lo que me gustaría hacer?**

En la primera parte de esta secuencia podemos notar un aspecto típico de la directividad del terapeuta, es decir la capacidad para excluir determinados contenidos de la conversación, que tienden a cambiar el formato de la conversación en curso (indagación reflexiva). Vemos que el paciente utiliza la invitación del terapeuta a hablar de cómo le hace sentir su propia conducta hacia los compañeros, para deslizar en el tema de la “inestabilidad mental” que se le ha atribuido, y que el terapeuta muestra que prefiere, de momento, ignorar. El discurso sobre la “inestabilidad mental” podría, en efecto, fácilmente activar un formato interactivo en el cual al terapeuta le tocaría asumir el rol de “diagnosticador” y al paciente el de “objeto de diagnóstico” –*frame* típico de la interacción médico/paciente y muy diferente al de la indagación reflexiva. Para restablecer la línea del discurso anterior, el terapeuta recurre a una glosa de conducción temática (“pero dejemos estar...”) de forma

ligeramente conflictiva (interrumpe el paciente y utiliza el adversativo “pero”) y encuentra la oposición del paciente que pide mantener la nueva línea (“perdone si”) y obtiene temporáneamente el permiso por parte del terapeuta (“claro, claro”). En los turnos siguientes el terapeuta muestra varias veces (partes subrayadas) no querer entretenerse sobre los otros aspectos introducidos por P, especialmente parece no querer alejarse del modo reflexivo de razonamiento, y rechaza tanto la referencia a los reproches del padre (referidos por el paciente con el discurso directo, es decir con un notable grado de implicación), como la oferta de discusión sobre la real existencia de los apoyos mismos (utilizando en este caso una glosa de conducción para introducir una forma especial de razonamiento: el razonar “por hipótesis”). La aparición frecuente y característica de tales glosas refleja –y al mismo tiempo señala– que el terapeuta está siguiendo con rigor especial una línea del discurso y un modo de elaboración que considera especialmente importantes (relacionados, como decíamos más arriba, con la percepción integradora de un sentido del self). En una fase de indagación más libre las glosas temáticas podrían ser más escasas, y las pausas de reflexión menos frecuentes y más breves; la indagación reflexiva, en cambio, se caracteriza tanto por pausas de reflexión más largas y frecuentes como por glosas temáticas más frecuentes y argumentadas más explícitamente, lo que en este caso indica un desarrollo temático que sigue de forma *manifiesta* una elaboración esquemática como la representada en la tabla anterior (la cursiva de “manifiesta” subraya que lo que cuenta no es la elaboración cognitiva desarrollada en privado en la mente del terapeuta, con respecto a la cual sólo podemos arriesgar una especulación opinable, sino la elaboración cognitiva expresada en la conversación de forma suficientemente explícita para poder ser reconocida de hecho por el paciente, que lo revelará con alguna señal).

La continuación del diálogo muestra otro fenómeno conversacional de este *frame*: una misma petición de explicación se vuelve a proponer varias veces, también a distancia, es decir, después de que el discurso se ha alejado más o menos del tema propuesto por la pregunta. En el fragmento hemos señalado con cursiva la repetición esencialmente igual de una pregunta tres veces (presentada de la misma forma por el hablante con abundante uso de “es decir”) que por otro lado ya se había planteado unos turnos más arriba (“¿y esto le hace sentir bien?”). La repetición de una misma pregunta indica que la respuesta proporcionada hasta el momento no es satisfactoria, luego significa pedir una ulterior elaboración; pero también señala que el terapeuta considera que es un punto crucial, y que por ello podemos considerarla como una de las maneras de expresarse del esquema que está alimentando su indagación en ese momento.

La última parte de la secuencia mantiene los rasgos de la indagación reflexiva excepto al final, en que el discurso toma un curso que podría reconducir a un formato más cercano a la conversación ordinaria. En la penúltima pregunta el terapeuta pide *confirmación* acerca de su *reformulación* de la respuesta precedente del paciente,

reformulación que tiene como tema un elemento nuevo (“a mí no me gusta el trabajo que estoy haciendo”), que se puede relacionar con la situación problemática objeto de la indagación.

El paciente da media respuesta afirmativa, luego calla, y el terapeuta, que también calla, le da una larga oportunidad para contestar mejor. El paciente no la aprovecha, entonces el terapeuta hace una pregunta (“¿y qué te gustaría hacer?”), que no se puede entender ni como pregunta de explicación (ni mucho menos como una pregunta de descripción de las situaciones problemáticas), ni como petición de rellenar unas casillas del esquema explicativo, sino como una pregunta “fácil y ordinaria” que prevé una respuesta inmediata, incluso aunque fuera “es lo que yo también quisiera saber”.

La diferencia entre las que podríamos llamar “preguntas ordinarias” y “preguntas no ordinarias” es que las primeras son del tipo de las que alguien siente que le hacen y se hace a sí mismo bastante a menudo, por lo que es normal y previsible que tenga alguna respuesta ya preparada, incluso también “sabe que no tiene la más mínima idea”. Las preguntas “no ordinarias”, en cambio, van dirigidas a guiar cognitivamente al otro, incluso descolocándolo, porque son preguntas que entrañan para el paciente formas no habituales de elaborar su propia experiencia, dado que se trata de esquemas con los cuales incluso el terapeuta tiene un grado de familiaridad mayor o menor, según su experiencia y su orientación, y que también para él serán en general esquemas no tan familiares como los de la vida de cada día, exceptuando tal vez para los verdaderos “maestros”. En tal sentido las reconstrucciones de un episodio guiadas en forma dialógica en las sesiones de terapia cognitiva por medio de los formatos de la indagación reflexiva (o con otras variantes de la terapia cognitiva, con la técnica de la moviola, o con el *frame* del relato libre, analizados en Bercelli y Lenzi, 1998, Lenzi y Bercelli, 1999) representan de por sí una técnica específica, diferente de otras técnicas terapéuticas más cercanas a las formas de la conversación ordinaria.

Comentarios finales

En la introducción a este trabajo hemos subrayado la importancia de las narraciones para la vida individual y, de modo especial, de las autobiográficas, poniendo de relieve por un lado la función de organizador de la vida mental y, por el otro, su dimensión esencialmente social. Así como desde la primera infancia las conversaciones reflexivas entre madre e hijo son características del apego seguro y se relacionan en consecuencia con el bienestar psicológico, en la edad adulta es posible facilitar las formas de autoorganización y de autocuración del individuo, por medio de formatos de una conversación que se define terapéutica.

En concreto, la terapia cognitiva se puede definir como una forma específica de conversación alrededor de episodios y de situaciones problemáticas, con el objetivo de armonizar los modos cognoscitivos del individuo. Según esta perspec-

tiva los autores de este trabajo se han propuesto analizar las transcripciones de sesiones de terapeutas expertos, con un método apto por un lado para poner en evidencia los eventos y los formatos interactivos, por el otro para seguir las activaciones paralelas de los sistemas y de los procesos de memoria. El análisis integrado de estos fenómenos permite describir el curso de una sesión desde una perspectiva no reduccionista, y con métodos empíricos fiables, poniendo de manifiesto las acciones interactivas y las características de la comunicación -reconstruyendo así la técnica terapéutica- así como llegar a formular, además, hipótesis verificables acerca del proceso terapéutico, lo que consiente su monitorización.

En la sesión analizada, paciente y terapeuta dialogan acerca de una situación problemática, estando el formato conversacional del terapeuta –especialmente a través de la alternancia de preguntas de explicación y de momentos de elaboración silenciosa– dirigido a centrar el discurso en la estructuración cronológica y causal, y a reordenar las formas narrativas fragmentarias del paciente, con el objetivo de alcanzar un sentido unitario del self integrado. Durante la sesión se produce un momento de potencial conflicto, relativo a los roles y a los modos de la terapia, resuelto de forma brillante por el terapeuta, que puede intensificar el trabajo de reelaboración semántica (temático causal) de integración de los eventos en cuestión. En cambio, no se han podido evidenciar aspectos relativos a las memorias implícitas dependientes del estado y del contexto, que sin embargo se pueden evocar a través de la reconstrucción de episodios. Tales procesos procedimentales y por imágenes resultan de todos modos muy presentes en las formas espontáneas de la narración del paciente. El trabajo terapéutico, realizado por medio del formato conversacional de la indagación reflexiva, parece haber consistido en una integración semántica de las formas narrativas habituales del paciente, previamente focalizadas sobre aspectos mayoritariamente “afectivos”.

Después de ilustrar brevemente los marcos teóricos de la metodología utilizada, el artículo propone el análisis cognitivo-conversacional de parte de una sesión inicial de un proceso terapéutico, realizada por un terapeuta cognitivista experto. El fragmento de la sesión concierne a la reconstrucción de una situación problemática en el trabajo. Por medio del análisis se identifican las características de algunas fases importantes de la sesión, y sus relaciones con las formas de organización de los sistemas de memoria activados en el transcurso de la conversación. Los datos conseguidos permiten describir algunos aspectos técnicos de conducción de la sesión, así como formular hipótesis acerca del proceso terapéutico.

Traducción: Neus López y María Monini

Referencias bibliográficas

- AUSTIN, J. (1967). *How to do Things with Words*. Oxford: Oxford University
- BANDLER, R. & GRINDER, J. (1975). *The Structure of Magic*. Palo Alto, California: Science and Behavior Books
- BERCELLI, F. & LENZI, S. (1998). Analisi Conversazionale di sedute di Terapia Cognitiva. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 2, 6-27
- BERCELLI, F. & LENZI, S. (1999). Riascoltando una seduta II. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 4, 42-60
- BERCELLI, F., LEONARDI, P. & VIARO M. (1999). *Cornici terapeutiche*. Milán: Raffaello Cortina.
- BOWLBY, J. (1988). *A Secure Base*. Londres: Routledge
- BRUNER, J. & WEISSER, S. (1991). *L'invenzione dell'io: l'autobiografia e le sue forme*. En: Olson D. R., Torrance N. (1995). *Alfabetizzazione e oralità*. Milán: Raffaello Cortina
- BUCCI, W. (1997). *Psychoanalysis and Cognitive Science*. Nueva York: Guilford Press
- CRITTENDEN, P.M. (1999). *Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico-maturativo alla Adult Attachment Interview*. (Edición italiana coordinada por Fava Vizziello, G. y Landini, A.) Milán: Raffaello Cortina
- CRITTENDEN, P.M., LANDINI, A. & CLAUSSEN A.H. (in press). *A dynamic-maturational approach to treatment of maltreated children*.
- EDELMAN, G. (1992) *Bright Air, Brilliant Fire. On the Matter of the Mind*. Nueva York: Basic Books
- GOFFMAN, E. (1974). *Frame Analysis*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University
- GRICE, H. P. (1978). *Logica e conversazione*. En: Sbisà, M. (coord.) (1978). *Gli atti linguistici*. Milán: Feltrinelli
- GUIDANO, V. (1987). *The Complexity of the Self: A developmental approach to psychopathology and therapy*. Nueva York: Guilford
- GUIDANO, V. (1991). *The Self in Process: Toward a Post-rationalist Cognitive Therapy*. Nueva York: Guilford
- LENZI, S. (2001). Come agisce l'EMDR. Contributo per una interpretazione in chiave cognitivo-costruttivista. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 9, 26-45
- LENZI, S. & BERCELLI, F. (1999). Riascoltando una seduta III. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 5, 50-81
- LENZI, S. & BERCELLI, F. (2000). Riascoltando una seduta – IV. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 3, 38-54.
- LEONARDI, P. & VIARO, M. (1990). *Conversazione e terapia*. Milán: Raffaello Cortina
- MAIN, M. & GOLDWYN, R. (in press) *Adult Attachment scoring and classification systems*. En: Main M. *Assessing Attachment through Discours, Drowings and Reunion Situations*. Nueva York: Cambridge University
- SEMERARI, A. (1999). *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*. Milán: Raffaello Cortina
- SEMERARI, A. (2000). *Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva*. Bari: Laterza
- SIEGEL, D. (1999). *The Developing Mind*. Nueva York: Guilford
- TEASDALE, J.D. (1996). *Clinically Relevant Theory: Integrating Clinical Insight with Cognitive Science*. En: Salkovskis, P.M. (ed). *Frontiers of Cognitive Therapy*. Nueva York: Guilford
- WIEDEMAN, P. M. (1986). *Erzählte Wirklichkeit: zur Theorie und Auswertung narrative Interviews*. Weinheim: Beltz
- WHEELER, M.A., STUSS D.T. & TULVING E. (1997). Toward a theory of episodic memory: the frontal lobes and autoeotic consciousness. *Psychological Bulletin*, 121, 331-354.

ANÁLISIS CUALITATIVO DE UN PROCESO PSICOTERAPÉUTICO ASISTIDO POR ATLAS/TI

Álvaro T. Quiñones Bergeret

atquinones@terra.es www33.brinkster.com/gipsicoterapia

The following investigation is an exploration of unique case centered in textual material. The objective is to illustrate a type of qualitative analysis of writings of the client, denominated written narrative tasks, to value the change in psychotherapy. " Sequential thematic analysis "; a type of analysis of content, left building as it left developing the psychotherapeutic process . The software was used ATLAS/ti like tool hermeneutics of help for the analysis.

I. PRESENTACIÓN DEL CASO

Andrea (nombre de análisis) tiene 42 años. Está casada, por segunda vez, desde hace 12 años (su primer matrimonio duró 10 años). Tiene tres hijos del primer matrimonio y no tiene hijos del segundo matrimonio. Es profesional y de nivel socioeconómico alto.

Su familia de origen está compuesta por su padre, madre y un hermano. A su padre (67 años), jubilado, lo describe como una persona muy trabajadora, responsable y preocupada de mantener el alto estatus económico de vida familiar. Ella lo considera un "padre excelente". A su madre (63 años), jubilada, la describe como muy complaciente y preocupada de la casa y de la familia. La relación con ella la considera como de amigas. Finalmente, a su hermano menor (39 años), lo define como cariñoso y pendiente de la familia. Su relación con él es valorada como estrecha y de confianza mutua.

