

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente

Reconocimiento de validez oficial de estudios de nivel superior según acuerdo secretarial 15018, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 29 de noviembre de 1976.

Departamento de Psicología, Educación y Salud
Doctorado en Investigación Psicológica



CAMBIO TERAPÉUTICO Y ESTANCAMIENTO EN PACIENTES CON INTENTO SUICIDA: COMPARACIÓN DE METODOLOGÍA DE ANÁLISIS DE DISCURSO

TESIS que para obtener el **GRADO** de
DOCTOR EN INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA

Presenta: **MTRO. VÍCTOR MANUEL DE SANTIAGO SÁNCHEZ**

Director **DR. ANTONIO SÁNCHEZ ANTILLÓN**

Tlaquepaque, Jalisco. enero de 2023.

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente

**Reconocimiento de validez oficial de estudios de nivel superior según acuerdo secretarial 15018,
publicado en el Diario Oficial de la Federación del 29 de noviembre de 1976.**

**Departamento de Psicología, Educación y Salud.
Doctorado en Investigación Psicológica.**



CAMBIO TERAPÉUTICO Y ESTANCAMIENTO EN PACIENTES CON INTENTO SUICIDA: COMPARACIÓN DE METODOLOGÍA DE ANÁLISIS DE DISCURSO.

Tesis para obtener el grado de Doctor en Investigación Psicológica

Presenta: Mtro. Víctor Manuel De Santiago Sánchez

Comité Evaluador:

Dr. Antonio Sánchez Antillón

Dr. Antonio Tena Suck

Dra. Carolina Coronel Aispuro

Dr. Nelson Valdés Sánchez

Dra. Eugenia Catalina Casillas Arista

Tlaquepaque, Jalisco. 11/enero/2023

AGRADECIMIENTOS

A CONACYT y al ITESO por el apoyo brindado durante el proceso del Doctorado

A mi familia y amigos por creer siempre en mí.

A mis tutores, especialmente Toño y Eugenia por ayudarme a ser cada día mejor.

A mis amada familia: mis padres Víctor Manuel y Josefina, mi hermana Francisca, mis sobrinos y mi cuñado por su apoyo incondicional.

A mi amada Livier, a Kike y Saul por todo su apoyo y paciencia.

A mis gatos por hacerme compañía en cada momento.

A mi bello Manuelito, por enseñarme a ser valiente en todas las circunstancias.

A mis seres queridos que ya no están físicamente, pero siguen en mi corazón:

Mi gran Amigo y mentor David Loaiza

Mi querido hermano Jorge Luis

A mi querido Tío Leonardo

A mi estudiante Eli (Mati)

Un abrazo hasta la eternidad.

RESUMEN	10
INTRODUCCIÓN	13
CAPÍTULO 1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.1 Objetivos y preguntas de investigación	21
1.2 Pregunta general	21
1.3 Preguntas específicas	21
1.4 Objetivo General	22
1.5 Objetivos específicos	22
CAPÍTULO 2 ESTADO DEL ARTE	24
2.1 Investigación sobre el fenómeno suicida	24
2.2 Investigación del suicidio desde el campo de la psicoterapia	26
2.3 Investigación sobre el cambio y estancamiento en psicoterapia	29
2.4 Reflexión a partir de las investigaciones revisadas	42
CAPÍTULO 3 MARCO TEÓRICO	50
3.1 Aspectos generales sobre el fenómeno suicida	50
3.2 Modelos teóricos sobre el comportamiento suicida	52
3.3 Características del sujeto suicida	54
3.4 Prevención y tratamiento del suicidio	55
3.5 Concepciones del cambio en psicoterapia	57
3.6 El cambio y estancamiento en la terapia desde la perspectiva del terapeuta	59
3.7 El cambio y estancamiento en la terapia desde la perspectiva del paciente	61
3.8 Cambio y estancamiento en psicoanálisis: perspectiva de deseos y defensas	64
3.9 Modelos integradores para delimitar el cambio y estancamiento terapéutico	68

3.10 Puntualizaciones sobre el estancamiento en psicoterapia	78
Psicoterapia cambio y estancamiento en pacientes con intento suicida	80
3.11 Reflexiones sobre las concepciones desde el psicoanálisis y las propuestas integradoras en la investigación del cambio y estancamiento terapéutico	83
3.12 Reflexiones en torno a la investigación del cambio y estancamiento terapéutico en pacientes con intento suicida	84
CAPÍTULO 4 MARCO METODOLÓGICO	87
4.1 Introducción y justificación de los métodos elegidos	87
4.2 Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica SCAT	89
4.2.1 Codificación de formas básicas	93
4.2.2 Codificación de intenciones comunicacionales	93
4.2.3 Codificación de técnicas	94
4.2.4 Codificación del contenido de las acciones comunicacionales	94
4.2.5 Registro y codificación de episodios de cambio y estancamiento	95
4.2.6 Manejo estadístico de los datos obtenidos en el SCAT	97
4.3 Algoritmo David Liberman (ADL)	98
4.3.1 ADL-AH	100
4.3.2 Segmentación del material en frases	101
4.3.4 Manejo estadístico de los datos obtenidos en el ADL-AH	103
4.3.5 Cambio y estancamiento desde el ADL-AH	103
4.3.6 Detección de defensas	104
4.3.7 Análisis de las intervenciones del terapeuta	106
4.4 Consideraciones finales	107
CAPÍTULO 5 RECOLECCIÓN DE DATOS Y RESULTADOS	109
5.1 Material seleccionado	110

5.2 Marco ético	111
5.3 Procedimiento	111
5.4 Presentación De Los Casos A Analizar	113
5.5.1 Elementos generales del caso ROSA	113
5.5.2 Análisis del caso ROSA: ¿Cuáles tipos de frases aparecen en los intercambios paciente-terapeuta a lo largo de las sesiones de psicoterapia desde el SCAT y el ADL-AH?	116
5.5.3 Análisis del caso ROSA por sesiones	116
<i>Resumen de la sesión 2</i>	117
Resumen de la sesión 4	123
<i>Resumen de sesión 5</i>	129
<i>Resumen de sesión 7</i>	141
Resumen de la sesión 9	146
<i>Resumen de la sesión 10</i>	152
<i>Resumen de la sesión 11</i>	156
5.5.4 Gráficas caso ROSA	162
5.5.5 Análisis de percentiles caso ROSA	164
5.5.6 Caso ROSA: ¿Cuáles momentos de cambio y estancamiento aparecen?, ¿Cómo se estructuran las frases enunciadas por paciente y terapeuta en los momentos de cambio y estancamiento en las sesiones?	171
5.5.7 ROSA: Momentos de cambio	171
5.5.8 ROSA: Momentos de estancamiento	186
5.5.9 <i>Caso ROSA análisis de los episodios revisados</i>	208
5.6 Presentación del caso VIOLETA: ¿Alrededor de qué temas se despliegan los intercambios lingüísticos en los segmentos analizados de las sesiones de psicoterapia?	210
5.6.1 Elementos generales del caso VIOLETA	211

5.6.2 Análisis del caso VIOLETA: ¿Cuáles tipos de frases aparecen en los intercambios paciente-terapeuta a lo largo de las sesiones de psicoterapia desde el SCAT y el ADL-AH?	214
Análisis del caso VIOLETA por sesiones	214
Resumen de la sesión 2	214
Resumen de la sesión 4	220
Resumen de la sesión 5	225
Resumen de la sesión 6	229
Resumen de la sesión 7	234
Resumen de la sesión 9	238
Resumen de la sesión 10	243
Resumen de la sesión 11	247
5.6.3 Gráficas caso VIOLETA	251
5.6.4 Análisis de percentiles caso VIOLETA	253
5.6.5 Caso VIOLETA: ¿Cuáles momentos de cambio y estancamiento aparecen?, ¿Cómo se estructuran las frases enunciadas por paciente y terapeuta en los momentos de cambio y estancamiento en las sesiones?	259
5.6.6 VIOLETA: Momentos de cambio	259
Sesión: 4	259
5.6.7 VIOLETA: Momentos de estancamiento	274
5.6.8 Caso VIOLETA análisis de los episodios revisados	281
5.7 Resumen de los hallazgos en los casos de Rosa y Violeta	284
CAPÍTULO 6 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	289
6.1 DISCUSIÓN	289
6.1.1 Semejanzas y diferencias entre los métodos	289
6.1.2 Puentes con la Teoría	300

6.1.3 Implicaciones para la terapia con pacientes suicidas	305
6.2 CONCLUSIONES	315
6.2.1 La comparación de los métodos, la especificidad de sus análisis, sus alcances y límites.	315
6.2.2 La transferencia de conocimiento de los resultados para el ejercicio de la psicoterapia y para investigaciones posteriores	316
Referencias consultadas	318
Anexos	345
Anexo 1	345
Anexo 2	346
Anexo 3	346
Anexo 4	347
Anexo 5	348
Anexo 6	349
Anexo 7	350
Anexo 8	350
Anexo 9	353
Anexo 10	354
Anexo 11	354
Anexo 12	366
Anexo 13	368
Anexo 14	368
Anexo 15	369
Anexo 16	374
Anexo 17	383

Anexo 18	385
Anexo 19	387
Anexo 20	388

RESUMEN

El presente trabajo busca aportar algunos elementos de reflexión en torno al tema del cambio y estancamiento terapéutico y del abordaje de pacientes suicidas. Para ello se plantea como objetivo principal: Analizar mediante dos métodos de análisis del discurso los intercambios lingüísticos desplegados en sesiones de psicoterapia de personas que acuden a un proceso de psicoterapia en miras de apreciar los momentos de cambio y estancamiento.

Este trabajo desarrolla los siguientes apartados: En el primero se plantea cómo se desarrolló la delimitación del tema a indagar y se plantean los objetivos y preguntas que guían el proceso de investigación. Posteriormente se presenta un estado de conocimiento relacionado con las investigaciones que versan sobre sistemas para registrar la actividad terapéutica, así como aquellas que se centran en el ámbito de la psicoterapia de pacientes suicidas. A partir de ello se plantea una reflexión que sirve como base para justificar la elección de 2 métodos de investigación particulares: El Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT) y el Algoritmo David Liberman (ADL).

En un tercer apartado se abordan los conceptos de cambio y estancamiento en psicoterapia desde diversos enfoques, y las metas que se buscan en procesos psicoterapéuticos diseñados para casos de suicidio. Posteriormente se presentan los fundamentos conceptuales de los métodos de indagación elegidos. El cuarto apartado aborda los pasos metodológicos y definiciones operacionales de los métodos utilizados, distinguiendo entre las fases de preparación del material, el análisis global de las sesiones y el análisis y delimitación de los momentos de cambio y estancamiento.

En el quinto apartado se presenta el material a analizar, y además los resultados obtenidos tanto a nivel global como a nivel de cambio y estancamiento terapéutico. Los resultados arrojan que en ambas pacientes los momentos de cambio implican diferencias en las categorías de ámbito y referencia mientras que desde el ADL se observa la emergencia de defensas acordes a fines en los episodios de cambio y defensas patógenas en los episodios de estancamiento. Finalmente, en el sexto apartado se aborda la discusión de los resultados en las siguientes vertientes: Implicaciones para el ejercicio clínico, la relación terapéutica, y para los métodos utilizados.

Al final se recomienda para la práctica clínica en pacientes con intento suicida, intervenciones que ayuden a cualificar los afectos. Y se concluye expresando la pertinencia de métodos basados en el análisis lingüístico para los estudios que buscan identificar el cambio en procesos terapéuticos.

Palabras clave: *Cambio terapéutico, suicidio, ADL, SCAT, análisis de discurso*

ABSTRACT

The present work seeks to contribute some elements of reflection about therapeutic change and stagnation and the approach to suicidal patients. For this, the main objective is to analyze the linguistic exchanges deployed in psychotherapy sessions of people who attend a psychotherapy process to appreciate the moments of change and stagnation through two methods of discourse analysis.

This work develops the following sections: The first section presents the delimitation of the topic to be investigated regarding the objectives and questions that guide the research process. Subsequently, a state of knowledge related to research about the therapeutic activity is presented and research that focuses on the field of psychotherapy for suicidal patients. After that, a reflection

is proposed that serves as a basis to justify the choice of 2 particular research methods: The Therapeutic Activity Coding System (TACS) and the David Liberman Algorithm (DLA).

In a third section, the concepts of change and stagnation in psychotherapy are approached and the goals sought in a psychotherapy designed for suicidal patients. Subsequently, the conceptual foundations of the chosen methods are presented. The fourth section addresses the methodological steps and operational definitions of the methods used, distinguishing between the phases of preparation of the material, the global analysis of the sessions and the analysis and delimitation of the moments of change and stagnation.

The fifth section presents the material to be analyzed and the results obtained both globally and at the level of change and therapeutic stagnation. The results show that in both patients the moments of change imply differences in the categories of scope and reference, while from the ADL the emergence of defenses according to fines is observed in the episodes of change and pathogenic defenses in the episodes of stagnation. Finally, the sixth section addresses the discussion of the results in the following aspects: Implications for clinical practice and the therapeutic relationship, Implications for the methods used.

It is concluded that in patients with suicide attempt it is important that the therapy process helps to contact affective elements, which require a qualification process, as well as the importance of language as a study panorama for therapeutic change and the study of processes. subjective in this type of patient.

KEYWORDS: *therapeutic change, suicide, DLA, TACS, speech analysis*

INTRODUCCIÓN

Este trabajo desarrolla los siguientes capítulos: En el Capítulo 1 se esboza el estado de conocimiento relacionado con las investigaciones que versan sobre sistemas para registrar la actividad terapéutica, así como las investigaciones que se centran en el ámbito de la psicoterapia de pacientes suicidas. A partir de ello, se plantea una reflexión que sirve como base para justificar la elección de 2 métodos de investigación particulares: el Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT) y el Algoritmo David Liberman (ADL).

En el Capítulo 2 se abordan teóricamente los conceptos de cambio y estancamiento en psicoterapia desde diversos enfoques, así como las metas que se buscan en una psicoterapia diseñada para casos de suicidio. Posteriormente se presentan los fundamentos conceptuales de los métodos de indagación elegidos.

El Capítulo 3 expone los pasos metodológicos y definiciones operacionales de los métodos utilizados, distinguiendo entre las fases de preparación del material, el análisis global de las sesiones y la identificación-delimitación-análisis de los momentos de cambio y estancamiento.

En el Capítulo 4 se presenta el material analizado, así como los resultados obtenidos tanto a nivel global como a nivel de cambio y estancamiento terapéutico, presentando primero una síntesis temática de los casos a analizar, además de lo abordado en cada una de las sesiones elegidas, para después mostrar los resultados del SCAT y del ADL y responder a las preguntas de investigación planteadas. Para lograr lo antes mencionado, se analiza a partir de los métodos elegidos, 8 sesiones de psicoterapia de 2 casos, las cuales se fragmentan en turnos de palabra que posteriormente son revisados desde las categorías propuestas por ambos métodos con la finalidad de conocer cómo se articulan el discurso a nivel de frases en pacientes y terapeutas. Lo anterior

entrega como resultado datos que a su vez permiten inferir otros aspectos dentro del discurso como son momentos de cambio terapéutico y de estancamiento.

El Capítulo 5 es la discusión de los resultados a partir de un diálogo con la teoría y las metodologías utilizadas, así como las conclusiones alcanzadas por la investigación. También se mencionan los alcances, limitaciones y recomendaciones para trabajos futuros que tomen esta misma línea temática.

CAPÍTULO 1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Aunque la noción del cuidado de sí (*epimelesthai sautou*) puede remontarse a los griegos, pasando por posteriores tradiciones filosóficas (Bravo, 2021), es hasta el surgimiento del psicoanálisis hace más de 100 años que emerge la posibilidad de investigar la relación entre el cuidador del alma y el cuidado, como un fenómeno basado en el diálogo, como principio de valor basado en la palabra misma sin necesidad de requerir a atribución ultraterrena o religiosa para el develamiento de su funcionamiento. Más tarde, a lo largo del siglo XX, el desarrollo teórico y clínico permitió la aparición de diversas modalidades de psicoterapia y con ello surgió la pregunta por la efectividad de estas y cómo dar cuenta de ello de modo sistemático y fiable.

