



Revista Argentina de Clínica Psicológica

ISSN: 0327-6716

racp@aigle.org.ar

Fundación Aiglé  
Argentina

Valdés, Nelson; Krause, Mariane; Tomicic, Alemka; Espinosa, Daniel  
Expresión Emocional Verbal Durante Episodios de Cambio: Análisis de los patrones comunicacionales  
utilizados por pacientes y terapeutas para trabajar contenidos emocionales  
Revista Argentina de Clínica Psicológica, vol. XXI, núm. 3, noviembre, 2012, pp. 217-246  
Fundación Aiglé  
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281929021004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica  
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# EXPRESIÓN EMOCIONAL VERBAL DURANTE EPISODIOS DE CAMBIO: ANÁLISIS DE LOS PATRONES COMUNICACIONALES UTILIZADOS POR PACIENTES Y TERAPEUTAS PARA TRABAJAR CONTENIDOS EMOCIONALES <sup>1</sup>

Nelson Valdés,  
Mariane Krause,  
Alemka Tomicic  
y Daniel Espinosa\*

## Resumen

Se realizaron tres estudios sucesivos con el objetivo de determinar las principales características de la conversación terapéutica durante el trabajo de contenidos emocionales en Episodios de Cambio. Método: se utilizó el Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT-1.0, Valdés, Tomicic, Pérez y Krause, 2010) para analizar 38 Episodios de Cambio y 19 Episodios de Estancamiento, identificados en dos procesos psicoterapéuticos de enfoque psicodinámico. Los resultados demostraron la existencia de tres Patrones Comunicacionales (PC) principales al trabajar contenidos emocionales: Exploración afectiva, Sintonía afectiva y Resignificación afectiva. Hubo diferencias significativas en cuanto a la utilización de dichos patrones, dependiendo del tipo de episodio y del rol del participante, así como la existencia de Microsecuencias de Coordinación durante el diálogo terapéutico.

**Palabras clave:** episodios de cambio, patrones comunicacionales, expresiones emocionales verbales.

**Key words:** change episodes; communicative patterns, verbal emotional expressions, communicative coordination microsequences.

Las experiencias que son relatadas durante la sesión por los pacientes, tienen siempre un nexo que permite recordarlas juntas, y este nexo muchas veces tiene que ver con determinados contenidos emocionales (Raingruber, 2000). Por lo tanto, la conversación terapéutica a menudo termina siendo una actividad de reconstrucción de la experiencia, en el sentido que permite a los pacientes enfocarse en la construcción de nuevos significados, junto con la empatía e intervenciones del terapeuta,

pero además les permite centrarse en el relato de su propia experiencia afectiva mientras la relata, lo que termina finalmente siendo determinante para una mayor comprensión de sí mismo. Se ha podido demostrar la existencia de patrones verbales y no verbales de influencia mutua entre terapeutas y pacientes, utilizados por estos últimos para resolver sus conflictos afectivos durante el proceso psicoterapéutico (Greenberg y Safran, 1989). La activación y expresión de la experiencia afectiva son elementos importantes al momento de explicar el cambio psicoterapéutico (Hill, O'Grady y Elkin, 1992; Timulak, 2007), ya que permitiría no sólo regular la interac-

\* Nelson Valdés, Mariane Krause, Alemka Tomicic y Daniel Espinosa, Pontificia Universidad Católica de Chile  
E-Mail: Nelson Valdés nvaldes@uc.cl  
REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXI p.p. 217-246  
© 2012 Fundación AIGLE.

(1) La investigación presentada en este artículo forma parte del Proyecto N°1080136: "Interacción terapéutica, expresión de emociones y alianza terapéutica: estudio de los ingredientes esenciales para el cambio en psicoterapia", financiado por el Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT).

ción entre pacientes y terapeutas durante la actividad terapéutica, sino que además, este trabajo está asociado con el logro de un mayor insight por parte de los pacientes. El presente artículo se propone determinar la existencia de ciertos patrones durante la comunicación verbal, utilizados por pacientes y terapeutas para trabajar contenidos emocionales durante episodios relevantes de la sesión, caracterizados por la presencia de momentos de cambio. Se pretende poder dar cuenta de las particularidades de este tipo específico de interacción verbal, y contribuir así con la reformulación y/o consolidación de las teorías desarrolladas hasta ahora en materia de emoción y psicoterapia.

Las principales conclusiones acerca de la complejidad de toda la serie de procesos involucrados en la interacción terapéutica, han dejado clara la necesidad de estudiar dichos procesos utilizando diferentes niveles de análisis que permitan una mayor comprensión de los mismos, así como también, el desarrollo de nuevas metodologías de investigación para el análisis sistemático de aquello que ocurre al interior de las sesiones (Hageman y Arrindell, 1999; Hill, 1990; Hill, y cols., 1992; Mahrer y Boulet, 1999; Stiles, Shapiro y Firth-Cozens, 1990; Williams y Hill, 2001; Valdés, 2010; Valdés y cols., 2005; Valdés y cols., 2010a; Valdés, Krause y Álamo, 2011). Por ejemplo, una de las áreas más investigadas actualmente, es aquella que presta especial atención al análisis de las sesiones terapéuticas, con el propósito de identificar las principales diferencias entre aquéllas consideradas por pacientes y terapeutas como clínicamente significativas, y aquellas consideradas como menos significativas (Altimir y cols., 2010). Pero más específicamente aún, ha sido posible identificar y describir la secuencia de momentos significativos, a partir de la segmentación del proceso terapéutico en episodios de cambio o terapéuticamente relevantes (Bastine, Fiedler y Kommer, 1989; Goldfried, Raue y Castonguay, 1998; Marmar, 1990; Vanaerschot y Lietaer, 2007), como una estrategia útil al momento de estudiar los momentos de cambio que ocurren al interior de la sesión. Por ejemplo, Fitzpatrick, Janzen, Chamodraka y Park (2006) analizaron los "momentos críticos" en etapas tempranas de la terapia, concluyendo que cuando un significado determinado era percibido positivamente por el paciente, esto a su vez se traducía en una mayor apertura y más altos niveles de exploración por parte de éste. Russell, Jones y Miller (2007) también realizaron una investigación acerca de los principales mecanismos del proceso de cambio y los patrones de comunicación durante la interacción, asociados con el resultado terapéutico del paciente. Para ello, se centraron en el análisis temporal de los patrones emocionales momento a momento, tanto del paciente como del terapeuta,

con el fin de determinar qué factores o procesos parecen facilitar u obstaculizar la mejoría del paciente. Los factores encontrados fueron clasificados en cuatro áreas que son: trabajo terapéutico, relaciones y búsqueda de información, y los afectos del paciente. O bien, los estudios de microproceso realizados por Fontao y Mergenthaler (2007) que han permitido la identificación de ciclos terapéuticos sujetos a una progresión cíclica del tono emocional y el nivel de abstracción en una secuencia temporal durante la terapia (Mergenthaler, 1996, 2000).

A pesar de que existe una fuerte tendencia en la investigación a considerar las emociones como parte de los procesos cognitivos, o como un fenómeno dependiente de estos, las emociones contienen cierto tipo de información diferente de cualquier otro, ya que son experimentadas por la persona de manera subjetiva (Izard, 2002). Esto ha despertado un interés cada vez más creciente por parte de los investigadores, centrado en la descripción y comprensión de aquello que ocurre al interior del proceso psicoterapéutico, prestando especial atención al estudio de la interacción terapéutica y el proceso de cambio experimentado durante la relación de ayuda (Chatoor y Krupnick, 2001; Conte, Plutchik, Jung, Picard, Karasu y Lotterman, 1990; Crits-Christoph y Connelly, 1999; Hill, 1990; Hubble, Duncan y Miller, 1999; Luborsky, 2000; Lueger, 1998; Matt y Navarro, 1997; Oei y Shuttlewood, 1997; Stiles y Shapiro, 1994; Valdés, 2010; Valdés y cols., 2011; Valdés y cols., 2010a; Valdés, Tomicic, Pérez y Krause, 2010b; Williams y Hill, 2001), lo que ha posibilitado el desarrollo de fundamentos teóricos acerca de cómo se estructura este tipo de relación interpersonal, pero sobre todo, devolviéndole a las expresiones emocionales el lugar que se merecen dentro de la investigación del proceso terapéutico. Hasta el momento la investigación en psicoterapia ha permitido no sólo demostrar que buena parte del resultado terapéutico parece estar explicado por ciertos factores del paciente (Asay y Lambert, 1999), sino que además en materia de emoción ha permitido concluir lo siguiente: a) durante el diálogo terapéutico los pacientes producen reacciones afectivas específicas en sus terapeutas, pero a la vez éstos últimos muestran a sus pacientes cómo dichas expresiones de afectos termina influyendo en la manera de ambos interactuar durante la terapia, b) facilitar la implicación emocional del paciente durante el proceso terapéutico parece ser un factor que promueve cambios cognitivos y comportamentales (Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue y Hayes, 1996; Goldman, Greenberg y Pos, 2005); y c) los procesos terapéuticos con resultados exitosos, a diferencia de los menos exitosos, presentan características específicas durante el intercambio afectivo entre paciente y terapeuta (Dreher, Mengele, Krause y Kämmerer, 2001), siendo todas estas

conclusiones, transversales a los distintos enfoques y modalidades terapéuticas. En este sentido, no hay que olvidar que la expresión emocional juega un papel crítico en la adaptación física y social de los individuos (Izard, 2002), no sólo porque tienen la función de comunicar cierto tipo de información acerca de la experiencia subjetiva de la persona a través de manifestaciones externas verbales y no verbales, sino porque además contribuye al desarrollo de una conducta prosocial y a la resolución creativa de problemas (Fredrickson, 2003). Esta función adaptativa de la expresión emocional puede ser definida en términos de las acciones orientadas hacia un propósito definido, o en términos de la intención del individuo para ejercer influencia sobre otro, por lo tanto, la comunicación entre pacientes y terapeutas puede ser entendida como aquella dimensión en la cual, microanalíticamente hablando, el cambio terapéutico es construido (Boisvert y Faust, 2003; Elliott, Slattick y Urman, 2001; Krause y cols., 2007; Llewelyn y Hardy, 2001; Orlinsky, Ronnestad y Willutzki, 2004; Wallerstein, 2001). Sin embargo, esta actividad había recibido siempre menos atención en comparación con el estudio de la efectividad o del resultado terapéutico (Messer y Wampold, 2002; Wampold, 2005; Wampold, Ahn y Coleman, 2001), o en comparación con el estudio de los factores inespecíficos o comunes, tales como la alianza terapéutica (Hubble y cols., 1999; Krause, 2005; Maione y Chenail, 1999; Meyer, 1990). Sin embargo, existen algunos estudios que han permitido el desarrollo de sistemas clasificatorios del diálogo psicoterapéutico, algunos de los cuales consideran solamente las verbalizaciones de los terapeutas y sus distintas formas de intervención a lo largo de la terapia (Elkin, Parloff, Hadley y Autrey, 1985; Elliot, Hill, Stiles, Friedlander, Mahrer y Marginson, 1987; Friedlander, 1982; Goldberg y cols., 1984; Hill, 1978; Mahrer, Nadler, Stalikas, Schachter y Sterner, 1988; Shaikh, Knobloch y Stiles, 2001; Stiles, 1992; Watzke, Koch y Schulz, 2006; Wisner y Goldfried, 1996). Por ejemplo, en un estudio realizado por Elliott y cols. (1987) se identificaron las siguientes seis formas de intervención por parte del terapeuta: preguntas, información, consejos, reflexión, autoexpresión e interpretación, siendo este último tipo de intervención la que más se llegaba a correlacionar con las evaluaciones positivas del tratamiento (Caspar, Pessier, Stuart, Safran, Samstag y Guirguis, 2000; Connolly, Crits-Christoph, Shappell, Barber y Luborsky, 1998; Hill y cols., 1992; Pessier y Stuart, 2000). Específicamente, existiría una asociación positiva entre el resultado terapéutico exitoso y la frecuencia con la cual las interpretaciones del terapeuta están referidas a las emociones experimentadas por los pacientes durante la relación transferencial, que resultan ser muy similares a las experimentadas en la relación con sus padres

y otras personas significativas (Marziali, 1984). También pareciera existir una asociación entre las intervenciones realizadas por los terapeutas y el trabajo de ciertos contenidos emocionales de los pacientes, de tal manera que aquellos pacientes que reciben intervenciones terapéuticas como reflejo, reconocimiento o intervenciones percibidas como tendientes a la afiliación, por lo general logran mantenerse en un estado altamente afectivo (Wiser y Goldfried, 1998). Por otro lado, el resultado más frecuente en cuanto a la manera como son vivenciados determinados contenidos emocionales, guarda relación con la expresión y el apoyo emocional, pero también con la sensación de ser comprendido (Bänninger-Huber y Widmer, 1999; Popp-Baier, 2001). Por lo tanto, el trabajo terapéutico realizado a un nivel afectivo llega a ser potencialmente más profundo, llega a tener un mayor impacto en los resultados terapéuticos y logra mantenerse más en el tiempo, que cuando las intervenciones son realizadas solamente a un nivel cognitivo (Orlinsky y Howard, 1987).

Por otro lado, también han sido desarrollado sistemas que permiten clasificar tanto las verbalizaciones de los terapeutas como de los pacientes (Connolly y cols., 1998; Hill, 1990, 2005; Jones, Cumming y Pulos, 1993), sin embargo, muchos de estos fueron construidos desde la perspectiva de un enfoque terapéutico específico, o bien, con el fin de analizar problemáticas terapéuticas específicas (Etchebarne, Fernández y Roussos, 2008; Evans, Piasecki, Kriss y Hollon, 1984; Trijsburg, Lietaer, Colijn, Abrahamse, Joosten y Duivenvoorden, 2004). Por lo tanto, se consideró necesario desarrollar un sistema que permitiera estudiar las verbalizaciones de pacientes y terapeutas durante la conversación terapéutica, con el propósito de describir las principales características de dicha forma de comunicación. Este sistema debía ser lo suficientemente sensible como para permitir el establecimiento de ciertas diferencias y similitudes entre distintos tipos de episodios durante la sesión, pero por otro lado, que también permitiera comprender cómo las características de dicha comunicación variaba a lo largo del proceso psicoterapéutico. En otras palabras, que fuera un sistema de clasificación lo suficientemente exhaustivo como para captar todas las dimensiones relevantes del diálogo psicoterapéutico entre los hablantes. Con esta finalidad fue desarrollado el Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT-1.0, Valdés y cols., 2010b), el cual está basado en una noción performativa del lenguaje, es decir, el lenguaje entendido no como un mero reflejo de la realidad, sino como constitutivo de ésta (Aristegui y cols., 2004; Krause y cols., 2006; Reyes y cols., 2008; Searle, 1969, 1979, 1980). La conversación terapéutica entre paciente y terapeuta permite configurar nuevas realidades, las cuales son

parte del cambio psicológico del paciente, sin embargo, el lenguaje también implica la comunicación de contenidos por parte de los hablantes, los cuales están directamente relacionados con el objeto del trabajo terapéutico. Esta doble perspectiva de la comunicación, vale decir, la realización de acciones y la vehiculización de contenidos, ha hecho posible analizar las acciones verbales a través de las cuales ambos actores logran influirse mutuamente durante la conversación terapéutica, sin perder de vista el contenido, puesto que ambas dimensiones están involucradas en la construcción del cambio psicológico (Valdés y cols., 2011).

La presente investigación está inserta en la línea de investigación de proceso, y se propone responder las siguientes preguntas: ¿qué características tiene la comunicación entre pacientes y terapeutas durante los Episodios de Cambio?, ¿será posible identificar patrones verbales utilizados por pacientes y terapeutas para trabajar contenidos emocionales durante los Episodios de Cambio?, y de ser así, ¿qué características tendrían estos patrones?, y finalmente, ¿será posible identificar algún tipo de microsecuencia temporal entre los patrones utilizados por pacientes y terapeutas durante los Episodios de Cambio?, y de ser así, ¿qué características tendrían estos tipos de secuencia temporal?. Para responder a cada una de estas preguntas, fueron realizados tres estudios sucesivos: a) el primer estudio permitió determinar y comparar las Acciones Comunicacionales presentes en la conversación terapéutica durante los Episodios de Cambio; b) el segundo estudio permitió establecer los Patrones Comunicacionales (PC) utilizados por pacientes y terapeutas para el trabajo de contenidos emocionales durante Episodios de Cambio; y c) el tercer estudio permitió determinar las secuencias temporales de interacción entre los Patrones Comunicacionales (PC) utilizados por pacientes y terapeutas durante los Episodios de Cambio.

## Estudio N°1

Este primer estudio fue realizado con el objetivo de determinar y comparar las Acciones Comunicacionales presentes en las verbalizaciones de pacientes y terapeutas durante la conversación terapéutica en Episodios de Cambio.

### Muestra

Se analizaron dos terapias psicodinámicas de modalidad individual (A y B), a cargo de psiquiatras psicoanalistas varones con una vasta experiencia clínica, en sesiones llevadas a cabo una vez por

semana. Ambas pacientes eran mujeres, tenían un motivo de consulta bastante similar, y además dieron su consentimiento para participar en el presente estudio. Se incluyó el total de sesiones de ambas terapias (N=39) con el objeto de delimitar, transcribir y analizar todos los momentos relevantes al interior de cada una. Así, fue posible analizar un total de 825 turnos de palabra (A=352, B=473) identificados en 38 Episodios de Cambio (A=14, B=24). Un turno de palabra se define por el inicio de la verbalización de uno de los participantes, y finaliza con el inicio de la verbalización del otro (Krause, Valdés y Tomicic, 2009). A su vez, cada uno de los turnos de palabra fue segmentado dependiendo de la presencia de dos o más Patrones Comunicacionales (PC) dentro de un mismo turno. Con el propósito de tener un grupo de comparación, fueron identificados igualmente un total de 19 Episodios de Estancamiento (A=7, B=12), constituidos por 449 turnos de palabra (A=213, B=236). Por lo tanto, la muestra total estuvo constituida por 1597 segmentos, de los cuales 1016 correspondían a Episodios de Cambio y 581 a Episodios de Estancamiento (ver Tabla I).

### Procedimiento y análisis de datos

**Resultado y Cambio Psicoterapéutico.** El resultado terapéutico se estimó utilizando el Outcome Questionnaire (OQ-45.2), desarrollado por Lambert, Hansen, Umphress, Lunnen, Okiishi y Burlingame (1996), y validado en el contexto chileno por Von Bergen y De la Parra (2002). Una puntuación total alta en este cuestionario significa que las pacientes reportaron una alta disconformidad en su calidad de vida, expresada en sus síntomas, sus relaciones interpersonales y su rol social. Para interpretar los resultados, se utilizó el punto de corte (73 en el contexto chileno) resultante de la comparación de una muestra clínica con una muestra no clínica, diferenciando entre una población funcional y una población disfuncional, y obteniendo un Índice de Cambio Confiable (ICC) que determina si el cambio de las pacientes al final del tratamiento fue clínicamente significativo o no (ICC=17 en el contexto Chileno; Jacobson y Truax, 1991). En este caso, la Paciente A comenzó la terapia con un puntaje total de 68 y terminó con un puntaje de 48.4 (ICC=19.6), mientras que la Paciente B comenzó la terapia con un puntaje total de 111 y terminó con un puntaje de 91 (ICC=20). Vale decir, ambas pacientes mostraron un cambio significativo durante la terapia, aún cuando la Paciente A comenzó la terapia por debajo del punto de corte y la Paciente B por encima del punto de corte.