Andrea se describe a sí misma como una chica que todo lo hacía bien, excelente estudiante, buena hija ("era una que nunca daba problemas") y que disfruta de su trabajo. Su segundo matrimonio lo define como muy feliz y es su proyecto de vida. Sobre sus hijos habla con un tono que muestra algo de insatisfacción. La relación con sus hijos la define como adecuada pero le gustaría que fuera mejor. Sus hijos viven con su padre desde el momento de la separación.

Viene a consultar porque hace un mes y tres semanas su marido la abandonó. Describe que fue una situación que la sorprendió totalmente y que no se merecía. Expresa sentirse muy desesperada y a momentos algo confusa: *“Han sido casi dos meses.... Ha sido muy difícil para mí. A veces llego a casa y me siento muy sola. Mi situación a veces me sobrepasa y me siento sin rumbo...”*.

En el momento de consultar, Andrea, lleva en tratamiento farmacológico desde hace un mes y tres semanas. Nunca antes había consultado por problemas psicológicos. Acude al psiquiatra por estados de irritabilidad y problemas para dormir. El diagnóstico psiquiátrico fue de depresión mayor. La frecuencia de visitas al psiquiatra eran quincenales para chequeos farmacológicos. La medicación administrada al momento de iniciar la psicoterapia consiste en un antidepresivo, un ansiolítico y un hipnótico. Según Andrea no hay cambios significativos desde que inició el tratamiento farmacológico. Además, señala que con los medicamentos no se siente bien y que los efectos secundarios le son incómodos. Llega a consultar al terapeuta por motivación personal.

I.1 - VALORACIÓN CLÍNICA

El motivo de consulta inicial en sus propios términos era: *“Mi pareja me ha dejado por otra mujer y me enteré por un tercero, no fue lo suficientemente hombre para decírmelo en persona, fueron doce años de vivir juntos y compartir tantos momentos gratos...me quiero morir... mi vida era perfecta hasta que ocurrió este hecho que aún no entiendo, si todo estaba bien y mi vida conyugal era satisfactoria y nunca él me dijo nada. Mi vida es un caos, no sé que hacer, lloro todo el día y nada me motiva, ni siquiera mi trabajo en la empresa que siempre me ha gustado. Me cuesta concentrarme en mi trabajo y no quiero salir de casa, por mí no me levantaré nunca más”*.

Al pedirle mayor información y preguntarle qué es lo que la hace consultar en este momento, ella dice que es producto de su desesperación, tristeza y mucha rabia. Le preocupa su estado psicológico porque los fármacos no le ayudan y su malestar no remite. Destaca que ya han pasado casi dos meses y aún no logra dejar de sentirse mal y se siente muy desesperada a momentos. Al preguntársele cuándo empezó a sentir su malestar, relata que empezó después del abandono de su marido y aumentó cuando se enteró que tenía una relación de meses con una mujer más joven.

En las dos primeras sesiones que se dedicaron a evaluación destacan los siguientes indicadores:

-Se observa sintomatología de predominio depresiva: Irritabilidad, pesadumbre, inquietud, infelicidad y abatimiento; presenta indicadores de problemas de sueño leve, pero no cumple los criterios de insomnio según DSM-IV; excesiva preocupación por la formalidad y su apariencia personal. Ausencia de indicadores de anomalías biográficas. Actualmente en su trabajo se desempeña normalmente y sólo refiere haberse tomado una semana coincidente con la ida de casa de su marido.

No hay indicadores de deterioro social ni laboral significativos. Su vivencia de la cotidianidad la describe como difícil pero no le impide desarrollar sus actividades diarias.

-Tiene una adecuada red de apoyo social. Cuenta con amistades estables que ha mantenido desde la niñez y que actualmente le brindan apoyo. Sus padres le están brindando mucho apoyo y también sus hijos. Cuenta con un trabajo estable y tiene un puesto de alta responsabilidad. Se siente valorada por sus colegas y se siente cómoda en su trabajo.

-Presenta competencias sociales adecuadas. Buena capacidad para expresarse, confianza en los demás y una historia de relaciones estables y gratificantes. Asimismo se identificaron los siguientes factores protectores de salud mental (Rutter, 1990; 1985; Garmezy, 1996; Lemos, 1996): nivel socioeconómico alto; alta autoestima, no presenta antecedentes de historia de trastorno afectivos familiares; no presenta indicadores de maltrato físico, emocional ni sexual en su infancia; no presenta problemas de abuso de sustancias ni tampoco hay antecedentes de uso de sustancias de alguno de los miembros de su familia nuclear, ni de sus dos compañeros sentimentales; no hay historia de patología psiquiátrica en familiares, ni del tipo unipolar ni bipolar.

-Un aspecto biográfico que destaca es su primera separación. La describe como un momento muy difícil. No obstante, no se aprecian indicadores de una mala relación ni antes, ni durante, ni después de la separación. Tampoco hubo problemas legales con su ex-marido respecto a la custodia de los hijos ni repartición de bienes. Ningún hijo ha presentado problemas psicológicos antes, durante ni después de la separación.

-Instrumentos de evaluación: Se aplicaron cuatro pruebas psicológicas (BDI, RSE, FNE y Escala de adaptación), en cuatro momentos (véase gráfico: resultados de pruebas aplicadas) para controlar en términos cuantitativos la sintomatología durante el proceso psicoterapéutico. Los instrumentos aplicados fueron:

a) Inventario de depresión de Beck (BDI): Los indicadores de sintomatología depresiva sólo se presentaron en la primera evaluación (43 puntos) y remitieron en la segunda evaluación (3 puntos está dentro del rango esperado para población normal). Dichos resultados siguieron la tendencia y remitieron por completo en la tercera (cero puntos) y cuarta evaluación (cero puntos) como se aprecia en el *gráfico: resultados de pruebas aplicadas*. Esta remisión de la sintomatología refutó el diagnóstico de depresión mayor puesto que éste no remite de manera tan repentina y rápida como en el presente caso.

b) El miedo a la evaluación negativa (FNE): En la primera evaluación Andrea obtuvo una puntuación de 30 puntos (línea base), lo cual se interpretó como indicador de hipersensibilidad a la evaluación de los otros que sentía como negativa y coincidía con la apreciación clínica de estrés agudo manifestado en su quiebre narrativo (véase código quiebre narrativo). En la segunda evaluación, Andrea llegó

a una puntuación adecuada (18 puntos) que coincidió con una readecuación e indicadores de readaptación a su situación de separación. En la tercera evaluación y cuarta evaluación se mantuvo estable la puntuación.

c) La escala de adaptación: Andrea presentó indicadores leves de inadaptación social en la primera aplicación, pero a partir de la segunda evaluación y siguientes, su puntuación fue acorde a lo esperable en población normal. Ello correspondió con su propia narración de sentirse mejor en sesión (readecuación de la situación estresante) y en su ambiente social. El rango del instrumento es de 6 a 36 puntos, mientras mayor puntuación mayor inadaptación (inadaptado, 26; adaptado, 10; adaptado,8; adaptado 8).

d) Escala de Autoestima (RSE). Es de señalar que la variable autoestima se mantuvo estable en las cuatro evaluaciones. Andrea obtuvo las mismas puntuaciones en todas las evaluaciones de la RSE y fueron las más altas (40 puntos), incluso cuando el estrés era agudo. Esto fue interpretado de acuerdo a la teoría de diátesis-estrés, ya que la sintomatología depresiva estaba asociada con la relación interpersonal y no con la autoestima. Tampoco se observó un estilo atribucional depresógeno (tendencia a atribuir los sucesos incontrolables y aversivos a factores internos, estables y globales).



Una posible explicación para la rápida remisión de la sintomatología es la apreciación clínica inicial de un procesamiento psicológico normal, alterado por el estrés generado por la inesperada separación que tomó la forma de un intenso sufrimiento de características existenciales. Por lo tanto, tomando en cuenta la apreciación clínica y los resultados en las pruebas psicológicas no se consideró adecuado el diagnóstico descriptivo de depresión mayor. El diagnóstico descrip-

tivo que se aplicó según DSM-IV fue: F43.20: Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo-agudo (309.0). Es importante señalar que este tipo de alteración psicológica aparece en respuesta a un estresor que en el presente caso era el abandono marital (problema relativo al grupo de apoyo primario) y el pronóstico se considera bueno. Ello se confirmó por la evolución del caso y la remisión del malestar psicológico.

-Muestra desde el primer momento una actitud positiva hacia la psicoterapia y la ha demandado por iniciativa propia. Esto ayudó desde un principio a una activa auto-exploración personal, lo que se valoró desde el inicio como un efecto motivador y pronóstico de que la psicoterapia le iba a ayudar. Aceptó el hecho de que la psicoterapia le iba a exigir compromiso de examinar y comunicar sus sentimientos, sensaciones, expectativas, pensamientos, creencias y fantasías, y el esfuerzo de “evocar y re-vivir experiencias no agradables”.

I.2 - ESTRUCTURACIÓN DEL ENCUADRE TERAPÉUTICO.

Desde el inicio, el proceso terapéutico se diseñó como una relación de colaboración e investigación de los momentos en que su sentir era “doloroso”. Se procedió a trabajar en un marco de autoexploración a través de la autoobservación gradual (Guidano,1994), con el propósito de lograr una comprensión que en el momento del inicio de la psicoterapia no se apreciaba en Andrea. Para ello, se planteó comenzar a investigar poniendo la atención en los hechos de la semana que fueran incómodos en algún grado (culpa con sus hijos, impotencia de no poder revertir la situación y momentos de desesperación). Posteriormente, se le pidió al cliente que enfocara y después anotara los acontecimientos de la semana elegidos como significativos poniendo atención en su sentir (sensaciones, emociones, sentimientos) y explicar (pensamientos, expectativas, creencias). Andrea, no presentó mayores dificultades para dividir los acontecimientos en secuencias de escenas principales y aprendió a diferenciar su experiencia (su sentir inmediato diferente a su explicar) y reconstruirlas desde distintos puntos de vista. En este sentido su coherencia *conversacional/vivencial* se evaluó clínicamente al apreciar cuanto de su decir se refería a su experiencia inmediata real, con preguntas focalizadas en su sentir y autopercepción corporal: “Esto que usted me dice ahora, de su sensación de incomodidad, ¿usted cómo se da cuenta? ¿Siente en alguna parte de su cuerpo esta sensación de incomodidad?”. Se observó dificultad para “leer” los “sectores dolorosos de su experiencia”, los cuales Andrea reconoce pero le provocan extrañeza, malestar psicológico y dificultades para integrar dicha información en su narración presente (discontinuidad narrativa). Ello se apreciaba con frecuencia al explorar escenas (moviola) de discusión con su marido en donde inhibía sus emociones para sintonizarse y corresponder con él.

En todo el proceso psicoterapéutico, se tuvo especial cuidado, en que las preguntas e intervenciones sobre los temas relacionados con su malestar psicológi-

co estuvieran en función de la novedad informacional y de la calidad de conciencia y auto-comprensión que se iba logrando gradualmente. Se intentó en todo momento que los aumentos graduales de conciencia y autoconocimiento en los “sectores dolorosos” fueran graduales y funcionales a un significado emergente más articulado y saludable.

I.3 -VALORACIÓN E INTERVENCIÓN EN UN CONTEXTO DE AUTOOBSERVACIÓN

En un comienzo, el sufrimiento psicológico de Andrea es intenso, donde el estresor identificable corresponde a la ruptura matrimonial e infidelidad de su cónyuge. En base a ello, se considera adecuado iniciar un proceso de psicoterapia, puesto que se observa una relación entre indicación diagnóstica “pérdida de bienestar psicológico” (presencia de síntomas y signos) y la motivación del cliente (condición suficiente) para auto explorarse y tolerar vivencias dolorosas (Quiñones, 1999). Desde una perspectiva de exploración del significado, éste es un indicador fundamental para iniciar un proceso que busque lograr una comprensión de los sectores experienciales no decodificados suficientemente ni integrados en su verdad narrativa. Estos aspectos indicaban lo adecuado de un proceso psicoterapéutico, cuyo objeto es modificar su relación consigo misma a partir de una mayor comprensión de su experiencia no decodificada (síntomas y signos), siendo esto un obstáculo para el logro de una identidad articulada con continuidad narrativa.

Para aproximarse a la comprensión de la descompensación clínica e intervención psicoterapéutica desde una orientación cognitiva postracionalista, se conceptualizó como un caso de organización de significado personal de desorden alimentario psicogénico (Guidano, 1987; 1994). Ello se aprecia en su excesiva formalidad y preocupación de la imagen personal, perfil emocional centrado en la culpa al no sentirse corresponder con los demás, hipersensibilidad al juicio unida a necesidad de aprobación y en su actitud complaciente que era del tipo compulsivo (Crittenden, 1995; 1997). En relación con el *motivo de consulta*, se procedió a reformularlo en función del significado personal: su malestar estaba en función de su necesidad de aprobación y dificultad para diferenciarse de las expectativas de las personas significativas; y el grado de correspondencia o no a dichas expectativas afectaba su manera de sentirse. El propósito era que se pudiera ir trabajando en explorar la *secuencia de escenas cargadas de información afectiva-cognitiva* (Quiñones, 2002), implicadas en la verdad narrativa emergente y la calidad de la coherencia (dinámica experiencia-explicación) en su sentido de sí misma.