El campo de la investigación en psicoterapia a lo largo de su maduración ha ido adoptando herramientas para comprender diversos aspectos relacionados a lo acontecido en estos procesos: qué tipo de psicoterapia es más efectiva, qué tienen en común los diferentes enfoques de trabajo terapéutico, lo que sucede con el paciente, lo que sucede con el terapeuta, aquello que propicia un cambio significativo y lo que lo obstaculiza, por mencionar algunos.

Un aspecto que ha tomado importancia a partir de la segunda mitad del siglo XX e inicios del siglo XXI es estudiar el procesos de psicoterapia como un intercambio discursivo entretejido entre quienes participan de este. Tras este objeto de conocimiento se han hecho distintas pesquisas basadas en el análisis del discurso, desde diversas posiciones teóricas y prácticas clínicas. Estas además han producido conocimiento diferenciado el tipo de problemática que presenta el paciente, así como por su determinación diagnóstica.

Una de las problemáticas que resulta de gran interés tanto para el ejercicio clínico como para la investigación en psicoterapia es el tratamiento de pacientes que han intentado quitarse la

vida, ya que esta población demanda del terapeuta tanta pericia técnica como una vigilancia cuidadosa de los modos de relación e intervención puestos en juego en las sesiones. Por otra parte, situaciones particulares alrededor del suicidio como son el estigma y el silenciamiento dado el tabú que representa este acto, llevan a la paradójica situación de que exista gran cantidad de información al respecto y a la vez se presente cierta dificultad para profundizar en algunos aspectos de estas.

El suicidio se considera un grave problema social y de salud, del que se tienen nutridas estadísticas anuales que muestran que en los últimos años se ha vuelto un fenómeno más frecuente en diversos estratos de la población nacional. Por ejemplo, la OMS en 2014 declara que anualmente hay más de un millón de muertes por suicidio en el mundo y el INEGI en 2018, reportó que el 5% de la población de entre 10 años y más declararon que alguna vez han pensado suicidarse. En 2020 hubo 7,818 fallecimientos por lesiones autoinfligidas en México, es decir, 0.7% del total de muertes en el año y una tasa de suicidio de 6.2 por cada 100,000 habitantes, siendo los grupos de edad más afectados los jóvenes de 18 a 29 años.

El abordaje multidisciplinario del suicidio ha llevado a que se cuente con una gran cantidad de información alrededor del tema, ya sea desde una intención explicativa, predictiva o de comprensión. Lo anterior se puede sintetizar de la siguiente manera: la filosofía ha estudiado el suicidio como un fenómeno en el que se refleja una serie de valores, convicciones fomentadas por los discursos políticos, sociales o religiosos. A nivel biológico se ha estudiado la relación entre niveles de cortisol, o la desregulación del eje Hipotalámico-Pituitario-Adrenal (HPA) con las conductas suicidas. Por otro lado, existen psicopatologías como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la depresión mayor o el abuso de sustancias, que tienen mayor tendencia a incurrir en conductas suicidas; además, la persona suicida tiende a presentar características como rigidez cognoscitiva, sentimientos de desesperanza, menor capacidad de fluidez verbal, entre otras. A nivel

psicosocial los intentos con mayor letalidad se dan más en hombres que en mujeres, siendo los grupos de edad más afectados los jóvenes. Otros factores correlacionados son el vivir condiciones de desigualdad como el estar desempleados o tener un nivel económico bajo.

Como se mencionó anteriormente, existen aún algunos aspectos poco abordados como los procesos subjetivos en el paciente suicida o el de los saberes y las prácticas acumuladas por los terapeutas que trabajan concretamente este tipo de casos. Estudiar el fenómeno suicida con la finalidad de generar conocimientos que complementen las otras perspectivas existentes es entonces una necesidad para lograr una mayor comprensión de este. En este aspecto una de las principales interrogantes que es necesario abordar es la concerniente a qué elementos posibilitan o truncan el cambio terapéutico en los pacientes con intento suicida.

El cambio terapéutico se entiende como un proceso en donde el paciente con ayuda de la terapia logra reestructurar pensamientos, afectos, acciones, concepciones de sí mismo y de su problemática. Diversos autores como Norcross, Orlinsky, Krause, Geller, Stiles han teorizado acerca de los elementos que permiten inferir cambio terapéutico o bien momentos de estancamiento en los que el proceso de terapia puede verse obstaculizado, ya sea por factores de resistencia del paciente o por un abordaje inadecuado del terapeuta. Al articular el estudio del fenómeno suicida y los fenómenos de cambio y estancamiento en terapia es posible indagar en las acciones comunicacionales y los intercambios subjetivos que paciente y terapeuta ponen en juego en las sesiones.

A partir de lo anterior, el presente trabajo pretende aportar algunos hallazgos sobre modos de intervención en el saber de la clínica respecto al fenómeno suicida, enfocándose en los procesos de cambio y estancamiento terapéutico que presentan este tipo de pacientes. Para ello se opta por

una perspectiva de análisis de lo acontecido en las interacciones entre paciente y terapeuta dentro de las sesiones.

La propuesta epistemológica se inscribe en el Giro Lingüístico inaugurado con Wittgenstein así como en desarrollos posteriores basados en John Austin y John Searle, entre otros. Si bien esta propuesta inicia en la filosofía del lenguaje estudiosos posteriores desde el psicoanálisis como Liberman (1971, 1972) y Maldavsky (2004;2013) así como desde la perspectiva de autores como Luborsky y Crits-Christoph (1990) Krause (2006), Valdés y Krause (2015) Prochaska y Norcross (2001), Orlinsky, Heinonen y Hartmann (2015), quienes han utilizado estos conceptos y los han articulado al campo de la psicoterapia. Desde la perspectiva del análisis del discurso en psicoterapia, las unidades mínimas de sentido que componen las sesiones terapéuticas son lo dicho por los sujetos hablantes, por medio del discurso oral posteriormente transcrito.

Es necesario estudiar las vivencias subjetivas expresadas por medio del discurso en tanto permiten comprender lo que el paciente dice del mundo, de sus relaciones y de sí mismo. Además, el elemento performativo del lenguaje implica que hablar es una acción en sí misma, lo que da al discurso en psicoterapia suma importancia en tanto las acciones de comunicación de los interlocutores son actos que tienen efectos significativos en ellos y en su entorno dentro y fuera de las sesiones.

El presente trabajo se basa en dos metodologías de análisis de discurso de sesiones de psicoterapia: el Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT) y el Algoritmo David Liberman (ADL). El primero aborda el discurso de paciente y terapeuta como acciones comunicacionales y brinda una serie de categorías para clasificar el discurso, contando además con una herramienta auxiliar para la detección de episodios de cambio y estancamiento terapéutico. El

segundo método aborda el discurso en tanto da cuenta de los procesos subjetivos de los hablantes, contando también con categorías para organizar el material discursivo y herramientas complementarias para comprender la posición subjetiva de paciente y terapeuta (por ejemplo, momentos de impasse o de insight). Ambos métodos cuentan con una serie de investigaciones empíricas aplicadas a diferentes temáticas en el campo de la psicoterapia.

La razón para seleccionar ambos métodos tiene como punto de partida sus semejanzas y diferencias: La semejanza es el uso del recurso metodológico basado en la teoría de los actos del habla, el cual está amparada en la propuesta epistemológica del giro lingüístico, mientras que las diferencias se centran en sus cuerpos teóricos, uno devenido del psicoanálisis y el otro conformados desde una perspectiva de elementos en común en las distintas psicoterapias. Con ello la propuesta del presente trabajo se centra en estudiar sus confluencias a nivel metodológico sin perder de vista sus diferencias teóricas y para ello se estudiará el diálogo en sesiones de psicoterapia con pacientes suicidas.

Además, analizar las semejanzas y diferencias de los métodos ya mencionados se considera que este trabajo puede hacer aportes al estudio del fenómeno suicida al indagar sobre el proceso de cambio y estancamiento en estos pacientes y circunscribir algunos factores adicionales para la comprensión del fenómeno suicida en el cual otras metodologías no indagan lo suficiente.

Para finalizar, el presente apartado menciona la relevancia, pertinencia y factibilidad del tema seleccionado. Se considera que el tema del fenómeno suicida es relevante de estudiar dada su prevalencia e impacto en el contexto actual y si bien existe investigación al respecto enfocada en el suicidio como fenómeno de salud pública, no se ha dado suficiente énfasis a la indagación en el discurso de paciente y terapeuta para conocer las formas concretas de abordaje terapéutico en este

tipo de población. Por lo tanto, aplicar metodologías de investigación en psicoterapia al fenómeno suicida resulta relevante en tanto plantea la posibilidad de llenar vacíos de conocimiento en el tema y obtener datos que complementen la información existente sobre el mismo.

A nivel de pertinencia, la investigación en psicoterapia históricamente ha buscado explorar la manera en que se desarrollan los procesos entre paciente y terapeuta para circunscribir aquellos elementos que ayudan u obstaculizan el cambio terapéutico, bajo diferentes condiciones y modalidades, por lo que este campo resulta propicio para construir de modo sistemático conocimiento sobre qué puede obstaculizar o facilitar este proceso en personas que han intentado quitarse la vida. Por otra parte, se considera que estudiar esta temática desde el análisis del discurso, específicamente en el contexto de la psicoterapia, puede aportar a la generación de conocimiento del paciente suicida y el terapeuta en tanto sujetos hablantes que realizan acciones comunicativas que pueden generar u obstaculizar el cambio terapéutico.

La investigación es factible de llevar a cabo debido a que se cuenta con el acceso a material audio grabado y transcrito de sesiones de psicoterapia con pacientes que han tenido intento suicida. A nivel metodológico se cuenta con la asesoría y entrenamiento en los métodos ya mencionados, así como con el apoyo de colegas y asistentes de investigación para el análisis de los datos obtenidos. Finalmente el presente estudio se plantea después de haber realizado una evaluación de su aceptabilidad ética atendiendo a los principios de: beneficencia, al garantizar el no daño físico o mental a las personas involucradas, confidencialidad, al garantizar el anonimato y protección de los datos de los participantes tanto en su acceso como en la presentación de resultados, consentimiento informado al haberse planteado y llegado al acuerdo con los participantes que el material transcrito de las sesiones puede ser utilizado con fines de investigación, respetando la libertad de estos de retirarse en cualquier momento del estudio si así lo desean.

Una vez desarrollados los planteamientos generales de la problemática a abordar en el presente trabajo se presenta la estructura general de la investigación a desarrollar. Para ello se presentan a continuación los objetivos y las preguntas de investigación, mismas que se retoman en los apartados de marco metodológico y resultados.

1.1 Objetivos y preguntas de investigación

En este apartado se presentan las preguntas y objetivos que constituyen el eje de la presente propuesta de investigación. En el primer apartado se presenta la pregunta general y las preguntas específicas derivadas de la misma. Posteriormente se presenta el objetivo general, así como los objetivos particulares derivados de este.

1.2 Pregunta general

- ¿Cuáles son los actos de habla concomitantes a los momentos de cambio y estancamiento terapéutico en personas con intento de suicidio que asisten a un proceso en psicoterapia?

1.3 Preguntas específicas

- ¿Alrededor de qué temas se despliegan los intercambios lingüísticos en los segmentos analizados de las sesiones de psicoterapia?
- ¿Cuáles tipos de frases aparecen en los intercambios paciente-terapeuta a lo largo de las sesiones de psicoterapia desde el SCAT?
- ¿Cuáles frases aparecen en los intercambios paciente-terapeuta a lo largo de las sesiones de psicoterapia desde el ADL-AH?
- ¿Cuáles momentos de cambio y estancamiento aparecen en los dos casos revisados?
- ¿Cómo se estructuran las frases enunciadas por paciente y terapeuta en los momentos de cambio y estancamiento en las sesiones?

- ¿Cuáles son las coincidencias y diferencias que establecen los dos métodos al momento de analizar momentos de cambio y estancamiento?

1.4 Objetivo General

- Analizar por medio de dos metodologías de análisis (SCAT y ADL-AH) de discurso las frases de paciente y terapeuta durante momentos de cambio y estancamiento ocurridos en sesiones de psicoterapia en dos casos de intento suicida.

1.5 Objetivos específicos

- Identificar cuáles son las temáticas emergentes respecto al fenómeno suicida en los intercambios lingüísticos entre paciente y terapeuta a lo largo de las sesiones.
- Clasificar las frases (acciones comunicacionales) prevalentes en los intercambios paciente-terapeuta a lo largo de las sesiones de psicoterapia desde el método del SCAT.
- Clasificar las frases (actos de habla) prevalentes en los intercambios paciente-terapeuta a lo largo de las sesiones de psicoterapia desde el método del ADL-AH.
- Identificar los momentos de cambio y estancamiento terapéutico en las sesiones de psicoterapia.
- Analizar las frases (acciones comunicacionales y actos de habla de paciente) y terapeuta en los momentos de cambio y estancamiento terapéutico.
- Contrastar las coincidencias y diferencias que establecen los dos métodos al momento de analizar momentos de cambio y estancamiento.

Para responder a las preguntas planteadas y llevar a cabo los objetivos de investigación resulta primordial plantear inicialmente el marco de conocimiento que la literatura científica

disponible, con la finalidad de conocer cuáles son los conceptos, metodologías y herramientas técnicas con las que se cuenta para llevar a cabo lo anteriormente mencionado. Para ello el siguiente apartado plantea el estado del arte relacionado con las temáticas de investigación de los procesos psicoterapéuticos, la investigación empírica sobre el cambio y estancamiento terapéutico desde diversas perspectivas, así como las investigaciones que hacen aportes a la comprensión y abordaje del fenómeno suicida.

CAPÍTULO 2 ESTADO DEL ARTE

En este capítulo se presentan cuatro apartados: el primero versa sobre desarrollos investigativos sobre el fenómeno suicida; el segundo profundiza en la investigación respecto a la psicoterapia frente al intento suicida; el tercero trata sobre la investigación del cambio y el estancamiento en psicoterapia; finalmente, el cuarto apartado está destinado a analizar el estado de conocimiento de los fenómenos de cambio o estancamiento terapéutico, así como del abordaje de pacientes con intento suicida, lo que posibilita explicitar el aporte del presente trabajo, así como su ubicación respecto a los esfuerzos investigativos revisados.

2.1 Investigación sobre el fenómeno suicida

La muerte es un fenómeno que no se limita al ámbito biológico, sino que tiene una serie de repercusiones y significaciones culturales. Si bien existe un consenso social de la muerte como un evento doloroso, que tiene como una de sus consecuencias el paso por un proceso de duelo, no todas las formas y circunstancias del morir tienen las mismas características a nivel individual y social. Estudios como el de Álvarez Tobos (2011), Chocarro González (2010), Veizaga y Pinto (2005), Tau y Lenzi (2009) apuntan a aprehender la muerte como un objeto de conocimiento social y sus representaciones tanto desde el punto de vista religioso como desde la perspectiva de profesionales de la salud.

En el caso de sujetos que optan por quitarse la vida existe una serie de complejidades particulares que pueden orientarse desde diferentes ópticas. Una de ellas es la investigación a nivel conceptual sobre el suicidio, en este sentido Gutiérrez, Contreras y Orozco (2006) realizan una revisión de conceptos relacionados con el suicidio, concluyendo que el suicidio puede considerarse como una enfermedad con bases biológicas que puede ser desencadenada por factores

medioambientales. Por su parte, Carmona (2012) realiza una revisión teórica del fenómeno del suicidio desde las perspectivas del interaccionismo simbólico, la psicología social y la posmodernidad, haciendo énfasis en que el suicidio tiene formas de manifestación particulares de la época actual.