Por otro lado, desde el punto de vista de los Indicadores de Cambio Genéricos (ICG, Krause y cols., 2007), ambas terapias fueron exitosas, teniendo en

Tabla 1. Características de la muestra

	Procesos Psicoterapéuticos	
	Terapia A	Terapia B
Pacientes	Mujer	Mujer
Edad	38 años	43 años
Motivo de consulta	Elaboración del duelo debido a la separación y pérdidas recientes	Expresión de necesidades, fortalecimiento de la autonomía y mejorar la calidad de las relaciones
Enfoque Psicoterapéutico	Psicoterapia Psicodinámica	
Psicoterapeutas	2 Psiquiatras Psicoanalistas (hombres)	
Total de Sesiones (N=39)	18	21
Episodios de Cambio (N=38)	14	24
Turnos de palabra (N=825)	352	473
Segmentos totales (N=1016)	437	579
Segmentos codificados con algún contenido (N=692)		
Segmentos codificados con algún contenido y $f > 5$ (N=457)		
Segmentos con contenidos emocionales y $f > 5$ (N=161)	81	80
Episodios de Estancamiento (N=19)	7	12
Turnos de palabra (N=449)	213	236
Segmentos totales (N=581)	289	292
Segmentos codificados con algún contenido (N=383)		
Segmentos codificados con algún contenido y $f > 5$ (N=215)		
Segmentos con contenidos emocionales y $f > 5$ (N=61)	45	16

cuenta el número de momentos de cambios durante la sesión (A=14, B=24), pero sobre todo, por el nivel de los mismos dentro de la jerarquía de indicadores (Altimir y cols., 2010; Echávarri y cols., 2009). Los ICG están agrupados en tres niveles que permiten dar cuenta de la evolución del proceso de cambio. El mayor porcentaje de indicadores de cambio estuvo relacionado con un aumento de la permeabilidad de las pacientes hacia nuevas formas de entendimiento (Nivel II). La consolidación de la estructura de la relación terapéutica (Nivel I) fue más frecuente durante las etapas iniciales de la terapia, mientras que ambas pacientes fueron capaces de construir y consolidar una nueva manera de comprenderse a sí mismas (Nivel III). Por lo tanto, fue posible concluir que ambas terapias también mostraron una evolución positiva desde el punto de vista de los Indicadores de Cambio Genéricos (ICG).

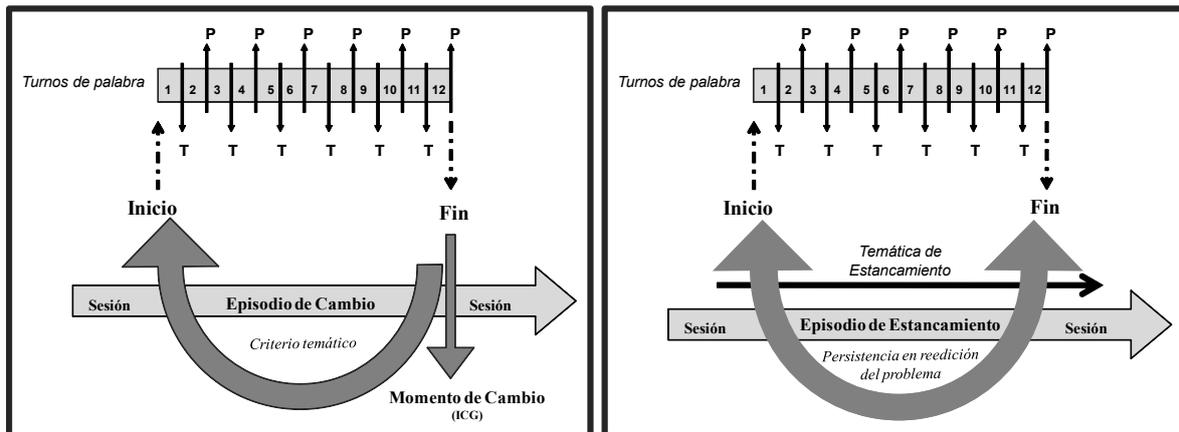
*Delimitación de Episodios de Cambio y Episodios de Estancamiento.* Ambas terapias fueron grabadas tanto en audio como en video, y observadas a través de un espejo de visión unidireccional por observadores expertos entrenados en el uso de: a)

el protocolo desarrollado para guiar la observación e identificación de momentos de cambio y estancamiento; b) la Lista Jerárquica de Indicadores de Cambio Genéricos (Krause y cols., 2007); y c) la Lista de Temáticas de Estancamiento. Todas las sesiones fueron numeradas en orden cronológico y transcritas para facilitar la delimitación posterior de los Episodios de Cambio.

Tal y como muestra la Figura 1, el momento de cambio marca el final del Episodio de Cambio. Dicho momento debe cumplir con los criterios de correspondencia teórica, novedad, actualidad y consistencia, vale decir, que coincida con alguno de los indicadores de la Lista Jerárquica de Indicadores de Cambio Genéricos, que sea novedoso, que ocurra durante la sesión y que se mantenga en el tiempo (Krause y cols., 2007; Valdés y cols., 2005). Luego, utilizando un criterio temático, se rastrea durante esa sesión el comienzo de la interacción terapéutica referida al contenido de dicho momento de cambio, delimitándose así el inicio del Episodio de Cambio.

En el caso de los Episodios de Estancamiento, fue necesario identificar la existencia de períodos

Figura 1. Delimitación de Episodios de Cambio y Episodios de Estancamiento



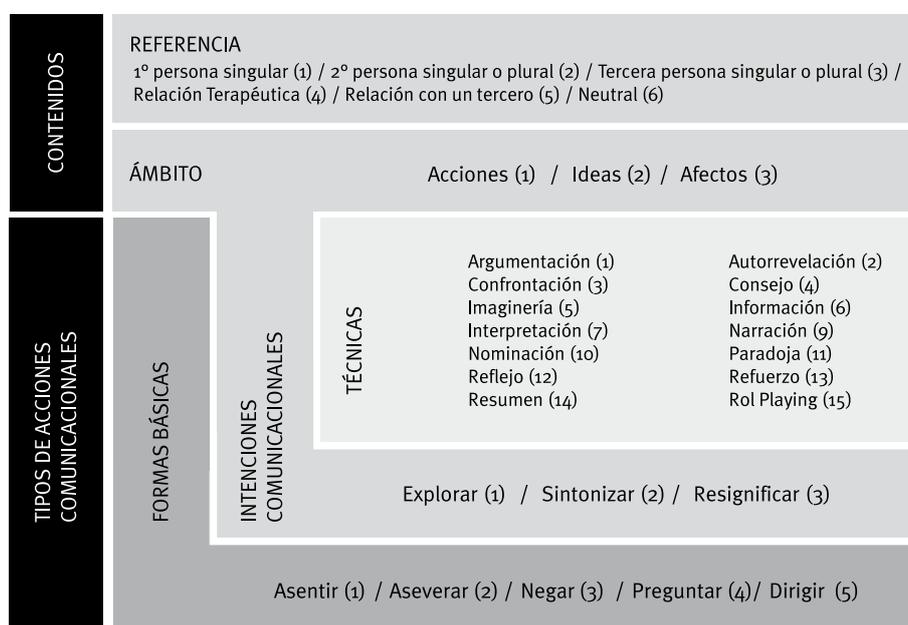
de tiempo durante la sesión, en los cuales hubiera una detención temporal del proceso de cambio de la paciente debido a una reedición del problema, es decir, episodios de la sesión caracterizados por la falta de una construcción progresiva de nuevos significados, o bien, la persistencia argumentativa en el discurso de la paciente que no aportaran al foco de cambio (Herrera, Fernández, Krause, Vilches, Valdés y Dagnino, 2009). Dicho momento debe cumplir con los criterios de correspondencia teórica, actualidad y congruencia no verbal, vale decir, que coincida con alguna de las temáticas de la Lista de Temáticas de Estancamiento, que ocurra durante la sesión y que exista una congruencia no verbal con la temática de estancamiento. Además, los Episodios de Estancamiento debían cumplir con el siguiente criterio metodológico: tener una duración mínima de tres minutos y, estar por lo menos a 10 minutos de algún Episodio de Cambio durante la misma sesión. Cada Episodio de Cambio y de Estancamiento delimitado, estaba conformado por turnos de palabra de pacientes y terapeutas, los que a su vez fueron segmentados al momento de realizar la codificación, en aquellos casos donde existía más de un propósito comunicacional por parte del hablante (Valdés y cols., 2010b).

*Análisis de las Acciones Comunicacionales.* Se utilizó el Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT-1.0, Valdés y cols., 2010b) para codificar manualmente las verbalizaciones de pacientes y terapeutas, presentes en cada segmento de turno de palabra de los Episodios de Cambio y los Episodios de Estancamiento. Este sistema fue desarrollado con el fin de poder dar cuenta de la complejidad y multidimensionalidad de la interacción comunicativa en el contexto de la psicoterapia. Tiene a la base una idea performativa del lenguaje y contempla dimensiones de análisis paralelas y no inclusivas que, permiten extender este argumento en términos de que decir algo es también realizar algo (Aristégui y cols., 2004; Krause y cols., 2006; Reyes

y cols., 2008). En este sentido, las verbalizaciones de pacientes y terapeutas son llamadas Acciones Comunicacionales puesto que cumplen con el doble propósito de transportar información (Contenidos) y ejercer influencia sobre el otro y la realidad construida por los hablantes (Acción). Este sistema fue desarrollado empleando, en primera instancia, una metodología orientada al descubrimiento, y luego sometidas a un análisis de confiabilidad interjueces, que arrojaron índices de acuerdo considerados como buenos (Valdés y cols., 2010b). Los codificadores entrenados debían codificar de manera independiente, cada turno o segmento de turno de palabra, apoyándose para ello en el Manual de Codificación desarrollado por Krause, Valdés y Tomicic (2009, manuscrito en preparación). Tal y como muestra la Figura II, las cinco categorías de análisis que conforman el SCAT-1.0 (Valdés y cols., 2010b) son: tres categorías correspondientes a la dimensión Acción y dos categorías correspondientes a la dimensión Contenido. Las categorías que agrupan 22 códigos de Acción son: Forma Básica (5), Intención Comunicacional (3) y Técnica (14). Asimismo, las categorías que agrupan nueve códigos de Contenido son: Ámbito (3) y Referencia (6).

Para evaluar el grado de acuerdo entre los codificadores que tuvieron la tarea de codificar la totalidad de segmentos de turno de palabra contenidos en los Episodios de Cambio y los Episodios de Estancamiento, se realizó un análisis de confiabilidad utilizando para ello un 15% del total de segmentos, seleccionados al azar ( $N=268$ ). Se utilizó el SPSS 19.0 para calcular el índice Kappa de Cohen para cada una de las cinco categorías del SCAT-1.0. Los índices Kappa resultantes fueron los siguientes: Forma básica ( $k=0,95$ ,  $p=0,00$ ), Intención Comunicacional ( $k=0,70$ ,  $p=0,00$ ), Técnica ( $k=0,51$ ,  $p=0,00$ ), Ámbito ( $k=0,73$ ,  $p=0,00$ ) y Referencia ( $k=0,79$ ,  $p=0,00$ ). Por lo tanto, la confiabilidad entre los jueces al momento de codificar ambos tipos de episodio, estuvo en el rango de moderada a muy buena.

Figura 2. Dimensiones, categorías y códigos del Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT-1.0, Valdés y cols., 2010b)



## Resultados

El objetivo de este primer estudio era determinar las características de las verbalizaciones de pacientes y terapeutas, a partir del análisis de las Acciones Comunicacionales (*Forma básica, Intención comunicacional, Técnica, Ámbito y Referencia*) utilizadas durante la conversación terapéutica en Episodios de Cambio y Episodios de Estancamiento. Para este análisis se procedió a determinar en primer lugar, qué tan similares eran las dos terapias (A y B) que conformaban la muestra, debiendo cumplir para ello con la siguiente condición: indistintamente del rol, la proporción de Acciones Comunicacionales verbalizadas al interior de cada terapia, podía o no ser similar, debido a la diferencia en la cantidad de turnos de palabras analizados por cada terapia; sin embargo, el grado de asociación entre la verbalización de cada una de estas Acciones Comunicacionales y el rol del participante, debía ser similar al interior de cada terapia, a pesar de la diferencia de proporción (por ejemplo, si en una terapia el terapeuta preguntaba más que la paciente, en la otra terapia debía mantenerse esta misma asociación, o bien, ambos preguntar con la misma frecuencia).

El análisis de cada terapia por separado, indistintamente del rol, en cuanto a la proporción de Acciones Comunicacionales verbalizadas durante los Episodios de Cambio, demostró que ambas terapias eran similares en cuanto a la proporción de

las categorías *Forma básica*<sup>2</sup> y *Técnica*, pero no así en cuanto a la proporción de las categorías *Intención comunicacional*, *Ámbito* y *Referencia* (ver Tabla II). Básicamente, las diferencias se concentraron en una mayor proporción de la *Intención comunicacional sintonizar* y del *Ámbito afectos*, en la Terapia A, así como en una mayor proporción del *Ámbito ideas* y de la *Referencia a otro presente*, en la Terapia B. Por otro lado, cuando se analizó por separado cada terapia en cuanto a la asociación de dichas Acciones Comunicacionales con el rol del participante, se observó que en ambas terapias hubo una asociación similar entre el rol del participante y las categorías *Forma básica, Intención Comunicacional, Técnicas y Referencia*, pero no así en cuanto a la categoría *Ámbito*. Esta diferencia se debió únicamente al hecho que, la paciente A, en comparación con su terapeuta, verbalizó una mayor proporción de Acciones Comunicacionales del *Ámbito acciones*, mientras que en la díada paciente-terapeuta B, esta proporción fue similar. Sin embargo, en ambas terapias sí hubo una asociación similar entre el rol del participante y los *Ámbitos ideas y afectos*, punto central del presente estudio. Por lo tanto, se cumplió la condición necesaria para poder concluir que ambas terapias eran similares en cuanto a la asociación de todas las Acciones Comunicacionales con el rol del participante, excepto en el *Ámbito acciones*. Por lo tanto, se optó por dejar este código fuera de los análisis posteriores en este y los otros dos estudios (ver Tabla II).

(2) En los resultados del Estudio 1, las categorías del SCAT-1.0 (*Forma básica, Intención comunicacional, Técnica, Ámbito y Referencia*) aparecen subrayadas, mientras que sus respectivos códigos aparecen en cursiva.

**Tabla 2. Proporción de Acciones Comunicacionales por terapia y su asociación con el rol del participante**

Acciones Comunicacionales (AACC)	Similitud en la proporción de AACC (A y B)		Asociación entre la verbalización de AACC y el rol del participante			
			Terapia A		Terapia B	
	$\chi^2$	$p$	$\chi^2$	$p$	$\chi^2$	$p$
Formas Básicas	5.91	.12	15.81	.01	100.30	.00
Intenciones Comunicacionales	9.39	.01	23.54	.00	50.79	.00
Técnicas	.36	.55	108.82	.00	148.04	.00
Ámbito *	10.97	.00	8.30	.02	1.40	.50
Referencia	21.60	.00	148.87	.00	263.57	.00

\* La asociación se concentró únicamente en el Ámbito "acciones", no así en los Ámbitos "ideas" y "afectos".

Seguidamente, se procedió a analizar en conjunto los segmentos de turno de palabra de ambas terapias con el propósito de determinar las características de las Acciones Comunicacionales presentes en la conversación terapéutica durante los Episodios de Cambio, y compararlos con los Episodios de Estancamiento. Para el análisis de la categoría Forma Básica se analizaron los 1016 segmentos de turno de palabra en los Episodios de Cambio (P=572, T=444) y los 581 segmentos de turno de palabra en los Episodios de Estancamiento (P=311, T=270), sin embargo, para el análisis de las categorías Intención Comunicacional, Técnica, Ámbito y Referencia, la muestra total se redujo a 692 segmentos en los Episodios de Cambio (P=353, T=339) y 383 segmentos en los Episodios de Estancamiento (P=194, T=189), debido a que fueron analizados solamente aquellos segmentos con una codificación completa en estas categorías. Por lo tanto, se trabajó con el 68,11% de la muestra total de segmentos en los Episodios de Cambio, y el 65,92% de la muestra total de segmentos en los Episodios de Estancamiento. Para determinar si existía o no una asociación entre las distintas categorías y, el tipo de episodio o rol del participante, se utilizó la prueba no paramétrica Chi Cuadrado ( $\chi^2$ ).

Forma Básica. Se pudo observar una asociación entre la Forma Básica de las verbalizaciones y el rol del participante, tanto en los Episodios de Cambio, [ $\chi^2$  (3, N=1016) =104.58,  $p=0,00$ ], como en los Episodios de Estancamiento, [ $\chi^2$  (3, N=581) =29.543,  $p=0,00$ ]. En ambos casos, las pacientes asintieron y negaron más frecuentemente que los terapeutas, mientras que estos últimos preguntaron más que las pacientes (ver Tabla III). Sin embargo, no hubo diferencias significativas en cuanto a la frecuencia con que pacientes y terapeutas utilizaron la Forma Básica aseverar durante sus verbalizaciones. Este

resultado podría ser un indicador de que el peso del trabajo terapéutico es realizado justamente en las verbalizaciones con este tipo de estructura formal. Al comparar ambos tipos de episodio, se pudo observar una mayor proporción de negar por parte de las pacientes durante los Episodios de Estancamiento, [ $\chi^2$  (3, N=883) =12.00,  $p=0,01$ ], y una tendencia a preguntar más también durante este tipo de episodio, sin embargo esta asociación no fue significativa. También hubo una mayor proporción de asentir por parte de los terapeutas durante los Episodios de Estancamiento, [ $\chi^2$  (3, N=714) =7.99,  $p=0,05$ ]. No se observaron diferencias significativas entre ambos tipos de episodio, en cuanto a la proporción de aseveraciones realizadas por pacientes y terapeutas durante la conversación.

Intención Comunicacional. Se pudo observar una asociación entre la Intención Comunicacional de las verbalizaciones y el rol del participante, tanto en los Episodios de Cambio, [ $\chi^2$  (2, N=692) =71.07,  $p=0,00$ ] como en los Episodios de Estancamiento, [ $\chi^2$  (2, N=383) =102.66,  $p=0,00$ ]. En ambos casos, las pacientes exploraron más que sus terapeutas, mientras que estos últimos sintonizaron y resignificaron más que sus pacientes. Un resultado significativo fue el hecho de que durante los Episodios de Estancamiento el porcentaje de resignificación por parte de las pacientes fue casi nulo (ver Tabla III). Al comparar ambos tipos de episodio, se pudo observar que las pacientes realizaron más resignificaciones durante los Episodios de Cambio y más exploraciones durante los Episodios de Estancamiento, [ $\chi^2$  (2, N=547) =114.87,  $p=0,00$ ], situación que también se evidenció en el caso de los terapeutas, [ $\chi^2$  (2, N=528) =51.28,  $p=0,00$ ]. No hubo diferencias significativas entre ambos episodios en cuanto a la proporción de sintonizar por parte de los terapeutas.