La hipótesis de la dinámica de desequilibrio clínico fue una pérdida de significado (discontinuidad narrativa) como consecuencia de la repercusión en su identidad (*dominio emotivo con predominio de los afecto de impotencia/ culpa*) del abandono imprevisto de su marido, agravado por la infidelidad, lo que desencadenó un sentido de confusión y “desmoronamiento” de su proyecto vital. Los indicadores

fueron:

a)- Sus oscilaciones en su sentido de sí misma con un perfil emocional negativo se aprecian focalizados en los siguientes aspectos:

a.1- Sentirse abandonada primero y traicionada después por su marido. La no correspondencia del marido a sus expectativas de seguir juntos lo "lee" como un sacrificio de sí misma y fracaso personal ("Todos los años de matrimonio tirados a la basura") acompañado de un dominio emocional de impotencia y rabia.

a.2- Culpa por el tipo de relación mantenida con sus hijos.

a.3- Culpa por la forma de terminar su primer matrimonio.

a.4- La juventud de la compañera de su marido le genera una definición de sí misma de ser una mujer inferior: poco atractiva, vieja, derrotada y sin esperanza. Este tema de sentirse inferior se acompaña de un sello emocional de vergüenza (véase Tomkins).

b)- Se observan oscilaciones cognitivas:

b.1- Dudas sobre si la ruptura matrimonial era definitiva o era un momento de reflexión de su marido. b.2- Cuando se cercioró de la infidelidad se inició un proceso de decepción y de revisión de la imagen de su marido. A partir de ese momento, ella valoró como terminada su relación conyugal y se observó un procesamiento mental de características más internas (locus interno).

c)- Se observan indicadores de complacencia en la relación terapéutica:

c.1- ser muy colaboradora.

c.2- traer pequeños obsequios.

d)- Tendencia a defenderse de las emociones. Su mecanismo para establecer un sentido de sí misma estable con una autoestima adecuada, lo logra al corresponder a las expectativas de los demás, e inhibe sus emociones que no van en tal dirección. Este aspecto se confirmó clínicamente en:

d.1- Estrategia defendida de los afectos y déficit en la diferenciación: Se observa un apego evitante con exclusión o inhibición del afecto negativo en sus relaciones interpersonales significativas (véase Crittenden, 1995, 1997, 2000). Principalmente se observa una inhibición y/o distorsión del afecto y una organización del procesamiento mental con énfasis en aspectos cognitivos, pero con déficit de diferenciación y límites, de manera que está siempre anticipando ("lo que el otro desea") para corresponderse con las expectativas y necesidades de su marido. Por ejemplo, narra sobre su relación conyugal ("Yo estaba bien porque él estaba bien").

d.2- Narración sobre sus padres "puramente semántica" y con dificultades para recordar momentos vividos (escenas cargadas de información afectiva-cognitiva) que vayan en la dirección de "Padres Perfectos". Cuando se le pide que describa su relación con sus padres, la describe como perfecta "son padres ejemplares".

d.3- El tipo de autoengaño ("mecanismos defensivos de su identidad") era que el pensamiento, imaginación y fantasías, funcionaban de manera coherente con un procesamiento de la ruptura matrimonial con grados variables de negación e

inhibición emocional. Por ejemplo: “fantaseo que no ha ocurrido nada y que él no está con nadie”; “pienso en que él volverá en cualquier momento”, “imagino que me está mirando y se arrepiente de haberse ido... que ahora volver a estar conmigo”.

e) Presencia de ideación suicida leve, que era baja en frecuencia y contingente a la ruptura. Ello se interpreta como asociado a la intensidad del estrés experimentado por Andrea ante la irreversibilidad de retomar su proyecto vital. Se empleó como hipótesis de trabajo para comprender la función de la ideación suicida leve (confirmada cuantitativamente por el ítem 9 del Inventario de depresión de Beck), que ésta era una manifestación de evitación del procesar la pérdida de su marido por ser una amenaza para su sentido de identidad personal. Las ideas de suicidio solamente se dieron en las primeras sesiones, y fueron interpretadas como reflejo de una disminución de la auto-integración de su historia que aparecía como sin sentido de futuro (véase en *valoración trama narrativa escrita 1ª*, el código *quiebre narrativo*: “Mi vida ya no es como antes, es un desorden completo. Mis seres queridos están sufriendo por verme así todos los días y yo no me siento capaz de salir de esto. Jamás me había sentido de esta manera”). El tema del suicidio se reformuló gradualmente y desde el inicio se abarcaron dos puntos de vista:

1) Las ideas de suicidio son una manera de evitar o de distraerse cognitivamente de la sensación de sí mismo aversiva. 2) Cualquier ser humano puede tener ideas suicidas en momentos difíciles de la vida, pero que lo importante era explorar en esos momentos de malestar el cómo surgían dichas ideas y comprender su significado.

Es de señalar que la ideación suicida desapareció al poco tiempo de iniciada la psicoterapia, lo cual se vigiló en sesión y se corroboró que era un momento de estrés agudo no procesado, lo cual se confirmó en las tres evaluaciones posteriores del Inventario de Beck, donde aparece el ítem 9 puntuado como cero “ausencia de ideación suicida”.

I.4 - TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

Las técnicas que se utilizaron en un contexto de autoobservación para analizar las escenas cargadas de información afectivo-cognitiva en una estructura de significado fueron esquemáticamente las siguientes:

- *Técnica de la moviola*: Es una técnica que se basa en el método de la autoobservación (Guidano, 1994, 2001, Dodet, 1998); permite la reconstrucción de los acontecimientos de interés terapéutico desde un punto de vista autorreferencial (se trabaja en la interfase sentir / explicar). Es una manera de observar las propias dinámicas de construcción de significado al poner en práctica el procedimiento de análisis de escenas (moviola) y guiar al paciente a cambiar de punto de vista desde el porqué al cómo. Para ello hay que hacer que se vea desde dos puntos de vista alternativos: 1° Desarrolla una escena en primera persona (punto de vista subjetivo); 2° Se observa a sí mismo desde afuera (punto de vista objetivo).

- *Autoobservación de las dinámicas afectivo cognitivas y re-narración en el*

aquí y ahora (Quiñones, 2002). En el proceso de contar la propia historia vivida, se activan funciones cognitivas que ayudan a generar posibilidades para aumentar la propia comprensión (organizada en formato narrativo) en un contexto de autoobservación focalizado en la escena (dinámica afectiva/cognitiva → sentido de coherencia y perspectiva temporal), y orientado a facilitar la emergencia de significado que produzca autorregulación cognitiva emocional y bienestar psicológico. La idea es que el cliente al contar su “historia vivida”, observando la experiencia inmediata en la que se basa su narración, trata la tensión asociada con acontecimientos pasados “que presionan por su sentido” en el presente y obtiene nueva información (afectiva y cognitiva) que genera una nueva re-narración. El cambio se manifiesta en reapropiarse de aspectos de su historia que le ayudan a aumentar el significado y agencia personal.

- *Escritos narrativos*. Para generar información en formato de escritura, a diferencia del formato oral, se solicita al cliente que escriba en primera persona sobre lo que le pasa, en un cuaderno personal, sobre lo que considera que le incomoda y/o desea expresar en ese preciso momento y que quiera compartir en sesión. Además, cuando escribe de otra persona, tiene que escribir en términos no sólo de comportamiento (lo que hizo) sino de deseos, emociones, pensamiento e intenciones. No hay límite de extensión (Véase Quiñones, 1999; 2000; 2002). Es una técnica para generar diferenciación emocional y descentración, a partir de la propia observación y verdad narrativa.

I.5 - LA INTERVENCIÓN EN UN CONTEXTO DE AUTO OBSERVACIÓN

La estrategia de intervención general se basó en la autoobservación (Guidano, 1994) y se focalizó en reconocer y revisar escenas cargadas de información que producían un déficit de regulación emocional (Quiñones, 2002) conectadas con las temáticas ligadas a su demanda.

Se procedió a la internalización del “motivo de consulta” (lo que le ocurre tiene que ver con su manera personal de generar autoconocimiento), de manera de ir logrando una reformulación gradual del problema presentado, que permitiera trabajar en la coherencia del significado personal (en la interfase entre experiencia inmediata y explicación). Se logró gradualmente que conectara su manera de sentir y explicar poniendo la atención en su sensibilidad a la aprobación de las personas significativas (2º marido e hijos) que actualmente eran fuente de malestar con un sello de impotencia, culpa, rabia y desesperación. Para ello se ahondó en los temas que se revelaron como sectores de experiencia sin sentido, no narrados de forma articulada y vividos por Andrea como “dolorosos” y “extraños”. Es importante señalar, que no hay déficit del tipo cronológico, causal ni temático (Guidano & Quiñones, 2001) sino aspectos no procesados que producen discontinuidad narrativa y sentido de extrañeza ante su situación presente. Las temáticas conflictivas observadas fueron:

impotencia sentida ante ruptura matrimonial e infidelidad; culpa asociada a su rol de madre; culpa por la manera en que abandono a su primer marido; necesidad de aprobación de las personas significativas [actitud complaciente].

Los objetivos estratégicos del proceso psicoterapéutico fueron:

1. Lograr modular y re-articular su estrategia complaciente.
2. Lograr identificación y comprensión de su perfil emocional (impotencia, culpa, vergüenza, rabia, ánimo depresivo y decepción) y los significados psicológicos asociados para una mejor regulación emocional.
3. Lograr una mayor descentración de los demás.
4. Aminorar el autoengaño y facilitar la generación de una verdad narrativa sustentada en información afectiva y cognitiva verdadera que permitiera un aumento de comprensión personal.
5. Lograr una auto-comprensión de su coherencia (dinámica entre sentir y explicar) poniendo la atención en el proceso de su ruptura afectiva, infidelidad y significado psicológico asociado.
6. Favorecer la secuencialización de su historia de vida y develar el significado psicológico de emociones y sensaciones displacenteras en los acontecimientos narrados como dolorosos y lograr la integración informacional (cognitivo-afectivo) de experiencias que no estaban integradas en su verdad narrativa.

El propósito general del proceso psicoterapéutico fue generar un aumento de flexibilidad cognitiva y emocional unido a un cambio en la calidad de su coherencia narrativa. Para ello se trabajó en lograr que conectara su sentir y su reflexión (secuencia de explicaciones), y a la vez que se diferenciara de los demás (descentrara), focalizándose en sus propias expectativas y valoraciones cuando se relacionaba con personas significativas. En este sentido se planteó lograr un aumento en las capacidades metacognitivas y afectivas para dar un nuevo significado cualitativo a su experiencia, de manera que se pudiera asimilar y acomodar su quiebre narrativo, y pudiera retomar su sentido de continuidad narrativa con perspectiva de futuro.

I.6 - FINALIZACIÓN DE LA PSICOTERAPIA: RESULTADOS

Los objetivos terapéuticos se lograron de manera significativa, puesto que Andrea logro re-narrar su “situación presente” de una manera más flexible y con mayor información sobre sí misma producto de un aumento de sus capacidades metacognitivas y emocionales. Logro una comprensión mayor sobre su historia de vida, lo cual se apreció gradualmente a partir de la sesión duodécima en adelante. Ello coincidió con el análisis cualitativo de las tareas narrativas escritas, aspecto que se hizo evidente en tarea narrativa 2ª y 3ª e indirectamente en los resultados cuantitativos que confirman el aumento de una coherencia narrativa de mayor calidad. Todo ello se interpretó como consecuencia de la ausencia de tensión entre su historia narrada e historia vivencial, producto de un grado de reconocimiento y explicación experiencial adecuado para reconocer sus sentimientos, sensaciones y

comprensión de su actitud complaciente. Dichos aspectos, antes desatendidos o excluidos de su conciencia y narración, se integran en una re-narración flexible y útil para su identidad narrativa más armónica y flexible.

Los objetivos logrados en el proceso psicoterapéutico se evaluaron a través de las siguientes fuentes de información:

a) Los indicadores de la apreciación clínica fueron:

- Una nueva actitud de aprender de sus estados emocionales negativos y de no evitarlos.
- Observar su propia historia con una actitud de aprender y de que "la vida continúa".
- En los temas tratados como conflictivos el nivel de conciencia aumentó y disminuyó el autoengaño.
- El logro de una reestructuración afectiva y regulación emocional manifestado en el procesamiento emocional y significado psicológico logrado e integrado en la narración de sí misma. Logró una imagen de su 2º marido más articulada y sin desregulación emocional.
- El balance emoción y cognición, en un contexto de mayor flexibilidad cognitiva y descentración de los demás, permitió que su construcción narrativa se enriqueciera con el procesamiento de lo que habitualmente inhibía (emociones negativas), y ello posibilitó la simbolización de su culpa, impotencia y su actitud de complacencia. La articulación de su significado personal se vio enriquecida por diferentes perspectivas y se reflejó en una coherencia narrativa flexible, que indicaba la asimilación y acomodación de experiencias vividas como dolorosas e incomprensibles en el principio de la psicoterapia.
- Comprensión de su perfil emocional y de sus temas asociados: la comprensión de las emociones de culpa e impotencia emergió como consecuencia de un mejor foco de atención, unido a una gradual comprensión de su actitud de complacer a las personas significativas. Fue logrando gradualmente develar sus respectivos significados emocionales y su sentido de sí misma narrativo. Se logró una mayor articulación en su significado como consecuencia de su aumento de la diferenciación gradual (descentramiento) entre información personal e información "del otro", entendiendo su personal necesidad de aprobación social. Su narración de sí misma se enriqueció por su autoconocimiento de:
 1. La simbolización de su culpa se relaciona con aumento de conciencia e *insight* sobre su creencia disfuncional de que su rol de madre estaba en competencia con su rol de esposa. Por una parte, un sentido emergente de resolución lograda en la "reparación". Ello se aprecia en la satisfacción y ausencia de tensión en la relación actual con sus hijos. Y, por otra parte, en una mayor comprensión de su manera de generar significado y de las

razones del “por qué” abandonó a su primer marido.

2. La simbolización de su impotencia se relaciona con aumento de conciencia y un nuevo significado con sentido de resolución. Ello se manifestó en que Andrea logró identificar el tema de su dolor y otorgar un sentido narrativo a su impotencia. A ello contribuyó el entender su situación pasada “no resuelta” y rearticular el dolor que sintió cuando ella abandonó a su primer marido, lo que le ayudó a comprender el ser abandonada por su 2º marido.

3. La simbolización de su actitud complaciente se relaciona con aumento de conciencia e insight de su necesidad de complacer para evitar rechazo y corresponder a expectativas para sentirse definida positivamente. Los aspectos a destacar son: 1- Apreciar que las relaciones no son incondicionales. 2- Los seres humanos no son seres perfectos. 3- Readecuación de sus creencias respecto a diferencia de roles. 4- Comprender el sentido de sus «estallidos» de rabia.

b) Los resultados obtenidos en las pruebas psicológicas (1ª, 2ª, 3ª y 4ª) indicaron una remisión de los síntomas a partir de la duodécima sesión. La cuarta evaluación muestra que la remisión de la sintomatología se mantuvo en el tiempo.

c) Los indicadores del análisis cualitativo de las tareas narrativas indican procesamiento narrativo y bienestar psicológico (véase más adelante análisis cualitativo).