Otra línea de investigación es la del suicidio desde un punto de vista epidemiológico en el que se busca destacar incidencias y aspectos relevantes para su estudio en el ámbito de la salud pública (Borges y Medina Mora, 2009; Borges, Orozco, Benget y Medina Mora, 2010). Por su parte, Hernández-Bringas y Flores-Arenales (2011) realizan una revisión de la situación en México respecto al suicidio desde 1950 al 2011, enfatizando la tendencia al alza del suicidio en el contexto mexicano, listando una serie de posibles factores coadyuvantes en ello, como pueden ser las crisis económicas, los cambios en elementos sociales y demográficos en la población, aumento de la violencia y la criminalidad, etc. Cabe agregar que Sarabia (2014) presenta en una Editorial para la revista de Neuro-Psiquiatría en Lima, Perú en donde menciona que la OMS en 2013 adoptó el primer plan de acción sobre salud mental en su historia y que uno de los elementos involucrados es la reducción de las tasas de suicidios.

Una tercera perspectiva versa sobre las características individuales del sujeto suicida a nivel psicopatológico (Echeburúa, 2015; Valadéz, Amezcua y Amezcua, 2015) o bien las estrategias para la prevención del fenómeno suicida a nivel de detección de personas en riesgo (Eguiluz y Ayala, 2014; Barrueto, Gaete, Bustamante y Pizarro, 2017). Tuesca y Navarro (2003) realizan en Colombia una revisión entre 1999 y 2000 de 60 casos de suicidio. Entre los factores principales de riesgo suicida encontrados en la investigación de Barranquilla destacan la ansiedad, la depresión y la presencia de enfermedades crónicas. Por su parte Sánchez-Teruel y Robles-Bello (2015) realizan una investigación conceptual centrada en la problemática del suicidio en adolescentes en el

contexto español. Mencionan variables moduladoras de la tentativa de riesgo suicida de corte demográfico (sexo, edad) y de riesgo psicosocial (emocionales, cognitivas y conductuales). Los autores mencionan la importancia de que los estudios se centren no solamente en factores de riesgo sino de resiliencia.

Bedoya y Montaña (2016) mediante una revisión de literatura y estadística epidemiológicas en el contexto de Colombia, buscan describir la relación entre las psicopatologías categorizadas en el DSM-5 y comportamientos suicidas. Entre las patologías mencionadas en este estudio destacan la depresión, la ansiedad, el trastorno bipolar, el abuso de sustancias y los trastornos de personalidad.

2.2 Investigación del suicidio desde el campo de la psicoterapia

A las líneas anteriores puede agregarse la investigación centrada en las opciones de tratamiento para las personas que han experimentado ideaciones o intentos de acabar con la propia vida (Rosselló, Duarte Vélez, Bernal y Zuluaga, 2011). Además, se encuentra el trabajo de Toro (2013) quien realiza una revisión teórica y una reflexión metodológica desde la perspectiva cognitivo-conductual para el abordaje de pacientes con intento suicida. Comienza con una exploración conceptual desde el enfoque teórico ya mencionado, enfatizando los patrones de conducta y cognición presentes en pacientes con estas características. En un segundo momento presenta la metodología de abordaje del enfoque cognitivo conductual para casos con intento suicida. Posteriormente se presenta una serie de reflexiones, dentro de las cuales se resalta la importancia de tomar en cuenta el enganche terapéutico, la adherencia al tratamiento y la relación terapeuta-paciente como elementos en juego para la efectividad del tratamiento.

Finalmente, otra temática de investigación destacable es la relacionada con las consecuencias psicológicas para las personas con intento suicida (Valadéz, Amezcua y Amezcua, 2015) los efectos psicológicos, emocionales y sociales para los familiares y personas allegadas a una persona que se ha quitado la vida (Gómez Ramírez, 2017). Si bien esta breve descripción no abarca todas las aristas de esta temática, lo anteriormente mencionado permite comprender que se trata de un fenómeno cuyo estudio puede situarse desde diferentes intereses, alcances y metodologías.

Contextualizando la investigación sobre el fenómeno suicida específicamente al campo de la psicoterapia es importante mencionar que la producción no es numerosa, como lo señala Flores (2017) realizando un estudio de la producción empírica sobre el tema del suicidio en el contexto de Argentina con énfasis en la disciplina de la psicología. El autor señala que a nivel Sudamérica y Argentina la producción sobre este tema es poca. Además, se resalta la menor proporción de artículos de psicología en comparación con el área de medicina.

Dentro de los estudios destacables en esta línea se encuentra el de Echeburúa (2015), quien en su estudio enfatiza la conexión existente entre suicidio y diversas psicopatologías, así como en elementos importantes para la reflexión del trabajo clínico. Por una parte, menciona que la demanda terapéutica con relación al suicidio se constituye por tres tipos de pacientes: los que han manifestado una ideación suicida, los que la tienen, pero aún no la han manifestado y los sobrevivientes a un intento de suicidio. Además, resalta la relevancia de la entrevista clínica en la evaluación de pacientes respecto a tentativas suicidas, así como la importancia del trabajo con la familia del paciente y la construcción de la alianza terapéutica. Finalmente, con relación a los objetivos terapéuticos con este tipo de pacientes menciona la importancia de trabajar sobre factores modificables para contrarrestar los efectos de factores no modificables.

Por su parte Ibarra (2015) y Morfín (2017) compilan una serie de investigaciones realizadas en el contexto mexicano respecto al fenómeno suicida desde diferentes perspectivas, mismas que incluyen la investigación en psicoterapia en pacientes con intento suicida.

Barriga y Villalta (2018) se centran en el estudio de interacciones dentro de la conversación en dos procesos de terapia en ambiente hospitalario con adolescentes depresivos con intento suicida. La metodología fue cualitativa- cuantitativa de corte descriptivo. El análisis se realizó a 6 sesiones de cada paciente cuyo contenido fue organizado de acuerdo con la estructura de Intercambios terapéuticos propuesta por Barriga (Barriga y Villalta, 2018, p. 43) que considera 6 tipos de intercambios relacionados con: adherencia, exploración del síntoma, relato subjetivo, exploración del contexto, autoconocimiento, exploración del problema del otro. Se concluyó que el uso de tiempo de las diferentes estructuras de intercambio varía en diferentes momentos de la sesión y entre sesiones, acorde a su utilidad para el proceso terapéutico.

Si bien hay un amplio bagaje de investigaciones que abordan el fenómeno suicida con herramientas metodológicas que parten de distintas tradiciones teóricas y metodológicas, puede observarse que en buena medida el énfasis se encuentra en estudios de corte epidemiológico y psicopatológico, es decir a nivel de salud pública. Aunque esta línea es muy importante para el desarrollo de adecuadas medidas de prevención, también es destacable que existen pocas investigaciones centradas específicamente en buscar comprender elementos relacionados con el cambio que puede encontrarse en pacientes con intento suicida al momento de acudir a un proceso de terapia.

Una posible explicación para comprender este estado de cosas, a saber, es que el esfuerzo investigativo sobre el proceso de cambio en pacientes suicidas se encuentra traslapado con las

investigaciones clínicas sobre psicoterapia con pacientes que presentan patologías clínicas graves (ansiedad, depresión, trastornos de personalidad, etc.), dentro de las cuales los intentos de suicidio entran como una de las manifestaciones sintomáticas. Junto con ello, como se ha visto en el apartado anterior, los estudios sobre eficacia de la psicoterapia, si bien han tenido avances en las últimas dos décadas, aún no alcanzan un grado de difusión tal para tener herramientas unificadas aplicadas a diferentes contextos y tipos de pacientes, entre ellos los pacientes que han presentado intento suicida.

2.3 Investigación sobre el cambio y estancamiento en psicoterapia

El inicio de la investigación de procesos de terapia tiene como uno de los antecedentes más antiguos los estudios de caso clínico reportados por Freud y Breuer (1895). A pesar de sus aportaciones, conforme la investigación en psicoterapia siguió su desarrollo, se encontraron limitaciones a esta primera propuesta ya que se contaba solamente con la perspectiva del terapeuta respecto al caso, lo cual incrementó el riesgo de que hubiera importantes sesgos debido a la necesidad de comprobar constructos teóricos o modelos de intervención particulares.

Otros antecedentes se pueden encontrar en la investigación de los procesos terapéuticos que se remonta a las investigaciones en la literatura científica de habla inglesa como la de Eysenck (1953) y otros autores en la década de los 50s del siglo XX. En esta época hubo un auge en las audio grabaciones, lo que abrió la posibilidad de realizar indagaciones por medio de observaciones externas a los participantes en el proceso, en este momento el énfasis se centraba en contabilizar el número de veces que ciertos eventos o palabras se repetían en la terapia. Lo anterior llevó a que la perspectiva del terapeuta en la investigación en psicoterapia quedará relegada. Fue hasta los años 60's que se dio un resurgimiento en el interés de las experiencias de paciente y terapeuta para

estudiar lo ocurrido en las sesiones, lo que cambió el paradigma de contraponer conocimiento “objetivo” y “subjetivo” a una propuesta en donde era posible una combinación de datos provenientes de observación participante y no participante.

Abonando al desarrollo de la investigación en psicoterapia cabe mencionar la aportación de Sales (2009) quien realiza una revisión del panorama histórico sobre este tema, rescatando varias líneas alrededor del tema como lo son la eficacia de las diferentes psicoterapias, las condiciones para la evaluación de las mismas, si hay equivalencia de las psicoterapias debido a mecanismos subyacentes en común o debido a una necesidad de mejorar las metodologías para investigarlas, propuestas integradoras que toman en cuenta las variables de paciente, terapeuta, problemática y contexto, los tratamientos con soporte empírico y los límites de los ensayos clínicos. La revisión termina con una reflexión respecto a la importancia de la investigación clínica en contextos reales lo que implica el desarrollo de metodologías apropiadas para ello. También menciona el surgimiento de dos líneas de investigación en la actualidad relacionadas con: factores de efectividad común entre las psicoterapias y qué elementos producen el cambio terapéutico en un proceso concreto.

Como puede observarse, este campo de indagación se ha construido alrededor de diversos propósitos como son: el conocer la efectividad de las diferentes psicoterapias, los efectos de las intervenciones del terapeuta independientemente de su enfoque teórico, delimitar claramente periodos de cambio o estancamiento en el marco de las sesiones, localizar los momentos de construcción de la alianza terapéutica, o bien clarificar cuáles son elementos indicadores de cambio en el paciente.

Orlinsky, Heinonen y Hartmann (2015) mencionan que dependiendo de los alcances y finalidades de la investigación es posible elegir diferentes unidades de tiempo y ello a su vez determina el tipo de eventos terapéuticos que pueden observarse. También mencionan que la investigación en psicoterapia puede tener en cuenta para el análisis ya sea la perspectiva de los sujetos involucrados directamente (por ejemplo, por medio de cuestionarios post sesión) o bien de observadores externos por medio de registros en audio o video, así como indicadores clínicos establecidos previamente. Los autores resaltan que estas diferentes perspectivas pueden dar como resultante discrepancias en la observación, lo cual no debe ser visto como una debilidad metodológica sino como un reflejo de la complejidad del fenómeno observado. Por ello resulta importante explicitar las perspectivas observacionales elegidas (la experiencia de los participantes en la sesión, las observaciones externas o una combinación de estas) y su relación con las metas y alcances de la investigación propuesta.

En resumen, dada la complejidad del fenómeno a estudiar en los procesos terapéuticos, resulta importante enfocarse en algunas facetas o variables de estos. Dichas variables deben estar claramente definidas a nivel teórico y deben poder ser comprendidas por otros investigadores. Las variables que pueden estudiarse en procesos de terapia por lo general se enfocan en los efectos de la técnica empleada por el terapeuta en el comportamiento del paciente o en el aspecto socio emocional de la relación entre ambos, tanto a nivel de lazo terapéutico como de alianza de trabajo. Cabe resaltar que la investigación actual hace una combinatoria de indagación entre proceso y resultado con el fin de enlazar acontecimientos de las sesiones con su impacto inmediato y de largo plazo, debido a ello los métodos de investigación en procesos de terapia pueden centrarse en rescatar la experiencia de los sujetos involucrados, en las observaciones de sujetos externos o bien

una combinatoria de ambas, a su vez la unidad de análisis puede variar desde sesiones completas a elementos particulares de una sesión.

Durante los últimos años han existido una serie de desarrollos los cuales tienen como foco de análisis las producciones discursivas dentro de la psicoterapia, por lo que diversos autores han desarrollado investigación y fundamentación sobre dicho campo. Para Orlinsky, Heinonen y Hartmann (2015) a partir de los años 60s en la investigación en psicoterapia se suele distinguir entre dos tipos de estudios: aquellos centrados en el resultado e impacto de la terapia; aquellos centrados en los eventos y experiencias que ocurren entre paciente y terapeuta a lo largo de las sesiones, misma que se suele centrar en el estudio de la comunicación verbal y no verbal en el marco de las sesiones. Lo anteriormente mencionado ha requerido el desarrollo de una serie de herramientas metodológicas capaces de registrar y analizar los hechos ocurridos en el intercambio comunicacional dentro de las sesiones terapéuticas.

Como antecedente en el campo del estudio del lenguaje y los actos de habla se encuentran las aportaciones desde el giro lingüístico iniciado por Wittgenstein; las teorías de Noam Chomsky sobre teoría de la sintaxis en los 60's, así como las aportaciones de Searle y Austin que hablan de la función performativa del lenguaje. Las perspectivas anteriormente mencionadas a su vez tienen sus conexiones una parte con los esfuerzos investigativos surgidos de la psicología científica de corte estadístico y empírico como de la filosofía del lenguaje.

Dentro del campo de la psicoterapia se encuentran desde finales de los años 70 diversos sistemas para clasificar el diálogo en psicoterapia. Valdés y colaboradores en 2010 reportan que existen por lo menos 13 modelos de clasificación, agregando que 11 de ellos se centran en registrar las acciones del terapeuta y solamente dos toman en cuenta las acciones tanto del terapeuta como

del paciente. Además, otra problemática dentro del ámbito del análisis de sesiones de psicoterapia es el establecimiento de indicadores de cambio.

Diversas investigaciones han identificado como significativos para el resultado de un proceso terapéutico: la colaboración activa, la expresividad, la respuesta emocional y los sentimientos positivos hacia el terapeuta, la empatía y la credibilidad. A nivel de técnica se ha encontrado que el uso de diferentes tipos de intervenciones (interpretaciones, confrontaciones, intención paradójica) focalizadas adecuadamente a los problemas en la vida del paciente se relacionan con resultados positivos en la terapia.

Un ejemplo de lo anterior puede encontrarse en las aportaciones de Orlinsky, Howard y colaboradores (1985; 1986; 1994), que a través de diversas investigaciones construyen una propuesta para comparar la gran variedad de tipos de psicoterapia a partir de lo que denominan como “modelo genérico de psicoterapia”. El fundamento de dicho modelo tiene como punto de partida una distinción entre los elementos que se encuentran de entrada, como el contexto previo a la terapia para ponderar las características individuales del paciente, su contexto social y cultural; y los elementos que son consecuencia de la terapia, como son los cambios positivos o negativos ocurridos en la vida y personalidad del paciente, así como los eventos ocurridos en el entorno profesional y cotidiano del terapeuta. Para estos autores la interacción entre determinantes contextuales previas a la terapia y las consecuencias de esta permiten una comprensión de los procesos terapéuticos.

Por su parte Krause y colaboradores en 2006 mencionan que entre las diferentes propuestas teóricas no existe un consenso en cuanto a los elementos que sirven de indicador de un cambio

terapéutico. A continuación, se mencionan algunos de los esfuerzos investigativos en este sentido, así como algunos de los sistemas de clasificación surgidos de ello.