**Tabla 3. Distribución de las Acciones Comunicacionales al interior de cada tipo de episodio según el rol**

Acciones Comunicacionales		Tipos de episodio			
		Episodio de Cambio		Episodio de Estancamiento	
		Paciente	Terapeuta	Paciente	Terapeuta
Categoría	Códigos				
Forma Básica	Asentir	28.30 (162)	13.10 (58)	27.00 (84)	19.30 (52)
	Aseverar	64.90 (371)	66.20 (294)	59.20 (184)	63.00 (170)
	Negar	3.50 (20)	0.50 (2)	7.70 (24)	1.50 (4)
	Preguntar	3.30 (19)	20.30 (90)	6.10 (19)	16.30 (44)
Intención Comunicacional	Explorar	49.60 (175)	19.80 (67)	93.30 (181)	47.10 (89)
	Sintonizar	9.90 (35)	22.10 (75)	6.20 (12)	23.30 (44)
	Resignificar	40.50 (143)	58.10 (197)	0.50 (1)	29.60 (56)
Técnica	Ausencia de técnicas	39.66 (140)	37.17 (126)	54.12 (105)	47.62 (90)
	Técnicas comunicacionales	55.81 (197)	12.39 (42)	40.72 (79)	6.88 (13)
	Técnicas terapéuticas	4.53 (16)	50.44 (171)	5.16 (10)	45.50 (86)
Ámbito	Acciones	21.20 (75)	13.60 (46)	14.90 (29)	18.50 (35)
	Ideas	50.40 (178)	52.20 (177)	61.90 (120)	58.70 (111)
	Afectos	28.30 (100)	34.20 (116)	23.20 (45)	22.80 (43)
Referencia	Referencia a sí mismo	64.60 (228)	2.40 (8)	67.00 (130)	3.20 (6)
	Referencia a otro presente	3.70 (13)	60.50 (205)	6.20 (12)	59.80 (113)
	Referencia a un tercero	9.90 (35)	5.60 (19)	4.60 (9)	5.80 (11)
	Referencia a la relación terapéutica	6.80 (24)	17.70 (60)	6.20 (12)	18.00 (34)
	Referencia a la relación con un tercero	10.50 (37)	5.00 (17)	13.90 (27)	3.20 (6)
	Referencia neutral	4.50 (16)	8.80 (30)	2.10 (4)	10.10 (19)

Nota. Los puntajes están expresados en porcentaje (%) y sus respectivas frecuencias aparecen entre paréntesis (*f*).

**Técnica.** Debido a la baja frecuencia de algunas Técnicas utilizadas por pacientes y terapeutas durante sus verbalizaciones en Episodios de Cambio y Episodios de Estancamiento, y con el fin de poder realizar análisis estadísticos en relación a esta categoría, se decidió agruparlas de acuerdo a si estas eran Técnicas comunicacionales (argumentación, consejo, información, narración y resumen) o si eran Técnicas terapéuticas (confrontación, interpretación, nominación, reflejo, refuerzo y juegos de rol). También se consideró la ausencia de alguna Técnica durante las verbalizaciones, ya que no siempre el hablante hace uso de este recurso para apoyar el propósito de su verbalización (ver Tabla III). Al realizar dicha agrupación, se observó una asociación entre la Técnica presente en las verbalizaciones y el rol del participante, tanto en los Episodios de Cambio, [ $\chi^2$  (2, N=692) = 229.55,  $p=0,00$ ] como en los Episodios de Estancamiento, [ $\chi^2$  (2, N=383) = 108.62,  $p=0,00$ ]. En ambos casos, las pacientes utilizaron una mayor proporción de Técnicas comunicacionales (específicamente, argumentación y narración), mientras que los terapeutas utilizaron una mayor proporción de Técnicas terapéuticas (específicamente, interpretación, reflejo y confrontación). La diferencia estuvo en el hecho de que los terapeutas utilizaron con mayor frecuencia el reflejo durante los Episodios de Cambio, y la confrontación durante los Episodios de Estancamiento. Al comparar ambos tipos de episo-

do, se pudo observar una mayor ausencia de Técnicas por parte de las pacientes durante los Episodios de Estancamiento, y un mayor uso de Técnicas comunicacionales durante los Episodios de Cambio, [ $\chi^2$  (2, N=547) = 11.60,  $p=0,00$ ] (específicamente, argumentación y narración). Otro resultado significativo fue la utilización de más Técnicas comunicacionales por parte de los terapeutas durante los Episodios de Cambio, [ $\chi^2$  (2, N=528) = 7.39,  $p=0,02$ ] (específicamente, argumentación). No hubo diferencias significativas entre ambos episodios en cuanto a la utilización de Técnicas terapéuticas por parte de los terapeutas.

**Ámbito.** Sólo fue posible observar una asociación entre el Ámbito de las verbalizaciones y el rol del participante en el caso de los Episodios de Cambio, [ $\chi^2$  (2, N=692) = 7.86,  $p=0,02$ ], concentrándose este resultado especialmente en la asociación entre el Ámbito de las acciones y el rol de paciente. Sin embargo, no fue posible concluir que durante los Episodios de Cambio, en comparación con sus terapeutas, las pacientes verbalizaran más Acciones Comunicacionales para trabajar el Ámbito de las acciones, ya que este resultado pudo deberse al hecho de que esta asociación estuvo presente únicamente en los Episodios de Cambio de una de las terapias (A) que conforman la muestra total. Pero por otra parte, sí fue posible concluir que durante los dos tipos de

episodio, tanto las pacientes como sus terapeutas verbalizaron una proporción similar de Acciones Comunicacionales para trabajar el *Ámbito* de las *ideas* y de los *afectos*. Al comparar ambos tipos de episodio, se observó una mayor verbalización por parte de las pacientes de Acciones Comunicacionales para trabajar el *Ámbito* de las *ideas* durante los Episodios de Estancamiento, [ $\chi^2$  (2, N=547) =6,86,  $p=0,03$ ], mientras que los terapeutas verbalizaron una mayor proporción de Acciones Comunicacionales para trabajar el *Ámbito* de los *afectos* durante los Episodios de Cambio, [ $\chi^2$  (2, N=528) =8,18,  $p=0,02$ ].

*Referencia.* Se pudo observar una asociación entre la *Referencia* de las verbalizaciones y el rol del participante, tanto en los Episodios de Cambio, [ $\chi^2$  (5, N=692) =405,906,  $p=0,00$ ] como en los Episodios de Estancamiento, [ $\chi^2$  (5, N=383) =228,508,  $p=0,00$ ]. En ambos casos, las pacientes realizaron una mayor proporción de verbalizaciones con *Referencia a sí mismas, a un tercero y a la relación con un tercero*, mientras que los terapeutas realizaron una mayor proporción de verbalizaciones con *Referencia al otro presente, a la relación terapéutica y con una Referencia neutra*. No se observaron diferencias significativas entre ambos episodios en cuanto a la *Referencia* de las verbalizaciones de pacientes y terapeutas.

## Estudio N°2

Este segundo estudio fue realizado con el objetivo de establecer los principales Patrones Comunicacionales (PC) utilizados por pacientes y terapeutas para trabajar los contenidos emocionales durante Episodios de Cambio.

### Muestra

Para la identificación de los Patrones Comunicacionales (PC) presentes en el discurso de pacientes y terapeutas, se trabajó con la misma muestra de segmentos de turno de palabra utilizada en el Estudio N°1 (ver Tabla I). Es decir, los 692 segmentos en los Episodios de Cambio (P=353, T=339) y los 383 segmentos en los Episodios de Estancamiento (P=194, T=189), puesto que eran segmentos con una codificación completa, vale decir, con la presencia de un código asignado para cada una de las cinco categorías del SCAT-1.0 (Valdés y cols., 2010b) (ver Figura II).

### Procedimiento y análisis de datos

*Configuración de los Patrones Comunicacionales (PC).* Una vez codificados todos los segmentos,

se procedió a analizar la configuración de códigos resultante para cada uno. A esta configuración se les denominó Patrón Comunicacional (PC), y estaba conformado por 6 dígitos, los cuales se corresponden con cada una de las categorías del SCAT-1.0 (Valdés y cols., 2010b). Así, el primer dígito corresponde a la codificación de la categoría Forma Básica (1=asentir, 2=aseverar, 3=negar, 4=preguntar, y 5=dirigir), el segundo dígito corresponde a la codificación de la categoría Intención Comunicacional (1=explorar, 2=sintonizar, y 3=resignificar), el tercer dígito corresponde a la codificación de la categoría *Ámbito* (1=acciones, 2=ideas, y 3=afectos), el cuarto dígito corresponde a la codificación de la categoría *Referencia* (1=referencia a sí mismo, 2=referencia al otro presente, 3=referencia a un tercero, 4=referencia a la relación terapéutica, 5=referencia a la relación con un tercero y 6=referencia neutra), y finalmente, los dos últimos dígitos corresponden a la codificación de la categoría Técnica (00=ausencia de técnica, 01=argumentación, 02=autorevelación, 03=confrontación, 04=consejo, 05=imagería, 06=información, 07=interpretación, 09=narración, 10=nominación, 11=paradoja, 12=reflejo, 13=refuerzo, 14=resumen y 15=juego de rol). A su vez, cada Patrón Comunicacional (PC) está conformado por dos niveles separados con un guión (ej. PC213-101). El primer nivel incluye los tres primeros dígitos y se le ha denominado Nivel Estructural. Este nivel tiene que ver específicamente con cierto tipo de contenidos en el marco del objeto de trabajo terapéutico, el cual es transmitido con determinado propósito y usando para ello una determinada estructura formal. El segundo nivel incluye los tres últimos dígitos y se le ha denominado Nivel Articulador. Este nivel tiene que ver específicamente con el emisor de la información, vale decir, el protagonista del trabajo terapéutico en ese momento, y con la existencia o no de algún recurso metodológico (comunicacional o terapéutico), utilizado por el hablante con el fin de apoyar el propósito de la verbalización (Intención Comunicacional). En otras palabras, un Patrón Comunicacional (PC) puede tener las mismas características a Nivel Estructural, pero al mismo tiempo puede articularse de distintas maneras, dependiendo de las circunstancias que se producen en un momento dado de la conversación, sin que por esto se vea afectada la estructura del mismo.

Adicionalmente, una vez identificados los Patrones Comunicacionales (PC), se tomó la decisión metodológica de trabajar solamente con aquellos patrones utilizados con una frecuencia mayor de cinco, por al menos uno de los dos participantes de la conversación (paciente y terapeuta), de manera de poder realizar análisis estadísticos que resultarían significativos. Esta situación redujo la muestra de 692 a 457 segmentos en los Episodios de Cam-

bio ( $P=255$ ,  $T=202$ ), y de 383 a 215 segmentos en los Episodios de Estancamiento ( $P=134$ ,  $T=81$ ). Por lo tanto, para los análisis de este estudio se trabajó con el 66,04% de la muestra total de segmentos en los Episodios de Cambio, y el 56,13% de la muestra total de segmentos en los Episodios de Estancamiento. Para determinar la existencia de alguna asociación entre los distintos Patrones Comunicacionales (PC) y, el tipo de episodio o el rol del participante, se utilizó la prueba no paramétrica Chi Cuadrado ( $\chi^2$ ). Para determinar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre dos proporciones, se utilizó el puntaje Z-ratio para proporciones independientes. En algunos casos, se recurrió a estimar los límites inferior y superior del intervalo de confianza del 95% (IC), con el fin de poder determinar si la diferencia entre determinadas proporciones independientes, eran significativas o no.

## Resultados

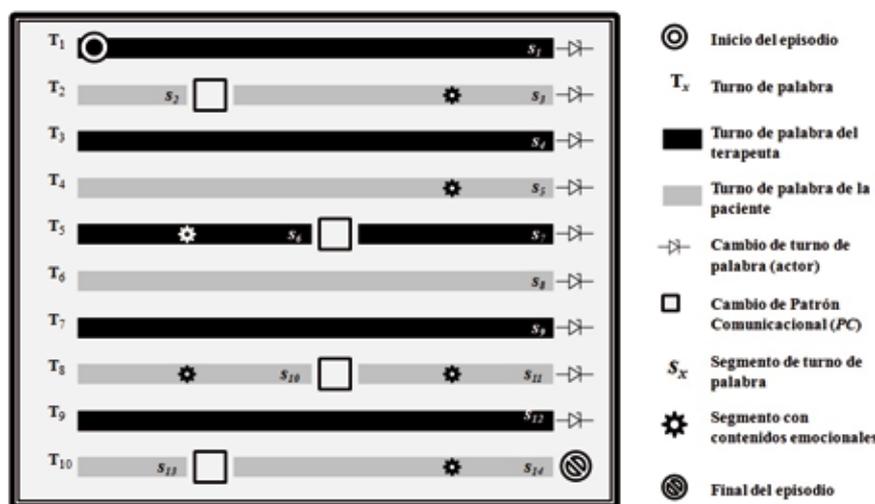
El objetivo de este segundo estudio era identificar y describir los principales Patrones Comunicacionales (PC) utilizados por pacientes y terapeutas para trabajar específicamente contenidos emocionales durante la conversación en Episodios de Cambio, determinando similitudes y diferencias con los Episodios de Estancamiento. Por lo tanto, se decidió analizar únicamente aquellos segmentos codificados en la categoría Ámbito con el código afectos, vale decir, que tuvieran asignado el número 3 como tercer dígito del Patrón Comunicacional (PC), lo que estaría indicando que el objeto del trabajo terapéu-

tico durante esa verbalización del hablante estuvo circunscrito al trabajo de los afectos (ver Figura III).

Adicionalmente, se decidió trabajar solamente con aquellos Patrones Comunicacionales (PC) utilizados con una frecuencia mayor de cinco, por al menos uno de los dos participantes de la conversación (paciente y terapeuta), lo que redujo nuevamente la muestra de 457 a 161 segmentos de turno de palabra en los Episodios de Cambio ( $P=79$ ,  $T=82$ ), y de 215 a 61 segmentos de turno de palabra en los Episodios de Estancamiento ( $P=35$ ,  $T=26$ ).

De acuerdo al Nivel Estructural, fueron identificados tres Patrones Comunicacionales (PC) utilizados por pacientes y terapeutas para trabajar contenidos emocionales durante la conversación terapéutica. El nombre de cada uno de los patrones fue establecido a partir de las características principales de cada uno a Nivel Estructural, vale decir, el propósito comunicacional para trabajar los contenidos afectivos en el marco del objeto de trabajo terapéutico. Los tres Patrones Comunicacionales (PC) identificados son: a) el patrón PC213 se denominó Exploración afectiva<sup>3</sup>, y fue utilizado exclusivamente por las pacientes con el propósito de entregar, clarificar y/o dirigir la atención de la conversación hacia ciertos contenidos emocionales; b) el patrón PC223 se denominó Sintonía afectiva, y fue utilizado exclusivamente por los terapeutas con el propósito de mostrar entendimiento, armonía o dar una retroalimentación a las pacientes acerca de ciertos contenidos emocionales; y c) el patrón PC233 se denominó Resignificación afectiva, y utilizado por pacientes y terapeutas con el propósito de construir y/o consolidar de ma-

**Figura 3. Segmentación de los turnos de palabra. A manera de ejemplo, este episodio tendría 10 turnos de palabra (Tx), 14 segmentos de turno de palabra (Sx) y 6 segmentos de turno de palabra codificados con la presencia de contenidos emocionales (S3, S5, S6, S10, S11 y S14)**



(3) En los resultados del Estudio 2, los Patrones Comunicacionales (Exploración afectiva, Sintonía afectiva y Resignificación afectiva) aparecen subrayados, mientras que los tipos específicos de estos patrones aparecen en cursiva.

**Tabla 4. Distribución de los Patrones Comunicacionales (PC) utilizados para trabajar contenidos emocionales según el tipo de episodio**

Patrones Comunicacionales (PC)	Episodios de Cambio (EC)			Episodios de Estancamiento (EE)		
	Paciente	Terapeuta	Total (f)	Paciente	Terapeuta	Total (f)
Exploración afectiva (PC213)	53.16 (42)	0.00 (0)	42	100 (35)	0.00 (0)	35
Sintonía afectiva (PC223)	0.00 (0)	24.39 (20)	20	0.00 (0)	11.54 (3)	3
Resignificación afectiva (PC233)	46.84 (37)	75.61 (62)	99	0.00 (0)	88.46 (23)	23
Total (f)	79	82	161	35	26	61

Nota. Los puntajes están expresados en porcentajes (%), y sus respectivas frecuencias aparecen entre paréntesis. Los totales están expresados en frecuencias (f).

**Tabla 5. Comparación de la proporción de cada Patrón Comunicacional (PC) según el tipo de episodio**

Patrones Comunicacionales (PC)	EC	EE	Diferencia %	IC (95%)	Z	p
<b>Indistintamente del rol (P o T)</b>						
Exploración afectiva total (PC213)	26.09 (42)	57.38 (35)	31.29	[ 16.84 - 44.44 ]	4.373	< .0002 **
Sintonía afectiva total (PC223)	12.42 (20)	4.92 (3)	7.50	[ -2.06 - 14.31 ]	-	> .05
Resignificación afectiva total (PC233)	61.49 (99)	37.70 (23)	23.79	[ 9.06 - 36.99 ]	3.180	.001 **
<b>Pacientes</b>						
Exploración afectiva (PC213)	53.16 (42)	100 (35)	46.84	[ 32.34 - 57.73 ]	-	< .05 *
Resignificación afectiva (PC233)	46.84 (37)	0.00 (0)	46.84	[ 32.34 - 57.73 ]	-	< .05 *
<b>Terapeutas</b>						
Sintonía afectiva (PC223)	24.39 (20)	11.54 (3)	12.85	[ -6.34 - 25.62 ]	-	> .05
Resignificación afectiva (PC233)	75.61 (62)	88.46 (23)	12.85	[ -6.34 - 25.62 ]	-	> .05

Nota: Si el 0% no está incluido dentro del intervalo, entonces es posible asegurar con un 95% de confianza que la diferencia de proporciones entre Episodios de Cambio (EC) y Episodios de Estancamiento (EE) es significativa. El coeficiente Z fue calculado sólo si ambas muestras lograban satisfacer el siguiente requisito: n (p) y n (1-p) debían ser igual o mayor a 5.

\*\*  $p \leq 0.01$ , \*  $p \leq 0.05$

nera conjunta, nuevos significados para determinados contenidos emocionales (ver Tabla IV).

Al comparar los dos tipos de episodio según la proporción de patrones utilizados para trabajar contenidos emocionales, indistintamente del rol del participante (paciente o terapeuta), se observó una mayor proporción de Exploración afectiva durante los Episodios de Estancamiento, y una mayor proporción de Resignificación afectiva durante los Episodios de Cambio; sin embargo, no hubo diferencias significativas en cuanto a la proporción de Sintonía afectiva en ambos tipos de episodio (ver Tabla V). Al comparar la proporción de patrones utilizados para trabajar contenidos emocionales al interior de cada tipo de episodio y según el rol del participante (paciente o terapeuta), se observó que la Exploración afectiva no sólo fue realizada por las pacientes con mayor frecuencia durante los Episodios de Estancamiento, sino que además fue el único patrón

utilizado por ellas para trabajar los contenidos emocionales. La Resignificación afectiva solamente fue realizada por las pacientes durante los Episodios de Cambio, mientras que los terapeutas mostraron una proporción similar de Sintonía afectiva y Resignificación afectiva en ambos tipos de episodio.