Llegados al tema de la finalización de la psicoterapia, Andrea lo valoró como adecuado y con satisfacción personal por “haber podido salir adelante”. También se habló de la existencia de la posibilidad de sentir malestar por tensiones en el futuro y se planteó la importancia de mantener la actitud lograda hasta ese momento y que implicaba tolerar y aprender de las emociones y sensaciones displacenteras que cualquier ser humano vive en la vida. El seguimiento se hizo al mes y medio de haber finalizado la psicoterapia de común acuerdo, y no se apreciaron indicadores de recaída ni problemas en ninguna de las áreas trabajadas. A su vez, la tarea narrativa escrita “de seguimiento” y las pruebas aplicadas, coincidieron en confirmar la apreciación clínica de ausencia de indicadores de sintomatología y sufrimiento psicológico.

II. ANÁLISIS CUALITATIVO DE TAREAS NARRATIVAS

II.1 – ATLAS/ti: HERRAMIENTA DE ANÁLISIS HERMENÉUTICO

ATLAS/ti es una herramienta cualitativa para el análisis de grandes volúmenes de datos textuales. Facilita considerablemente muchas de las actividades implicadas en el análisis de textos y la interpretación. Su propósito no es automatizar el proceso de análisis, sino facilitararlo. Como sostiene Muñoz (2003) ATLAS/ti es “una herramienta de trabajo que ayuda al intérprete humano”. Hay dos niveles de

trabajo y el proceso de análisis implica un constante ir y venir entre ambos niveles:

- NIVEL TEXTUAL: implica actividades como segmentación del texto en citas, codificación de las citas, y escritura de comentarios que facilitarán la recuperación de información.

- NIVEL CONCEPTUAL: implica actividades de elaboración de modelos mediante la representación gráfica y la conexión de todos los elementos (citas, códigos, notas) incluidos en la unidad hermenéutica, que es el fichero en el que se graba toda la información relacionada con el análisis, desde los documentos primarios que serán objeto de análisis hasta las anotaciones.

El uso del análisis cualitativo en psicoterapia usando ATLAS/ti permite investigar de manera rigurosa y sistemática el significado psicológico en proceso (Quiñones, 1999), puesto que nos facilita inferir una posible estructura "trama narrativa personal" de los datos autorreferenciales reales (conversacionales o escritos) y sus posibles relaciones conceptuales hipotéticas que se van construyendo en el análisis. Nos permite un camino de pensamiento acerca de los datos y de su conceptualización a través de relaciones e hipótesis desde un punto de vista de metodología constructivista acorde a una epistemología de la construcción del significado intersubjetivo. Es una potente "herramienta hermenéutica" que facilita el análisis conceptual de cualquier proceso psicoterapéutico ya que permite evaluar temáticas implícitas en la coherencia y continuidad del significado personal. Lo más importante es que nos acerca a una historia de vida respetando la autorreferencialidad fenomenológica.

II.2 - DISEÑO DE CASO ÚNICO

La presente investigación es una exploración de caso único, cuyo objetivo es el análisis cualitativo de escritos para valorar el cambio en psicoterapia. Se utilizó el software ATLAS/ti versión (win 4.2, 1997-1999) como herramienta de ayuda para el análisis del material textual. Para ello, se utilizó análisis de contenido temático que se fue construyendo en fases a medida que se iba desarrollando el proceso psicoterapéutico e investigación.

La duración de la psicoterapia fue de seis meses, con un total de 24 sesiones y una vigésimo quinta sesión de seguimiento. El seguimiento se realizó un mes y medio después de finalizado el proceso psicoterapéutico, en que se aplicaron las pruebas psicológicas y Andrea entregó la tarea narrativa 4ª correspondiente al día previo a la evaluación. El contexto de atención psicológica fue la consulta privada y las sesiones tuvieron una duración de 50 minutos. La frecuencia fue de una vez por semana.

Los *códigos* son la unidad básica de análisis y el trabajo se realiza con los códigos más que con los datos (texto) en sí. Los códigos hacen referencia a pasajes de texto y suelen consistir en conceptualizaciones que "resumen" los datos referenciados y agrupaciones de esos datos. En la investigación de tareas narrativas,

se escogió una estrategia del tipo *bottom-up*, es decir, a partir del análisis previo de los datos textuales se elabora paulatinamente la lista de códigos a utilizar, que en el presente caso fueron 37 códigos (Véase lista de códigos y definiciones). Las variables consideradas fueron: el proceso psicoterapéutico como variable independiente, y los códigos observados (indicadores cualitativos) en las *tareas narrativas escritas* como variable dependiente. En el diseño se distinguen tres fuentes de información que fueron comparados:

- 1° Valoración clínica.
- 2° Se aplicaron pruebas para medir síntomas y signos de manera de tener un criterio objetivo de remisión, mantenimiento, frecuencia y aumento de la intensidad de los síntomas. Las pruebas aplicadas se tomaron como una manera de testar el análisis cualitativo en las tareas narrativas escritas. Las evaluaciones se hicieron en cuatro momentos del proceso psicoterapéutico. Los Instrumentos fueron el Inventario de Beck, la Escala de adaptación, Escala de autoestima y la Escala de miedo a la evaluación negativa.

MOMENTO 1 (2ª sesión)	MOMENTO 2	MOMENTO 3	MOMENTO 4
Tarea narrativa escrita 1ª	Tarea narrativa escrita 2ª	Tarea narrativa escrita 3ª	Tarea narrativa escrita seguimiento 4ª
Línea base.	Duodécima sesión	Vigésimo cuarta sesión	Vigésimo quinta sesión

- 3° Análisis de contenido temático en fases: Se utilizó el software ATLAS/ti para el procedimiento de análisis de los códigos de las diferentes transcripciones ordenadas en documentos llamados primarios en orden secuencial: tareas narrativas escritas 1ª, 2ª, 3ª y 4ª. Dichos "documentos primarios" se pusieron en la unidad hermenéutica llamada Clínica.

II.3 - PROCEDIMIENTO

Para generar las tareas narrativas escritas, se pidió al cliente que escribiera en un cuaderno personal sobre lo que consideraba que le incomodaba y/o deseaba expresar en ese momento, especificando que no había límite de extensión. Se transcribieron secuencialmente las cuatro "tareas narrativas escritas". En las transcripciones se cambiaron los nombres de las personas y lugares con el objeto de que no se reconociera la identidad de las personas. El proceso de análisis se desarrolló sobre la base de:

1° se trabajó a nivel textual en segmentación del texto en citas, codificación de las citas, y escritura de "notas" y comentarios que facilitarían la recuperación de la información para escribir la investigación.

2° se trabajó a nivel conceptual en la elaboración de modelos mediante la representación gráfica y conexión de todos los elementos (citas, códigos, notas, familias y construcción de networks) incluidas en la unidad hermenéutica llamada

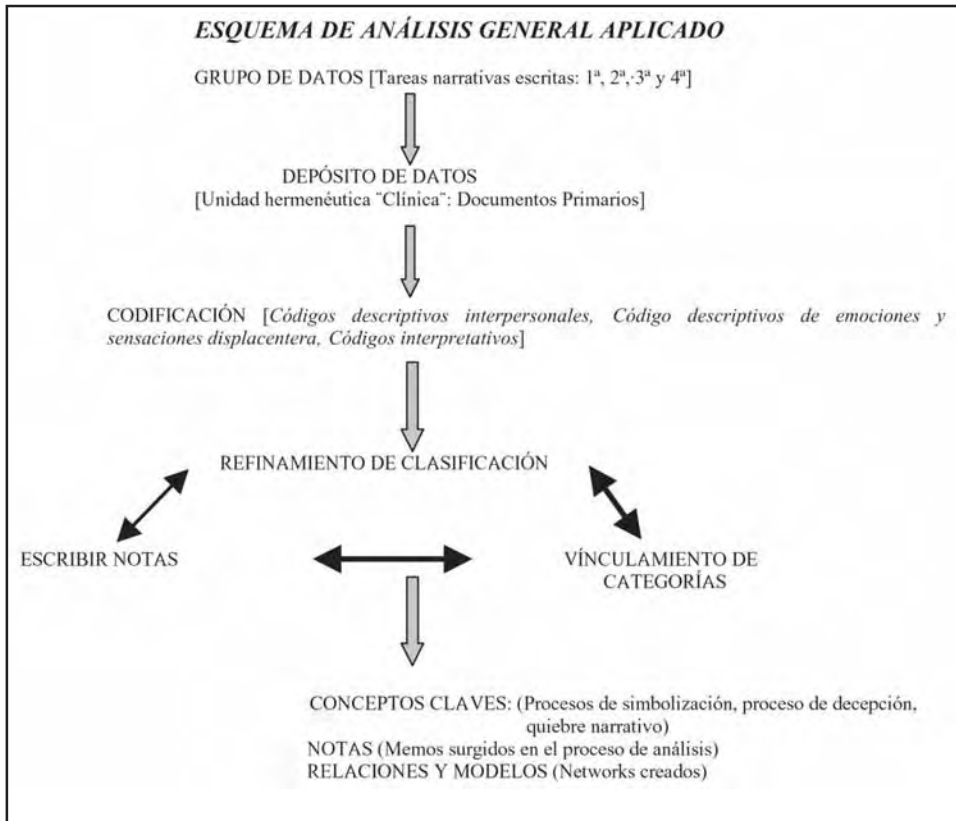
clínica.

El análisis no se limitó a un tratamiento mecánico de los datos, sino que implicó una actividad reflexiva, interpretativa y teórica sobre los mismos. En la codificación trabajaron dos psicólogos clínicos con formación en psicoterapia. Los 37 códigos usados en la presente investigación se definieron de mutuo acuerdo (criterio inter-jueces). Las reglas de codificación aplicadas fueron las siguientes:

1- La unidad de análisis fue la frase.

2- Se respetó la puntuación en las tareas narrativas escritas. A cada una de estas unidades de significado se le aplicó un código. En los casos en que había dos frases separadas por un punto seguido y que hacían referencia al mismo significado se codificó con un único código.

3- En el caso de los códigos denominados “narra sobre” se aplicó a los párrafos en que se hiciera referencia a una persona o a sí misma. En caso de haber más personajes en el párrafo se diferenció siempre respetando la puntuación.



II.4 - TIPOS DE CÓDIGOS Y DEFINICIONES

La manera de organizar la información una vez concluida la codificación textual en la primera fase, fue hacer una tipología de códigos para facilitar el posterior análisis y establecimiento de relaciones. Finalmente se llegó a la siguiente tipología de códigos agrupados en tres grupos:

- a) *Códigos descriptivos interpersonales*: tienen por objeto identificar a qué persona(s) se refiere el contenido del segmento de texto significativo. Hay dos subtipos diferenciados: Los positivos son auto-valoraciones positivas (+) y Los negativos son auto-valoraciones cargadas emocionalmente (-). Son los siguientes: narra sobre marido tn3 [diferenciación](+), narra sobre novia tn1(-), narra sobre Andrea tn3 [unidad y propósito](+), narra sobre compañeros trabajo tn4 [apoyo +], narra sobre comparación de maridos tn3 (+), narra sobre grupo religioso tn3 [apoyo](+), narra sobre grupo religioso tn4 [apoyo](+), narra sobre hijos tn1[Apoyo](+), narra sobre hijos tn2[apoyo] (+), narra sobre hijos tn3 [apoyo y reparación](+), narra sobre hijos tn4 [Apoyo y reparación](+), narra sobre marido tn1(-), narra sobre marido tn2 (-), narra sobre marido y novia tn2 (-), narra sobre novia tn2(-), narra sobre sí misma tn4[unidad y propósito](+), narra sobre tensión marido e hijos tn1(-).
- b) *Código descriptivos de emociones y sensaciones displacenteras*: identifican determinadas manifestaciones psicológicas valoradas como negativas por parte del autor de las propias tareas narrativas. Son: culpa, impotencia, vergüenza y ánimo depresivo.
- c) *Códigos interpretativos*: aluden a procesos psicológicos inferidos, que tienen un cariz más inferencial y explicativo. Hay dos subtipos diferenciados: Los que tienen un sentido positivo son los que contribuyen al bienestar psicológico y se indica con un signo positivo (+) y los que tienen un sentido negativo se consideran no asociados a bienestar psicológico y se les indica con un signo negativo (-). Son los siguientes: Apoyo social (+), bienestar psicológico (+), conciencia autoengaño (+), continuidad narrativa (+), proceso de decepción (+), explicación generativa (+), locus interno (+), actitud complaciente (-), explicación restrictiva (-), simbolización actitud complaciente (+), simbolización culpa (+), simbolización impotencia (+), imagen comprensible de su marido (+), negación (-), quiebre narrativo (-).

II.5 - LISTA DE CÓDIGOS Y DEFINICIONES

Por razones de espacio se pondrán algunos códigos y definiciones:

ACTITUD COMPLACIENTE (-):»Es una actitud que alude a un grado de incondicionalidad en sus relaciones y ausencia de conciencia de su necesidad de complacer para sentirse valorada.»

APOYO SOCIAL (+):»Es un código que se refiere a la percepción que tiene un sujeto de la existencia de un número de personas con las que contar cuando sea necesario. Este indicador tiene cinco aspectos que son factores protectores en Andrea]: 1- Apoyo de sus hijos juega en Andrea un motivo fundamental para seguir adelante. 2- Apoyo de marido actual.3- Apoyo de primer marido.4- Apoyo del grupo religioso. 5- Colegas de su trabajo.»

BIENESTAR PSICOLÓGICO (+):»Se observa en:1- Diferenciación de afecto y cognición para dar sentido a su experiencia. 2- Sensación de autoeficacia por lograr una mejor relación (reparación) con sus hijos. 3- El grado de decepción de su marido ayudó a refutar expectativas de que lo que ocurría no era real. Este aspecto facilitó procesar y reorganizar la pérdida afectiva y aceptar que su matrimonio se había terminado.»