Cronológicamente, los siguientes autores que siguen la línea del estudio de los procesos de psicoterapia: Calvo, Alva, Serván y Pelaz (2001); Martínez, Tapia y Astudillo (2005); Roussos, Etchebarne y Waizmann (2009); Froján, Montaña, Calero y Ruiz (2010); Rampulla y Ávila-Espada (2011); Argelo (2011); Valdés (2012), López y de Pascual (2012); Valdés y Krause (2015); Sanz y García-Vera (2015); Maldavsky, Argibay, Sciletta, Rembado, De Simone, Otálora y García (2016); Goldberg (2016); Ramos, Sánchez y Mena (2018). Dichos autores buscan a través de diversas perspectivas teóricas y métodos dar cuenta de los factores de cambio en psicoterapia, así como la relación paciente-terapeuta centrando el análisis en lo enunciado por paciente y terapeuta en las sesiones de terapia.

Otro ejemplo dentro del campo de la investigación de la relación en psicoterapia de corte psicodinámico la constituyen los trabajos de Luborsky y Crits-Christoph (1990, citado en Maldavsky 1999), quienes desarrollan un método de investigación de corte cuantitativo desde la perspectiva psicoanalítica, denominado Tema Central de Conflicto y Relación o TCCR, el cual permite identificar a nivel de los relatos de los pacientes las representaciones de sus experiencias de interacción. Para ello presta atención a los componentes del deseo, la reacción del objeto y las consecuentes reacciones del sujeto, Cabe mencionar que una de las limitantes de este modelo es su falta de un análisis de los nexos entre los componentes.

Debido a lo anterior Dahlbender, Albani, Pokorny, Kächele (1991, citado en Maldavsky 1999) proponen a manera de complemento el método de Patrones Centrales de Relación o PCR el cual incluye el método TCCR como paso inicial para posteriormente, en un segundo momento,

realizar un análisis de los nexos entre los componentes mencionados anteriormente. Este método ha sido utilizado de manera amplia en diversas investigaciones, por ejemplo, indagar las características relacionales de diversos sujetos con objetos significativos (López y Herrero, 2008), o estudiar de manera sistemática la interacción a lo largo de un proceso de psicoanálisis pudiendo identificar momentos importantes dentro de este (Albany, Pokorny, Blazer, Köing, Geyer, Tomä y Kächele, 2002).

Por otra parte, Roussos, Etchebarne y Waizmann (2009) que toman como base el constructo de Actividad Referencial, concierne a “la capacidad del ser humano de expresar niveles de experiencia no verbal, incluyendo experiencias emocionales, en forma verbal” (Bucci, 1997, citado en Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2009, p.97). A partir de dicho concepto los autores evalúan si las intervenciones de corte psicoanalítico (específicamente interpretaciones) se asocian con niveles de alta o baja Actividad Referencial. El estudio es de caso único, por medio del material textual de 29 sesiones. El análisis del material fue de corte cuantitativo a diversos niveles (descriptivo, estratégico, de contenido), por medio tanto de una calificación inter-jueces como por medio de un programa computacional. Los resultados obtenidos mostraron que las interpretaciones del terapeuta se presentaban principalmente en momentos de alta Actividad Referencial, sin embargo, los investigadores señalan que se requieren más estudios tanto de la díada paciente-terapeuta como de la efectividad del proceso de terapia para poder comprobar si estos resultados pueden ser generalizables o semejantes a lo obtenido en intervenciones de otros enfoques.

Otra línea de investigación importante deviene de los esfuerzos investigativos llevados a cabo en Argentina por autores como David Liberman, con su estudio de los estilos retóricos de los pacientes y psicoanalistas, así como la posterior y más reciente sistematización de dichas bases en

el marco de la teoría psicoanalítica por parte de David Maldavsky con su propuesta de un método algorítmico para la investigación psicoanalítica del lenguaje, cuyo desarrollo empírico continúa.

Desde el método del Algoritmo David Liberman desarrollado en el marco de la perspectiva psicoanalítica destaca la investigación realizada por Maldavsky, Argibay, Sciletta, Rembado, De Simone, Otálora y García (2016), quienes estudian las intervenciones de un mismo terapeuta en veinte primeras sesiones con distintos pacientes que se mantuvieron posteriormente en su proceso durante un promedio de 10 años. Para ello toman como insumo las transcripciones de las sesiones ya mencionadas, clasificando de manera descriptiva las intervenciones del terapeuta en funciones de tipo introductoria, de sintonía, de nexos y complementaria. El análisis de los datos se realizó por medio de una clasificación inter-jueces para organizar las intervenciones de acuerdo con las funciones anteriormente descritas y obtener porcentajes de sus recurrencias. Un segundo momento constó en el análisis vía un programa computacional de las palabras empleadas por el terapeuta en las sesiones. En un tercer momento se describe de modo más puntual las variaciones en los tipos de intervenciones usadas por el terapeuta dependiendo el momento de la sesión (inicio, medio, final) y en comparación entre las sesiones de los distintos pacientes. Los resultados obtenidos apuntan a que en la medida que la sesión progresa la función introductoria y de sintonía ceden paso a las de nexos y complementaria.

Por su parte Goldberg (2016) analiza desde el método del Algoritmo David Liberman (ADL) tres fragmentos de dos pacientes. El foco de análisis son las frases, los actos motrices y paraverbales para localizar en el material momentos de contribución de paciente y terapeuta a la alianza terapéutica, así como relaciones entre esta y el cambio clínico en sesión. Los resultados rescatan que los aportes del paciente tienen que ver concretamente con frases que ratifican las intervenciones del analista o bien con lo que llaman iniciativas genuinas que aumentan la confianza

y disposición al cambio constructivo. Por su parte el analista colabora con una variedad expresiva de recursos acordes a las necesidades anímicas del paciente lo que permite hacer modificaciones discursivas pertinentes al momento de la sesión.

Desde el enfoque cognitivo conductual es destacable la aportación de Froján, Montaña, Calero y Ruiz (2010), quienes presentan la construcción de un Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del Terapeuta (SISC-CVT), con la finalidad de identificar topografías del comportamiento verbal. Para ello se realizó la video grabación y análisis inter-jueces aleatorizado de las sesiones de terapia, con ayuda de un software especializado. El estudio se divide en dos fases: en la primera se hace el diseño del sistema de categorización a partir del análisis de 51 grabaciones de 11 casos tratados por 5 terapeutas de corte cognitivo-conductual; el segundo momento se avocó a aplicar e SISC-CVT a un conjunto de 101 sesiones pertenecientes a 21 casos de adultos tratados por 8 terapeutas cognitivo-conductuales. Los resultados obtenidos muestran una relación estadísticamente significativa entre la conducta verbal organizada desde el SISC-CVT y momentos de actividad clínicamente relevante.

López y de Pascual (2012), por su parte, realizaron un estudio de caso desde la perspectiva cognitivo-conductual, tomando como base el modelo del SISC-CVT de Froján y colaboradores (2008). Se realizó un análisis funcional de la conducta verbal de un terapeuta que trabaja un caso de ansiedad, los resultados mostraron congruencia con lo esperado respecto a la actuación del terapeuta para modificar la conducta del paciente. El artículo resalta además la importancia de las intervenciones del terapeuta no solo para explicar las técnicas que el paciente debe aplicar fuera de la sesión sino como factor para que el paciente ponga en práctica dichas técnicas.

Ramos, Sánchez y Mena (2018) también desde la terapia cognitivo-conductual (concretamente desde la terapia de Aceptación y Compromiso) se centran en los mecanismos de cambio en los trastornos de personalidad, para ello toman como punto de partida el constructo de fusión cognitiva para estudiar su relevancia y dar cuenta del cambio terapéutico en 110 pacientes tras 6 meses de intervención hospitalaria. El constructo de Fusión Cognitiva se define como “la tendencia a creer el contenido literal del pensamiento y del sentimiento, la excesiva o impropia regulación de la conducta por procesos verbales (reglas), más que por las contingencias del entorno” (Hayes et al., 2011, citados en Ramos, Sánchez y Mena, 2018, p. 50). El procedimiento utilizado fue análisis estadístico de 6 escalas para medir fusión cognitiva, pensamientos automáticos, depresión, ansiedad, actitudes disfuncionales y síntomas las cuales se aplicaron a los pacientes participantes en el estudio. El análisis de los resultados corrobora que hay una relación entre fusión cognitiva y gravedad clínica, sin embargo, dicho constructo no aparece asociado en la muestra con un peor resultado tras la intervención terapéutica. Al final del estudio se formula la hipótesis de que diferentes terapias desde diversos enfoques pueden apuntar a diferentes mecanismos de cambios solapados entre sí, apuntando a la posibilidad de que existan algunos mecanismos en común dentro de esa complejidad.

Rampulla y Ávila-Espada (2011), por su parte, presentan un estudio de un caso clínico completo a través de sus 199 sesiones por medio de diversos métodos cualitativos. Esta investigación en concreto se centra en las Estructuras de Emoción Fundamentales, Repetitivas y Desadaptadas (FRAMES), buscando inferir cambios terapéuticos por medio de modificaciones en dichas estructuras. Para ello se estudió el material textual de sesiones con la finalidad de localizar y clasificar, desde la teoría de las FRAMES, expresiones emocionales dichas por el paciente y posteriormente construir un mapa que posibilite identificar los objetos a los que refieren las

emociones del mismo para finalmente identificar la narrativa que permita construir el prototipo de las FRAMES. El estudio concluye que si un proceso de terapia moviliza mecanismos de cambio es posible detectar cambios en las FRAMES, resultando esto congruente con lo encontrado por Dahl (1998, citado en Rampulla y Ávila-Espada, p. 234).

Argelo (2011) desde una perspectiva de corte constructivista de las adicciones plantea un estudio de corte exploratorio observacional por medio de historiales clínicos y la aplicación de la Escala de Logros de Objetivos en Psicoterapia (ILOP) en 5 casos de pacientes con adicciones, a los cuales se les aplicó una propuesta de intervención sistematizada fundamentada en el enfoque de terapia breve. Los resultados enfatizan la importancia de identificar diferentes fases del proceso de terapia, así como los elementos que tanto paciente como terapeuta consideran como cambio terapéutico.

A partir de los años 2000 ha existido un creciente interés en el estudio sistemático de los procesos terapéuticos por parte de investigadores de habla hispana en Chile y Colombia. Muestra de ello es el proyecto de FONDECYT, encabezado por Krause y colaboradores (2002) titulado como *Hacia una práctica efectiva en psicoterapia: Estudio de episodios de cambio relevantes, en diferentes tipos de psicoterapia, y sus efectos en los resultados terapéuticos*.

Junto a los sistemas de clasificaciones ya mencionados, destaca el desarrollo del Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica debido a su finalidad de dar cuenta de factores en común entre diversas posturas de psicoterapia. En esta línea, Valdés (2012) analizó las acciones comunicativas que componen episodios de cambio y estancamiento entre pacientes y terapeutas utilizando el Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT, 2004), cuya muestra se obtuvo de dos procesos de terapia psicodinámica. Los resultados mostraron que las acciones

comunicativas tienen diferencias estadísticamente significativas entre pacientes y terapeutas dependiendo de si se trata de un episodio de cambio o estancamiento, y también en función de en qué etapa del proceso terapéutico se presenta el episodio.

En otra investigación Valdés y Krause (2015) realizaron un análisis con método mixto de 10 procesos terapéuticos completos exitosos, cuyas sesiones fueron grabadas y transcritas para su posterior análisis mediante el Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT) con el fin de delimitar episodios de cambio y estancamiento terapéutico en pacientes clasificados como anaclíticos o introyectivos con sintomatología depresiva. Los resultados muestran diferencias en las expresiones verbales usadas por pacientes anaclíticos e introyectivos.

Por su parte Tomicic y colaboradores en 2017 se centran en el problema de cómo evidenciar empíricamente la actividad vocal como fenómeno no verbal que influye en el código lingüístico, es decir, cómo sistematizar indicadores paraverbales del discurso como los silencios. Al igual que en las otras líneas revisadas, estos autores desarrollan un modelo a partir de la revisión del material de sesiones de psicoterapia. La propuesta surgida de este esfuerzo es la de los Patrones Dinámicos de Vocalización-Silencios, el cual permite un recuento de los momentos en que los participantes del diálogo terapéutico realizan estas acciones, permitiendo a partir de ello un análisis de la dinámica de la sesión en términos de sus componentes paraverbales.

Por último, es importante mencionar aquellas investigaciones que abordan el estancamiento terapéutico ya sea de manera central o como un complemento del cambio. En las últimas décadas algunos autores que se han centrado en este tema son Baringoltz, (1992), Safran & Muran (2000), Beutler, Moleiro, y Talebi (2002), Norcross (2002), Krause, Echávarri, Ramírez, Valdés y Vilches-Álvarez, (2007), Gómez Fonseca, Fortes de Leff y Auron Zaltzman (2009), Salinas y colaboradores

(2009). Estos investigadores mencionan diversos aspectos relacionados con el estancamiento en terapia. Por un lado, puede considerarse como un punto de oportunidad para que el terapeuta revise su modo de intervenir; por otra parte, se le puede considerar desde la perspectiva de un rompimiento en la alianza terapéutica; también se puede abordar desde la perspectiva de los factores individuales de paciente y terapeuta que pueden entorpecer el proceso y las metas de la terapia, ya sea a nivel cognitivo o de las manifestaciones verbales de cada uno.

Como se ha podido ver en esta revisión de investigaciones, el interés por la efectividad de los procesos psicoterapéuticos forma parte de un marco más amplio que es el de la investigación en psicoterapia, la cual abarca temas adyacentes como son los sistemas de clasificación de lo que sucede en el contexto de la terapia, los elementos relacionales entre paciente y terapeuta, la efectividad de una psicoterapia para problemas específicos, entre otros. Puede observarse que algunas de las investigaciones presentadas se fundamentan en las nociones que rescatan la importancia del lenguaje en su dimensión performativa considerándolo no desde la dicotomía entre lenguaje verbal y no verbal sino buscando un análisis en un sentido amplio de la conversación terapéutica (Aristegui et al., 2004) en tanto un entramado complejo de actos de habla con diferentes funciones, registros, contenidos y niveles de análisis. Debido a lo anterior las pautas para la investigación de los procesos terapéuticos han dado lugar a una serie de esfuerzos de discusión teórica para afinar y construir conceptualizaciones que a su vez son puestas a prueba en el ámbito de la investigación empírica o bien dar paso a metodologías orientadas al descubrimiento en las cuales se pueden fundamentar categorías de análisis y pautas teóricas.

Al marco dado por los esfuerzos investigativos revisados puede agregarse la importancia que tiene en algunos trabajos el concebir la terapia en términos de conversación terapéutica, fundamentada en la teoría de los actos de habla de Searle y recurriendo a las nociones de *cambio*

común a los diferentes tipos de psicoterapia, así como al concepto de teorías subjetivas, fundamentados en Krause y Groeben, que conciben este proceso como una construcción de significados y formas de interpretación que el paciente puede hacer de sí mismo, de su medio y que guían la acción y la valoración personal.

Los elementos de las teorías subjetivas se empalman con la función performativa de los actos del habla, considerando que al decir algo se hace algo, y por lo mencionado por estos autores, ese proceso de hacer algo desde el lenguaje implica hacer una reconstrucción de significados, afectos y cogniciones dentro del marco del diálogo terapéutico y que dicho proceso es inherente a toda psicoterapia independientemente de la orientación teórica de esta.

En otras palabras, desde esta perspectiva se plantea que el cambio en psicoterapia puede ser observado y sistematizado a partir de los cambios discursivos que presentan los pacientes a lo largo de las sesiones. Esta línea de indagación ha dado como consecuencia el desarrollo de diversas herramientas que buscan explorar el discurso a nivel de su estructura, contenido, componentes paraverbales, entre otros.

2.4 Reflexión a partir de las investigaciones revisadas

A partir de la revisión de investigaciones empíricas y artículos teóricos sobre los temas de cambio terapéutico y fenómeno suicida es posible delimitar un estado de cosas en el que se pueden destacar los siguientes aspectos:

- Las diferentes perspectivas en psicoterapia han buscado elementos para dar cuenta de los fenómenos clínicos ocurridos en sesión desde la perspectiva del paciente, del terapeuta y de la interacción entre ambos.