Durante los Episodios de Cambio, el patrón Exploración afectiva fue utilizado exclusivamente por las pacientes, mientras que los terapeutas utilizaron exclusivamente el patrón Sintonía afectiva. La Resignificación afectiva fue realizada tanto por pacientes como por terapeutas, sin embargo, fue más frecuente en estos últimos (ver Tabla VI). Al interior de los Episodios de Estancamiento, la Exploración afectiva también fue realizada exclusivamente por las pacientes, sin embargo, a diferencia de lo observado durante los Episodios de Cambio, el patrón de Resignificación afectiva fue utilizado exclusivamente por los terapeutas durante el trabajo de construc-

**Tabla 6. Comparación de la proporción de cada Patrón Comunicacional según el rol para cada tipo de episodio**

Patrones Comunicacionales (PC)	P	T	Diferencia %	IC (95%)	Z	p
<b>Episodios de Cambio</b>						
Exploración afectiva (PC213)	53.16 (42)	0.00 (0)	53.16	[ 41.39 - 63.76 ]	-	< .05 *
Sintonía afectiva (PC223)	0.00 (0)	24.39 (20)	24.39	[ 15.13 - 34.69 ]	-	< .05 *
Resignificación afectiva (PC233)	46.84 (37)	75.61 (62)	28.77	[ 13.78 - 42.06 ]	3.751	< .0002 **
<b>Episodios de Estancamiento</b>						
Exploración afectiva (PC213)	100 (35)	0.00 (0)	100	[ 83.77 - 100 ]	-	< .05 *
Sintonía afectiva (PC223)	0.00 (0)	11.54 (3)	11.54	[ -0.90 - 28.98 ]	-	> .05
Resignificación afectiva (PC233)	0.00 (0)	88.46 (23)	88.46	[ 68.41 - 96.00 ]	-	< .05 *

Nota: Si el 0% no está incluido dentro del intervalo, entonces es posible asegurar con un 95% de confianza que la diferencia de proporciones entre pacientes (P) y terapeutas (T). El coeficiente Z fue calculado sólo si ambas muestras lograban satisfacer el siguiente requisito:  $n(p) \text{ y } n(1-p)$  debían ser igual o mayor a 5.

\*\*  $p \leq 0.01$ , \*  $p \leq 0.05$

ción de nuevos significados a partir de los contenidos emocionales verbalizados por sus pacientes. Con respecto a la *Sintonía afectiva*, si bien no hubo diferencias significativas entre pacientes y terapeutas en cuanto al uso de este patrón, la baja proporción de este patrón durante este tipo de episodio, podría ser un resultado importante en sí mismo.

Además fue posible identificar tipos específicos de estos Patrones Comunicacionales (PC), que fueron establecidos a partir del Nivel Articulador de los mismos, es decir, dependiendo de quién era el protagonista del trabajo terapéutico, y si existía o no alguna técnica comunicacional o terapéutica que apoyara el propósito de la verbalización del hablante en ese momento. A continuación se presentan los principales tipos específicos de cada Patrón Comunicacional (PC) utilizado para trabajar contenidos emocionales.

*Exploración afectiva.* Este Patrón Comunicacional (PC213) fue utilizado con el fin de entregar, clarificar y/o dirigir la atención hacia ciertos contenidos emocionales durante la conversación terapéutica. Se caracteriza en su Nivel Estructural por el uso de la forma básica aseverar, mientras que de acuerdo al Nivel Articulador, fueron identificados tres tipos específicos de este patrón en los Episodios de Cambio y en los Episodios de Estancamiento, dependiendo de si se trataba de contenidos emocionales referidos a sí mismo, o bien, si se trataba de contenidos emocionales referidos a la relación con un tercero (ver Tabla VII).

Durante los Episodios de Cambio, los tres tipos específicos para la *Exploración afectiva* fueron utilizados exclusivamente por las pacientes. El primer tipo específico de este patrón se denominó descripción emocional, y fue utilizado por las pacientes para entregar información novedosa acerca de

determinados contenidos emocionales referidos a sí mismas, y sin el apoyo de alguna técnica comunicacional o terapéutica (1)<sup>4</sup>. Por el contrario, los otros dos tipos específicos de este patrón fueron denominados clarificación emocional argumentativa, y fue utilizado por las pacientes para clarificar y/o dirigir la atención de la conversación hacia determinados contenidos emocionales referidos a sí mismas (2), o bien, referidos a la relación de éstas con un tercero fuera de la sesión (3). En ambos casos, el patrón fue utilizado junto con la técnica comunicacional argumentativa, vale decir, ofreciendo fundamentos, ejemplos, generalizaciones o justificaciones como apoyo al propósito de exploración. Esta misma situación se observó durante los Episodios de Estancamiento, incluso en una proporción similar.

Al comparar los tipos específicos del patrón *Exploración afectiva*, al interior de cada tipo de episodio, no se observaron diferencias significativas en cuanto a la proporción de descripciones emocionales y clarificaciones emocionales argumentativas realizadas por las pacientes acerca de contenidos emocionales referidos a sí mismas. Sin embargo sí hubo diferencias significativas al comparar estos dos tipos específicos, juntos y por separado, con las clarificaciones emocionales argumentativas realizadas acerca de contenidos emocionales referidos a la relación de las pacientes con un tercero. Esta misma situación se observó también en los Episodios de Estancamiento. Finalmente, al comparar ambos tipos de episodios, no hubo diferencias significativas en cuanto a la utilización de los tipos específicos del patrón *Exploración afectiva*. De hecho, la proporción de estos fue similar en ambos episodios. En otras palabras, las pacientes entregaron, clarificaron y/o focalizaron la atención hacia determinados contenidos emocionales, referidos a sí mismas o referidos

(4) Los ejemplos de las verbalizaciones de pacientes y terapeutas aparecen en el Apéndice al final del artículo. Las citas textuales aparecen entre comillas y con letra cursiva. La referencia de cada cita aparece en el siguiente orden: primero el rol del hablante (PA= Paciente A, TA= Terapeuta A, PB= Paciente B, TB= Terapeuta B), segundo el número del Episodio de Cambio, y finalmente el número del turno de palabra respectivo.

**Tabla 7. Distribución de los tipos específicos del patrón Exploración afectiva (PC213) según el rol y el tipo de episodio**

Tipos específicos del patrón Exploración afectiva (PC213)	Episodios de Cambio			Episodios de Estancamiento		
	Paciente	Terapeuta	Total (f)	Paciente	Terapeuta	Total (f)
Descripción emocional						
PC213-100	38.09 (16)	0.00 (0)	16	45.71 (16)	0.00 (0)	16
Clarificación emocional argumentativa						
PC213-101	47.62 (20)	0.00 (0)	20	42.86 (15)	0.00 (0)	15
PC213-501	14.29 (6)	0.00 (0)	6	11.43 (4)	0.00 (0)	4
Total PC213 (f)	42	0	42	35	0	35

Nota. Los puntajes están expresados en porcentaje (%) y las respectivas frecuencias aparecen entre paréntesis. Los totales están expresados en frecuencias (f). El PC213-x corresponde a la sumatoria de otras variaciones del PC213 con frecuencia menor que 5.

**Tabla 8. Comparación de la proporción de los tipos específicos del patrón Exploración afectiva (PC213) al interior de cada tipo de episodio**

Tipos específicos del patrón Exploración afectiva (PC213)	P	P	Diferencia %	IC (95%)	Z	p
<b>Episodios de Cambio</b>						
PC213-100 - PC213-101	38.09 (16)	47.62 (20)	9.52	[-11.24 - 29.18]	0.882	.38
PC213-100 - PC213-501	38.09 (16)	14.29 (6)	23.81	[ 4.96 - 40.69]	2.482	.01 *
PC213-101 - PC213-501	47.62 (20)	14.29 (6)	33.33	[ 13.66 - 49.83]	3.304	.00 **
(PC213-100 + PC213-101) - PC213-501	85.71 (36)	14.29 (6)	71.43	[ 52.26 - 82.13]	6.547	< .0002 **
<b>Episodios de Estancamiento</b>						
PC213-100 - PC213-101	45.71 (16)	42.86 (15)	2.86	[-19.45 - 24.77]	0.241	.81
PC213-100 - PC213-501	45.71 (16)	11.43 (4)	34.29	[ 13.23 - 51.80]	-	< .05 *
PC213-101 - PC213-501	42.86 (15)	11.43 (4)	31.43	[ 10.64 - 49.11]	-	< .05 *
(PC213-100 + PC213-101) - PC213-501	88.57 (31)	11.43 (4)	77.14	[ 56.60 - 86.89]	-	< .05 *

Nota: Si el 0% no está incluido dentro del intervalo, entonces es posible asegurar con un 95% de confianza que la diferencia de proporciones entre pacientes (P) y terapeutas (T) es significativa. El coeficiente Z fue calculado sólo si ambas muestras lograban satisfacer el siguiente requisito: n (p) y n (1-p) debían ser igual o mayor a 5.

\*\* p ≤ 0.01, \* p ≤ 0.05

a la relación de ellas con un tercero, indistintamente de si se trataba de un Episodio de Cambio o de un Episodio de Estancamiento (ver Tabla VIII).

**Sintonía afectiva.** Este Patrón Comunicacional (PC223) fue utilizado con el fin de mostrar entendimiento, armonizar o dar una retroalimentación acerca de ciertos contenidos emocionales verbalizados por las pacientes durante la conversación terapéutica. Se caracteriza a Nivel Estructural por el uso de la forma básica aseverar, mientras que, de acuerdo al Nivel Articulador, sólo fue posible identificar un solo tipo específico de este patrón, el cual estaba referido a contenidos emocionales del otro presente durante la sesión (pacientes). Dicho tipo específico fue identificado tanto en Episodios de Cambio como en Episodios de Estancamiento, y se denominó empatía emocional (4). Este tipo específico fue utilizado exclusivamente por los terapeutas en aquellas situaciones durante las cuales hicieron de espejo a las pacientes de los estados afectivos expresados por éstas, en el aquí y en el ahora, con el propósito de mostrarles entendimiento, armonizar con ellas o

darles una retroalimentación acerca de los contenidos emocionales verbalizados por ellas (ver Tabla IX).

Este tipo específico también fue identificado durante los Episodios de Estancamiento, aunque con una menor frecuencia a la observada durante los Episodios de Cambio. De hecho, al comparar ambos tipos de episodios, a pesar de que no se observaron diferencias significativas en cuanto a la proporción de empatía emocional realizada por los terapeutas, la proporción de este tipo específico del patrón fue mucho mayor durante los Episodios de Cambio, [IC al 95% = 58,40 - 95,07], p < 0,05 (EC=94,12%, EE=5,88%). Por lo tanto, los terapeutas mostraron entendimiento, armonizaron y/o entregaron retroalimentación, acerca de contenidos emocionales referidos a las pacientes, indistintamente de si se trataba de un Episodio de Cambio o de un Episodio de Estancamiento.

**Resignificación afectiva.** Este Patrón Comunicacional (PC233) fue utilizado con el fin de construir y/o consolidar nuevos significados para determina-

**Tabla 9. Distribución del tipo específico del patrón Sintonía afectiva (PC223) según el rol y el tipo de episodio**

Tipo específico del patrón Sintonía afectiva (PC223)	Episodios de Cambio			Episodios de Estancamiento		
	Paciente	Terapeuta	Total (f)	Paciente	Terapeuta	Total (f)
Empatía emocional (PC223-212)	0.00 (0)	80.00 (16)	16	0.00 (0)	33.33 (1)	1
PC223-x	0.00 (0)	20.00 (4)	4	0.00 (0)	66.67 (2)	2
Total PC223 (f)	0	20	20	0	3	3

Nota. Los puntajes están expresados en porcentaje (%) y las respectivas frecuencias aparecen entre paréntesis. Los totales están expresados en frecuencias (f). El PC223-x corresponde a la sumatoria de otras variaciones del PC223 con frecuencia menor que 5.

**Tabla 10. Distribución de los tipos específicos del patrón Resignificación afectiva (PC233) según el rol y el tipo de episodio**

Tipos específicos del patrón Resignificación afectiva (PC233)	Episodios de Cambio			Episodios de Estancamiento		
	Paciente	Terapeuta	Total (f)	Paciente	Terapeuta	Total (f)
Auto-resignificación emocional (PC233-100)	29.73 (11)	0.00 (0)	11	0.00 (0)	0.00 (0)	0
Auto-resignificación emocional argumentativa (PC233-101)	48.65 (18)	0.00 (0)	18	0.00 (0)	0.00 (0)	0
Resignificación emocional (PC233-200)	0.00 (0)	11.29 (7)	7	0.00 (0)	8.70 (2)	2
Resignificación emocional argumentativa (PC233-201)	2.70 (1)	14.52 (9)	10	0.00 (0)	0.00 (0)	0
Resignificación emocional interpretativa (PC233-207)	0.00 (0)	35.48 (22)	22	0.00 (0)	52.17 (12)	12
Resignificación emocional transferencial (PC233-407)	2.70 (1)	20.97 (13)	14	0.00 (0)	26.09 (6)	6
PC233-x	16.22 (6)	17.74 (11)	17	0.00 (0)	13.04 (3)	3
Total PC233 (f)	37	62	99	0	23	23

Nota. Los puntajes están expresados en porcentaje (%) y las respectivas frecuencias aparecen entre paréntesis. Los totales están expresados en frecuencias (f). El PC233-x corresponde a la sumatoria de otras variaciones del PC233 con frecuencia menor que 5.

dos contenidos emocionales verbalizados durante la conversación terapéutica. Se caracteriza a Nivel Estructural por el uso de la forma básica aseverar, mientras que a Nivel Articulador fueron identificados seis tipos específicos principales de este patrón durante los Episodios de Cambio, dependiendo de si se trataba de contenidos emocionales referidos a sí mismo, referidos al otro presente, o referidos a la relación terapéutica. Por el contrario, solamente dos de estos tipos específicos fueron identificados también durante los Episodios de Estancamiento (ver Tabla X).

En primer lugar, al comparar ambos episodios según la proporción de los tipos específicos indistintamente del rol del participante (paciente o terapeuta), se observó la utilización exclusiva de auto-resignificaciones emocionales, auto-resignificaciones emocionales argumentativas y resignificaciones emocionales argumentativas durante los Episodios de Cambio, así como hubo una mayor utilización de resignificaciones emocionales interpretativas durante los Episodios de Estancamiento, [ $Z=2,886$ ,  $p=0,004$  ( $EE=52,17\%$ ,  $EC=22,22\%$ )]. No se observaron diferencias significativas en cuanto a la utilización de resignificaciones emocionales transferenciales en ambos tipos de episodio.

Durante los Episodios de Cambio, se observó una realización exclusiva por parte de las pacientes, de auto-resignificaciones emocionales (5) y auto-resignificaciones emocionales argumentativas (6). Ambos tipos específicos fueron utilizados con el propósito de construir junto a sus terapeutas, nuevos significados para determinados contenidos emocionales referidos a sí mismas: en el primer caso, sin el apoyo de alguna técnica comunicacional o terapéutica, y en el segundo caso, apoyándose en la técnica comunicacional argumentación, vale decir, utilizando fundamentos, ejemplos, generalizaciones o justificaciones para resignificar dichos contenidos emocionales (ver Tabla XI).

Por otro lado, los terapeutas realizaron exclusivamente resignificaciones emocionales (7), y resignificaciones emocionales interpretativas (8), sobre contenidos emocionales verbalizados por sus pacientes: en el primer caso sin el apoyo de alguna técnica comunicacional o terapéutica, y en el segundo caso, apoyándose en la técnica terapéutica interpretación, vale decir, traduciendo y expresando dichos contenidos emocionales a nuevas formas de expresión. Para resignificar contenidos emocionales referidos a la relación terapéutica, los terapeutas realizaron mayormente resignificaciones emocionales transferenciales (9), apoyándose para ello tam-

**Tabla 11. Comparación de de los tipos específicos del patrón Resignificación afectiva (PC233) durante los Episodios de Cambio, según el rol**

Tipos específicos del patrón Resignificación afectiva (PC233)	P	T	Diferencia %	IC (95%)	Z	p
<b>Episodios de Cambio</b>						
Auto-resignificación emocional (PC233-100)	29.73 (11)	0.00 (0)	29.73	[ 16.17 - 45.78 ]	-	< .05 *
Auto-resignificación emocional argumentativa (PC233-101)	48.65 (18)	0.00 (0)	48.65	[ 32.37 - 64.11 ]	-	< .05 *
(PC233-100 + PC233-101)	78.38 (29)	0.00 (0)	78.38	[ 61.75 - 88.61 ]	-	< .05 *
Resignificación emocional (PC233-200)	0.00 (0)	11.29 (7)	11.29	[ 0.29 - 21.52 ]	-	< .05 *
Resignificación emocional argumentativa (PC233-201)	2.70 (1)	14.52 (9)	11.81	[ -1.16 - 22.87 ]	-	> .05
Resignificación emocional interpretativa (PC233-207)	0.00 (0)	35.48 (22)	35.48	[ 21.21 - 47.92 ]	-	< .05 *
Resignificación emocional transferencial (PC233-407)	2.70 (1)	20.97 (13)	18.27	[ 4.40 - 30.15 ]	-	< .05 *
(PC233-200 + PC233-201 + PC233-207)	2.70 (1)	61.29 (38)	58.59	[ 41.90 - 69.93 ]	-	< .05 *

Nota: Si el 0% no está incluido dentro del intervalo, entonces es posible asegurar con un 95% de confianza que la diferencia de proporciones entre pacientes (P) y terapeutas (T) significativa. El coeficiente Z fue calculado sólo si ambas muestras lograban satisfacer el siguiente requisito: n (p) y n (1-p) debían ser igual o mayor a 5.

\*\* p ≤ 0.01, \* p ≤ 0.05

bién en la técnica interpretativa. Por último, llama la atención que durante los Episodios de Cambio los terapeutas realizaron resignificaciones emocionales argumentativas (10), el cual es un tipo específico de patrón que se caracteriza por el hecho de utilizar la misma técnica comunicacional utilizada por las pacientes para co-construir nuevos significados a contenidos emocionales, vale decir, la argumentación. Durante los Episodios de Estancamiento, sólo fue posible identificar dos de los seis tipos específicos observados durante los Episodios de Cambio (ver Tabla X). En este caso, hubo una realización exclusiva, por parte de los terapeutas, de resignificaciones emocionales interpretativas y resignificaciones emocionales transferenciales. Ambos tipos específicos se apoyan en la técnica terapéutica interpretativa, y fueron utilizados incluso en un porcentaje similar durante los Episodios de Estancamiento, [Z=1.813, p = 0,07 (52,17% y 26,092%, respectivamente)].

En vista de que fueron los terapeutas quienes básicamente realizaron un trabajo de resignificación durante los Episodios de Estancamiento, se procedió a comparar ambos tipos de episodio en función de este aspecto, encontrándose que no hubo diferencias significativas en cuanto a la proporción de resignificaciones emocionales interpretativas y resignificaciones emocionales transferenciales. Por lo tanto, indistintamente del tipo de episodio, el trabajo realizado por los terapeutas para resignificar contenidos emocionales referidos a las pacientes y referidos a la relación terapéutica, fue similar.

### Estudio N°3

Este tercer estudio fue realizado con el objetivo de determinar la existencia de secuencias tempo-

rales de interacción entre los Patrones Comunicacionales (PC), utilizados por pacientes y terapeutas para trabajar contenidos emocionales durante Episodios de Cambio.