CONCIENCIA AUTOENGAÑO (+):»Conciencia del uso de la negación como mecanismo de autoengaño (Self Deception)».

CONTINUIDAD NARRATIVA (+):»Es un código que alude a retomar su sentido de vida (pasado, presente y futuro), aspecto que se considera en la no presencia de referencia a un sentido de extrañeza y sufrimiento intenso presente.»

CULPA:»La culpa se asocia a: 1- Auto-reproche por no haberse preocupado lo suficiente por sus hijos en su segundo matrimonio. 2- La manera en que dejó a su primer marido.»

EXPLICACIÓN GENERATIVA (+):»Son explicaciones que facilitan dar un significado a la experiencia vivida (mayor reconocimiento del sentir y posterior simbolización). Estas explicaciones muestran flexibilidad cognitiva y se relacionan con poder obtener nueva información de sus relaciones vividas (evocación) y revalorarlas logrando una coherencia narrativa de mayor flexibilidad. Esto se aprecia en: 1- Ausencia de tensión en su rol madre y esposa, puesto que tiene conciencia y comprensión del sentido que jugaba su actitud de complacer en el pasado. 2- La actitud de aprender de sus estados emocionales negativos y no evitarlos. 3- Observar su propia historia y aprender de ella.4- Aumento de responsabilidad y comprensión de sus decisiones.5- Conciencia de que es un ser humano con virtudes y defectos.»

EXPLICACIÓN RESTRICTIVA (-):»Las explicaciones no le generan comprensión de su sentir en el momento presente y contribuyen a su discontinuidad narrativa (incomprensión de su presente). Se relacionan exclusivamente con el abandono de su marido.»

IMAGEN COMPENSABLE DE MARIDO (+): «Es una valoración positi-

va y amplía de la imagen que Andrea tiene de su marido posterior a la ruptura matrimonial. Es una aceptación de la situación de separación matrimonial. No se aprecia rabia ni impotencia.»

IMPOTENCIA:»El objeto de la reacción emocional de impotencia es el marido. Está asociada a: 1- No poder revertir la situación de ruptura marital inesperada e incontrolable. 2- La infidelidad inesperada. 3- Sentir que no puede competir con la mujer más joven.»

NEGACIÓN (-):»Es la manera de negar la situación de separación y engaño. La dinámica interna consiste en fantasear que su marido va a regresar en cualquier momento o que no ha ocurrido nada importante que perjudique la continuidad de la relación conyugal.»

NARRA SOBRE ANDREA TN3 [UNIDAD Y PROPÓSITO] (+):»Andrea valora positivamente: 1- Su vida presente. 2- Sus expectativas de futuro.»

NARRA SOBRE COMPARACIÓN DE MARIDOS TN3 (+):»El comparar a ambos maridos y revalorar aspectos de su relación, ha sido identificado como uno de los mecanismos de cambio en Andrea. Hay tres aspectos que destacan: 1- La comparación de dos experiencias temporalmente distantes, una pasada y otra presente, ha generado una reorganización de su sentido de identidad personal. 2- El tema del perdón tiene un contexto histórico de una experiencia que ha reverberado en Andrea y que alude a la forma de terminar su primer matrimonio, y que en el momento presente se repite en su segundo matrimonio pero como una « inversión de los personajes», en el sentido que ahora es ella la dejada. 3- Andrea tiene una imagen positiva de su primer marido, específicamente como padre de sus hijos y como un excelente amigo tiempo después de la separación.»

NARRA SOBRE HIJOS TN3 [APOYO Y REPARACIÓN] (+):»Hay una valoración positiva de la calidad de la relación lograda con sus hijos. Se observa relacionado a un foco interno de responsabilidad (locus interno).»

NARRA SOBRE MARIDO TN1 (-):»El objeto de narración es el marido y las valoraciones son todas negativas.»

NARRA SOBRE MARIDO TN2 (-):»Alude a decepción y pérdida de esperanza de volver a reiniciar su vida conyugal. Se acompaña de sensaciones de soledad y de pérdida de sentido de vida.»

NARRA SOBRE MARIDO TN3 [DIFERENCIACIÓN](+):»Se aprecia conciencia de su necesidad de complacer e inhibir su sentir (coherente con hipótesis de estilo vincular evitante del tipo A3 ó A4).»

NARRA SOBRE MARIDO Y NOVIA TN2 (-):»El verlos juntos en el parque es un poderoso mecanismo que rompe el círculo de la negación como mecanismo de autoengaño.»

NARRA SOBRE NOVIA TNI (-):»Destaca: 1-La juventud de la mujer actual de su marido. 2- Sentirse impotente.»

NARRA SOBRE TENSIÓN ENTRE MARIDO E HIJOS TNI(-):»Hace referencia a la postergación de los hijos para dedicarse a atender al marido (actitud de complacer).»

PROCESO DE DECEPCIÓN (+):»El objeto de decepción es el marido y tiene la particularidad de iniciarse de manera visual, ya que al verlo junto con la novia, en su «parque favorito», le provoca una intensa activación emocional. Posteriormente, comienza el procesamiento emocional/cognitivo de la pérdida afectiva sin tener dudas si la infidelidad es real o no.»

QUIEBRE NARRATIVO (-):»Se observa discontinuidad narrativa reflejada en una imposibilidad de relatar su situación presente de abandono con un sentido de resolución. Hay una valoración negativa del presente y una expectativa negativa del futuro.»

SIMBOLIZACIÓN ACTITUD COMPLACIENTE (+): «Conciencia y significado de su necesidad de complacer para sentirse bien consigo misma. Los aspectos a destacar son: 1- Apreciar que las relaciones no son incondicionales. 2- Los seres humanos no son seres perfectos. 3- Readecuación de sus creencias respecto a diferencia de roles. 4- Comprender su sentido de «estallidos» de rabia.

SIMBOLIZACIÓN CULPA: «Conciencia y significado de: 1- Culpabilidad sentida por creer que su rol de madre estaba en competencia con su rol de esposa. 2- Un sentido emergente de resolución (reparación) que se muestra en la satisfacción en su relación actual con sus hijos. 3- Comprensión de las razones de por qué dejó a su primer marido.»

SIMBOLIZACIÓN IMPOTENCIA (+):»Conciencia y significado de un sentido de resolución asociado a: 1-Identificar el tema de su dolor, le permitió otorgar un sentido a su emoción. 2- Comprender el dolor que sintió su primer marido cuando ella lo abandonó, le ayudó a entender su situación actual.»

II. 6 - CONSTRUCCIÓN DE TABLAS DE FRECUENCIA DE CÓDIGOS

Se establece la tabla de frecuencias de los tipos de códigos contenidos en la unidad hermenéutica denominada clínica.

TABLA DE CÓDIGOS INTERPERSONALES

CÓDIGOS INTERPERSONALES	TNE1^a	TNE2^a	TNE3^a	TNE4^a	Totales
narra sobre Andrea tn3 [unidad y propósito](+)	0	0	7	0	7
narra sobre Andrea tn4[unidad y propósito](+)	0	0	0	2	2
narra sobre compañeros trabajo tn4 [apoyo +]	0	0	0	1	1
narra sobre comparación de maridos tn3 (+)	0	0	2	0	2
narra sobre grupo religioso tn3 [apoyo](+)	0	0	1	0	1
narra sobre grupo religioso tn4 [apoyo](+)	0	0	0	1	1
narra sobre hijos tn1[Apoyo](+)	1	0	0	0	1
narra sobre hijos tn2 [Apoyo](+)	0	2	0	0	2
narra sobre hijos tn3 [Apoyo y reparación](+)	0	0	3	0	3
narra sobre hijos tn4 [Apoyo y reparación](+)	0	0	0	2	2
narra sobre marido tn1(-)	5	0	0	2	7
narra sobre marido tn2 (-)	0	10	0	0	10
narra sobre marido tn3 [diferenciación](+)	0	0	2	0	2
narra sobre marido y novia tn2 (-)	0	9	0	0	9
narra sobre novia tn1(-)	2	0	0	0	2
narra sobre novia tn2 (-)	0	1	0	0	1
narra sobre tensión entre marido e hijos tn1(-)	2	0	0	0	2

TABLA DE CÓDIGOS INTERPRETATIVOS

CÓDIGOS INTERPRETATIVOS	TNE1^a	TNE2^a	TNE3^a	TNE4^a	Totales
actitud complaciente (-)	1	1	0	0	2
apoyo social (+)	1	1	3	4	9
bienestar psicológico (+)	0	0	2	4	6
Conciencia autoengaño (+)	0	3	0	0	3
continuidad narrativa (+)	0	0	5	4	9
explicación generativa (+)	0	1	5	0	6
explicación restrictiva (-)	1	0	0	0	1
imagen comprensible del marido (+)	0	0	2	1	3
locus interno (+)	0	0	6	0	6
Negación (-)	2	0	0	0	2
parque favorito	0	2	0	0	2
proceso de decepción (+)	3	8	0	0	11
quiebre narrativo (-)	3	0	0	0	3
simbolización actitud complaciente (+)	0	2	8	0	10
simbolización culpa (+)	0	1	4	0	5
simbolización impotencia (+)	0	0	2	0	2

TABLA DE CÓDIGOS DESCRIPTIVOS

CÓDIGOS DESCRIPTIVOS	TNE1^a	TNE2^a	TNE3^a	TNE4^a	Totales
culpa	2	0	0	0	2
impotencia	2	6	0	0	8
vergüenza	0	1	0	0	1
ánimo depresivo	5	4	0	0	9

II.7 - TRABAJO CONCEPTUAL EN LAS TAREAS NARRATIVAS ESCRITAS

Los *networks* o redes son uno de los elementos principales en el proceso de construcción de modelos teóricos. Permiten establecer o mostrar, gráficamente, relaciones entre los conceptos encontrados en la fase textual, lo que permite representar información compleja de una forma intuitiva mediante gráficos (Muñoz, 2003). La estructura del trabajo conceptual de las tareas narrativas escritas se planteó en cuatro fases:

- A- Personajes a que se refiere la narración en cada una de las tareas narrativas escritas.
- B- Valoraciones en cada tarea narrativa escrita. Se refiere a los tipos de discrepancia sentidas asociados a los personajes de la trama narrada.
- C- Análisis de la evolución del procesamiento narrativo de las emociones, sensaciones perturbadoras y actitudes en las tareas narrativas: Eje de narraciones.
- D- Análisis cualitativo de los procesos psicológicos presentes en el proceso psicoterapéutico.

A- Personajes a que se refiere la narración en cada una de las tareas narrativas escritas.

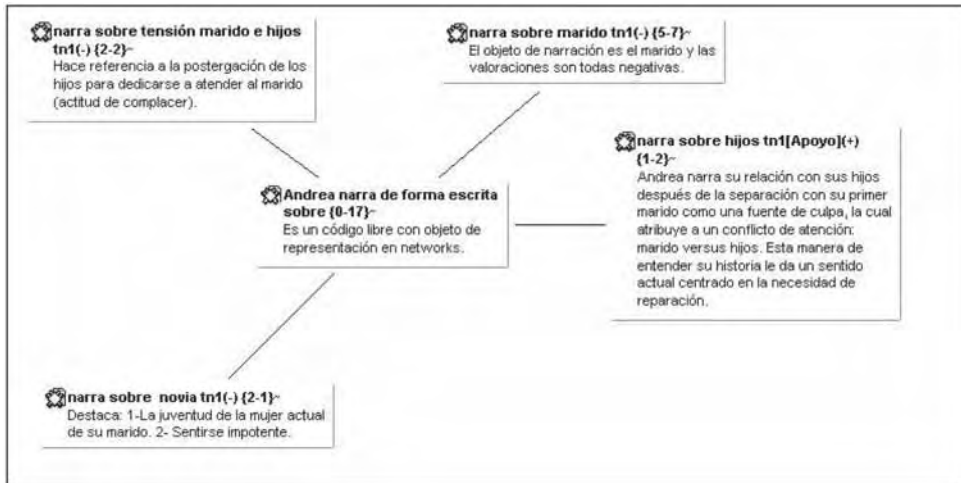
Se identificó en las narraciones escritas a las personas sobre las que narra Andrea. El propósito fue develar la red de relaciones donde se dan los tipos de significado inferidos y posibles conflictos temáticos. Para ello se observó en la tabla de frecuencia la presencia o ausencia de los códigos interpersonales, y a partir del análisis se construyó un network para cada una de las tareas narrativas escritas. A cada uno se le dio la siguiente etiqueta: Personajes en trama narrativa escrita 1^a.[Línea base]; Personajes en trama narrativa escrita 2^a; Personajes en trama narrativa escrita 3^a.[Final psicoterapia]; Personajes en trama narrativa escrita 4^a.[Seguimiento].

A.1- Personajes en trama narrativa escrita 1^a

Del análisis de la tabla de frecuencia de códigos interpersonales, se aprecia que los personajes y temas de la primera tarea narrativa [tn1] se desarrollan en torno a: narra sobre marido (-); narra sobre tensión entre marido e hijos (-); narra sobre novia (-); narra sobre hijos [Apoyo](+). Las valoraciones generales de los temas pueden subdividirse en dos grupos, usando para ello el signo asociado a valoración cualitativa de lo narrado e identificado en el código interpersonal con el signo [(+) ó (-)]: Tres temas con valoración negativa están referidos al marido [signo -] y un tema con valoración positiva [signo +] que alude al apoyo emocional de sus hijos.