- Dichos fenómenos pueden dividirse en aquellos centrados en la interacción paciente-terapeuta, la efectividad de la psicoterapia ya sea desde un enfoque particular o por los elementos en común entre todas ellas; el desarrollo de métodos de sistematización y análisis centrados en elementos ocurridos previos y posteriores a las sesiones o bien aquellos centrados en lo ocurrido en la sesión misma.
- Si bien existen diferentes herramientas desarrolladas tanto dentro de perspectivas teóricas concretas como propuestas integradoras, su difusión para investigación aplicada a casos concretos aún es limitada.
- El análisis discursivo es un elemento en común transversal a las diferentes propuestas de sistematización de las sesiones de terapia.
- El análisis discursivo puede presentarse a diferentes niveles, lo que conlleva el desarrollo de metodologías que tengan en cuenta dicha complejidad.
- En el análisis del discurso el cruce de las metodologías cuantitativas y cualitativas permite una vigilancia metodológica y un rigor al momento de construir o utilizar modelos de investigación de sesiones en psicoterapia.
- El suicidio se ha abordado más desde estudios médicos, epidemiológicos o psicopatológicos y aún es limitado el número de investigaciones, al menos en el contexto de Latinoamérica, sobre los procesos de cambio específicamente en pacientes con intento suicida.

Esta delimitación permite situar el presente trabajo en coordenadas particulares que es necesario explicitar y justificar, para ello en este apartado se mencionará en un primer momento el

posicionamiento que será el punto de partida de esta investigación. Posteriormente se buscará proveer elementos que permitan la justificación de dicha perspectiva.

A partir de las investigaciones mencionadas, este trabajo se ubica dentro de aquellos que ponen énfasis en modelos de investigación centrados en el análisis del discurso dentro de las sesiones para sistematizar el material y a partir de ello reunir evidencia que delimite y fundamente momentos de cambio o estancamiento en los procesos terapéuticos. Por otra parte, se adscribe a los trabajos que centran su análisis tanto en las verbalizaciones del paciente como del terapeuta, tomando en cuenta la totalidad del material generado en las sesiones. Por lo anterior se busca trabajar con metodologías que puedan dar cuenta de todo el discurso generado en el proceso a nivel de frases y no solamente algunos segmentos.

A nivel teórico metodológico este trabajo busca comparar diferentes sistemas de análisis de efectividad de procesos terapéuticos, Para ello se toma como elección y delimitación metodologías que, aunque parten de tradiciones teóricas diferentes (psicoanálisis y propuesta integradora), compartan pasos metodológicos compatibles entre sí para la división básica del material ya que toman como base las teorías de actos de habla y funciones performativas del lenguaje.

A nivel de investigación clínica en el ámbito del fenómeno suicida, esta investigación busca aportar algunos elementos de reflexión sobre procesos psicoterapéuticos donde se ven implicados pacientes con intento suicida, no solamente desde el campo teórico sino desde el análisis empírico proveniente de procesos de psicoterapia. Por otra parte, la comparación de casos con una misma problemática permite un criterio común a nivel de muestra para contextualizar y delimitar de manera precisa los alcances de los resultados obtenidos.

Es necesario en este punto señalar la delimitación de los instrumentos a utilizar, los cuales son el Algoritmo David Liberman y el Sistema de Codificación de la actividad Terapéutica, y justificar la selección de estos por encima de otros sistemas de clasificación revisados.

En primer lugar, se opta por no utilizar métodos como SISC-CVT y su equivalente para el discurso del paciente ya que estos instrumentos se centran solamente en lo que denominan momentos de actividad terapéutica dejando sin analizar algunos otros momentos de las sesiones y los contenidos referidos a situaciones fuera de sesión. En el caso de propuestas de análisis como el TCCR, PCR, Intercambios terapéuticos o el modelo FRAMES, estos presentan también algunas limitaciones debido a que se centran más en la producción discursiva del paciente.

A continuación, se profundiza en las dos herramientas metodológicas seleccionadas: el Algoritmo David Liberman y el Sistema de codificación de la Actividad Terapéutica. Se mencionará su desarrollo y características.

Uno de los antecedentes más relevantes respecto a la investigación de fenómenos clínicos por medio del lenguaje es el trabajo realizado por David Liberman (1971; 1972) el cual tiene la particularidad de introducir de manera complementaria al psicoanálisis la teoría de la comunicación, con la finalidad de replantear la forma de estudiar la diada analista-analizante, así como el desarrollo genético del sujeto (Hebe, 2000; Winograd, 2004).

Las ideas propuestas por Liberman en los años 70 tuvieron repercusión en el psicoanálisis argentino y fueron la base para que David Maldavsky (1980;1997;1999;2000;2004;2007) retomara estas nociones para realizar una sistematización metodológica de las mismas, buscando a su vez contrastarlas con diversos materiales discursivos como son fragmentos de obras literarias, sesiones terapéuticas, etc.

A través del uso de un modelo que realiza operaciones sistemáticas que permite hacer un cálculo y hallar la solución de un tipo de problemas, Maldavsky desarrolla el Algoritmo David Liberman o ADL, compuesto por tres métodos que permiten el análisis cuantitativo y cualitativo del lenguaje a nivel de relato, frase y redes de palabras. Este investigador toma como punto de partida diversos puntos de la teoría psicoanalítica, así como las aportaciones de David Liberman sobre los estilos retóricos complementarios entre terapeuta y consultante (1962; 1970; Liberman y Maldavsky, 1975; citados en Maldavsky 1980, 1999, 2004, 2007). Se parte de la idea de que las mociones pulsionales y los mecanismos de defensa se manifiestan en el lenguaje, lo que permite dar cuenta de modo pormenorizado de los procesos subjetivos y de la relación intersubjetiva entre terapeuta y paciente.

Al igual que los métodos mencionados en apartados anteriores, el ADL ha sido usado para investigar material de pacientes en el ámbito clínico. Por ejemplo, Maldavsky y Almasia (2003), analizan a nivel de palabra frase y relato el discurso de un paciente con apego a internet; Maldavsky (2007) realiza el análisis de la interacción de diversos terapeutas y pacientes con el fin de conocer si las intervenciones del terapeuta son pertinentes o si existen estancamientos originados de conflictos contratransferenciales.

Otros autores del ámbito clínico y de la investigación psicoanalítica del lenguaje como son de Kaufmann (2008), de Lavra (2008), Kopittke (2008), Scilletta (2010), Goldberg (2009; 2010) han hecho uso del ADL durante las dos últimas décadas para la investigación clínica de diversos fenómenos como el autismo, vínculos tóxicos, pacientes con autolesiones, evolución clínica de niños y púberes, estudios de caso único, o los aportes de paciente y terapeuta a la alianza terapéutica.

Cabe señalar que esta metodología también se ha aplicado en investigaciones en contextos distintos al ámbito clínico. Por ejemplo, Romano (2005; 2007) aborda el análisis de la producción discursiva mediada por computadora. Por otra parte, Woizinski (2010) ha utilizado este método para analizar desde la perspectiva de la subjetividad un fragmento de una obra de Shakespeare; finalmente en el ámbito social pueden encontrarse investigaciones como las de Plut (2005; 2007; 2010) y Sánchez (2009; 2010; 2012) las cuales investigan respectivamente el discurso político y los ideales de diversas agrupaciones.

La otra metodología seleccionada, de corte integrador, es el Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT). Dentro de los antecedentes de este método se destaca el trabajo de Aristegui y colaboradores quienes publican en 2004 un artículo en la revista *Terapia Psicológica* de la Sociedad Chilena de Psicología Clínica que toma como antecedentes los aportes de diversos autores como Smith, Glass Y Miller, en 1980; Opazo, en 1992; Roth y Fonagy, en 1996 para abonar a la discusión respecto al cuestionamiento sobre la forma de terapia más efectiva y las formas de comprobar dicha aseveración.

Lo que estos autores van delimitando es que hay una suerte de “empate” en cuanto a efectividad terapéutica de diferentes enfoques, por lo que buscan desplazar el foco de interés no en probar cuál es la “mejor” modalidad de terapia sino cuáles son los elementos o variables involucrados en el éxito o fracaso de un proceso terapéutico. Se menciona que este enfoque ha llevado al surgimiento de tres líneas de investigación: factores de cambio, validación empírica de la terapia y finalmente, el estudio del proceso terapéutico.

El SCAT clasifica en 5 dimensiones las acciones que se dan en el proceso terapéutico a partir de la función performativa del lenguaje. Estas dimensiones abarcan formas básicas de

comunicación (asentir, aseverar, negar, preguntar, dirigir), intenciones comunicativas (explorar, sintonizar, resignificar), técnicas (argumentación, autorevelación, etc.) ámbitos (acciones, ideas, afectos) y referencias (referencia al sí mismo, al otro presente, etc.). Dicho sistema se ha utilizado en diversas investigaciones de procesos de psicoterapia, por ejemplo, la de Valdés, Krause y Álamo en 2011 en donde se analizaron sesiones de procesos terapéuticos por medio del SCAT tanto a nivel cuantitativo como cualitativo.

Como una herramienta dentro del SCAT los investigadores citados desarrollaron además una serie de indicadores de cambio genérico (Krause, 2006) que son comunes a los diversos enfoques de psicoterapia. Se trata de 20 categorías que abarcan desde los primeros momentos del proceso de terapia hasta sus etapas más avanzadas. Dichas categorías se construyeron a partir del análisis de sesiones de psicoterapia de diferentes enfoques, buscando en el material empírico los elementos en común que permiten indicar momentos de cambio o estancamiento.

Cabe agregar que tanto el ADL como el SCAT proveen elementos que pueden permitir un análisis comparativo: el tratamiento y fragmentación del material en frases como unidad mínima de sentido, tomar en cuenta tanto las intervenciones del paciente, del terapeuta y la interacción entre los mismos (niveles sintagmático y paradigmático), metodologías de análisis tanto cuantitativas (análisis estadístico) como cualitativas (clasificación del material textual de las sesiones de acuerdo con categorías previamente construidas cuyo rigor se mantiene por método de jueces) y finalmente herramientas complementarias específicas para el análisis de momentos de cambio y estancamiento del proceso terapéutico.

A partir de la delimitación de la presente investigación y los métodos seleccionados el siguiente capítulo se dedicará a presentar los conceptos teóricos relevantes para el desarrollo de este trabajo.

CAPÍTULO 3 MARCO TEÓRICO

3.1 Aspectos generales sobre el fenómeno suicida

El suicidio en términos generales puede definirse a partir de lo mencionado por Durkheim (1974) como “un acto personal, con un propósito definido y que se realiza de manera consciente con el fin de terminar con la propia vida”. Para la Organización Mundial de la Salud (2012) el suicidio tiene como causas aspectos diversos, entre los que se encuentran los biológicos (a nivel genético y neurobiológico), factores psicológicos (poca tolerancia a la frustración, sentimientos de soledad y desesperanza), factores psicosociales (desempleo, ruina económica, estrés agudo, duelos), y finalmente creencias psicosociales que estigmatizan la búsqueda de apoyo en salud mental.

En México, en las últimas dos décadas, se ha registrado un aumento en la incidencia de suicidios de manera significativa en los grupos de jóvenes (150% en las edades de 5 a 14 años y 74% en edades de 15 a 24 años). Es además una de las cinco principales causas de muerte en población hasta los 34 años y de las 10 causas principales de los 44 años en adelante (Secretaría de Salud 2013). De acuerdo con Jiménez, Mondragón y González-Forteza (2007) los hombres suelen concretar el acto suicida casi cinco veces más que las mujeres.

Con lo revisado hasta el momento queda de manifiesto que el suicidio tiene una serie de aspectos multifactoriales que deben tenerse en cuenta para su comprensión, lo que ha llevado a repensar la definición clásica dada por Durkheim.

En primer lugar, puede repensarse el suicidio ya no como solamente un acto sino como un proceso.

Rich, Kirkpatrick, Smith, Bonner y Jans en 1992 proponen momentos que conforman el suicidio los cuales son: la ideación suicida pasiva, la contemplación activa del propio suicidio, la planeación

y preparación, la ejecución del intento y el suicidio consumado; estas etapas pueden darse de manera secuencial o sin que se presenten necesariamente todas, pudiendo o no llegar a la consumación.

Otros aspectos para repensar son su consumación y la finalidad del suicidio. La Organización Panamericana de la Salud (2005), distingue entre comportamiento suicida mortal y no mortal en tanto uno refiere al acto consumado y el otro a las tentativas suicidas, conductas parasuicidas o autolesiones. Esta distinción abre la posibilidad a pensar en si el suicidio puede tener propósitos diferentes a acabar con la propia vida, como son llamar la atención, tomar venganza de alguna figura de autoridad o bien acabar con el sufrimiento (González-Forteza, Villatoro, Alcantar y Medina-Mora, 2002).

En tercer lugar, se puede cuestionar la noción de que se trata de un acto consciente y personal. Hay diversos factores que pueden afectar la toma de decisiones en un paciente suicida, entre las que destacan factores de alteraciones en el funcionamiento del sistema nervioso, presencia de patologías psiquiátricas (Psicosis, TAB, ansiedad, depresión), adicciones o bien alteraciones en el procesamiento cognoscitivo y emocional. A lo anterior se suman elementos ambientales como los factores de riesgo en ciertos grupos de población (hombres, jóvenes, en situaciones de carencia económica) y el desarrollarse en un medio con poca cohesión o ausencia de apoyo familiar.

Esta breve revisión permite comprender que el concepto de suicidio requiere una revisión pormenorizada de algunas propuestas teóricas que tratan de articular los aspectos bio psico sociales del mismo. En el siguiente apartado se presentan algunas teorizaciones sobre el comportamiento suicida.

3.2 Modelos teóricos sobre el comportamiento suicida

Explicar el comportamiento suicida ha implicado el desarrollo de algunos modelos teóricos; el psicoanálisis plantea al suicidio como derivado de un estado de melancolía por la pérdida de un objeto primordial, también explica como otra posibilidad una tramitación de las pulsiones de agresión que terminan llevadas a cabo en auto agresión, y finalmente, se puede plantear como una alternativa de salida ante un superyó sádico e hiperintenso. Mikhailova (2005) plantea que el yo del sujeto suicida queda identificado y sobrepasado por un objeto hostil dando como consecuencia de esta unión indiferenciada el comportamiento suicida como un modo de librarse de dicho objeto al acabar con la propia vida. A lo mencionado se agrega la teorización psicoanalítica del trauma en la que la vivencia que no puede ser tramitada psíquicamente se repite de manera compulsiva por medio de acciones aparentemente irracionales y afectos hiperintensos que llevan a un estado de desvalimiento que lleva al yo a buscar un cese del dolor por medio del suicidio.

Por su parte, Edwin S. Shneidman (1993), padre de la suicidología moderna aportó diversas nociones teóricas importantes para la comprensión del fenómeno suicida. Sus investigaciones sobre notas suicidas ponen de manifiesto la importancia del componente narrativo y verbal para comprender la situación de los sujetos con riesgo de suicidio. Por otra parte, la noción de un sufrimiento psíquico insoportable que denomina “Psychache” permite la comprensión de elementos subjetivos del paciente suicida. En este sentido, Shneidman define el suicidio como: “el acto consciente de autoaniquilación que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe ese acto como la mejor solución” (Chávez y Leenaars, 2010, pp.355-358).

La comprensión de este campo subjetivo también puede articularse con su propuesta de las 10 características comunes en todo suicidio: una búsqueda de solución, la búsqueda del cese de la consciencia, la presencia de un dolor psicológico insoportable, un estresor proveniente de

necesidades psicológicas insatisfechas, presencia de sentimientos de desesperanza y desesperación, ambivalencia como estado cognitivo común; perceptualmente el estado es de constricción (denominada “visión de túnel”), a nivel de acción se busca escapar, interpersonalmente se comunica la intención suicida y finalmente la consistencia permanente de estos elementos en el estilo de vida.