#### Muestra

Para la identificación de las secuencias temporales de interacción de los Patrones Comunicacionales (PC) presentes en el discurso de pacientes y terapeutas, se trabajó con la muestra total de segmentos de turno de palabra utilizada en el Estudio N°1 (ver Tabla I). Hay que recordar que cada turno de palabra es segmentado, dependiendo de la presencia de dos o más Patrones Comunicacionales (PC) dentro de un mismo turno, por lo tanto la muestra total para este estudio estuvo constituida por 1597 segmentos de turno de palabra: 1016 segmentos en los 38 Episodios de Cambio (A=437, B=579), y 581 segmentos en los 19 Episodios de Estancamiento (A=289, B=292).

#### Procedimiento y análisis de datos

Se analizaron los Patrones Comunicacionales (PC) identificados en el Estudio N°2, correspondientes a cada segmento de turno de palabra codificado con el Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT-1.0, Valdés y cols., 2010b), es decir: Exploración afectiva<sup>5</sup>, Sintonía afectiva, y Resignificación afectiva (ver Tabla XII). También se consideraron para este estudio, los Patrones Comunicacionales básicos Asentir y Negar, debido a la alta proporción de los mismos durante la conversación terapéutica. Estos patrones son considerados básicos ya que no poseen un Nivel Articulador como el resto de los Patrones Comunicacionales, sino que

(5) En los resultados del Estudio 3, los Patrones Comunicacionales (Exploración afectiva, Sintonía afectiva y Resignificación afectiva, Asentir y Negar) aparecen subrayados, mientras que sus tipos específicos aparecen en cursiva.

Tabla 12. Características de los principales Patrones Comunicacionales (PC)

Patrones Comunicacionales (PC) utilizados para trabajar contenidos emocionales		
	Código	Características
Exploración afectiva	PC213	Se caracteriza a Nivel Estructural por el uso de la forma básica aseverar con el propósito de entregar, clarificar y/o dirigir la atención hacia ciertos contenidos emocionales durante la conversación terapéutica. Indistintamente del tipo de episodio, este Patrón Comunicacional es utilizado exclusivamente por las pacientes.
Sintonía afectiva	PC223	Se caracteriza a Nivel Estructural por el uso de la forma básica aseverar con el propósito de mostrar entendimiento, armonizar o dar una retroalimentación acerca de ciertos contenidos emocionales durante la conversación terapéutica. Indistintamente del tipo de episodio, este Patrón Comunicacional es utilizado exclusivamente por los terapeutas.
Resignificación afectiva	PC233	Se caracteriza a Nivel Estructural por el uso de la forma básica aseverar con el propósito de co-construir y/o consolidar nuevos significados para determinados contenidos emocionales durante la conversación terapéutica. Este Patrón Comunicacional es utilizado tanto por pacientes como por terapeutas durante los Episodios de Cambio, y únicamente por los terapeutas durante los Episodios de Estancamiento.
Patrones Comunicacionales Básicos (PCB) utilizados durante el trabajo terapéutico		
	Código	Características
Asentir	PC100	Se caracteriza únicamente por el uso de la forma básica asentir a Nivel Estructural. Este Patrón Comunicacional es utilizado por pacientes y terapeutas, con el propósito de admitir como cierto lo dicho por el otro hablante durante la conversación terapéutica.
Negar	PC300	Se caracteriza por el uso de la forma básica negar a Nivel Estructural. Este Patrón Comunicacional es utilizado por pacientes y terapeutas, con el propósito de no admitir como cierto lo dicho por el otro hablante.
Patrones Comunicacionales (PC) utilizados para trabajar contenidos cognitivos		
	Código	Características
Exploración de contenidos cognitivos	PCX12	Indistintamente de la forma básica utilizada a Nivel Estructural, se refiere a cualquier patrón comunicacional utilizado por pacientes y terapeutas, con el propósito de explorar contenidos cognitivos durante la conversación.
Sintonía con contenidos cognitivos	PCX22	Indistintamente de la forma básica utilizada a Nivel Estructural, se refiere a cualquier patrón comunicacional utilizado por pacientes y terapeuta, con el propósito de mostrar sintonía con contenidos cognitivos durante la conversación.
Resignificación de contenidos cognitivos	PCX32	Indistintamente de la forma básica utilizada a Nivel Estructural, se refiere a cualquier patrón comunicacional utilizado por pacientes y terapeutas, con el propósito de resignificar contenidos cognitivos durante la conversación.

simplemente se caracterizan a Nivel Estructural por el uso de las formas básicas asentir y negar, respectivamente. También se consideró cualquier forma de patrón comunicacional utilizado con el propósito de trabajar contenidos cognitivos, y poder determinar su asociación con los patrones utilizados específicamente para trabajar contenidos emocionales. Siguiendo la misma lógica utilizada para establecer los patrones para trabajar contenidos emocionales, los patrones para trabajar contenidos cognitivos también tenían una configuración de códigos que determinaban su Nivel Estructural y su Nivel Articulador, sólo que este último nivel no fue analizado en profundidad por no ser el punto central del presente estudio, por lo tanto, solamente fue considerado el Nivel Estructural de los mismos (ver Tabla XII).

Para determinar las secuencias temporales de interacción entre los Patrones Comunicacionales (PC) realizados por los participantes de la conversación terapéutica durante los Episodios de Cam-

bio, se utilizó el método estadístico Lag Sequential Analysis (LSA, Sackett, 1987), usando para ello el software Generalized Sequential Quierier (GSEQ 5.0, Bakeman y Quera, 1995). Este método permite describir las secuencias de ciertas acciones en una determinada interacción, determinando la probabilidad de ocurrencia de una acción (Lag1) dada una acción antecedente (Lag0) (Bakeman, Deckner y Quera, 2005). Este método no implica causalidad, sino que debe ser considerado como una relación de predicción. De acuerdo a los objetivos de esta parte del análisis, se optó por analizar las secuencias de distintos eventos de retardo +1: a) patrón del terapeuta (consecuente: tiempo 1) siguiente a un patrón de la paciente (antecedente: tiempo 0); b) patrón de la paciente (consecuente: tiempo 1) siguiente a un patrón del terapeuta (antecedente: tiempo 0); c) patrón de la paciente (consecuente: tiempo 1) siguiente a otro patrón de la paciente durante el mismo turno de palabra (antecedente: tiempo 0); y d) patrón

del terapeuta (consecuente: tiempo 1) siguiente a otro patrón del terapeuta durante el mismo turno de palabra (antecedente: tiempo 0).

## Resultados

Como resultado de este análisis se obtuvo dos tipos de resultados estadísticos: en primer lugar, se obtuvo resultados de tipo descriptivo a partir de la *Q* de Yule (con valores entre 1 y -1, que fueron interpretados como una correlación); y en segundo lugar, se obtuvo resultados de tipo inferencial a partir de la prueba de Chi-Cuadrado de Pearson y la Prueba de Residuos Ajustados (utilizando una  $Z \geq 1,96$ , asociada a la *Q* de Yule), recomendados para la exploración de relaciones secuenciales, ya que indica la fuerza de asociación entre las variables y es independiente de la frecuencia (Allison y Liker, 1982; Bakeman, Adamson y Strisik, 1995; Bakeman, McArthur, Quera y Robinson, 1997).

*Microsecuencias comunicacionales de Patrones Comunicacionales.* El Chi-Cuadrado estadístico para este análisis indicó que el grado de asociación entre los Patrones Comunicacionales (PC) durante los Episodios de Cambio, no estuvo determinado por el azar, [ $\chi^2$  (1600,  $N=1016$ ) = 2637.42,  $p < 0,01$ ]. Una vez establecida la asociación secuencial total, se procedió a realizar un análisis más específico de los pares secuenciales de Patrones Comunicacionales (PC). Tal y como muestra la Tabla XIII, durante los Episodios de Cambio fue posible identificar 11 secuencias temporales positivas y estadísticamente significativas entre los distintos Patrones Comunicacionales (PC). Estas secuencias temporales recibieron el nombre de Microsecuencias Comunicacionales, y fueron clasificadas dependiendo de, si la asociación temporal entre los patrones ocurría dentro de un mismo turno de palabra de la paciente o el terapeuta (microsecuencias de auto-coordinación comunicacional), o bien, si la asociación temporal entre los patrones ocurría entre la paciente y el terapeuta durante turnos de palabra consecutivos (microsecuencias de coordinación comunicacional).

En cuanto a las Microsecuencias de Auto-coordinación Comunicacional, no fue posible observar secuencias temporales en los patrones utilizados por los terapeutas, sin embargo, sí fue posible identificar dos secuencias temporales positivas y significativas entre los patrones utilizados por las pacientes durante un mismo turno de palabra. La primera de estas microsecuencias tuvo un Asentir seguido de una Exploración afectiva, mostrando un grado moderado de asociación ( $Q=0,50$ ), mientras que la segunda microsecuencia tuvo un Asentir seguido de una Resignificación afectiva, mostrando tam-

bién en este caso un grado moderado de asociación ( $Q=0,61$ ) (ver Tabla XIII).

En cuanto a las Microsecuencias de Coordinación Comunicacional, estas fueron clasificadas dependiendo de si el patrón antecedente (Lag0) correspondía a la paciente o al terapeuta. En aquellos casos donde el patrón antecedente correspondía a la paciente, fue posible identificar seis secuencias temporales positivas y significativas: una Exploración afectiva por parte de la paciente, seguida de un Asentir por parte del terapeuta; una Exploración afectiva por parte de la paciente, seguida de una Sintonía afectiva por parte del terapeuta; una Exploración afectiva por parte de la paciente, seguida de una resignificación de contenidos cognitivos por parte del terapeuta; una Resignificación afectiva por parte de la paciente, seguida de un Asentir por parte del terapeuta; una Resignificación afectiva por parte de la paciente, seguida de una Resignificación afectiva por parte del terapeuta; y una resignificación de contenidos cognitivos por parte de la paciente, seguida de una Resignificación afectiva por parte del terapeuta. La fuerza de asociación temporal de las Microsecuencias de Coordinación Comunicacional identificadas durante los Episodios de Cambio, estuvo en el rango de moderada a muy alta (ver Tabla XIII).

Por otro lado, cuando el patrón antecedente correspondía al terapeuta, fue posible identificar tres secuencias temporales positivas y significativas: una Sintonía afectiva por parte del terapeuta, seguida de un Asentir por parte de la paciente; una Resignificación afectiva por parte del terapeuta, seguida de un Asentir por parte de la paciente; y una Resignificación afectiva por parte del terapeuta, seguida de la sintonía con contenidos cognitivos por parte de la paciente. En este caso, la fuerza de asociación temporal de estas Microsecuencias de Coordinación Comunicacional estuvo en el rango de moderada a alta (ver Tabla XIII).

*Microsecuencias Comunicacionales de tipos específicos de patrones.* En una segunda parte de este estudio, se decidió también identificar las secuencias temporales existentes entre los tipos específicos de los Patrones Comunicacionales (PC) utilizados por pacientes y terapeutas durante los Episodios de Cambios. El Chi-Cuadrado estadístico para este análisis también indicó que el grado de asociación entre los tipos específicos de los patrones durante los Episodios de Cambio, no estuvo determinado por el azar, [ $\chi^2$  (8100,  $N=1016$ ) = 10851.38,  $p < 0,01$ ]. Una vez establecida la asociación secuencial total, se llevó a cabo un análisis de los pares de tipos específicos de patrones, considerando solamente aquellas secuencias temporales que fueran positivas, estadísticamente significativas, y con una frecuencia mayor o igual a 3 (ver Tabla XIV). Fue po-

Tabla 13. Principales Microsecuencias Comunicacionales durante Episodios de Cambio

Lag 0 - Patrón Comunicacional (Paciente)	Lag 1 - Patrón Comunicacional (Terapeuta)	N	Z	p	Yules Q
Exploración afectiva (PC213)	- Sintonía afectiva (PC223)	8	6.19	< .01	0.82
Exploración afectiva (PC213)	- Asentir (PC100)	8	3.15	< .01	0.55
Resignificación afectiva (PC233)	- Resignificación afectiva (PC233)	6	2.90	< .01	0.57
Resignificación afectiva (PC233)	- Asentir (PC100)	6	3.37	< .01	0.63
Exploración afectiva (PC213)	- Resignificar contenidos Cognitivos	10	2.64	~.01	0.44
Resignificar contenidos Cognitivos	- Resignificación afectiva (PC233)	10	2.82	< .01	0.46
Lag 0 - Patrón Comunicacional (Terapeuta)	Lag 1 - Patrón Comunicacional (Paciente)	N	Z	p	Yules Q
Sintonía afectiva (PC223)	- Asentir (PC100)	13	4.56	< .01	0.67
Resignificación afectiva (PC233)	- Asentir (PC100)	28	5.33	< .01	0.57
Resignificación afectiva (PC233)	- Sintonizar con contenidos Cognitivos	5	3.16	< .01	0.65
Lag 0 - Patrón Comunicacional (Paciente)	Lag 1 - Patrón Comunicacional (Paciente)	N	Z	p	Yules Q
Asentir (PC100)	- Exploración afectiva (PC213)	17	3.64	< .01	0.50
Asentir (PC100)	- Resignificación afectiva (PC233)	18	4.72	< .01	0.61

sible identificar 13 secuencias de interacción temporal, de las cuales solamente una correspondía a una Microsecuencia de Auto-coordinación Comunicacional realizada por las pacientes: un asentir seguido de una auto-resignificación emocional argumentativa durante el mismo turno de palabra. Esta secuencia temporal mostró un grado moderado de asociación ( $Q=0,54$ ).

El resto de las secuencias temporales fueron Microsecuencias de Coordinación Comunicacional, las que fueron clasificadas dependiendo de si el patrón antecedente (Lag0) correspondía a la paciente o al terapeuta. Cuando el patrón antecedente correspondía a la paciente, fue posible identificar las siguientes siete secuencias temporales: una descripción emocional por parte de la paciente, seguida de un asentir por parte del terapeuta; una clarificación emocional argumentativa por parte de la paciente, seguida de una empatía emocional por parte del terapeuta; una clarificación emocional argumentativa por parte de la paciente, seguida de un trabajo de resignificación de contenidos cognitivos por parte del terapeuta; una auto-resignificación emocional por parte de la paciente, seguida de un Asentir por parte del terapeuta; un trabajo de exploración de contenidos cognitivos por parte de la paciente, seguida de una empatía emocional por parte del terapeuta; un trabajo de resignificación de contenidos cognitivos por parte de la paciente, seguida de una resignificación emocional interpretativa o de una Resignificación emocional transferencial por parte del terapeuta. La fuerza de asociación temporal de estas Microsecuencias de Coordinación Comunicacional estuvo en el rango de moderada a alta (ver Tabla XIV).

Cuando el patrón antecedente correspondía al terapeuta, fue posible identificar las siguientes cinco secuencias temporales: un asentir por parte del terapeuta, seguida de una descripción emocional por parte de la paciente; una empatía emocional por parte del terapeuta, seguida de un asentir por parte de la paciente; una resignificación emocional argumentativa por parte del terapeuta, seguida de un asentir por parte de la paciente; una resignificación emocional interpretativa por parte del terapeuta, seguida de un asentir por parte de la paciente; y una resignificación emocional transferencial por parte del terapeuta, seguida de un trabajo de sintonía con contenidos cognitivos por parte de la paciente. La fuerza de asociación temporal de estas Microsecuencias de Coordinación Comunicacional fue alta (ver Tabla XIV).

*Comparación de episodios según las microsecuencias comunicacionales.* La prueba de Chi-Cuadrado estadístico también indicó que el grado de asociación entre los Patrones Comunicacionales (PCs) durante los Episodios de Estancamiento, tampoco estuvo determinado por el azar, [ $\chi^2 (961, N=581) = 1762.16, p < 0,01$ ], y la fuerza de asociación temporal de las Microsecuencias Comunicacionales, estuvo en el rango de moderada a muy alta. Sobre esta base, se decidió comparar ambos tipos de episodio en función de las secuencias temporales de patrones, encontrándose diferencias estadísticamente significativas solamente en cuanto a la utilización de una Microsecuencia de Auto-coordinación Comunicacional por parte de las pacientes (ver Tabla XV): la proporción de la secuencia temporal de un Asentir seguido de una Resignificación afectiva durante el mismo turno de palabra. Esta secuencia

**Tabla 14. Microsecuencias Comunicacionales de tipos específicos de Patrones Comunicacionales (PC)**

Patrón comunicacional específico (Paciente)	Patrón comunicacional específico (Terapeuta)	N	Z	p	Yules Q
Descripción emocional (PC213-100)	– Asentir (PC100-000)	3	2.36	0.02 *	0.62
Clasificación emocional argumentativa (PC213-101)	– Resignificar contenidos cognitivos (PC232-x)	5	2.42	0.02 *	0.54
Clasificación emocional argumentativa (PC213-101)	– Empatía emocional (PC223-212)	3	5.16	< 0.01 **	0.88
Auto-resignificación emocional (PC233-100)	– Asentir (PC100-000)	3	3.54	< 0.01 **	0.79
Explorar contenidos cognitivos	– Empatía emocional (PC223-212)	3	2.27	0.02 *	0.60
Resignificar contenidos cognitivos	– Resignificación emocional interpretativa (PC233-207)	4	2.31	0.02 *	0.55
Resignificar contenidos cognitivos	– Resignificación emocional transferencial (PC233-407)	3	2.98	< 0.01 **	0.72
Patrón comunicacional específico (Terapeuta)	Patrón comunicacional específico (Paciente)	N	Z	p	Yules Q
Asentir (PC100-000)	– Descripción emocional (PC213-100)	4	3.26	< 0.01 **	0.70
Empatía emocional (PC223-212)	– Asentir (PC100-000)	8	3.69	< 0.01 **	0.69
Resignificación emocional argumentativa (PC233-201)	– Asentir (PC100-000)	4	2.30	0.02 *	0.62
Resignificación emocional interpretativa (PC233-207)	– Asentir (PC100-000)	11	4.16	< 0.01 **	0.67
Resignificación emocional transferencial (PC233-407)	– Sintonizar con contenidos cognitivos	3	5.56	< 0.01 **	0.89
Patrón comunicacional específico (Paciente)	Patrón comunicacional específico (Paciente)	N	Z	p	Yules Q
Asentir (PC100-000)	– Resignificación emocional argumentativa (PC233-101)	7	2.59	0.01 **	0.54

temporal fue identificada exclusivamente durante los Episodios de Cambio.

De las siete Microsecuencias de Coordinación Comunicacional identificadas tanto en los Episodios de Cambio como en los Episodios de Estancamiento, en las cuales el patrón antecedente correspondía a la paciente (ver Tabla XV), solamente se observaron diferencias significativas en cuatro de ellas: una Exploración afectiva por parte de la paciente, seguida de una Resignificación afectiva por parte del terapeuta, se identificó exclusivamente durante los Episodios de Estancamiento; una Resignificación afectiva por parte de la paciente, seguida de un Asentir o de una Resignificación afectiva por parte del terapeuta, fueron identificadas exclusivamente durante los Episodios de Cambio; y el trabajo de resignificación de contenidos cognitivos por parte de la paciente, seguida de una Resignificación afectiva por parte del terapeuta, también fue observada exclusivamente durante los Episodios de Cambio.