En la narración escrita, la constante es la referencia negativa hacia el marido. En todos los párrafos de la tarea escrita hace referencia al marido con una evidente

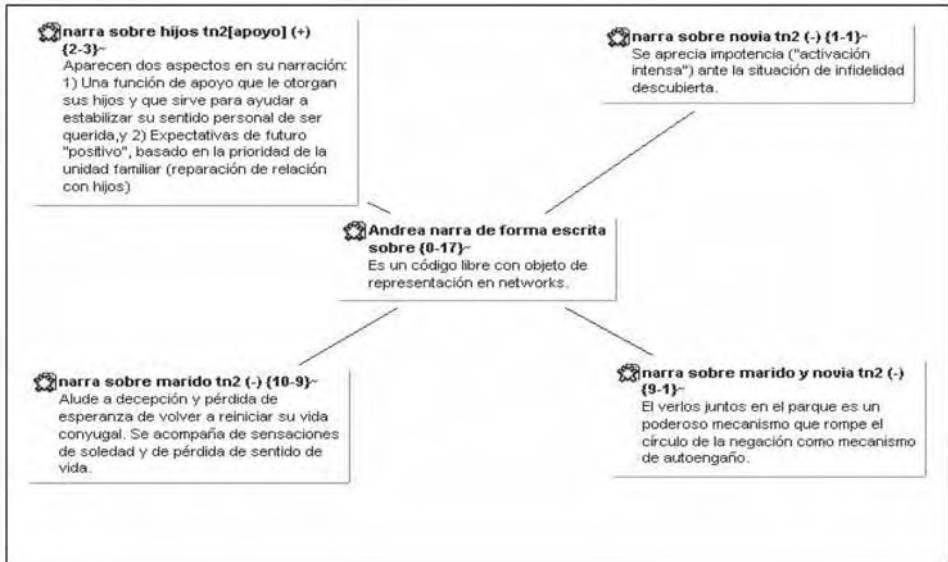
valoración negativa y la frecuencia (igual a 5) fue interpretada como indicador de intensidad emocional. Los otros dos elementos del diagrama con valoraciones negativas están subordinados al tema del marido y uno es dirigido a la tensión de roles con hijos y el otro a la situación de infidelidad. La problemática que se observa del análisis es que el personaje central de conflicto psicológico es su marido y el tema es la separación conyugal.



A.2- Personajes en trama narrativa escrita 2ª

Del análisis de la tabla de frecuencia de códigos interpersonales, se aprecia que los personajes y temas de la segunda tarea narrativa son iguales que la observada en la primera, lo que se interpreta como una continuidad temática: narra sobre marido (-); narra sobre marido y novia (-); narra sobre novia (-); narra sobre hijos [Apoyo](+). Por una parte, se observan tres temas con valoración negativa [signo -] que se unifican en el tema de su ruptura afectiva y mantienen como personaje central a su marido. Por otra parte, se mantiene la misma valoración positiva [signo +] que hace referencia al apoyo emocional de los hijos.

La estructura de los personajes sobre los que narra se mantienen igual que en la tarea narrativa anterior, pero el escenario en donde se desarrolla la narración es diferente, puesto que se basa sobre una “experiencia vicaria”, que consistió en observar a su marido y su novia en un parque, y posteriormente Andrea participa en una acalorada discusión.



A.3- Personajes en trama narrativa escrita 3ª

Del análisis de la tabla de frecuencia de códigos interpersonales, se aprecia que los personajes y temas de la tercera tarea narrativa (final de la psicoterapia) son diferentes cualitativamente y cuantitativamente a los observados en la segunda tarea narrativa, lo que se interpreta como un signo de reorganización de significado. Los personajes y temas que aparecen son cinco: narra sobre Andrea tn3 [unidad y propósito](+); narra sobre comparación de maridos tn3 (+); narra sobre marido tn3 [diferenciación](+); narra sobre hijos tn3 [Apoyo y reparación](+); narra sobre grupo religioso tn3 [apoyo](+). En este escrito las valoraciones generales de los temas no se subdividen en positivo y en negativo como en las tareas 1ª y 2ª. Aparecen unas diferencias cualitativas significativas y también cuantitativas, puesto que todas las valoraciones generales de los temas tienen un signo positivo que contribuyen a su bienestar personal asociado a una reorganización de significado de los temas conflictivos. También aparecen dos nuevos temas que otorgan perspectiva inmediata y futura, el primero tiene relación con un sentido de unidad y propósito, y el segundo tiene relación con actividades espirituales valoradas como positivas y significativas.



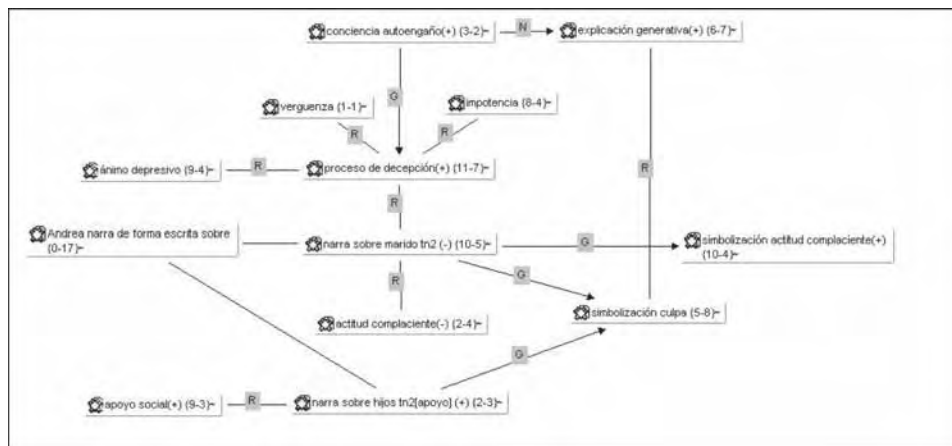
A.4- Personajes en trama narrativa escrita 4ª [seguimiento]

Es un escrito centrado en sí misma, donde destacan los siguientes aspectos: planes futuros unidos a expectativas y sentimientos positivos; valoración de sentirse en su trabajo cómoda, sin indicadores de malestar psicológico. Se observa un estado mantenido de bienestar psicológico; una valoración positiva del apoyo y comprensión manifestado por sus colegas ante su proceso de separación; que la relación con sus hijos sigue siendo valorada como de mejor calidad; valoración de la relación e imagen de su marido “post-separación” diferenciando aspectos positivos y negativos e integrándolos en una “imagen sensata y realista”. Cabe subrayar que escribe sobre su marido usando el prefijo “ex” y que el grupo religioso cumple una función de apoyo y da sentido a su vida.

B. - VALORACIONES SOBRE LOS ELEMENTOS NARRADOS EN LAS TRAMAS NARRATIVAS ESCRITAS

Sobre la base de la identificación de personas y temas asociados, se procedió a construir networks que tienen por objeto identificar y mostrar la presencia y relación entre los códigos descriptivos (emociones y sensaciones displacenteras) y los códigos interpretativos, en cada tarea narrativa escrita por separado. Para ello se analizó las tablas de frecuencia de códigos, con el propósito de apreciar los conflictos y su grado de procesamiento psicológico en base a su presencia o ausencia. La frecuencia observada es sólo orientativa en esta fase del análisis y lo que conduce la interpretación es la valoración hermenéutica en función del significado personal. Se construyeron cuatro networks y las relaciones mostradas son: *r* “es asociado con”; *g* “es parte de”; *n* “es causa de”. Se denominaron

del procesar su experiencia de «quiebre histórico» y aceptación de lo irreversible de su separación. Hay una activación emocional intensa y un inicio de posible reestructuración emocional y diferenciación cognitiva. Todo ello probablemente a raíz del proceso de decepción cualitativamente diferente en intensidad y alta en frecuencia (igual a 8) observado en la tabla de códigos interpretativos.



B.3-VALORACIÓN EN LA TRAMA NARRATIVA ESCRITA 3ª

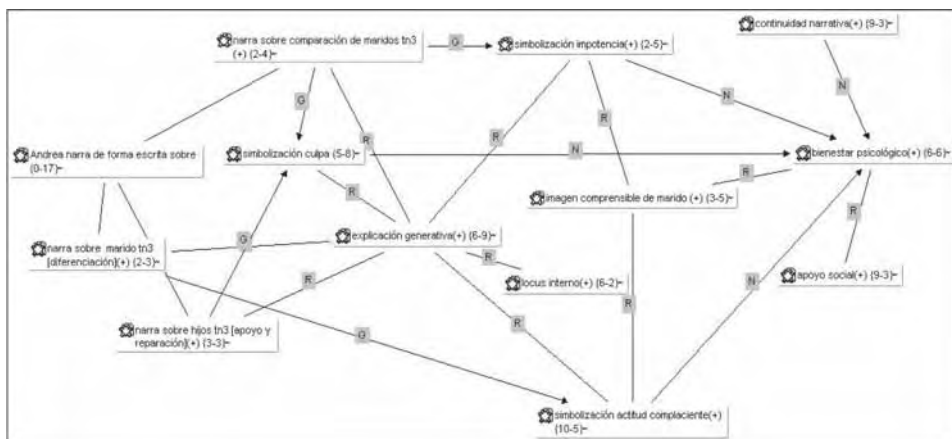
En la valoración de la trama narrativa escrita 3ª (final de la psicoterapia) se observa una simbolización narrativa de los aspectos emocionales, aspectos que eran excluidos en un principio del procesamiento psicológico. Estos aspectos emocionales asociados al bienestar psicológico son: simbolización de la culpa (f = 4), simbolización de la impotencia (f = 2) y simbolización de la actitud complaciente (f = 8). Se observa una evidente comprensión de su actitud de complacer.

El network que se ve a continuación se construyó sobre la base de los códigos presentes en la tabla de frecuencias (TNE 3ª) y en los comentarios asociados que iban surgiendo en el análisis textual/conceptual. El trabajo conceptual permite sostener que la re-narración está focalizada en no evitar las sensaciones y emociones valoradas por Andrea como displacenteras. Ello es permitido básicamente por la simbolización de su actitud complaciente, lo cual tiene un poderoso efecto terapéutico. Ello ha permitido una re-narración que se ha hecho a partir de volver a vivir (evocación) los episodios conflictivos y de conducir la atención a aspectos no considerados, de manera de lograr una decodificación emocional y cognitiva de mayor complejidad (moviola y técnicas asociadas). Ello permitió actualizar y posteriormente facilitar la reordenación en un significado con una coherencia narrativa (historia con inicio, desarrollo y sentido de final con un perfil emocional regulado) de mayor flexibilidad.

En lo fundamental se observa en sus escritos que ha logrado una auto-

narración que no mantiene la tensión entre historia narrada e historia vivencial, de modo que se hace posible el reconocimiento y procesamiento de información, es decir, una valoración y un procesamiento de las experiencias “sin sentido” en una re-narración con un sentido cualitativamente positivo. De hecho es interesante subrayar que la imagen que narra Andrea sobre su 2º marido es positiva en cierto grado (posterior a la ruptura matrimonial), lo cual empezó a ocurrir entre el 4º y 5º mes después de haber iniciado el proceso terapéutico. Se interpretó como una re-valoración y aceptación de la situación de separación, diferenciándose psicológicamente de su marido, lo que era posibilitado por una mayor comprensión de su propia manera de generar autoconocimiento.

En el proceso psicoterapéutico, a través del análisis de escritos, se confirmó que el perfil emocional dinámico que generaba el malestar psicológico se caracterizaba por la impotencia y la culpa, y que la actitud de complacer contribuía significativamente a ello. Por otra parte, se observó que la presencia de códigos interpretativos (procesos psicológicos) era creciente en orden secuencial (TNE 1ª = 6 códigos; 2ª = 7 códigos; 3ª = 9 códigos) y coherente con las pruebas psicológicas y la apreciación clínica.



B.4- VALORACIÓN EN LA TRAMA NARRATIVA ESCRITA 4ª

En la valoración de la trama narrativa escrita 4ª, que correspondió a la sesión de seguimiento, se observa en Andrea un sentido de mayor integración de sus vivencias pasadas con una sensación de paz interior y experiencias agradables en el momento presente con sus hijos. Se observa un sentido de temporalidad fluido, una mayor integración de sus experiencias pasadas con una nueva re-valoración cualitativa positiva presente y con una perspectiva de futuro. Se aprecia que se mantiene la actitud de no evitar explorar sus sensaciones y emociones, presenta un grado mayor de diferenciación y de conciencia. Acompañado de una re-valoración

y comprensión de su actitud complaciente en el pasado, de manera que pudiera corresponder y lograr aprobación social, negando e inhibiendo, en ocasiones, su sentir. La interpretación a nivel psicológico es que hay una reorganización de significado mantenida y de valencia positiva.

C- ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DEL PROCESAMIENTO NARRATIVO DE LAS EMOCIONES, SENSACIONES PERTURBADORAS Y ACTITUDES EN LAS TAREAS NARRATIVAS: EJE DE NARRACIONES

Se procedió a buscar los indicadores de procesamiento de las emociones y sensaciones displacenteras interpretadas como fundamentales en el sufrimiento psicológico presentado por Andrea. Para ello se analizaron de manera secuencial tres códigos interpretativos en los tres diferentes momentos del proceso psicoterapéutico.

Se secuencializaron las citas que se codificaron como emociones que aparecían identificadas en el momento uno y se analizó su secuencia hasta el momento tercero. El objetivo era evaluar la presencia o ausencia de un sentido personal de final que implicara una resolución del conflicto vivido. Dicho objetivo estaba en función de la hipótesis clínica que era que Andrea no podía narrar su sentir de manera que le otorgara una resolución vivencial que le permitiera retomar su continuidad narrativa en un marco temporal fluido. Para ello se procedió a analizar las “citas” en secuencia que Andrea narró en sus escritos y que se identificaron como fuente de sensaciones displacenteras en el proceso terapéutico. Los networks que se construyeron con las diferentes citas que fueron codificadas como indicador de emoción fueron: *Impotencia/simbolización*, *Actitud complaciente/simbolización* y *Culpa/simbolización*.

A través del análisis de estos tres networks, se llegó a la conclusión de que la mejoría sintomatológica tenía una importante relación con la simbolización de sus estados internos displacenteros. La apreciación clínica valoró esto como un reflejo de su intento de reorganización de significado y un proceso de sufrimiento existencial (quiebre narrativo) en búsqueda de autocomprensión. Se interpretaron estas secuencias narrativas como manifestación de una dinámica de reorganización de vivencias al inicio de la terapia vividos con un grado importante de ausencia de significado. Se logró que Andrea se reorganizara en la autocomprensión y narrara su sentir de manera que le otorgara un sentido de resolución vivencial con agencia personal y continuidad narrativa.