Otra definición de suicidio es como: “el proceso sistémico de síntesis de la disposición autodestructiva que va más allá del grado de conciencia de quien lo exterioriza el cual está orientado a comunicar la intención de una resolución” (Martínez, 2007, p.20). Como puede observarse, aunque la definición de Shneidman y Martínez coinciden en el elemento autodestructivo, existen algunas diferencias en cuanto al grado de conciencia que se atribuye al sujeto. Para indagar más sobre esta situación, un elemento general para considerar es la ligazón que hay en la literatura disponible entre diagnósticos predisponentes, psicopatológicos y contextuales con la aparición o riesgo de conducta suicida, ya que esto lleva a una especial necesidad para algunos especialistas de realizar un proceso de evaluación diagnóstica y de riesgo del paciente.

Otro modelo explicativo es el de Diátesis-Estrés de Mann y colaboradores (1999), para quienes el riesgo suicida se determina por la existencia de una enfermedad mental y una vulnerabilidad preexistente a la enfermedad mental, dicha vulnerabilidad se relaciona con factores de personalidad como son la agresividad, la inestabilidad emocional y la impulsividad. Cuando estas condiciones se combinan con la presencia de una enfermedad mental o estresores psicosociales externos como abuso y maltrato es posible la manifestación de una conducta suicida.

Por su parte O'Connor en 2011 propone el modelo Motivacional-Volitivo que parte de que el comportamiento suicida implica una interacción de aspectos biológicos, psicológicos, ambientales y sociales. Este modelo se compone de tres fases: la pre motivacional que engloba las vulnerabilidades biológicas y eventos estresantes, la motivacional en donde se presentan los planes e ideaciones suicidas consecuencia de faltas de recursos de afrontamiento, sentimientos de derrota, falta de pertenencia, normas sociales que incrementan el malestar emocional entre otros y la fase volitiva en donde se presenta la conducta y cobran relevancia aspectos como la impulsividad, los medios disponibles para el intento, etc.

3.3 Características del sujeto suicida

Desde las perspectivas que buscan indicadores psicopatológicos para comprender el fenómeno suicida, las patologías que se han relacionado más comúnmente con este fenómeno, partiendo de los sistemas de clasificación CIE-10 y DSM-5 (Tuesca y Navarro, 2003; Gutiérrez, Contreras y Orozco, 2006; de la Torre, 2013; Bedoya y Montaña, 2016) son los trastornos del estado de ánimo (depresión, trastorno bipolar, ansiedad), trastornos por abuso de sustancias (drogas psicoactivas, alcohol y tabaco), trastornos del espectro de la esquizofrenia, trastornos de personalidad (por ejemplo, trastorno límite de la personalidad) o efectos de enfermedades somáticas. A ello se suman factores ambientales y contextuales como son el estrés, abusos en la infancia, cambios radicales en la vida del paciente, condiciones sociales de desigualdad, entre otras (Gutiérrez, Contreras y Orozco, 2006).

Por su parte Chávez, Macías y Luna (2011), siguiendo la línea de Shneidman, menciona en su investigación sobre el material textual proveniente de sujetos que han concretado el suicidio (notas póstumas), que a nivel subjetivo el estado de ánimo prevaleciente es el de la desesperanza,

incluso más que la depresión. Otro afecto importante es el de amor e idealización, que al combinarse con dificultades para el manejo de la agresión llevan a que se originen sentimientos de culpa y autodestrucción. A nivel de pensamiento prevalece un curso de pensamiento ubicado en tiempo, espacio y persona, por lo que el motivo general para el intento de suicidio no deriva de un cuadro donde hay pérdida del principio de realidad o alteraciones del curso de pensamiento como ocurre en las psicosis. A pesar de ello existe una constricción, focalización y repetición de pensamientos lo cual se torna en un impedimento de alternativas ante la presencia de un dolor psíquico.

También se ha encontrado que, si bien el elemento genético puede estar involucrado en los casos de pacientes con intento suicida, se encuentra más relevancia en afectaciones de tipo psicosocial, especialmente presentes en poblaciones de jóvenes entre 15 y 24 años.

Dado lo encontrado en la literatura actual del tema, es pertinente señalar que tanto los indicadores psicopatológicos como cognitivos, emocionales y sociales se juegan de manera diversa en los casos de pacientes con intento suicida.

3.4 Prevención y tratamiento del suicidio

La prevención del suicidio se conforma de las acciones para atender o intervenir sobre el riesgo o comportamiento suicida; puede centrarse en la prevención, detección o evaluación de impacto y puede ser realizada tanto por instituciones de salud médico-asistenciales como hospitales, por parte de asociaciones civiles o de instituciones gubernamentales a nivel nacional o internacional. Estas iniciativas son llevadas a cabo por equipos multidisciplinarios como médicos, psicólogos, psiquiatras, voluntarios y profesionales de otras áreas (Ibarra, Sánchez, Sainz, Echeveste, 2015).

Es importante tener en cuenta que el trabajo para evitar el suicidio puede centrarse en la prevención primaria o prevención secundaria; en el nivel primario se consideran programas psicosociales preventivos centrados en la educación a nivel comunitario, escolar o familiar o bien con la implementación de políticas públicas de promoción de la salud, mientras que la prevención secundaria se centra en la detección de problemáticas y poblaciones en riesgo como pueden ser factores emocionales como la depresión o la ansiedad, presencia de autolesiones, problemas familiares o intentos suicidas sobre las que se busca incidir antes de que los síntomas y condiciones empeoren (González y Jiménez, 2015). Para la OMS las estrategias de prevención pueden ser dirigidas a población en general o población en riesgo a nivel individual o grupal (OMS, 2010, citado en Ibarra, Sánchez, Sainz, Echeveste, 2015).

Al enfocarse en la prevención individual esta abarca varias etapas como son evaluación de antecedentes, presencia de psicopatologías, establecer si hay un riesgo inminente de suicidio, es decir, actos suicidas en los últimos treinta días, agitación, violencia o falta de comunicación; posterior a ello se debe dar seguimiento con la persona y plantear tratamientos relacionados tanto con el comportamiento suicida como el posible trastorno de fondo el cual marcará la pauta para el tratamiento grupal (OMS, 2010, citado en Ibarra, Sánchez, Sainz, Echeveste, 2015).

Como puede observarse la comprensión del fenómeno suicida y su prevención requieren distintos niveles de intervención y comprensión. Dentro de este proceso es destacable el lugar que guarda la psicoterapia no solamente para el tratamiento de la conducta suicida sino como un lugar desde donde se puede comprender el historial de la persona e incidir para evitar futuros intentos. Es importante entonces explorar lo que la psicoterapia ofrece en lo referente al cambio terapéutico en este tipo de casos.

3.5 Concepciones del cambio en psicoterapia

La psicoterapia para Orlinsky, Heinonen y Hartmann (2015) se define como: “todas las prácticas de salud mental basadas en influencia interpersonal a través de la aplicación de métodos psicológicos para mejorar la salud mental y el bienestar emocional de personas que sufren” (p. 515).

La psicoterapia se puede concebir como un modo de interacción en donde la relación entre el paciente y el terapeuta está mediada por las características particulares de cada uno, lo cual tiene repercusiones en la manera en que se plantean y alcanzan las metas del proceso terapéutico. Si bien lo esperable es que haya una alianza de trabajo en la que el terapeuta ponga su conocimiento y habilidades al servicio del proceso del paciente, se puede observar que en determinadas circunstancias aparecen obstáculos que pueden afectar el resultado de la terapia de manera transitoria o bien desembocar en un fracaso de esta.

Al analizar un proceso de psicoterapia existen una serie de desafíos para poder dar cuenta de los diferentes elementos que la componen, así como del entendimiento de su desenlace; un aspecto que suele ser rescatado desde diversas metodologías de investigación como foco de análisis son los intercambios comunicacionales entre ambos participantes del proceso, mismos que pueden analizarse a nivel de conductas verbales como de evidencia de los procesos subjetivos.

El encuentro terapéutico implica entonces al lenguaje como medio principal para su desarrollo, por ello es posible buscar indicadores de los objetivos de la terapia en el despliegue mismo del lenguaje, en el marco de las diversas sesiones de un proceso de psicoterapia. Para llevar a cabo dicha tarea resulta pertinente conocer y delimitar conceptualmente el cambio terapéutico.

En cuanto a la delimitación teórica resulta pertinente tomar en cuenta las aportaciones de Prochaska y colaboradores (1979, 1997, 2001), quienes después de analizar diversas propuestas

teóricas de los principales modelos de psicoterapia definen el cambio con base a una serie de puntos en común en términos comportamentales, como: “proceso que se desarrolla a lo largo del tiempo e implica progresión a través de una serie de cinco etapas: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento”. A partir de ello estos autores proponen estas etapas como un modo de abordar la investigación en psicoterapia y la realización de recomendaciones de intervención.

Por su parte, Elliott, Slatick, y Urman (2001), tienen como punto de partida los métodos terapéuticos de corte experiencial centrada en la persona y tomando como base a Greenberg con la terapia centrada en las emociones, que incluye elementos de Gestalt, Sistémica y Teoría del Apego. Desde estos referentes dichos autores mencionan que la investigación del cambio terapéutico abarca dos elementos: el resultado, es decir, cómo ocurre el cambio y el proceso de cambio, que implica por qué ocurre el cambio, así como el tiempo en el que se da.

Desde el campo de las neurociencias se considera que las evidencias que se han recabado permiten afirmar que el cambio que produce la psicoterapia puede entenderse como un efecto neurofisiológico desde las “tasas metabólicas neuronales, a nivel neuroquímico (por ejemplo, niveles de serotonina) y la estimulación de la plasticidad neuronal” (Iragorri, Rosas, Hernández y Orozco-Cabal, 2009, p.79). Si bien este cambio a nivel neurológico puede ser un terreno común sobre los efectos del cambio terapéutico, no puede descuidarse que los distintos enfoques terapéuticos brindan elementos adicionales para pensar no solamente en los efectos sino en el proceso de cambio.

Por ejemplo, la concepción de Farkas, Hernández y Santelices (2009), que sigue la línea de Bergin y Rogers (1986) delimitan el concepto como “un conjunto de cambios constructivos o

positivos que se observan en el paciente en psicoterapia, y producto de factores específicos, técnicas, factores del paciente, del terapeuta y de la interacción entre ambos” (Farkas, Hernández y Santelices, (2009, p.410). A ello agregan lo dicho por Aristegui y colaboradores (2004), citado en Farkas, Hernández y Santelices, 2009, p.410) de que se trata de “un cambio en el modo de comprender una situación o comprenderse a sí mismo”.

Dentro de las teorizaciones e investigaciones referentes al cambio terapéutico es importante tomar en cuenta la perspectiva de ambos sujetos involucrados, ya que ello permite dar cuenta de un modo integral de lo ocurrido en sesión tanto a nivel subjetivo como de observación de los hechos clínicos.

3.6 El cambio y estancamiento en la terapia desde la perspectiva del terapeuta

Al poner énfasis en el desarrollo conceptual del cambio desde la perspectiva del terapeuta puede encontrarse la investigación de Moncada (2007), quien al entrevistar terapeutas de enfoque psicoanalítico, sistémico, cognitivo y humanista encontró que aunque cada enfoque tenía ideas distintas de cambio, existía un punto en común, ya que todos los entrevistados de los enfoques mencionados lo consideran “un aprendizaje del paciente en distintos niveles, cognitivo, conductual, emocional y experiencial” (Moncada, 2007, p. 6).

Diversos estudios enfocados en la experiencia del terapeuta han encontrado que, si bien estos no son necesariamente precisos para predecir el desenlace de un proceso o dar cuenta de todos los aspectos de la experiencia percibida de sus pacientes, sí son capaces de reportar a detalle lo que ocurre a nivel subjetivo consigo mismos.

Fernández, Herrera, Krause, Pérez, Valdés, Vilches & Tomicic (2012) en su análisis de la comunicación verbal de terapeutas de diferentes enfoques a lo largo de varias sesiones, encontraron que en los momentos de cambio terapéutico la terapeuta muestra mayor flexibilidad en las técnicas

empleadas, un mayor asertividad que ayuda a cuestionar y proponer nuevos significados y perspectivas en colaboración con el paciente. Por el contrario, cuando se da un episodio de estancamiento la comunicación verbal se rigidiza lo que lleva al terapeuta a centrarse en modos de intervención de confrontación e interpretación, asintiendo más y desenvolviéndose de modo menos espontáneo.

Algunas de las escalas desarrolladas para indagar en la experiencia de los terapeutas han arrojado una serie de formas de clasificación de dicha experiencia, entre las que es posible destacar las que se centran en reportar lo ocurrido a nivel de proceso, encontrando que en sesiones se puede crear un involucramiento estresante o sanador dependiendo de las motivaciones, experiencias, dificultades y grado de experiencia del terapeuta (Schroder, Orlinsky, Rønnestad, Helge y Ulrike, 2015).

Otra perspectiva resalta lo que sucede para los terapeutas sesión por sesión, en la que algunas de las variables con mayor relevancia clínica son: estasis depresiva vs. movimiento efectivo, intimidad incómoda, compromiso con un paciente que se percibe como entusiasta y abierto vs. reserva con un paciente que se percibe como incómodamente involucrado y poco confiado, relación colaborativa vs. tolerancia a un paciente percibido asertivamente como narcisista (Schroder, Orlinsky, Rønnestad, Helge & Ulrike, 2015).

La investigación de la experiencia del terapeuta, en cuanto a sus dificultades percibidas en los procesos, se abordó desde una taxonomía que puede conglomerarse a partir de las fuentes percibidas de la dificultad: las propias dudas del profesional, a partir de percibir a un paciente como de abordaje difícil, dificultades surgidas del contexto (Schroder, Orlinsky, Rønnestad, Helge & Ulrike, 2015).

Por su parte, en la investigación sobre la alianza terapéutica percibida por el terapeuta, se ha encontrado que los terapeutas tienen una tendencia a subestimar la calidad de su alianza terapéutica con los pacientes, así como, en el caso de terapeutas de enfoque psicodinámico, existe una tendencia del terapeuta a cualificar la alianza positiva del paciente en términos de manifestaciones transferenciales o procesos de idealización. La falta de vigilancia de dicho elemento puede llevar a que el terapeuta en algunos casos no tome en cuenta el potencial que tiene la relación terapéutica para el avance del proceso o incluso puede interpretar dicha relación como un fallo ante el cual pueden reaccionar de manera defensiva (Schroder, Orlinsky, Rønnestad, Helge & Ulrike, 2015).

En contraste, cuando los terapeutas sobreestiman la calidad de la alianza terapéutica este puede ser un indicador de un deseo narcisista de ser “un buen terapeuta”. Lo anterior puede traducirse en la práctica en la posibilidad de omitir signos de que posibles rupturas en la alianza, llevando a tener dificultades para su manejo antes de que ocurran consecuencias negativas (Schroder, Orlinsky, Rønnestad, Helge y Ulrike, 2015).

3.7 El cambio y estancamiento en la terapia desde la perspectiva del paciente

Desde la perspectiva del paciente Connolly y Strupp (1996, citado en Krause et al., 2006) categorizaron el cambio basado en cuatro categorías de cambio: mejoría sintomatológica, en la autocomprensión, en la autoconfianza y mayor autodefinición.

Si se piensa en el cambio terapéutico en términos de un proceso, es pertinente rescatar el modelo de asimilación (Stiles et al., 1990, 1991, citado en Caro, Allepuz, Rojo y Yera, 2011 p. 224), el cual se describe como: “cuando logra asimilar, en su sí mismo, aquellas experiencias

problemáticas o dolorosas con las que acude a terapia o que surgen en el marco del trabajo conjunto paciente-terapeuta”.