Hubo diferencias significativas entre ambos tipos de episodio, en cuanto a las cuatro Microsecuencias de Coordinación Comunicacional, cuando el patrón antecedente correspondía al terapeuta (ver Tabla XV). Así, la secuencia temporal de una Sintonía afectiva por parte del terapeuta, seguido de un Asentir por parte de la paciente, y la secuencia temporal de una Resignificación afectiva por parte del terapeuta, seguido de un trabajo de sintonía con contenidos cognitivos por parte de la paciente, fueron identificadas exclusivamente durante los Episodios de Cambio. La secuencia temporal de una Resignificación afectiva por parte del terapeuta, seguido de un Asentir por parte de la paciente, también fue significativamente mayor durante los Episodios de Cambio; sin embargo, la secuencia temporal de una Resignificación afectiva por parte del terapeuta, se-

guido de una Exploración afectiva por parte de la paciente, fue identificada exclusivamente durante los Episodios de Estancamiento.

## Discusión y conclusiones

El primer estudio fue realizado con el propósito de determinar las principales características de la conversación entre pacientes y terapeutas, a partir del análisis de las Acciones Comunicacionales (Forma básica, Intención comunicacional, Técnica, Ámbito y Referencia) presentes en los Episodios de Cambio y Episodios de Estancamiento. Para este primer estudio no se contemplaron hipótesis, ya que el análisis de los datos estaba orientado al descubrimiento (Hill, 1990), sin embargo, la metodología utilizada requirió el control de algunas variables, tales como: el género de pacientes y terapeutas (mujeres y hombres, respectivamente), un motivo de consulta similar por parte de las pacientes, la vasta experiencia clínica de los terapeutas, un cambio significativo durante la terapia desde el punto de vista del OQ-45.2 (Lambert y cols., 1996; Von Bergen y de la Parra, 2002), y un enfoque psicoterapéutico similar. Los resultados fueron interpretados considerando que cada enfoque terapéutico privilegia el uso de algunos tipos de intervenciones, lo que termina determinando las características del encuadre durante el proceso psicoterapéutico (Coderch, 1990; Rodríguez-Sutil, 2007).

Un resultado preliminar importante fue que, en las dos terapias utilizadas para este estudio se observó la misma asociación entre la mayoría de las categorías del SCAT-1.0 (Valdés y cols., 2010b) y el rol del participante (paciente o terapeuta), a excepción del Ámbito acciones, ya que hubo un ma-

**Tabla 15. Comparación de la proporción de Microsecuencias Comunicacionales según el tipo de episodio**

Lag 0	→	Lag 1	Episodio de Cambio	Episodio de Estancamiento	Diferencia %	IC (95%)	Z	p
<b>PC del Paciente</b>								
Asentir (PC100)	→	PC del Paciente						
	-	Exploración afectiva (PC213)	53.13 (17)	46.87 (15)	6.25	[ -17.33 a 28.89 ]	0.5	.62
Asentir (PC100)	-	Resignificación afectiva (PC233)	100.00 (18)	0.00 (0)	100.00	[ 75.13 a 100.00 ]	-	< .05 *
<b>PC del Paciente</b>								
<b>→ PC del Terapeuta</b>								
Exploración afectiva (PC213)	-	Asentir (PC100)	47.06 (8)	52.94 (9)	5.88	[ -25.20 a 35.43 ]	0.343	.73
Exploración afectiva (PC213)	-	Sintonía afectiva (PC223)	61.54 (8)	38.46 (5)	23.08	[ -13.71 a 52.42 ]	1.177	.24
Exploración afectiva (PC213)	-	Resignificar contenidos cognitivos	66.67 (10)	33.33 (5)	33.33	[ -1.96 a 59.01 ]	1.826	.07
Exploración afectiva (PC213)	-	Resignificación afectiva (PC233)	0.00 (0)	100.00 (7)	100.00	[ 49.89 a 100.00 ]	-	< .05 *
Resignificación afectiva (PC233)	-	Asentir (PC100)	100.00 (6)	0.00 (0)	100.00	[ 44.80 a 100.00 ]	-	< .05 *
Resignificación afectiva (PC233)	-	Resignificación afectiva (PC233)	100.00 (6)	0.00 (0)	100.00	[ 44.80 a 100.00 ]	-	< .05 *
Resignificar contenidos cognitivos	-	Resignificación afectiva (PC233)	100.0 (10)	0.00 (0)	100.00	[ 60.75 a 100.00 ]	-	< .05 *
<b>PC del Terapeuta</b>								
<b>→ PC del Paciente</b>								
Sintonía afectiva (PC223)	-	Asentir (PC100)	100.00 (13)	0.00 (0)	100.00	[ 60.75 a 100.00 ]	-	< .05 *
Resignificación afectiva (PC233)	-	Asentir (PC100)	77.78 (28)	22.22 (8)	55.56	[ 33.12 a 70.41 ]	4.714	< .000 **
Resignificación afectiva (PC233)	-	Exploración afectiva (PC213)	0.00 (0)	100.00 (6)	100.00	[ 44.80 a 100.00 ]	-	< .05 *
Resignificación afectiva (PC233)	-	Sintonizar con contenidos cognitivos	100.00 (5)	0.00 (0)	100.00	[ 38.56 a 100.00 ]	-	< .05 *

Nota: Si el 0% no está incluido dentro del intervalo, entonces es posible asegurar con un 95% de confianza que la proporción de una secuencia temporal entre un PC - Lag 0 y un PC - Lag 1 es diferente dependiente del tipo de episodio. El coeficiente Z fue calculado sólo si ambas muestras lograban satisfacer el siguiente requisito:  $n(p)$  y  $n(1-p)$  debían ser igual o mayor a 5.

\*\*  $p \leq 0.01$ , \*  $p \leq 0.05$

por trabajo de contenidos comportamentales por parte de una de las pacientes. Sin embargo, ambas díadas paciente-terapeuta tuvieron la misma asociación entre el rol del participante y los Ámbitos ideas y afectos, siendo este el objeto de estudio de la presente investigación. Por lo tanto, sin dejar de lado las diferencias individuales de cada proceso terapéutico, fue posible concluir que ambas terapias eran similares a nivel comunicacional.

El análisis de la estructura formal (Forma Básica) de las verbalizaciones permitió identificar algunas características propias del rol de cada uno de los participantes durante la conversación terapéutica en los Episodios de Cambio. Se observó que los terapeutas interrogaron (preguntar) con mayor frecuencia a sus pacientes sobre cierta información, mientras que las pacientes admitieron como ciertas (asentir) y/o desmintieron (negar) las aseveraciones realizadas por sus terapeutas. Sin embargo, al comparar la conversación durante los Episodios de Cambio y Episodios de Estancamiento, fue posible observar que la proporción de negar por parte de las pacientes, y la proporción de asentir por parte de los terapeutas, fue mucho mayor durante los Episodios de Estancamiento. Esta mayor presencia de negar por parte de las pacientes pudo haber estado asociada con la acción de resistirse a la construcción de nuevos significados durante la conversación en este tipo de episodio, sin embargo, la mayor proporción de asentir por parte de los terapeutas, debería ser más investigada con el objeto de determinar en qué medida la realización de esta Acción Comunicacional podría estar manteniendo el estancamiento de las pacientes. Durante la conversación terapéutica, el discurso de pacientes y terapeutas estuvo caracterizado principalmente por la presencia de aseveraciones sobre algo que pretendía ser verdad, indistintamente del tipo de episodio. En otras palabras, fue

la única Forma Básica realizada en igual proporción, indistintamente del rol del participante y del tipo de episodio. Esto indica que gran parte de la actividad terapéutica fue realizada a partir de la utilización de verbalizaciones con este tipo de Forma Básica, por lo que se podría esperar también que, de existir algún patrón en las verbalizaciones de pacientes y terapeutas, estos patrones en su mayoría también deberían tener esta Forma Básica como parte de su estructura formal. Resulta interesante el hecho de la baja proporción de verbalizaciones con la Forma Básica preguntar, en el sentido que esta es una de las intervenciones más recomendadas durante el proceso de formación psicodinámica (Fiorini, 1993; Goates-Jones, Hill, Stahl y Doschek, 2009), sin embargo, parece ser que las verbalizaciones con este tipo de Forma Básica no son justamente las más utilizadas por los terapeutas durante los Episodios de Cambio, sino en otros momentos de la sesión.

También fue posible identificar algunas características propias del discurso de pacientes y terapeutas, según el propósito comunicacional de la verbalización de los hablantes (Intención Comunicacional). Si el cambio psicoterapéutico es entendido como una modificación a nivel representacional (Krause y cols., 2007), era de esperarse entonces que las pacientes realizaran más resignificaciones durante los Episodios de Cambio, en comparación con los Episodios de Estancamiento. Y así fue, efectivamente el discurso de pacientes y terapeutas durante los Episodios de Cambio estuvo caracterizado principalmente por el cuestionamiento, el establecimiento de relaciones, y el ofrecimiento o aprobación de nuevas maneras de comprender determinados contenidos, mientras que durante los Episodios de Estancamiento tanto el discurso de las pacientes como el de los terapeutas, estuvo principalmente caracterizado por la búsqueda, entrega, clarifica-

ción y/o la dirección de la atención de la conversación hacia otros contenidos. Los terapeutas por su parte, se mantuvieron siempre mostrando entendimiento, armonizando con sus pacientes, dándoles retroalimentaciones y realizando resignificaciones a partir de la información entregada por sus pacientes, indistintamente del tipo de episodio.

En cuanto a los recursos metodológicos comunicacionales utilizados por los hablantes para apoyar el propósito de la verbalización (Técnicas Comunicacionales o Terapéuticas), se observó que el discurso de las pacientes durante los Episodios de Estancamiento, estuvo caracterizado por la ausencia de cualquier tipo de Técnica que apoyara el propósito de sus verbalizaciones, mientras que el discurso de los terapeutas estuvo caracterizado por el uso de Técnicas propias de su enfoque psicoterapéutico, específicamente la confrontación. Esta es una de las Técnicas más utilizadas por el enfoque psicodinámico sobre todo cuando se trata de enfrentar al paciente con sus propias defensas (Salerno, Farber, McCullough, Winston y Trujillo, 1992) o mostrarle al paciente las contradicciones en su discurso y/o su comportamiento (Coderch, 1990). Por el contrario, durante los Episodios de Cambio los terapeutas utilizaron mayormente Técnicas Terapéuticas como la interpretación y el reflejo, sin embargo, llamó poderosamente la atención que durante este tipo de episodio, ambos participantes utilizaron además Técnicas propias de la interacción cotidiana durante la conversación, específicamente, la argumentación. Lo que podría estar confirmando el hecho que las distintas Técnicas son utilizadas para cumplir una función específica durante la comunicación, asociada con el propósito de los hablantes; pero su uso también podría estar asociado con ciertos momentos de la sesión terapéutica, es decir, si se está frente a la construcción de un cambio por parte del paciente, o si se busca resolver un momento de estancamiento.

De acuerdo al objeto de trabajo terapéutico presente en la verbalización de los hablantes (Ámbito), fue posible concluir que el discurso de pacientes y terapeutas, indistintamente del tipo de episodio, estuvo caracterizado principalmente por verbalizaciones que se circunscribían al mundo de los pensamientos y al mundo de las emociones. Sin embargo, al comparar ambos episodios, se observó un mayor trabajo en el Ámbito de los afectos por parte de los terapeutas durante los Episodios de Cambio, mientras que hubo un mayor trabajo en el Ámbito de las ideas por parte de las pacientes durante los Episodios de Estancamiento. En otras palabras, en aquellos momentos de la sesión donde no hubo una co-construcción de nuevos significados, el discurso de las pacientes estuvo circunscrito al trabajo de contenidos cognitivos, mientras que en aquellos momentos de la sesión con la presencia de cambio,

el discurso de los terapeutas estuvo circunscrito al trabajo de contenidos emocionales. Lo anterior podría estar relacionado con algunos procesos defensivos de las pacientes (intelectualización) durante los Episodios de Estancamiento, concretados y expresados en la forma de verbalizaciones donde prima la presencia de contenidos propios del mundo de las ideas, por sobre los contenidos afectivos (Vaillant, 1995).

En cuanto a quién es el protagonista del trabajo terapéutico (Referencia) fue posible concluir que, indistintamente el tipo de episodio, las pacientes realizaron una mayor proporción de verbalizaciones referidas a sí mismas, referidas a un tercero y referidas a la relación con un tercero, mientras que los terapeutas realizaron una mayor proporción de verbalizaciones referidas al otro presente, referidas a la relación terapéutica y con una referencia neutra. Por lo tanto, el discurso de las pacientes estuvo caracterizado por verbalizaciones formuladas en primera persona singular, en tercera persona singular y/o en primera persona plural, mientras que el discurso de los terapeutas se caracterizó por contener verbalizaciones formuladas en segunda persona singular, en primera persona plural, o bien, en primera y segunda persona singular durante el mismo turno de palabra.

Así pues, el discurso de las pacientes durante los Episodios de Cambio se caracterizó por la verbalización de aseveraciones acerca contenidos cognitivos y afectivos referidos a sí mismas, referidos a un tercero o referidos a la relación con un tercero. Estas aseveraciones fueron realizadas con el doble propósito de explorar (entregar, clarificar y/o dirigir la atención de la conversación hacia determinados contenidos) y resignificar (co-construir junto con sus terapeutas nuevos significados para dichos contenidos durante la conversación), apoyándose para el logro de este doble propósito, en la utilización de la argumentación como Técnica Comunicacional. A su vez, el discurso de los terapeutas durante los Episodios de Cambio, también se caracterizó por la verbalización de aseveraciones sobre contenidos cognitivos y afectivos, pero en esta ocasión, referidos al otro presente (pacientes), referidos a la relación terapéutica y/o con una referencia neutral. Estas aseveraciones fueron realizadas con el doble propósito de sintonizar (mostrar entendimiento, armonizar y/o dar retroalimentaciones acerca de determinados contenidos) y resignificar (co-construir junto con las pacientes nuevos significados para dichos contenidos). Para el logro del primer propósito, los terapeutas se apoyaron en el uso del reflejo como Técnica Terapéutica, mientras que para el logro del segundo propósito, se apoyaron en el uso de la interpretación y la confrontación como Técnicas Terapéuticas, pero también en el uso de la argumentación como Técnica Comunicacional. Esto confirma la

existencia de una complementaridad a nivel comunicacional que además coloca a las pacientes como las verdaderas protagonistas de su propio cambio psicoterapéutico (Reyes, y cols., 2008). Pero además, fue significativo que los terapeutas no sólo se refirieron al otro presente durante la conversación en Episodios de Cambio, sino también a la relación terapéutica como el espacio interpersonal donde se construye y se evidencia el cambio terapéutico (Ávila, 2005).

Una vez que se determinó la existencia de características que son propias de la comunicación entre los participantes del diálogo terapéutico durante los Episodios de Cambio, se realizó un segundo estudio con el objetivo de identificar los principales Patrones Comunicacionales (PC) utilizados por los hablantes para trabajar específicamente los contenidos emocionales durante este tipo de episodio. Se entiende por Patrón Comunicacional (PC) a la configuración de códigos resultante para cada segmento de turno de palabra analizado con el SCAT-1.0 (Valdés y cols., 2010b), y es definido como la combinación de Acciones Comunicacionales presente en la verbalización del hablante, que da cuenta de una determinada estructura formal utilizada para expresar un propósito comunicacional acerca de cierto tipo de contenido, con una determinada referencia, y con el apoyo o no de algún tipo de recurso metodológico. Fue posible establecer la existencia de tres Patrones Comunicacionales (PC) principales: Exploración afectiva, Sintonía afectiva y Resignificación afectiva. Los tres patrones se caracterizaron por tener la Forma Básica aseverar en su Nivel Estructural, y distintas variaciones dependiendo de su Nivel Articulador. Llamó poderosamente la atención que no hubo ningún patrón que tuviera la Forma Básica preguntar, aún cuando fue la segunda Acción Comunicacional más realizada por los terapeutas, y que además es una de las intervenciones más frecuentes durante la terapia psicodinámica (Hill, 1990; Wiser y Goldfried, 1998). Este hecho podría estar indicando que el tipo de intervenciones realizadas por los terapeutas para trabajar los contenidos emocionales de sus pacientes, no suelen caracterizarse por el uso de interrogaciones, y que este tipo de Forma Básica podría ser parte de la estructura formal de Patrones Comunicacionales usados para trabajar otro tipo de contenidos durante los Episodios de Cambio, como por ejemplo los contenidos cognitivos.

El patrón Exploración afectiva fue utilizado exclusivamente por las pacientes en ambos tipos de episodio, con el propósito de entregar, clarificar y/o dirigir la atención del terapeuta hacia ciertos contenidos emocionales durante la conversación. Fueron identificados dos tipos específicos de este patrón: la descripción emocional y la clarificación emocional argumentativa. El primer tipo fue utilizado por las pacientes para entregar información novedosa al

terapeuta, acerca de contenidos emocionales referidos a sí mismas; mientras que el segundo tipo fue utilizado para aclarar ciertos contenidos emocionales referidos a sí mismas o referidos a su relación con un tercero, apoyándose para ello en el uso de fundamentos, ejemplos, generalizaciones o justificaciones. La utilización de estos tipos específicos por parte de las pacientes durante los Episodios de Cambio, permitió a los terapeutas una toma de conciencia respecto a ciertos aspectos de la historia personal de las pacientes (Hill, 1990; Wiser y Goldfried, 1998), pero además, permitió una ampliación de conciencia por parte de las pacientes durante el acto de recontarse la historia a sí mismas (Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004). Tal y como señala Greenberg (2002) la evocación y la exploración de los significados personales de la experiencia emocional del paciente, están relacionados con un cambio constructivo durante la psicoterapia. Por el contrario, durante los Episodios de Estancamiento la realización de descripciones emocionales y clarificaciones emocionales argumentativas por parte de las pacientes, es de esperar que estuvieran caracterizadas por la entrega persistente de argumentos que daban cuenta de una reedición del problema, lo que terminaba finalmente configurando una detención temporal del proceso de cambio (Episodio de Estancamiento).

El patrón Sintonía afectiva fue utilizado exclusivamente por los terapeutas, sobre todo durante los Episodios de Cambio, en aquellas situaciones durante las cuales hicieron de espejo a sus pacientes de los estados afectivos expresados por éstas, en el aquí y en el ahora, con el propósito de mostrarles entendimiento, armonizar con ellas o darles una retroalimentación acerca de dichos contenidos emocionales. Solamente fue posible identificar un tipo específico de este patrón, el que fue denominado como empatía emocional. La utilización de este patrón por parte de los terapeutas se interpretó como una forma de reforzar la entrega y clarificación activa de información por parte de sus pacientes, sin la utilización de Patrones Comunicacionales (PC) que introducen mayor complejidad durante la actividad terapéutica, en el sentido de que no se agregaban nuevos significados a los contenidos verbalizados por las pacientes en ese momento, lo que pudo ser tomado por ellas como una oportunidad para seguir entregando más información sobre el mismo tema. Esta situación por lo general se mantuvo el tiempo que fuera necesario, y finalizó con la utilización por parte del terapeuta, de patrones que introducían una mayor complejidad a la actividad terapéutica. La existencia de este patrón confirma el hecho de que para la promoción del cambio no basta con que el terapeuta ofrezca al paciente nuevas perspectivas, sino que también es necesaria una comprensión empática por parte de este (Gabbard y cols.,

1994; Wiser y Goldfried, 1998; Rubino, Barker, Roth y Fearon, 2000), es decir que para la construcción del cambio no solamente son necesarias las intervenciones terapéuticas complejas, sino que es posible que baste una coordinación comunicacional que puede estar asociada con momentos relacionales de encuentro (Mitchell y Black, 2004; Stern, 2004; Ávila, 2005). Por lo tanto, en aquellos episodios de la sesión en los que existe presencia de empatía emocional por parte del terapeuta, podría estar reflejando un interés por parte del terapeuta de estar en contacto con la experiencia de la paciente, expresándoles entendimiento, o bien, ayudándolas a entender más claramente aquel contenido emocional trabajado durante la conversación. Sobre todo cuando la base de una intervención psicodinámica relacional se refiere al proceso de empatizar, entendido como la atención confiable y cuidadosa para permitirle al paciente encontrar el camino del cambio (Ávila, 2005; Elson, 1990; Mitchell y Black, 2004). Por el contrario, aquellos episodios en los que no hubo o fue poca la empatía emocional por parte del terapeuta, podrían considerarse momentos en los que el terapeuta buscaba contactarse con la experiencia de la paciente, pero desde un marco de referencia de la paciente, y no desde una posición empática de entendimiento (Vanaerschot y Lie-taer, 2007).