Los tres networks de citas relacionadas muestran el proceso de un significado que va emergiendo y que es narrado secuencialmente hacia un significado cualitativamente superior, lo que se muestra en un aumento de los códigos interpretativos valorados como positivos cuantitativa y cualitativamente. Finalmente, en cada network se puede apreciar un principio de narración sin un significado interno articulado (“la descarga de la emoción contingente”) y sólo

como respuesta a la tensión psicológica. Posteriormente emerge un sentido de final, producto de la distancia reflexiva, un aumento de conciencia y comprensión de sus emociones y temas cualitativamente superior que se expresó en una “reapropiación de su vida” y en una nueva coherencia entre su historia vivencial y su historia narrada.

C.1- IMPOTENCIA / SIMBOLIZACIÓN IMPOTENCIA

En la tabla de frecuencia de códigos se aprecia que la impotencia aparece en la tarea escrita 1ª y 2ª, y sólo en la tarea escrita tercera aparece el indicador de simbolización de impotencia. Se aprecia desde la valoración cualitativa un sentido de resolución vivencial narrado asociado a:

1- Otorgar un sentido a su emoción cualitativamente de mayor significado experiencial.

2- Comprender el “dolor psicológico” de su primer marido al ser abandonada por ella y entender mejor su separación de su segundo marido.

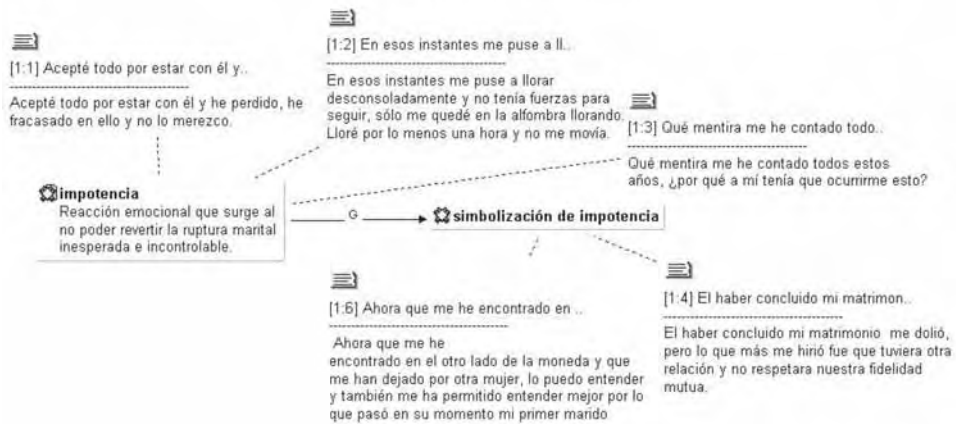
C.2- ACTITUD COMPLACIENTE / SIMBOLIZACIÓN COMPLACIENTE

Por razones de edición y espacio, sólo se pusieron las citas más relevantes network. En la tabla de frecuencia de códigos se aprecia que la actitud de complacer aparece en la tarea narrativa 1ª y 2ª. Sin embargo, ya hay indicadores de simbolización en la tarea narrativa escrita 2ª, y posteriormente en la tarea narrativa escrita 3ª. Hay un aumento de conciencia (reglas de funcionamiento personal) de su necesidad de complacer para sentirse bien consigo misma independiente de su sentir. Los aspectos a destacar con un sentido de final son: 1) Apreciar que las relaciones no son incondicionales, 2) Los seres humanos no son “seres perfectos”, 3) Apreciar que los roles de esposa y madre son compatibles.

C.3- CULPA / SIMBOLIZACIÓN CULPA

En la tabla de frecuencia de códigos se aprecia que la simbolización de culpa aparece en la tarea narrativa escrita 2ª y 3ª. Es un sentido emergente de resolución (reparación) acompañado de una satisfacción de logro alcanzada en su relación actual con sus hijos. En el network sólo se pusieron algunas citas por razones de espacio.

Network: Impotencia / simbolización



D- ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS PROCESOS PSICOLÓGICOS PRESENTES EN EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO.

Para finalizar el análisis conceptual, se construyó un network que diera cuenta de los procesos psicológicos (códigos interpretativos) hipotéticamente involucrados en el cambio de significado personal que se observa en Andrea a través de sus narraciones verbales y escritas. Todos estos indicadores están asociados tanto a bienestar psicológico como a continuidad narrativa, y confirmado por lo apreciado clínicamente y apoyado por los resultados obtenidos en las pruebas psicológicas (véase gráfico: Resultados de Pruebas Aplicadas). Se procedió a analizar en las tareas narrativas 1ª, 2ª y 3ª, sólo la presencia de códigos interpretativos que fueron agrupados diferencialmente según su valoración positiva y negativa.

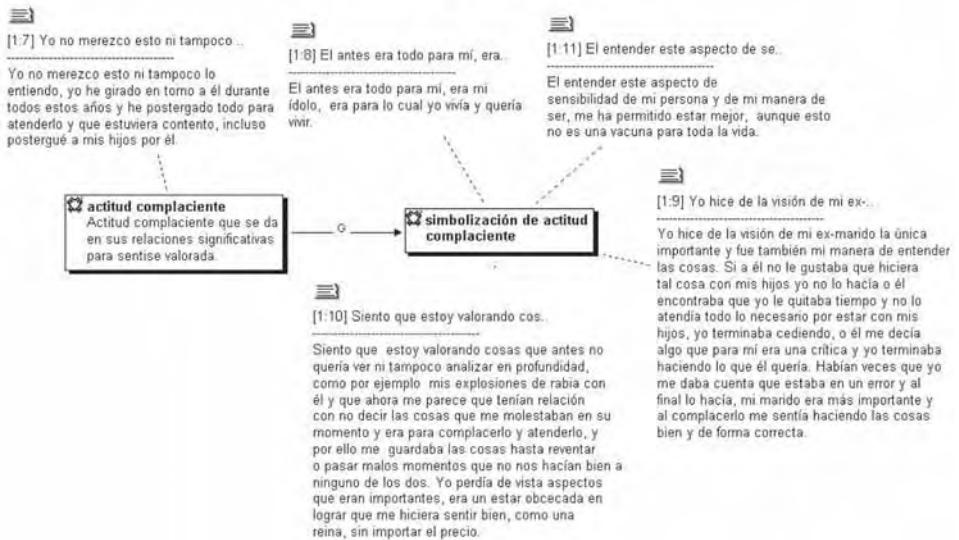
En la *tabla de índice de presencia* se advierte que los códigos interpretativos de procesos presentes se distribuyen diferencialmente en las tareas 1ª, 2ª y 3ª. Además de presentar diferencias en cantidad, también se observan diferencias cualitativas en los procesos detectados:

-En la tarea narrativa escrita 1ª, se observan seis procesos psicológicos inferidos, de los cuales hay cuatro que son cualitativamente valorados como negativos y dos (apoyo social y proceso de decepción) que son valorados como positivos.

-En la tarea narrativa escrita 2ª, se observan siete procesos psicológicos inferidos, de los cuales hay uno que es cualitativamente valorado como negativo y seis valorados como positivos.

-En la tarea narrativa escrita 3ª, se observan nueve procesos psicológicos inferidos, de los cuales no hay procesos cualitativamente valorados como negativos. Los nueve procesos detectados son valorados como positivos.

Network: Actitud complaciente/simbolización



En el análisis de proceso psicoterapéutico se observan 11 procesos psicológicos (códigos con signo +) valorados en su totalidad como positivos y que son parte de la reorganización de significado logrado por Andrea. En el presente network, se pueden apreciar hipotéticamente las relaciones de los procesos asociados al bienestar psicológico:

-La decepción y la conciencia de autoengaño causan explicaciones generativas asociadas a locus interno que “juegan un contexto” de autoexploración, que se relaciona con la posibilidad de simbolización narrativa.

-La simbolización de la impotencia y actitud complaciente se asocian a una imagen del marido ya no valorada negativamente sino de mayor “coherencia” y sentido de realidad.

-La simbolización de culpa se asocia a una comprensión de la complementariedad de roles (ser esposa y madre).

Network: Culpa/simbolización



RECAPITULACIÓN

El propósito de la presente investigación fue explorar el uso de análisis de contenido temático para valorar el cambio terapéutico usando escritos del cliente. Se propuso, a partir del análisis de los datos textuales, un tipo de diseño “triádico” de fuentes de información (apreciación clínica, análisis textual y pruebas psicológicas) para valorar los significados conflictivos vividos y escritos por la cliente. Estas tres fuentes de información se monitoreaban entre sí para guiar la presente investigación, y en todo momento tanto en la apreciación clínica, análisis de tareas narrativas escritas (cualitativos) y los resultados obtenidos en las pruebas psicológicas (cuantitativos), mostraron una tendencia común.

Pienso que el tipo de análisis cualitativo que se construyó para valorar el cambio en un proceso psicoterapéutico, a pesar de sus limitaciones, abre una posibilidad de discusión y de análisis que contribuya en la dirección de lograr “contextos de hermenéutica controlada” para aproximarse a la comprensión del mundo interior de las personas con problemas de salud mental y ayudarlas usando sus datos autorreferenciales, trabajando para ello con “datos narrados de la propia experiencia interpretada” de manera sistemática, creativa, válida y confiable.

El procedimiento y sistema de análisis que se realizó para el caso único se bautizó como *análisis temático secuencial*, y consistió básicamente en las siguientes fases:

-A nivel textual se utilizó una estrategia del tipo bottom-up y se llegó a la tipología de códigos subdividida en: códigos de tipo descriptivo interpersonal; códigos descriptivos de emociones y sensaciones displacenteras; y códigos interpretativos.

-A nivel conceptual, se valoró la necesidad de trabajar en niveles distintos de análisis conceptual y para ello se procedió a trabajar en cuatro fases diferentes pero interrelacionadas. En la primera fase se identificó en cada narración escrita a las personas referidas por Andrea, con el objetivo de mostrar la red de relaciones donde se daban los significados personales inferidos. Para ello, se observó en la tabla de frecuencia la presencia o ausencia de los códigos interpersonales y, a partir de la información, se construyó un network para cada una de las tareas narrativas escritas con el propósito de identificar y visualizar los posibles conflictos temáticos en las relaciones interpersonales. En total, se construyeron tres network para el proceso psicoterapéutico y un cuarto network para el seguimiento, llamados: personajes en trama narrativa escrita 1ª [Línea base]; personajes en trama narrativa escrita 2ª; personajes en trama narrativa escrita 3ª [Final psicoterapia]; personajes en trama narrativa escrita 4ª [Seguimiento].

En la segunda fase de análisis conceptual, se construyeron en cada tarea narrativa escrita networks que tuvieron por objeto identificar y mostrar la presencia y relación entre los "códigos descriptivos de emociones y sensaciones displacenteras" y los "códigos interpretativos", con el propósito de apreciar en su verdad narrativa los conflictos, características y su grado de procesamiento psicológico. Se construyeron cuatro networks para cada tarea narrativa escrita: valoración en trama narrativa escrita 1ª [Línea base]; valoración en trama narrativa escrita 2ª; valoración en trama narrativa escrita 3ª.[Final psicoterapia]; valoración en trama narrativa escrita 4ª [Seguimiento]. Se concluyó que las emociones que generaban malestar en Andrea eran impotencia y culpa, y por otra parte su actitud de complacer era valorada como un proceso que generaba distorsión o inhibición de su sentir emocional e impedía su procesamiento y significado personal que generara regulación afectiva-cognitiva. También se observó que la presencia de los procesos psicológicos (códigos interpretativos) a medida que avanzaba el proceso psicoterapéutico era mayor y con una clara tendencia de procesos que eran valorados como positivos, en el sentido que "incitaban" a la reorganización de su significado personal.

En la tercera fase, se construyó el denominado eje de narraciones. Para ello se procedió a buscar los indicadores de procesamiento de las emociones y actitudes que eran vividas por Andrea como fuente de sufrimiento psicológico y carentes de un significado narrativo adaptativo. Se procedió a investigar la presencia de procesos de secuencialización narrativa, para ello se analizaron las citas a las cuales hacían referencia dichos códigos desde su aparición hasta la finalización de la psicoterapia. El objetivo era evaluar la presencia o ausencia de un sentido de final, que implicara una resolución del conflicto personalmente "sentido", ya que la hipótesis clínica era que no podía narrar su sentir de manera de que lograra una resolución que le permitiera retomar su continuidad narrativa. Los networks se construyeron con las diferentes citas que fueron codificadas como indicador de

emoción y actitud, las cuales fueron las siguientes: impotencia/simbolización impotencia; actitud complaciente/simbolización actitud complaciente; culpa/simbolización culpa. Se concluyó, a través del análisis de estos tres aspectos, que la mejoría sintomatológica de Andrea tenía relación, por una parte, con la simbolización de sus estados emocionales que eran displacenteros y, por otra, con la comprensión de su actitud complaciente. El proceso de simbolización se valoró como un reflejo de una reorganización positiva de su sentido de identidad personal. A su vez, se interpretaron estas secuencias como manifestación de una reorganización a través de un orden narrativo de aspectos experienciales no interpretados al comienzo de la psicoterapia y vividos como displacenteros y con un grado importante de ausencia de significado, pasando posteriormente a poder ser interpretados y narrados con un aumento de integración de información cognitiva-afectiva y un personal sentido de resolución vivencial. A partir del análisis, se construyeron tres networks que muestran el proceso de un significado que va emergiendo y que es narrado secuencialmente hacia un significado cualitativamente de mayor complejidad (véase tabla de frecuencia de códigos interpretativos, donde se aprecia un aumento cuantitativo y cualitativo de códigos positivos). En cada network se puede apreciar un principio de narración sin un significado interno articulado (“la descarga de la emoción contingente”), sólo como respuesta a lo contingente para ir desarrollándose hasta llegar a un nivel de comprensión cualitativamente superior de su propio “texto de sí misma” generando una identidad con continuidad narrativa.