Si se enfatiza el elemento de la interacción inmediata en el marco de las sesiones puede rescatarse lo que mencionan Valero-Aguayo, Ferro-García, Kohlenberg y Tsai (2011, p.17) desde la perspectiva de la Psicoterapia Analítica funcional en la cual:

El proceso de cambio es un moldeamiento continuo por parte del terapeuta. Se establece una equivalencia funcional entre los problemas de la vida diaria y los problemas del cliente dentro de la sesión. Es decir, si las variables que mantienen una conducta problemática en el contexto diario son las mismas que las que lo mantienen en la consulta, entonces las conductas funcionalmente son equivalentes.

Desde la perspectiva del psicoanálisis puede tomarse como base a las aportaciones de Liberman (citado en Winograd, 2004), que considera al paciente como un conjunto de estilos retóricos y que las modificaciones en el discurso del paciente en tanto una serie de recursos expresivos permiten dar cuenta de las modificaciones que ocurren durante el proceso de terapia. Ello se logra al permitir el desarrollo de repertorios expresivos y funciones comunicativas que antes del proceso terapéutico se encontraban poco desarrolladas o bien lograr que funciones comunicativas hipertróficas cedan paso a nuevos recursos (Winograd, 2004).

Desde el aporte psicodinámico de Orlinsky, Geller, Tarragona y Farber (1993) los procesos de representación e internalización de la figura del terapeuta pueden resultar importantes para el establecimiento de la relación terapéutica y para el cambio terapéutico. Las representaciones en tanto “eventos ideacionales que pueden abordarse desde la introspección consciente, y que a diferencia de las percepciones, no requieren un estímulo sensorial inmediato” (Orlinsky, Geller,

Tarragona y Farber, 1993), se componen a partir de procesos de internalización (construcción de un esquema subjetivo de eventos experimentados que incluye afectos y actitudes) e identificación (las actitudes, ideas y comportamientos propios que se moldean a partir de esquemas atribuidos previamente a otros), pueden tratarse, por ejemplo, de representaciones del terapeuta, la terapia o del propio paciente.

Clínicamente las representaciones pueden tener diferentes funciones en las diversas fases de la terapia. En general la introyección del diálogo terapéutico permite poner en práctica los aprendizajes acumulados a lo largo del proceso. Específicamente al inicio, las representaciones positivas de la figura del terapeuta pueden tener utilidad para el desarrollo de la alianza terapéutica y el restablecimiento de la motivación frente a situaciones de vida; por otra parte, en etapas posteriores del proceso, la representación del terapeuta y la terapia pueden servir para poner a prueba patrones patológicos inconscientes del paciente. En la etapa final del proceso las representaciones del paciente, en situaciones en las que ha tenido éxito, pueden reflejar identificación con las representaciones que este tiene del terapeuta y servir como insumo para el desarrollo de un sí mismo autónomo y analítico (Orlinsky, Geller, Tarragona y Farber, 1993).

En contraste también pueden formarse identificaciones de índole destructiva que pueden tener efectos de deterioro en el paciente y en el proceso. Lo anterior conlleva a que las experiencias de confusión, de crítica o abusivas, se experimenten como si vinieran de la figura del terapeuta.

Otra forma de rescate de la perspectiva del paciente se ha realizado a través del análisis de lo ocurrido inter-sesiones. Dicha información puede permitir conocer algunos elementos importantes sobre el avance del proceso, ya que las experiencias emocionalmente positivas intercesión se relacionan con la alianza terapéutica, mientras que las experiencias marcadas por

emociones negativas pueden indicar un riesgo de deterioro del proceso (Hartmann, Orlinsky y Zeeck, 2011).

Fernández, Herrera, Krause, Pérez, Valdés, Vilches & Tomicic (2012) en su análisis de la comunicación verbal de pacientes, a lo largo de varias sesiones, encontraron que al presentarse un cambio terapéutico se manifiesta mayor apertura por parte del paciente. A nivel de contenido, si bien hay un énfasis en verbalizaciones que se centran en el ámbito de las ideas, cuando ocurre un momento de cambio en el paciente se presentan verbalizaciones más centradas en el ámbito de los afectos. Por otra parte, en los momentos de cambio el paciente suele hablar más de sí mismo mientras que en los momentos de estancamiento se centra en referir a otras personas.

Este recorrido conceptual permite observar una diversidad de concepciones respecto al cambio y el estancamiento, lo que a su vez plantea una serie de cuestionamientos relacionados a qué postura teórica resulta más pertinente y a qué se debe renunciar si se opta por dicha ruta. Esta cuestión puede ser tratada desde por lo menos dos vías: la primera es adscribirse a un modelo particular de cambio con las consecuencias que ello conlleva, y la segunda sería buscar un panorama de integración a partir de puntos en común. En este sentido el presente trabajo presenta dos propuestas teóricas para entender el cambio en psicoterapia: la concepción actual desde la investigación psicoanalítica del lenguaje y la perspectiva desde los modelos integradores.

3.8 Cambio y estancamiento en psicoanálisis: perspectiva de deseos y defensas

Dado que el desarrollo científico siempre requiere un movimiento de ida y vuelta desde los hechos a la teoría y viceversa, un campo de discusión dentro del psicoanálisis ha sido respecto a los medios que permitan lograr una construcción más sólida, lo que autores como Klimovsky (Cassini, 2011; Maldavsky, 1997) formulan hipótesis intermedias que permiten ligar los hechos clínicos con elementos presentes en la teoría.

En apartados anteriores se ha abordado en líneas generales la utilidad del Algoritmo David Liberman para dar cuenta de los procesos de cambio terapéutico, sin embargo, para comprender de manera más precisa esto, es necesario entender cuál es la definición teórica de cambio terapéutico que se maneja en esta metodología. En líneas generales puede pensarse que el cambio terapéutico en el marco del ADL sigue tanto la línea freudiana como las nociones ya mencionadas de Liberman. De la primera se extrae la idea de que la psicopatología (neurosis, psicosis, etc.) implica la puesta en juego de fijaciones provenientes de la infancia como mecanismos defensivos patológicos, los segundos siendo consecuencia de las primeras.

Es importante tomar en cuenta que el supuesto teórico del que se parte es que los deseos (pulsiones) se manifiestan en el lenguaje a partir de una serie de procesos psíquicos que tienen su origen en la primera infancia. Se trata de un complemento de la teoría del desarrollo psicosexual en el que se observa que el infante desarrolla una serie de competencias comunicativas que se van complejizando conforme avanza el desarrollo del sujeto (Maldavsky, 1980). En este sentido, en cada fase psicosexual (oral, anal, fálica y genital) se desarrollan formas de comunicación particulares, debido a que las pulsiones brindan al infante pautas para articular la percepción, la memoria, y la motricidad. Dichas lógicas construidas en estas etapas se manifiestan posteriormente en la producción discursiva del sujeto, en una especie de “dime como hablas y te diré cómo es la lógica de tus mociones de deseo”.

Cabe agregar que este proceso parte tanto de las pulsiones como del contacto que éstas tienen con el mundo exterior, entendido este no solo como el medio circundante inmediato sino como las normas de carácter consensual y transindividual a las que los seres humanos están expuestos. Lo anterior engloba procesos como los de las normas morales, pero también el proceso por el que se aprende el lenguaje (normas sintácticas, fonológicas, lógicas pragmáticas, etc.).

En este estado de cosas es destacable el papel que juega la instancia del preconscious como un punto de encuentro entre las normas culturales introyectadas y los usos particulares de la motricidad y el lenguaje consecuencia de la actuación de las pulsiones. Es en esta instancia en donde el discurso formal y el deseo se “ensamblan”, en lo que Freud consideraba como la unión entre la representación-cosa, la representación-palabra y la representación-afecta. Este proceso lleva a que el lenguaje no exprese solamente una intención descriptiva formal, sino que manifieste también elementos de la subjetividad del individuo, entendida esta como la capacidad que tiene para captar cualidades sensoriales y afectivas en el mundo psíquico. En otras palabras, el discurso que se articula en la instancia del preconscious del sujeto le permite la relación con el mundo externo a la vez que le permite cualificar el mundo interno en términos de necesidades y deseos a satisfacer.

Además de lo mencionado anteriormente respecto a la relación discurso-pulsión, es posible hacer otras consideraciones teóricas para dar mayores matices a cómo este proceso se lleva a cabo en casos particulares. Maldavsky (1980; 2007; 2004), desde la perspectiva psicoanalítica retoma el tema de los mecanismos de defensa, partiendo del supuesto de que estos son vías de salida (es decir, destinos) de las mociones de deseo (pulsiones) de los sujetos. Los procesos defensivos ocurren en la instancia psíquica del Yo, la cual es la encargada de mediar entre las exigencias internas provenientes del ello (los deseos inconscientes más irrestrictos del sujeto) y del superyó (la instancia surgida de la introyección de las normas morales dadas por los padres y el medio cultural) así como de la realidad externa. En condiciones ideales el Yo debe proveer transacciones aceptables (mecanismos de defensa) que tomen en cuenta las exigencias de estas instancias y a la vez permitan a la persona preservar su sentimiento de sí en tanto valoración básica de su existencia.

En este sentido, los posibles desenlaces de la tramitación de un deseo del sujeto pueden ser: sofocar dicho deseo (represión), darle un cause que sea acorde a la realidad exterior, el ello y el superyó (defensa acorde a fines), encontrar una nueva meta constructiva para el individuo y su entorno (sublimación) o bien intentar abolir (desestimar o bien desmentir la moción de deseo) un afecto, un elemento de la realidad externa o bien normas morales y sociales que resultan en un juicio crítico para el individuo.

En los estados psicopatológicos el repertorio de defensas o modos de tramitar la pulsión suelen ser limitados y estereotipados, por lo general centrándose en una sola de las tareas mencionadas anteriormente. En un sujeto con un funcionamiento óptimo el repertorio defensivo es más amplio, teniendo a disposición todo el repertorio defensivo y utilizándolo de manera flexible. Es posible dar cuenta de una clasificación de las defensas de acuerdo con la manera en que la pulsión es tramitada, ya sea encontrando una transacción entre los tres amos del Yo o entrando en oposición con alguno de estos. A ello se agrega la consideración del factor de que dicha defensa pueda también mantener un equilibrio narcisista.

Para Maldavsky (2004) las defensas pueden clasificarse según el papel que juegan para la tramitación de las pulsiones: las defensas centrales, que constituyen formas esenciales del sujeto para afrontar sus deseos (las cuales tienen sus orígenes en el desarrollo temprano, específicamente en la fase edípica, en donde se pone en juego la construcción de la identidad del individuo a partir de cómo elige a su objeto amado con base a los referentes de los padres o cuidadores) y las defensas complementarias, que se pueden originar en las etapas previas o posteriores a la fase edípica. Además, se pueden clasificar las defensas dependiendo de si estas son funcionales o patógenas. Se considera que una defensa es funcional cuando su puesta en marcha no obstaculiza el proceso de desarrollo del sujeto y se considera patógena cuando obstaculiza o hace retroceder este desarrollo.

Dentro de las distinciones particulares que pueden hacerse de una defensa, está el comprender su relación con las instancias psíquicas (ello, superyó y realidad), la cual puede ser de equilibrio entre estas o de oposición a alguna de ellas (Maldavsky, 2004, 2007).

Finalmente es posible observar los mecanismos de defensa en términos de su éxito o fracaso en llevar a cabo esta tarea de mediación o de oposición entre las instancias, así como para mantener un sentimiento de sí. Si la defensa tiene éxito significa que se ha logrado una sofocación u oposición ya sea al deseo, a los afectos o a algún fragmento de la realidad, logrando además un equilibrio narcisista. En contraste, el fracaso se da en términos de que no lograr este objetivo se traduce en un retorno de aquellos deseos que trataron de reprimirse, desestimarse o desmentirse. Es importante puntualizar que también puede darse un desenlace mixto, en donde solamente se logra o bien sofocar el deseo o sostener el sentimiento de sí.

Tomando en cuenta lo anterior puede entenderse que el cambio terapéutico estaría entonces ligado a los cambios defensivos experimentados por los pacientes al progresar las sesiones de terapia, pasando de defensas patógenas exitosas o defensas funcionales fracasadas a ampliar el repertorio a defensas funcionales exitosas.

3.9 Modelos integradores para delimitar el cambio y estancamiento terapéutico

La investigación en psicoterapia durante mucho tiempo privilegió la metodología de ensayos clínicos para indagar los resultados de la aplicación de diferentes modelos terapéuticos. Si bien dicho enfoque tuvo grandes aportaciones, su uso eventualmente conllevó a una serie de problemáticas: lo poco representativo de la realidad que es la asignación al azar de los pacientes; la multitud de variables independientes no controladas, por lo que la muestra aleatoria no puede asegurar del todo la interferencia de dichas variables ni garantizar que los resultados obtenidos sean afectados por estas; la posibilidad de los pacientes de responder diferente aunque se les dé un

mismo tratamiento; el no tomar en cuenta las características del terapeuta sino solamente el inicio y resultado del proceso; La imposibilidad de evitar la pérdida de datos debido a las posibles omisiones en los reportes de los pacientes y por último la posibilidad de que no lleven el tratamiento tal como el investigador lo prescribe (Howard, Orlinsky y Lueger, 1994).

En la actualidad un referente importante sobre la investigación del cambio terapéutico son las aportaciones de los últimos 50 años de investigación realizada por las Divisiones 12 y 29 de la APA, las cuales proveen guías respecto a los elementos que se han encontrado consensualmente como efectivos o potencialmente efectivos. El eje principal de sus recomendaciones en 2012 versa sobre la importancia de la construcción de una relación terapéutica como factor que contribuye al éxito de la terapia independientemente del enfoque teórico elegido, ello siguiendo la línea de las investigaciones de Beutler, 2009; Beutler y Malik, 2002; Wampold, 2001, entre otras. Aunque las características del paciente juegan un papel en las posibilidades de cómo adaptar la terapia a cada caso individual, los autores señalan que se necesita más información para determinar cómo se pone en juego este factor respecto a la efectividad de la terapia.

Debido a lo anterior se han planteado como alternativas investigativas los modelos de estudio de caso que toman en cuenta lo ocurrido en sesión e inter-sesiones, las características del paciente y del terapeuta, así como los contextos en que ocurre, entre otros elementos.

En este sentido Elliott y colaboradores (2010) proponen una discusión de orden epistemológico, enfatizando la investigación de los procesos de cambio, por lo cual orientan sus preguntas hacia qué hacen tanto paciente como terapeuta en el proceso de cambio, qué contextos preceden dicho cambio y qué efectos generan.

Un ejemplo de las propuestas actuales para sistematizar estos datos pasa por el campo de los registros y de la realización de entrevistas semi-estructuradas para recolectar datos acerca de cómo los pacientes han modificado sus formas de resolución de problemas (Greenberg, 1986). En aras de este fin se parte de la teoría fundamentada y elementos del enfoque cognitivo conductual para identificar algunos momentos clave: un marcador del estado del paciente, el nivel de desempeño del paciente para la resolución de un problema, la respuesta del terapeuta que facilita el desempeño del paciente y la resolución del problema en la forma de un cambio terapéutico significativo.

Una propuesta distinta, la del modelo genérico, toma en cuenta variables agrupadas en 6 categorías: los aspectos del contrato terapéutico, la participación de paciente y terapeuta en aspectos técnicos e instrumentales del proceso (por ejemplo asumir sus respectivos roles de paciente y terapeuta), el lazo terapéutico como aspecto interpersonal de la terapia, la posibilidad de los participantes de la auto reflexión sobre su involucramiento en el proceso, los impactos dentro de la sesión para ambos sujetos (por ejemplo el aumento de insight para el paciente y el sentido de eficacia del terapeuta), el aspecto de temporalidad de la terapia en tanto secuencias de interacción dentro de las sesiones, inter sesiones y a lo largo del tratamiento.