A diferencia de los otros patrones, la Resignificación afectiva se caracteriza por agregar mayor complejidad a la actividad terapéutica. Fue utilizado durante los Episodios de Cambio por ambos participantes de la conversación, con el propósito de construir y/o consolidar conjuntamente nuevos significados para determinados contenidos emocionales. Por lo tanto, queda claro que los nuevos significados no son construidos únicamente por las pacientes, sino que son construidos de manera conjunta y relacional con sus terapeutas, durante el tratamiento (Ávila, 2005; Bakhtin, 1981; Berg y Shazer, 1993; Gergen, 1991, 1994). Se identificaron tipos específicos de este patrón que podrían ser indicadores de la existencia de un trabajo colaborativo entre ambos participantes del diálogo terapéutico durante los Episodios de Cambio: las pacientes realizaron auto-resignificaciones emocionales y auto-resignificaciones emocionales argumentativas, mientras que los terapeutas realizaron resignificaciones emocionales y resignificaciones emocionales argumentativas. Estos cuatro tipos específicos fueron utilizados para ofrecer una explicación, una integración o un establecimiento de relaciones entre los contenidos, ya sea entre la historia de la paciente y sus problemas actuales, entre el contexto intraterapéutico y el extraterapéutico, entre cierta información del pasado y del presente, o bien, entre aspectos propios de las pacientes. Aquellos tipos específicos que, de acuerdo a su Nivel Articulador se apoyan en la utilización

de la argumentación como Técnica Comunicacional, toman en consideración dos elementos importantes que son: el contenido a resignificar y la aportación de todo tipo de razones que permiten al hablante convencer al otro. Estas razones por lo general tuvieron que ver con la entrega de argumentos lógicos basados en relaciones de causa-efecto, específico-general, pero por sobre todo, con fundamentaciones que permitieron concretar el nuevo significado en alguna situación propia del contexto extraterapéutico y que resultaba inmediata para las pacientes. Los otros dos tipos específicos de este patrón, que fueron utilizados exclusivamente por los terapeutas, indistintamente del tipo de episodio, e incluso en una proporción similar, son: resignificaciones emocionales interpretativas y resignificaciones emocionales transferenciales. Ambos tipos específicos utilizan la interpretación como Técnica Terapéutica, para atribuir a determinados contenidos emocionales un nuevo significado que va más allá del que podría darle la paciente por sí sola (Rycroft, 1995). La configuración y reconfiguración de las descripciones que entregaron las pacientes de su propia experiencia se convirtieron justamente en uno de los aspectos centrales del trabajo del terapeuta, a partir de las resignificaciones emocionales interpretativas. En ese sentido, se han realizado estudios que estudiado los efectos que tienen las interpretaciones sobre los pacientes (Caspar y cols., 2000; Norville, Sampson y Weiss, 1996; Perääkylä, 2004; Piper, Joyce, McCallum y Azim, 1993), sin embargo, como una manera de concretar la resignificación, los terapeutas también dirigieron la atención de sus pacientes hacia la situación más inmediata durante la conversación, es decir, hacia la relación terapéutica (Joyce, Duncan y Piper, 1995), lo que va de la mano con los resultados de demuestran el efecto que tienen este tipo de intervenciones durante la terapia (Cashwell, Skinner, Lewis, Young y Cashwell, 2001; Connolly, Crits-Christoph, Barber y Luborsky, 2000; Høglend, Johansson, Marble, Bøggwald y Amlø, 2007; Marziali, 1984; Piper, Debbane, Bienvenu, DeCarufel y Garant, 1986). Resulta interesante que las dos formas utilizadas por los terapeutas para concretar los nuevos significados co-construidos durante los Episodios de Cambio, fueron las resignificaciones emocionales argumentativas y las resignificaciones emocionales transferenciales. En ambos casos los significados nuevos fueron concretados a partir de situaciones concretas para las pacientes: en el primer caso usando argumentos propios del contexto extraterapéutico, y en el segundo caso, haciendo deducciones acerca de la relación terapéutica desarrollada dentro de la sesión. Por lo tanto, es posible concluir que el discurso de los terapeutas durante los Episodios de Cambio se caracterizó también por ofrecer a las pacientes maneras alternativas de resignificación para determinados contenidos emociona-

les, que fueron aceptadas por ellas, y utilizadas para co-construir nuevas teorías subjetivas acerca de sí mismas (Krause y cols., 2007). Sin embargo, durante los Episodios de Estancamiento, la Resignificación afectiva fue realizada exclusivamente por los terapeutas, lo que fue interpretado como un indicador de ausencia de trabajo colaborativo entre ambos participantes, que estaría reflejando por parte de la paciente, un empeño en la entrega insistente de argumentos que no permitían la co-construcción de nuevos modos de interpretación. Los resultados mostraron cómo una de las tareas centrales del terapeuta fue acompañar y promover, desde una comprensión empática, los cambios de significados con cierto tipo de intervenciones que promovieran un trabajo de resignificación, pero para que esto se produjera, fue condición necesaria la participación de las pacientes y su capacidad para conectarse con nuevas representaciones subjetivas en momentos específicos de la sesión. En este sentido, la terapia es entendida como un proceso de transformación discursiva, durante el cual los significados son construidos durante la conversación terapéutica (Kogan y Brown, 1998; Sluzki, 1992).

Finalmente, habiendo determinado la existencia de ciertos Patrones Comunicacionales (PC) utilizados por pacientes y terapeutas, durante la conversación propia de Episodios de Cambio, se realizó un último estudio que permitiera determinar además, la existencia de Microsecuencias Comunicacionales, es decir, secuencias temporales de interacción entre dichos patrones. En el caso de los terapeutas, no fue posible identificar Microsecuencias de Auto-coordinación Comunicacional, sin embargo, las pacientes podían admitir como cierto lo dicho por el terapeuta (asentir), y continuar realizando durante el mismo turno de palabra alguna de las siguientes acciones: mantenerse entregando o clarificando determinados contenidos emocionales (Exploración afectiva), o bien, concretar nuevos significados valiéndose de situaciones inmediatas y externas a la terapia (Resignificación afectiva). Esta última Microsecuencia de Auto-Coordinación Comunicacional por parte de las pacientes fue observada exclusivamente durante los Episodios de Cambio.

Por el contrario, cuando se analizaron las secuencias temporales entre los participantes de la conversación terapéutica, fue posible identificar distintas Microsecuencias de Coordinación Comunicacional durante los Episodios de Cambio, dependiendo de si el patrón antecedente correspondía a la paciente o al terapeuta. Por ejemplo, la Exploración afectiva realizada por las pacientes a través de descripciones emocionales, estuvo seguida de un Asentir por parte de los terapeutas. Esta acción por parte del terapeuta, que podría ser considerada como intrascendente durante la comunicación, muestra el papel positivo que puede tener la escucha acti-

va y un entendimiento de lo que dice la paciente (Mitchell y Black, 2004), llevándolas a continuar entregando más información durante el proceso de cambio. A su vez, la Exploración afectiva realizada por las pacientes a través de clarificaciones emocionales argumentativas, estuvo seguida de una Sintonía afectiva por parte de los terapeutas, a través del mostrar empatía emocional. Como se mencionó anteriormente, esta acción por parte de los terapeutas no implicaba la introducción de mayor complejidad en la actividad terapéutica durante la conversación, por lo tanto, las pacientes tuvieron la posibilidad de continuar profundizando en la entrega de más información acerca de determinados contenidos emocionales (clarificaciones emocionales argumentativas). Sin embargo, estas clarificaciones también fueron tomadas por los terapeutas para trasladar el objeto de trabajo terapéutico al ámbito cognitivo, y utilizarlas para resignificar contenidos cognitivos aprovechando la información concreta suministrada por las pacientes en el ámbito afectivo. Otras tres Microsecuencias de Coordinación Comunicacional fueron identificadas exclusivamente durante los Episodios de Cambio: en la primera de estas, una Resignificación afectiva realizada por las pacientes a través de auto-resignificaciones emocionales, estuvo seguida de un Asentir por parte de los terapeutas. Esta acción por parte de los terapeutas fue interpretada como una forma de expresar acuerdo con la resignificación propuesta por las pacientes, pero nuevamente pudo haber sido una señal para que ellas continuaran elaborando más los nuevos significados que estaban siendo atribuidos por ellas mismas durante la conversación; en la segunda microsecuencia, una Resignificación afectiva por parte de las pacientes, estuvo seguida de una Resignificación afectiva por parte de los terapeutas. En este caso, la actividad terapéutica entre ambos participantes se mantuvo dentro del mismo nivel de complejidad y dentro del mismo ámbito de trabajo terapéutico, por lo tanto podría considerarse tal vez como un indicador de trabajo colaborativo en el proceso de co-construcción de nuevos significados para ciertos contenidos emocionales. Sin embargo, se pudo evidenciar que un trabajo de resignificación de contenidos cognitivos por parte de las pacientes, también podía llevar a una Resignificación afectiva por parte de los terapeutas, a través de cualquiera de las siguientes dos vías: atribuyendo nuevos significados para contenidos emocionales, valiéndose del sentido latente presente en las manifestaciones verbales de las pacientes (resignificación emocional interpretativa), o bien, dirigiendo la atención hacia nuevos significados para contenidos emocionales propios de la relación terapéutica (resignificación emocional transferencial). Habría que investigar más este hecho, pero se podría pensar que los terapeutas aprovecharon la situación de encontrarse

junto a las pacientes realizando una actividad terapéutica de mayor complejidad en el ámbito cognitivo, para trasladar dicha actividad al ámbito afectivo conservando el mismo nivel de complejidad, y proponer nuevos significados para contenidos emocionales (Perääkylää, 2004) o concretar dichos significados en la relación terapéutica (Connolly y cols., 2000). En esta medida, el tipo de intervención que realiza el terapeuta durante el trabajo con contenidos emocionales, va a depender de las necesidades del paciente en un momento dado, por lo que van siendo ajustadas dependiendo del nivel de participación y apertura del paciente (Ávila, 2005).

Se identificaron exclusivamente durante los Episodios de Cambio, otras tres Microsecuencias de Coordinación Comunicacional que tuvieron un Patrón Comunicacional (PC) del terapeuta como antecedente. En la primera, una Sintonía afectiva realizada por los terapeutas a través de mostrar empatía emocional, estuvo seguida de un Asentir por parte de las pacientes. Esta respuesta por parte de las pacientes, se interpretó como un indicador de que estaban sintiéndose comprendidas, y que estaban aceptando la retroalimentación ofrecida por los terapeutas. En la segunda microsecuencia, también las pacientes respondieron con un Asentir, pero en respuesta a una Resignificación afectiva por parte de los terapeutas, la cual fue realizada utilizando cualquiera de las siguientes dos vías: ofreciendo nuevos significados para determinados contenidos emocionales (resignificación emocional interpretativa), o bien, concretando nuevos significados para dichos contenidos, usando situaciones inmediatas del entorno extraterapéutico de la paciente (resignificación emocional argumentativa). Y en la tercera microsecuencia, la Resignificación afectiva realizada por los terapeutas a través de la co-construcción de nuevos significados para contenidos emocionales surgidos en la relación terapéutica (resignificación emocional transferencial), estuvo seguida de una sintonía con contenidos cognitivos por parte de las pacientes. Este traslado del objeto de trabajo terapéutico al ámbito cognitivo, permitió dar cuenta del inter-juego bidireccional que existe entre el trabajo de contenidos cognitivos y el trabajo de contenidos emocionales, lo que se constituye justamente como una de las bases de la actividad terapéutica (Greenberg y Paivio, 2003). Hubo momentos de la terapia durante los cuales los terapeutas utilizaron Patrones Comunicacionales (PC) para introducir el componente emocional frente al trabajo cognitivo realizado por las pacientes, o bien, las pacientes utilizaron Patrones Comunicacionales (PC) para introducir el componente cognitivo frente a las resignificaciones emocionales realizadas por los terapeutas.

Otra de las diferencias entre ambos tipos de episodio, fue la existencia de dos Microsecuencias de Coordinación Comunicacional durante los Episodios

de Estancamiento, que no se observaron durante los Episodios de Cambio: la Exploración afectiva por parte de las pacientes, seguida de una Resignificación afectiva por parte de los terapeutas, y viceversa, una Resignificación afectiva por parte de los terapeutas, seguida de una Exploración afectiva por parte de las pacientes. Ambas secuencias temporales fueron interpretadas como un interés por parte de los terapeutas, en llevar a las pacientes a niveles más complejos de actividad terapéutica, sin embargo, estas se mantuvieron a un nivel más simple que tenía que ver con la entrega persistente de argumentos que no permitían la construcción de nuevos significados para determinados contenidos emocionales.

La principal contribución de estos tres estudios radica en la metodología desarrollada con el objetivo de comprender aún más, aquello que sucede durante la conversación terapéutica en distintos niveles de análisis, y más específicamente, el tipo de expresiones verbales realizadas por pacientes y terapeutas con el objeto de trabajar conjuntamente contenidos emocionales asociados al cambio psicoterapéutico. Para futuros estudios, se recomienda un análisis más específico de los Patrones Comunicacionales (PC) utilizados por pacientes y terapeutas para trabajar los contenidos cognitivos, tal y como se hizo con los patrones utilizados para trabajar los contenidos emocionales, de manera de poder determinar la relación que existe entre ambos. Pero además, desarrollar una metodología que permita especificar con mayor detalle, la manera como se comportan los Patrones Comunicacionales (PC) utilizados para trabajar contenidos emocionales, al interior de los Episodios de Cambio y a lo largo del proceso terapéutico. Entre las limitaciones que tuvo este estudio se podría mencionar el hecho de haber analizado solamente dos procesos psicoterapéuticos, por lo que se recomienda replicar la metodología desarrollada con un mayor número de procesos, de modo que sea posible seguir confirmando los hallazgos encontrados en la presente investigación.

## BIBLIOGRAFÍA

- Allison, P. y Liker, J.K. (1982). Analyzing Sequential Categorical Data on Dyadic Interaction: A Comment on Gottman. *Psychological Bulletin*, 91(3), 393-403.
- Altimir, C., Krause, M., de la Parra, G., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N. y cols. (2010). Clients', therapists' and observers' perspectives on moments and contents of therapeutic change. *Psychotherapy Research*, 20, 1-16.
- Aristegui, R., Reyes, L., Tomicic, A., Vilches, O., Krause, M., de la Parra, G. y cols. (2004). Actos de habla en la conversación terapéutica. *Terapia Psicológica*, 22, 131-143.
- Asay, T. P. y Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. En M. A. Hubble, B. L. Duncan y S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul*

- of change. *What works in therapy* (pp. 23-55). Washington, DC: American Psychological Association.
- Ávila, A. (2005). Al cambio psíquico se accede por la relación. *Intersubjetivo*, 7, 195-220.
- Bakeman, R., Adamson, L. B. y Strisik, P. (1995). Lags and logs: Statistical approaches to interaction (SPSS version). En J. M. Gottman (Ed.), *The analysis of change* (pp. 279-308). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Bakeman, R., Deckner, D.F. y Quera, V. (2005). Analysis of Behavioral Streams. En D. M. Teti (Ed.), *Handbook of research methods in developmental psychology* (pp. 394-420). Oxford, UK: Blackwell Publishers.
- Bakeman, R. y Quera, V. (1995). *Analyzing interaction. Sequential analysis with SDIS and GSEQ*. New York: Cambridge University Press.
- Bakeman, R., McArthur, D., Quera, V. y Robinson, B. F. (1997). Detecting sequential patterns and determining their reliability with fallible observers. *Psychological Methods*, 2, 357-370.
- Bakhtin, M.M. (1981). Discourse in the novel. En M. Holquist (Ed.), *The dialogic imagination* (p.p. 259-422). Austin: University of Texas Press.
- Bänninger-Huber, E. y Widmer, C. (1999). Affective relationship patterns and psychotherapeutic change. *Psychotherapy Research*, 9, 74-87.
- Bastine, R., Fiedler, P. y Kommer, D. (1989). Was ist therapeutisch an der Psychotherapie? Versuch einer Bestandsaufnahme und Systematisierung der Psychotherapeutischen. *Prozessforschung Zeitschrift für klinische Psychologie*, 18, 3-22.
- Berg, I.K. y de Shazer, S. (1993). Making numbers talk: Language in therapy". En S. Friedman, Editor, *The New Language of Change: Constructive Collaboration in Psychotherapy* (p.p. 5-24). Nueva York: Guilford Press.
- Boisvert, C. y Faust, D. (2003). Leading researchers' consensus on psychotherapy research findings: Implications for the teaching and conduct of psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 508-513.
- Cashwell, C.S., Skinner, A.L., Lewis, J.C., Young, J.S. y Cashwell, T.H. (2001). Absolute versus tentative interpretation: Mediating effects of client locus of control. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 31, 141-149.
- Caspar, F., Pessier, J., Stuart, J., Safran, J.D., Samstag, L.W. y Guirguis, M. (2000). One step further in assessing how interpretations influence the process of psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 10, 309-320.
- Castonguay, L.G., Goldfried, M.R., Wiser, S., Raue, P.J. y Hayes, A.M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: a study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 497-504.
- Chatoor, I. y Krupnick, J. (2001). The role of non-specific factors in treatment outcome of psychotherapy studies. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10, 119-125.
- Coderch, J. (1990). *Teoría y Técnica de la Psicoterapia Psicoanalítica*. Barcelona: Herder.
- Connolly, M.B., Chris-Christoph, P., Shapell, S., Barber, J.P. y Luborsky, L. (1998). Therapist Interventions in Early Sessions of Brief Supportive- Expressive Psychotherapy for Depression. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 290-300.
- Connolly, M.B., Crits-Christoph, P., Barber, J.P. y Luborsky, L. (2000). Transference patterns in the therapeutic relationship in supportive-expressive psychotherapy for depression. *Psychotherapy Research*, 10, 356-372.
- Conte, H.R., Plutchik, R., Jung, B.B., Picard, S., Karasu, T.B. y Lotterman, A. (1990). Psychological mindfulness as a predictor of psychotherapy outcome: a preliminary report. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 426-431.
- Crits-Christoph, P. y Connolly, M.B. (1999). Alliance and technique in short-term dynamic therapy. *Clinical Psychology Review*, 19, 687-704.
- Dreher, M., Mengele, U., Krause, R. y Kämmerer, A. (2001). Affective indicators of the psychotherapeutic process: an empirical case study. *Psychotherapy Research*, 11, 99-117.
- Echavarrí, O., González, A., Krause, M., Tomicic, A., Pérez, C., Dagnino, P. y cols. (2009). Cuatro terapias psicodinámicas breves exitosas estudiadas a través de los Indicadores Genéricos de Cambio [Four successful brief psychodynamic therapies studied through the generic change indicators], *Revista Argentina de Clínica Psicológica* Vol. XVIII (1), 5-19.
- Elkin, L., Parloff, J.M., Hadley, S.W. y Autrey, J.H. (1985). NIMH treatment of depression collaborative research program. *Archives of General Psychiatry*, 42, 305-316.
- Elliot, R., Hill, C.E., Stiles, W.B., Friedlander, M.L., Mahrer, A.R. y Margison, F.R. (1987). Primary therapist response modes: A comparison of six rating systems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 218-223.
- Elliott, R., Slatick, E. y Urman, M. (2001). Qualitative Change Process Research on Psychotherapy: Alternative Strategies. En: J. Frommer y D.L. Rennie (Eds.), *Qualitative psychotherapy research: Methods and methodology* (pp. 69-111). Lengerich, Germany: Pabst Science Publishers.
- Elliott, R., Watson, J.C., Goldman, R.N. y Greenberg, L.S. (2004). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. Washington, DC: APA.
- Elson, M. (1990). *Los seminarios de Heinz Kohut: sobre psicología del sí-mismo y psicoterapia con adolescentes y adultos jóvenes*. Buenos Aires: Paidós.
- Etchebarne, I., Fernández, M. y Roussos, A.J. (2008). Un esquema clasificatorio para las intervenciones en terapia interpersonal. *Anuario de Investigaciones - Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires*, 15, 15-30.
- Evans, M.D., Piasecki, J.M., Kriss, M.R. y Hollon, S.D. (1984). *Raters' Manual for the Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale--Fonn 6*. Minneapolis: MN University of Minnesota and the St. Paul-Ramsey Medical Center.
- Fiorini, H.J. (1993). *Estructuras y abordajes en psicoterapias psicoanalíticas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fitzpatrick, M.R., Janzen, J., Chamodraka, M. y Park, J. (2006). Client critical incidents in the process of early alliance development: a positive emotion-exploration spiral. *Psychotherapy Research*, 16, 486-498.
- Fontao, M.I. y Mergenthaler, E. (2007). Therapeutic factors and language patterns in group therapy application of computer-assisted text analysis to the examination of microprocesses in group therapy: preliminary findings. *Psychotherapy Research*, 1, 1-10.
- Fredrickson, B.L. (2003). The value of positive emotions. *American Scientist*, 91, 330-335.
- Friedlander, M.L. (1982). Counselling discourse as a speech event: Revision and extension of the Hill Counselor Verbal Response Category System. *Journal of Counselling Psychology*, 29, 425-429.