A nivel clínico, cabe subrayar que a medida que iba emergiendo esta simbolización de los sectores experienciales dolorosos y con dificultades de ser narrados por Andrea, se observaba una creciente “reapropiación” y una coherencia gradual entre su historia vivencial e historia narrada de cualidad positiva para su bienestar psicológico.

En la cuarta fase de análisis y final, se procedió a analizar cualitativamente la presencia de los procesos psicológicos inferidos en la tabla de frecuencia de códigos interpretativos. El objetivo era intentar encontrar información que permitiera generar una explicación hipotética de los procesos involucrados en el cambio observado en Andrea al nivel de apreciación clínica y confirmado por los resultados obtenidos en las pruebas psicológicas. Para ello, se procedió a analizar las tareas narrativas 1ª, 2ª y 3ª diferenciando la presencia de códigos interpretativos agrupados diferencialmente por su valoración cualitativa positiva y negativa. Del análisis se concluyó que los procesos psicológicos involucrados (códigos interpretativos) se presentaban en un orden creciente a medida que avanzaba el proceso psicoterapéutico y también presentaban diferencias en el ámbito de valoración cualitativa con una clara tendencia hacia lo positivo, puesto que había un aumento de procesos psicológicos positivos hasta la ausencia total de procesos negativos, lo cual se interpretó como indicación de una reorganización en el significado personal de Andrea, y se atribuyó al logro de un tipo de reestructuración emocional y cognitiva

cualitativamente más compleja y funcional para su salud mental. Diferencialmente se apreció:

-En la tarea narrativa escrita 1ª hay un 27% de procesos que son valorados cualitativamente como negativos y un 13% valorados como positivos.

-En la tarea narrativa escrita 2ª hay un 6% de procesos que son valorados cualitativamente como negativos y un 33% valorados como positivos.

-En la tarea narrativa escrita 3ª hay únicamente un 60% de procesos psicológicos valorados cualitativamente como positivos.

A modo de reflexión, el tipo de análisis cualitativo explorado muestra ser útil a la hora de trabajar en investigación de caso único en psicoterapia, puesto que permite investigar la coherencia entre sentir y explicar, y obtener un nivel de observación minuciosa y sistemática, como por ejemplo observar la ocurrencia de micro procesos (simbolizaciones de emociones “sin sentido”) y explorar la cualidad de coherencia de significado de las temáticas en “redes” (networks) que son fuente de sufrimiento psicológico. *El análisis de contenido temático secuencial* admite aproximarse desde un punto de vista hermenéutico a la complejidad y significado personal del paciente, en base a una aproximación directa a datos autorreferenciales escritos que son manifestación de una manera narrativa de dar sentido a la vida.

Por otra parte, el analista puede trabajar en la dialéctica incesante entre teoría y datos directos (autorreferenciales) narrados por el cliente, lo que facilita generar teoría sobre hipotéticas “redes de significado” que dificultan o imposibilitan una continuidad narrativa asociada a bienestar psicológico. Ello muestra que el análisis cualitativo asistido por programa informático es una poderosa herramienta tecnológica al servicio del desarrollo conceptual de lo que ocurre en psicoterapia, y nos permite “entrar al mundo interno” y lograr una comprensión “hermenéutica controlada” del significado dinámico personal.

En general, el *análisis de contenido temático secuencial* de texto “escrito”, propuesto en la presente investigación, se valora como generativo para investigar en “caso único” puesto que agrega y otorga información relevante de lo que va ocurriendo en el significado narrado del cliente, aspectos que no se pueden advertir con la apreciación clínica de manera sistemática. Tal vez se puedan apreciar intuitivamente a partir de lecturas de tareas narrativas, pero no se podrá pasar a un nivel de análisis sistemático con un grado de fiabilidad y validez como permite el análisis cualitativo asistido por computadora.

En último lugar, quisiera destacar ciertas dificultades y problemas. Un obstáculo que se produce está relacionado con la cantidad de material con la que se trabaja, ya que es difícil trabajar con tareas narrativas extensas porque la lentitud de la codificación y transcripción no puede ir a tiempo real “sesión a sesión”. En este sentido, es importante el desarrollo de herramientas informáticas de ayuda para el análisis cualitativo, y sobre todo, de software que permitan la transcripción simultánea con un alto nivel de confianza. Sin embargo, y con algo de suerte, la tecnología

nos permitirá acercarnos en el futuro inmediato al verdadero objeto de estudio en psicoterapia a un tiempo real, que en mi opinión es el significado que ocurre en la *dinámica vivencia-conversación* y que se expresa en formato textual, ya sea escrito o conversacional. Ello nos permitirá transformar las intuiciones clínicas en objeto de análisis válido y confiable, pudiendo someter a falsación las hipótesis clínicas en un contexto de ciencia cualitativa coherente con una epistemología y metodología constructivista de orientación hermenéutica.

La siguiente investigación es una exploración de caso único centrada en material textual. El objetivo es ilustrar un tipo de análisis cualitativo de escritos del cliente, denominadas tareas narrativas escritas, para valorar el cambio en psicoterapia. Se utilizó un tipo de análisis de contenido llamado "análisis temático secuencial", que se fue construyendo a medida que se iba desarrollando el proceso psicoterapéutico. Se utilizó el software ATLAS/ti como herramienta hermenéutica de ayuda para el análisis.

Referencias bibliográficas

- BARDIN, L. (1987). *El análisis de contenido*. Ediciones Akal.
- BECK, A., STEER, R., & GARBIN, M. (1988). Psychometric properties of the Beck depression inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- CAMIC, P., RHODES, J., & YARDLEY, L. (2003). *Qualitative Research in Psychology: expanding perspectives in methodology and design*. American Psychological Association: Washington.
- CRITTENDEN, P. (2000). Moldear la arcilla. El proceso de construcción del self y su relación con la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 41, 67-82.
- CRITTENDEN, P. (1997). Truth, error, omission, distortion, and deception: The application of attachment theory to the assessment and treatment of psychological disorders. In S. Mdollinger & L. Dilalla (eds.), *Assesment and intervention across the lifespan* (pp.35-76). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- CRITTENDEN, P. (1995). Attachment and psychopathology. In S. Goldberg, R. Muir., & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 367-406). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- DODET, M. (1998). La moviola. *Psicoterapia*, año 4, Nº 13, 89-93.
- FROMMER, J & RENNIE, D. (2001). *Qualitative psychotherapy Research. Methods and Methodology*. Pabst Science Publishers. Berlin.
- GARMEZY, N. (1996). Reflections and commentary on risk, resilience, and development. En R, J. Haggerty, L. R. Sherrod., N. GARMEZY., & M. Rutter (Eds.), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents*. New York: Cambridge Press.
- GUIDANO, V. (1994). *El Sí Mismo en Proceso*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- GUIDANO, V. (1987). *Complexity of the Self*. New York: Guilford Press.
- GUIDANO, V., & QUIÑONES, A. (2001). *El Modelo cognitivo postracionalista. Hacia una reconceptualización teórica y clínica*. Bilbao: Desclée de Brouwer (Colección biblioteca de psicología).
- HONOS, L., STILES, W., GREENBERG, L., & GOLDMAN, R. (1998). Assimilation analysis of process-experiential psychotherapy: a comparison of two cases. *Psychotherapy research*, 8(3), 264-286.

- KENDALL, P., HOLLON, S., BECK, A., HAMMENEN, C., & INGRAM, R. (1987). Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 289-299.
- LEMOS, S. (1996). Factores de riesgo y protección en psicopatología en niños y adolescentes. En J. Buendía (Ed.), *Psicopatología en niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- MATTICK, R., & PETERS, L. (1988). Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 251-260.
- MATTICK, R., PETERS, L., & CLARKE, J. (1989). Exposure and cognitive restructuring for social phobia: A controlled study. *Behavior Therapy*, 20, 3-23.
- MILES, M., & HUBERMAN, M. (1994). *Qualitative data analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- MUÑOZ, J. (2003). *Manual de ATLAS/ti*. Universidad Autónoma, Barcelona, España.
- QUIÑONES, A. (2002). De la dinámica afectiva-cognitiva a la emergencia de significado narrativo: Análisis de un proceso psicoterapéutico. *Revista de psicoterapia*, 50/51, 195-220. Barcelona.
- QUIÑONES, A. (2000). Organización de significado personal: una estructura hermenéutica global. *Revista de psicoterapia*, 41, 11-33. Barcelona.
- QUIÑONES, A. (1999) *Una propuesta cualitativa de análisis de proceso psicoterapéutico a través de atlas-ti: Análisis y resultados de un caso clínico desde un modelo postracionalista*. Profesor Guía: Dr. Vittorio Guidano, instituto di psicologia cognitiva post-razionalista, Roma. Memoria clínica para optar al grado de Máster en Terapia Cognitivo Social, Universidad de Barcelona, España.
- QUIÑONES, A., & VILLEGAS, M. (Editores). (2001). Desarrollo y psicopatología del apego. *Revista de psicoterapia*, N° 48. Barcelona.
- QUIÑONES, A., & VILLEGAS, M. (Editores). (2000). Terapia Postracionalista. *Revista de psicoterapia*, N° 41. Barcelona.
- RENNIE, D. (1998). Grounded Theory Methodology. The pressing need for a coherent logic of justification. *Theory & Psychology*, Vol. 8 (1): 101-119.
- RENNIE, D. (1992). Qualitative analysis of the client's experience of psychotherapy: The unfolding of reflexivity. In Toukmanian, S. & Rennie, D. (Comps.), *Psychotherapy process research: Paradigmatic and narrative approaches* (pp. 211-233). Newbury Park, CA, Sage.
- RENNIE, D., PHILLIPS, J., & QUARTARO, G. (1988). Grounded Theory: A promising approach to conceptualization in psychology? *Canadian Psychology*, 29:2,139-149.
- ROSENBERG, M. (1965). *Society and the adolescent self image*. Princeton University Press.
- RUTTER, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanism. En J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein y S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 181-214). New York: Cambridge University Press.
- SELIGMAN, M., ABRAMSON, L., SEMMER, A., & VON BAEYER, C.(1979). Depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 242-247.
- STRAUSS, A., & CORBIN, J. (1994). Grounded theory methodology. In Denzin, N & Lincoln, Y.(Eds), *Handbook of qualitative research*. London: Sage.
- STARTUP, M., REES, A., & BARKHMAN, M. (1992). Components of major depression examined via the Beck Depression Inventory. *Journal of Affective Disorders*, 26, 251-259.
- TOMKINS, S.(1962). *Affect, imagery, consciousness, Vol.1: The positive affects*. New York: Springer
- TOMKINS, S.(1963). *Affect, imagery, consciousness, Vol.2: The negative affects*. New York: Springer.
- TOMKINS, S.(1987). Script Theory. In Aronoff, A; Rabin, A & Zucker, A.(comps), *The emergence of personality*. New York: Springer.
- TOMKINS, S. (1991). *Affect, imagery, consciousness. Vol 3: Anger and fear*. New York: Springer.

NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

1. Los trabajos para publicación en la REVISTA DE PSICOTERAPIA se enviarán por medios o soporte electrónicos, escritos con un procesador de textos MS-Word, Word Perfect o compatible y tres copias en papel. Su extensión no debe sobrepasar los 30 folios a 1 espacio. Se ruega no sangrar los textos, ni utilizar para nada el subrayado. En el texto sólo deben usarse **negritas** y *cursivas*. Los gráficos irán en hoja aparte con las indicaciones muy claras sobre su lugar de inclusión. Si se envía material fotográfico éste deberá ir acompañado de un pie indicativo de las personas o espacios que se reproducen.

2. Se valorará que los artículos enviados para su publicación sean originales. Cuando sea preciso se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material ya publicado.

3. Se adjuntará un abstract de no más de 150 palabras, en castellano y en inglés, acompañado de tres a diez palabras clave para índices.

4. En el artículo sólo figurará el título del mismo. En sobre aparte se indicará, haciendo referencia al título, el nombre y apellidos del autor, su dirección y un breve currículum (a no ser que se haya enviado anteriormente y no requiera ampliación). Asimismo, se indicará, cuando proceda, el Departamento, Servicio, Centro o Universidad donde se haya realizado el trabajo.

5. Los trabajos deberán ir acompañados de la lista de **Referencias bibliográficas** correspondientes que se ajustarán a las normas de la American Psychological Association (A.P.A.). Todas las referencias citadas en el texto deberán aparecer en el listado y viceversa. En el **texto** se indicará el autor, el año de publicación y la página donde se encuentra el texto citado cuando proceda. En las **Referencias bibliográficas** los nombres de los autores que encabezan la entrada se escribirán en mayúsculas y los títulos de libros o nombres de Revistas se escribirán en cursiva.

6. Deberán evitarse absolutamente las notas de pie de página.

7. El Comité Editorial revisa todos los artículos que se envían para su publicación y se reserva el derecho de no aceptar artículos cuya orientación no sea la propia de la Revista, o bien aquellos cuya originalidad o calidad no se considere suficiente; o también cuando no puedan relacionarse con los textos monográficos previstos. La decisión se hará en todo caso mediante votación de todos los miembros del Comité Editorial, una vez conocido el informe de, al menos, dos lectores cualificados (que permanecen siempre anónimos). La aceptación de un artículo no supone su publicación inmediata. Al recibir el trabajo, la Revista acusará recibo del mismo. En su día se informará al autor si el artículo ha sido seleccionado o no.

8. Cada autor puede solicitar 1 ejemplar y diez separatas del número donde haya salido publicado su artículo. En el caso de que el autor precisara una cantidad mayor de ejemplares, el costo de los mismos corre de su cargo.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

Dirección y Redacción:

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Numancia, 52, 2º 2ª

08029 BARCELONA

Fax.: 933 217 532

e-mail: mvillegas@psi.ub.es

Gestión y Administración:

REVISTA DE PSICOTERAPIA

GRAO (IRIF, S.L.)

c./ Francesc Tàrrrega, 32-34

08027 BARCELONA

Tel.: 934 080 464

Fax: 933 524 337

e-mail: revista@grao.com