- Gabbard, G.O., Horwitz, L., Allen, J.G., Frieswyk, S., Newsom, G., Colson, D.B. y Coyne, L. (1994). *Transference interpretations in the psychotherapy of borderline patients: A high-risk, high-gain phenomenon*. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 59-69.
- Gergen, K.J. (1991). *The Saturated Self: Dilemmas of Identity in Contemporary Life*, Nueva York: Basic Books.
- Gergen, K.J. (1994). *Realities and Relationships: Soundings in Social Construction*, Cambridge: Harvard U. Press.
- Goates-Jones, M.K., Hill, C.E., Stahl, J.V. y Doschek, E.E. (2009). Therapist response modes in the exploration stage: timing and effectiveness. *Counselling Psychology Quarterly*, 22, 221-231.
- Goldberg, D.P., Hobson, R.F., Maguire, G.P., Margison, F.R., O'Dowd, T., Osborn, M. y cols. (1984). The clarification and assessment of a method of psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 144, 567-580.
- Goldfried, M.R., Raue, P.J. y Castonguay, L.G. (1998). The therapeutic focus in significant sessions of master therapists: a comparison of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 803-810.
- Goldman, R.N., Greenberg, L.S. y Pos, A.E. (2005). Depth of emotional experience and outcome. *Psychotherapy Research*, 15, 248-260.
- Greenberg, L.S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. y Paivio, S. (2003). *Working with emotions in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L. y Safran, J. (1989). Emotion in Psychotherapy. *American Psychologist*, 44, 19-29.
- Hageman, W.J. y Arrindell, W.A. (1999). Clinically significant and practical enhancing precision does make a difference: reply to McGlinchey and Jacobson, Hsu, and Speer. *Behavior Research and Therapy*, 37, 1219-1233.
- Herrera, P., Fernández, O., Krause, M., Vilches, M., Valdés, N. y Dagnino, P. (2009). Revisión teórica y metodológica de las dificultades en psicoterapia: Propuesta de un modelo ordenador. *Terapia Psicológica*, 27, 169-179.
- Hill, C.E. (1978). The development of a system for classifying counselor responses. *Journal of Counselling Psychology*, 25, 461-468.
- Hill, C.E. (1990). Exploratory in-session process research in individual psychotherapy: a review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 288-294.
- Hill, C. (2005). Therapist techniques, client involvement, and the therapeutic relationship: inextricably intertwined in the therapy process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 431-442.
- Hill, C.E., O'Grady, K.E. y Elkin, I. (1992). Applying the Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale to rate therapist adherence in cognitive-behavior therapy, interpersonal therapy, and clinical management. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 73-79.
- Høøglend, P., Johansson, P. Marble, A., Bøøgwald, K. y Amlø, S. (2007). Moderators of the effects of transference interpretations in brief dynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 17, 160-171.
- Hubble, M.A., Duncan, B.L. y Miller, S.D. (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy?* Washington, DC: American Psychological Association.
- Izard, C.E. (2002). Translating emotion theory and research into preventive interventions. *Psychological Bulletin*, 128, 796-824.
- Jacobson, N. y Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Jones, E.E., Cumming, J.D. y Pulos, S. (1993). The psychotherapy process Q-set: Applications in single case research. En N. Miller, L. Luborsky, J. Barber y J. Docherty (Eds.). *Handbook of psychodynamic research and treatment* (pp. 14-36). Basic Books: New York.
- Joyce, A., Duncan, S. y Piper, W. (1995). Task Analysis of "Working" Responses to Dynamic Interpretation in Short-Term Individual Psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 5, 49-62.
- Kogan, S. y Brown, A.C. (1998). Reading against the lines: Resisting foreclosure in therapy discourse. *Family Process*, 37, 495-512.
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y cambio: Una mirada desde la subjetividad*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Krause, M., de la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N. y cols. (2006). Indicadores de cambio genéricos en el proceso terapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 299-325.
- Krause, M., De la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N. y cols. (2007). The evolution of therapeutic change studied through generic change indicators. *Psychotherapy Research*, 17, 673-689.
- Krause, M., Valdés, N. y Tomicic, A. (2009, en preparación). *Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT-1.0): Manual de Procedimiento*. Proyecto Fondecyt N°1080136, Psychotherapy and Change Chilean Research Program (Manuscrito sin publicar).
- Lambert, M.J., Hansen, N.B., Umphress, V., Lunnen, K., Okiishi, J. y Burlingame, G.M. (1996). *Administration and Scoring Manual for the OQ-45.2*. Wilmington, DE: American Professional Credentialing Services LLC. USA.
- Llewellyn, S.P. y Hardy, G. (2001). Process research in the practice of psychological therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 1-21.
- Luborsky, L. (2000). A current reader's response to the article of 50 years ago by Karpman, B. (1949): the principles and methods of objective psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 889-896.
- Lueger, R.J. (1998). Using feedback on patient progress to predict the outcome of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 383-393.
- Mahrer, A.R. y Boulet, D.B. (1999). How to do discovery-oriented psychotherapy research. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1481-1493.
- Mahrer, A.R., Nadler, W.P., Stalikas, A., Schachter, H.M. y Sterner, I. (1988). Common and distinctive therapeutic change processes in client-centered, rational-emotive, and experiential psychotherapies. *Psychological Reports*, 62, 972-974.
- Maione, P.V. y Chenail, R.J. (1999). Qualitative inquiry in psychotherapy: Research on the common factors. En M. Hubble, B. Duncan, y S. Miller (Eds.), *The heart and soul of change* (pp. 57- 88). Washington, D.C.: APA Press.
- Marmar, C.R. (1990). Psychotherapy process research: progress, dilemmas, and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 265-272.
- Marziali, E.A. (1984). Prediction of outcome of brief psychotherapy from therapist interpretive interventions. *Archives of General Psychiatry*, 41, 301-304.

- Matt, G.E. y Navarro, A.M. (1997). What meta-analyses have and have not taught us about psychotherapy effects: a review and future directions. *Clinical Psychology Review*, 17, 1-32.
- Mergenthaler, E. (1996). Emotion-abstraction patterns in verbatim protocols: a new way of describing psychotherapeutic process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1306-1318.
- Mergenthaler, E. (2000). The Therapeutic Cycle Model in psychotherapy research: Theory, measurement, and clinical application. *Ricerche sui Gruppi*, 5, 34-40.
- Messer, S. y Wampold, B. (2002). Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 21-25.
- Meyer, A.E. (1990). Eine Taxonomie der bisherigen Psychotherapieforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 14, 287-291.
- Mitchell, S.A. y Black, M. (2004). *Más allá de Freud: Una historia del pensamiento psicoanalítico moderno*. Barcelona: Herder Editorial, S.L.
- Norville, R., Sampson, H., y Weiss, J. (1996). Accurate Interpretations and Brief Psychotherapy Outcome. *Psychotherapy Research*, 6, 16-29.
- Oei, T. y Shuttlewood, G. (1997). Comparison of specific and nonspecific factors in a group cognitive therapy for depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 28, 221-231.
- Orlinsky, D. y Howard, K.J. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6, 6-27.
- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H. y Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. En M. Lambert, Ed., *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th edn. (pp. 307-390). New York: Wiley.
- Peräkylä, A. (2004). Making links in psychoanalytic interpretations: A conversation analytical perspective. *Psychotherapy Research*, 14, 289-307.
- Pessier, J. y Stuart, J. (2000). A new approach to the study of therapeutic work in the transference. *Psychotherapy Research*, 10, 169-180.
- Piper, W.E., Debbane, E.G., Bienvenu, J., Carufel, F. y Garant, J. (1986). Relationships between the object focus of therapist interpretations and outcome in short-term individual psychotherapy. *British Journal of Medical Psychology*, 59, 1-11.
- Piper, W.E., Joyce, A.S., McCallum, M. y Azim, H.F. (1993). Concentration and correspondence of transference interpretations in short-term psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 586-595.
- Popp-Baier, U. (2001). Narrating Embodied Aims. Self-transformation in Conversion Narratives - A Psychological Analysis. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 2, 3. Extraído en <http://qualitative-research.net/fqs/fqs-eng.htm>.
- Raingruber, B. (2000). Being with feelings as a recognition practice: developing clients' self-understanding. *Perspective in Psychiatric Care*, 36, 41-50.
- Reyes, L., Arístegui, R., Krause, M., Strasser, K., de la Parra, G., Tomicic, A. y cols. (2008). Language and therapeutic change: A speech acts analysis. *Psychotherapy Research* 18, 355-362.
- Rodríguez-Sutil, C. (2007). Epistemología del psicoanálisis relacional. *Clínica e Investigación Relacional*, 1, 9-41.
- Rubino, G., Barker, C., Roth, T. y Fearon, P. (2000). Therapist empathy and depth of interpretation in response to potential alliance ruptures: the role of therapist and patient attachment styles. *Psychotherapy Research*, 10, 408-420.
- Russell, R.L., Jones, M.E. y Miller, S.A. (2007). Core process components in psychotherapy: A synthetic review of P-technique studies. *Psychotherapy Research*, 17, 271-288.
- Rycroft, C. (1995). *A critical dictionary of psychoanalysis*. London: Penguin.
- Sackett, G.P. (1987). Analysis of sequential social interaction data: Some issues, recent developments, and a causal inference model. En J. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development* (2nd. ed., pp. 855-878). New York: Wiley.
- Salerno, M., Farber, B., McCullough, L., Winston, A. y Trujillo, M. (1992). The Effects of Confrontation and Clarification on Patient Affective and Defensive Responding. *Psychotherapy Research*, 2, 181-192.
- Searle, J.R. (1969). *Speech Acts: An Essay in the Philosophy of Language*. Cambridge University Press.
- Searle, J.R. (1979). *Speech acts*. New York: Cambridge University Press.
- Searle, J.R. (1980). *Actos del Habla*. Madrid: Cátedra.
- Shaikh, A., Knobloch, L. y Stiles, W. (2001). The use of a verbal response mode coding system in determining patient and physician roles in medical. *Health Communication*, 13, 49-60.
- Sluzki, C.E. (1992). Transformations: A blueprint for narrative changes in therapy. *Family Process*, 31, 217-230.
- Stern, D. (2004). *The Present Moment: In Psychotherapy and Everyday Life*. New York - London: Norton y Company.
- Stiles, W.B. (1992). *Describing Talk: a taxonomy of verbal response modes*. SAGE Series in Interpersonal Communication. SAGE Publications.
- Stiles, W.B. y Shapiro, D.A. (1994). Disabuse of the drug metaphor: psychotherapy process-outcome correlations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 942-948.
- Stiles, W.B., Shapiro, D.A. y Firth-Cozens, J.A. (1990). Correlations of session evaluations with treatment outcome. *British Journal of Psychology*, 29, 13-21.
- Timulak, L. (2007). Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: a qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 17, 305-314.
- Trijnsburg, R.W., Lietaer, G., Colijn, S., Abrahamse, R.M., Joosten, S. y Duivenvoorden, H.J. (2004). Construct validity of the Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale. *Psychotherapy Research*, 14, 346-366.
- Vaillant, G. (1995). *Adaptation to life*. Cambridge: Harvard University Press.
- Valdés, N. (2010). Análisis de los estilos lingüísticos de paciente y terapeuta durante la conversación terapéutica en Episodios de Cambio, utilizando el Buscador Lingüístico y Contador de Palabras (LIWC). *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 14, 314-332.
- Valdés, N., Dagnino, P., Krause, M., Pérez, J., Altimir, C., Tomicic, A. y cols. (2010a). Analysis of the verbalized emotions in the psychotherapeutic dialogue during change episodes. *Psychotherapy Research*, 20, 136-150.
- Valdés, N., Krause, M. y Álamo, N. (2011). ¿Qué dicen y cómo lo dicen?: Análisis de la comunicación verbal de pacientes y terapeutas en Episodios de Cambio. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XX, 15-28.
- Valdés, N., Krause, M., Vilches, O., Dagnino, P., Echávarri, O., Ben-Dov, P. y cols. (2005). Proceso de cambio psicoterapéutico: análisis de episodios relevantes en una terapia grupal con pacientes adictos. *Revista Psykhe*, 14, 3-18.

- Valdés, N., Tomicic, A., Pérez, J.C. y Krause, M. (2010b). Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT-1.0): Dimensiones y categorías de las acciones comunicacionales de pacientes y psicoterapeutas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XIX, 117-129.
- Vanaerschot, G. y Lietaer, G. (2007). Therapeutic ingredients in helping session with observer-rated low and high empathic attunement: a content analysis of client and therapist postsession perceptions in three cases. *Psychotherapy Research*, 17, 329-342.
- Von Bergen, A. y de la Parra, G. (2002). OQ-45.2, Outcome Questionnaire and evolution of Psychotherapy: Adaptation, Validation and Guidelines for its implementation and interpretation. *Terapia Psicológica*, 20, 161-176.
- Wallerstein, R. (2001). The generations of psychotherapy research: An overview. *Psychoanalytic Psychology*, 18, 243-267.
- Wampold, B.E. (2005). Establishing Specificity in Psychotherapy Scientifically: Design and Evidence Issues. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 194-197.
- Wampold, B., Ahn, H. y Coleman, H. (2001). Medical model as metaphor: Old habits die hard. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 268-273.
- Watzke, B., Koch, U. y Schulz, H. (2006). Zur theoretischen und empirischen Unterschiedlichkeit von therapeutischen Interventionen, Inhalten und Stilen in psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten Psychotherapien. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 56, 234-248.
- Williams, E.N. y Hill, C.E. (2001). Evolving connections: research that is relevant to clinical practice. *American Journal of Psychotherapy*, 55, 336-343.
- Wiser, S. y Goldfried, M. R. (1996). Verbal interventions in significant psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapy sessions. *Psychotherapy Research*, 6, 309-319.
- Wiser, S. y Goldfried, M.R. (1998). Therapist interventions and client emotional experience in expert psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 634-640.

Recibido: 21-10-11

Aceptado: 8-2-12

**Abstract:** Three successive studies were carried out in order to identify the main characteristics of the therapeutic dialogue during the work with emotional contents within Change Episodes. Method: the Therapeutic Activity Coding System (TACS-1.0, Valdés, Tomicic, Pérez, & Krause, 2010) was used to analyze 38 Change Episodes and 19 Stuck Episodes which were identified within two psychodynamic psychotherapeutic processes. Results show the presence of three main Communicative Patterns (CP) used to work emotional contents: Affective Exploration, Affective Attunement and Affective Resignification. These findings suggest that those patterns vary depending on the type of episode and the subject who performs the verbalization. In addition, Communicative Coordination Microsequences were observed between patients and therapists and associated with Change Episodes.

## APÉNDICE

- (1) “me duela o no me duela, la cuestión está. Y eso es, o sea, no puedo hacer nada. Creo que no es que pueda, sino que no voy a hacer nada más porque él es tan ambiguo. Y no quiero más, esto me duele”, (PA-EC8-98).
- (2) “porque pienso, no sé, a lo mejor son tonteras, pero yo digo ehh ‘¿por qué yo no lo he conversado?’, porque me da miedo que si se sabe, por ejemplo en mi trabajo, ehh se pueda como manipular esa situación”, (PB-EC16-107).
- (3) “porque yo creo que le di hartito en el gusto, o sea en el sentido que yo me sentí sometida. Que yo vi por sus ojos”, (PA-EC3-64).
- (4) “parece que eso es lo que usted está sintiendo... Que a mí me da lo mismo”, (TB-EC21-143,145).
- (5) “pero de todo lo que hemos conversado, como que eso me ha dejado más preocupada, no sé, eso como que me da mucha rabia”, (PB-EC7-19).
- (6) “...a pesar que de repente pienso que es importante lo que hago, pero en otras cosas me pongo en segundo lugar... creo que siempre lo he hecho pero no pensando que estoy desvalorizada. Pero puede ser que me sienta así, que valgo poco. A lo mejor no me he valorado y no se sido capaz de salir arriba con lo mío”, (PA-EC9-52).
- (7) “parece que usted está sintiendo que la van a regañar, que va a venir un castigo si no se porta así, si no se porta así, como en la vida en general”, (TB-EC13-82).
- (8) “me da la impresión que las preguntas que usted se hace, de a poco se le empiezan a transformar en críticas que le suenan, que le provocan culpa. En un principio son preguntas, y después cuando pasan los días de la semana se van transformando en críticas”, (TB-EC7-16).
- (9) “eso ha impedido un contacto más cercano entre nosotros dos. Yo me pregunto si eso impedirá que usted tenga contactos más cercanos con otras personas, que sus emociones usted las guarda, y eso la hace alejarse de los demás”, (TA-EC12-40).
- (10) “entonces mi manera de pensar es que usted se asusta de lo que pueda pasar por usted misma, por ejemplo de ir progresando, y deja de venir, empieza a dilatar”, (TB-EC15-94).