Otra de las problemáticas alrededor de la medición de la efectividad de la terapia es a partir del denominado efecto dosis, es decir, la cantidad de terapia necesaria para considerar que hay cambios significativos que puedan ser atribuidos a esta. Ello ha implicado una problematización alrededor de cómo medir las dosis terapéuticas de la terapia para lo cual se consideraron diversos criterios, por ejemplo, lo que las teorías en psicoterapia consideran ingredientes activos (interpretaciones, refuerzos, etc.) o la sesión como unidad de medida en la que el sujeto está

expuesto estocásticamente a los ingredientes activos, independientemente del enfoque de tratamiento (Howard, Kopta, Krause y Orlinsky, 1986).

Algunos de los estudios han arrojado que, si se toma la sesión como unidad de medida al momento de plantear una investigación, la dosis para los grupos clínicos es de 6 a 8 sesiones, dependiendo del enfoque de tratamiento y diagnóstico del paciente. Un número menor de sesiones implicaría desde este modelo que el sujeto no ha sido expuesto efectivamente al tratamiento. Cabe agregar que para que los pacientes tengan los máximos beneficios de un tratamiento la unidad de medida óptima sería de 26 sesiones en adelante (Howard, Kopta, Krause y Orlinsky, 1986).

Este modelo de dosis de la efectividad terapéutica permitió en un momento dado proponer una concepción de la psicoterapia dividiéndola en 3 etapas secuencialmente dependientes: Remoralización: ayudar al paciente a movilizar sus propios recursos; Remediación: enfocada en el alivio y trabajo con los síntomas del paciente, proceso que puede durar de 3 a 4 meses o 16 sesiones, pero variando, dependiendo de los síntomas; Rehabilitación: implica el desaprendizaje de patrones desadaptativos, así como su prevención (Howard, Orlinsky y Lueger, 1994).

Cabe agregar que los resultados en cada una de estas etapas pueden ser valorados con diferentes parámetros. La remoralización se monitorea a partir del bienestar subjetivo del paciente, la remediación puede observarse con la medición de los síntomas psiquiátricos, la rehabilitación se puede monitorear a partir del funcionamiento cotidiano del paciente (Howard, Kopta, Krause y Orlinsky, 1986).

Como se mencionó en apartados anteriores, otra de las perspectivas de más larga data en la investigación del cambio terapéutico es aquella que considera el cambio como una secuencia de etapas por las que el proceso atraviesa. En el modelo transteórico, que se ha desarrollado y

estudiado durante las últimas dos décadas, se busca reconocer una serie de etapas en común entre las diferentes variedades de psicoterapia, así como delimitar una forma de entender la efectividad que pueden tener diferentes enfoques de intervención a partir de la etapa en que se encuentre el paciente (Prochaska y Norcross, 2001).

Tras el análisis de la diversidad de modelos terapéuticos, tanto en el campo de la medicina conductual como en la psicoterapia, se llegó a una teorización que define el cambio de comportamiento como “un proceso que se desarrolla a lo largo del tiempo e implica progresión a través de una serie de cinco etapas: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento” (Prochaska y Norcross, 2001). A continuación, se describen las etapas del cambio terapéutico desde la conceptualización del modelo transteórico.

En el caso de la precontemplación el paciente no tiene aún la intención de realizar un cambio de conducta en el futuro inmediato, no hay una consciencia de las problemáticas en el paciente, pero sí pueden llegar a ser visibles para las personas a su alrededor. Puede que haya interés en realizar cambios, pero no se tiene en mente un marco de tiempo específico para ello (Prochaska y Norcross, 2001); además, las acciones se orientan más al aumento de la consciencia del paciente sobre los beneficios potenciales de un cambio y del proceso de terapia. Ello tiene como efecto adicional que el individuo tenga una mayor consciencia de sí mismo, sus desórdenes y defensas. Desde el campo de lo emocional en esta etapa se torna importante también el proceso de alivio dramático, es decir, el afrontamiento del individuo a afectos de miedo, culpa o arrepentimiento derivados de no haber cambiado, así como el duelo y tristeza anticipadas respecto a dejar ir comportamientos o relaciones que no les son funcionales (Krebs, Norcross, Nicholson, Prochaska, 2018).

En la contemplación los pacientes toman conciencia de que hay una problemática y piensan seriamente en trabajarla, pero aún no se han abocado a llevar a cabo acciones al respecto. Existe un conflicto derivado de los resultados positivos del comportamiento disfuncional y el monto de esfuerzo, energía y pérdida que costaría superarlo (Prochaska y Norcross, 2001). Por lo anterior la tarea central en la etapa de contemplación es la reevaluación de sí mismo, por ejemplo, en cómo piensan y se sienten respecto a sí mismos. Ello conlleva a una valoración de la propia experiencia respecto a la problemática (Krebs, Norcross, Nicholson, Prochaska, 2018).

La preparación es una etapa en la que los individuos hacen intentos de tomar acciones (proyectadas en el lapso del siguiente mes), así como pequeños cambios de conducta, los cuales, aunque pueden traducirse en reducción de las conductas problema aún no han alcanzado los criterios para considerarse acciones efectivas, por ejemplo, abstinencia de uso de sustancias o remisión de síntomas depresivos (Prochaska y Norcross, 2001). Los pacientes se abocan más a una tarea de liberación de sí mismos en tanto desarrollan la capacidad de actuar bajo la premisa de que tienen la habilidad de cambiar su comportamiento (Krebs, Norcross, Nicholson, Prochaska, 2018).

En la etapa de acción el individuo puede modificar su comportamiento, lo que le brinda más elementos para superar sus problemáticas. Esta etapa involucra cambios explícitos de comportamiento por lo que requiere una considerable inversión de tiempo y energía. En términos de tiempo se considera que han alterado exitosamente el comportamiento disfuncional por un periodo de un día a 6 meses (Prochaska y Norcross, 2001). Por lo anterior se vuelve importante para el individuo el refuerzo de sus esfuerzos de cambio de comportamiento. Además, en este proceso es importante que el paciente eventualmente pueda aprender a depender más de sí mismo que de los reforzadores sociales externos, incluyendo los proporcionados por el terapeuta. A lo anterior se suma el proceso de contra condicionamiento, que implica la sustitución de los

comportamientos problema por comportamientos saludables (Krebs, Norcross, Nicholson, Prochaska, 2018).

Finalmente, la etapa de mantenimiento es aquella en la que el individuo trabaja para evitar recaídas y consolidar las ganancias de haber tomado acción. En términos de tiempo se considera un periodo que se extiende de 6 meses a un periodo indeterminado de tiempo pasado el inicio de las acciones. Un criterio para considerar al paciente en la etapa de mantenimiento tiene que ver con la posibilidad de permanecer libre del problema o estar constantemente entrando en un nuevo comportamiento incompatible por más de 6 meses (Prochaska y Norcross, 2001). Por lo anterior, el énfasis no está tanto en el esfuerzo de cambio como en el proceso para evitar recaídas. Para ello se puede recurrir al control de estímulos entendido como evitar o controlar detonantes de comportamientos problema. Cabe acotar que el control de estímulos es un proceso de cambio que se usa con poca frecuencia (Krebs, Norcross, Nicholson, Prochaska, 2018).

La lógica de estas etapas implica pensarlas como un modelo de cuándo considerar que existe un cambio terapéutico, a ello se agregan además procesos particulares, los cuales deben completarse eventualmente, aunque el tiempo invertido en ellas varía en cada paciente. Dichos procesos de cambio se presentan entonces en el marco de estas etapas particulares de cambio (Prochaska y Norcross, 2001).

Las investigaciones desde el modelo transteórico han encontrado que los enfoques tradicionales en psicoterapia realizan manejos técnicos de la terapia centrándose en algunas de estas etapas. Por ejemplo, las acciones características de los enfoques experiencial, cognitivo y psicoanalítico se consideran como más efectivas para pacientes que se encuentran en las primeras etapas, ya que el rol del terapeuta suele ser más cercano al de un padre nutricio (precontemplación)

o bien como el de un maestro socrático (contemplación) que busca que el sujeto llegue a sus propios insights. Mientras que elementos de las terapias de tipo existencial y conductual suelen ser más útiles en las etapas posteriores, dado que el rol del terapeuta es más como el de un entrenador experto que ayuda al paciente a revisar y trazar su plan de cambio (acción), o bien el de un consultor (mantenimiento) que provee soporte cuando las acciones no se desarrollan como fue previsto (Prochaska y Norcross, 2001).

Relacionado con lo anterior, se pueden hacer una serie de recomendaciones generales para orientar los modos de intervención de un terapeuta:

En primer lugar, desde esta perspectiva se considera relevante delimitar la etapa de cambio en la que se encuentra el paciente para llevar a cabo acciones acordes a ello. Ello se puede abordar a través de preguntas relacionadas con si hay intención de cambio del sujeto en los siguientes seis meses o bien sobre qué acciones y progresos ha tenido hasta ahora.

En segundo lugar, tomar en cuenta que muchos pacientes no se encuentran listos para la etapa de acción (estando en etapas de contemplación o precontemplación) por lo que acciones dirigidas a los procesos de esta etapa pueden no ser efectivos para los sujetos que acuden a terapia en ese momento.

En tercer lugar, tomar en cuenta la etapa de cambio en la que se encuentra el sujeto para el establecimiento de metas realistas para el caso en particular, así como para la valoración de dichos resultados. Por ello ayudar al paciente a salir de un estancamiento en la etapa de precontemplación puede constituir un logro terapéutico (Krebs, Norcross, Nicholson, Prochaska, 2018).

Dentro de las medidas particulares para tener en cuenta cuando se trabaja con pacientes en la etapa precontemplativa es importante considerar que los sujetos en dicho momento presentan

una tendencia inconsciente a subestimar los beneficios de realizar un cambio y a sobreestimar sus desventajas (Krebs, Norcross, Nicholson, Prochaska, 2018).

Otra puntualización importante desde este modelo es que el tránsito del sujeto por las etapas no es lineal, sino que puede implicar regresos a etapas anteriores, por lo que es recomendable que el terapeuta tome este elemento en cuenta. Ello plantea una distinción de manejo técnico: ser consciente de este regreso del paciente a otras etapas adaptando los procedimientos acordes a ello; si se identifica la etapa actual del paciente procurar no hacer un manejo correspondiente a otra etapa (Krebs, Norcross, Nicholson, Prochaska, 2018).

Otra propuesta integradora es la de los Indicadores de Cambio Genérico. Desde esta perspectiva, el cambio se puede definir como una modificación en “los patrones subjetivos de interpretación y explicación que lleva al desarrollo de nuevas teorías subjetivas” (Krause, De La Parra, Arístegui, Dagnino, Tomicic, Valdés, Vilches, Echávarri, Ben-Dov, Reyes, Altimir, Ramírez, 2006, p.308). Esta teorización es producto de un proceso investigativo a nivel de revisión bibliográfica y el diseño de categorías por medio de Teoría fundamentada, comparando los indicadores que emergen en terapias de diferentes enfoques entre los que se encuentra el cognitivo conductual, el sistémico y el psicodinámico.

Estas investigaciones partieron de una serie de revisiones bibliográficas de material de distintas teorías para la creación de un conjunto de 20 categorías ordenadas jerárquicamente desde cambios iniciales a cambios en períodos más avanzados del proceso. Dichas categorías posteriormente fueron puestas a prueba en diversas investigaciones al contrastarlas con material clínico proveniente de sesiones de terapias de distintas modalidades y enfoques (Krause et. Al.,

2006; Valdés, Tomicic, Pérez y Krause, 2010; Valdes, 2010), cuyos resultados fueron consistentes con lo arrojado por escalas como el Outcome Questionarie (OQ-45.2).

Las categorías obtenidas para indicadores de cambio genérico (ver Anexo 3) se dividen en 3 niveles: En el primero se da la aceptación de las problemáticas existentes, del rol del terapeuta, se reconoce la necesidad de cambio, y emergen nociones de la propia implicación en las problemáticas, así como la emergencia de nuevos afectos respecto al problema. En el segundo nivel se establecen nuevas concepciones de sí mismo para el paciente y nuevas pautas de comportamiento más funcionales lo que lleva a reconceptualizar los propios problemas. En el tercer nivel ocurre una formación de una nuevos elementos subjetivos y de relación con el entorno las cuales se van enraizando, lo que permite al paciente mayor independencia, reconocer la ayuda recibida y que se consolida finalmente en una nueva teoría subjetiva del paciente y su relación con el entorno la cual se fundamenta biográficamente. Puede observarse que los primeros 6 indicadores se centran en la etapa más temprana del proceso y se relacionan con la aceptación de la existencia de una problemática y los elementos involucrados en la misma, culminando en el deseo de cambio por parte del paciente (que pueden considerarse similares a las etapas de precontemplación y contemplación). Los indicadores 7 a 12 se centran en el trabajo del paciente a nivel de conductas afectos y pensamientos (similar a la etapa de preparación y acción). Los indicadores 13 a 16 se centran en las consecuencias del trabajo previo en el surgimiento de nuevas construcciones sobre la propia identidad (similar a la etapa de mantenimiento). Finalmente, los indicadores 17 a 20 versan sobre la posibilidad del paciente de hacerse cargo de sí mismo a nivel práctico y de identidad consolidando el trabajo y construcciones de etapas anteriores (similar a la etapa de mantenimiento).

Para Krause, et. al (2006) captar estos momentos en el discurso requiere tener en cuenta no solamente su aparición en las sesiones sino diversos indicadores adicionales que concuerden y den

consistencia al momento de cambio, los cuales son: Correspondencia Teórica, Verificabilidad, Novedad y Consistencia.

Estos indicadores muestran entonces una concepción de cambio que puede ser compatible con diferentes enfoques de psicoterapia, lo cual es posible tanto por el ordenamiento lógico de los indicadores a lo largo de la terapia como por la complejización de los procesos puestos en juego, mismos que involucran elementos cognitivos, afectivos y conductuales. Aunado a ello los indicadores adicionales permiten resaltar algunas cualidades necesarias para distinguir entre un cambio significativo y uno no significativo, dando cuenta además del proceso de cambio en su construcción a lo largo de las sesiones.

3.10 Puntualizaciones sobre el estancamiento en psicoterapia

Si bien en apartados anteriores se abordó someramente el estancamiento en terapia como una contraparte del cambio, resulta necesario realizar algunas apreciaciones teóricas adicionales. Algunos autores denominan las dificultades que evitan el avance del proceso de psicoterapia con diferentes términos. Salinas et al. (2009) señalan que los momentos difíciles en psicoterapia son “un fenómeno o factor que se relaciona a resultados negativos del proceso o a una disminución en el avance o logros esperados”.

Otra manera de denominar este fenómeno es con el término resistencia, procedente de la literatura psicoanalítica y relacionado con una serie de mecanismos que evitan que el paciente haga conscientes ciertos contenidos que pueden resultar conflictivos (Freud, 1926). Otros términos que parten de la perspectiva del paciente son los presentados por Beutler, Moleiro, y Talebi, (2002) como reactancia o la denominación de consultante difícil. Para autores que denominan este fenómeno como estancamiento, este puede entenderse como como un patrón persistente de funcionamiento a diferentes niveles (cognición, afecto, comportamiento) que no es compatible con

el cambio y que se relaciona con el problema del paciente y que se caracteriza por la falta de construcción de nuevos modos de interpretación o representación (Krause, Echávarri, Ramírez, Valdés y Vilches-Álvarez, 2007). Estos autores también enfatizan la reiteración de patrones disfuncionales, la aparición y perpetuación de sentimientos de desesperanza y el cuestionamiento del terapeuta como un profesional competente.

Otros autores ponen énfasis en las características del terapeuta. Por ejemplo, en textos como los de Beutler, Machado y Neufeldt (1994) así como Gómez Fonseca, Fortes de Leff y Auron Zaltzman (2009) señalan diversas aristas del actuar del terapeuta que pueden relacionarse con condiciones del caso, la aparición de errores técnicos no detectados, el sistema de creencias del terapeuta, su bagaje e historia, la aparición de angustia no atendida, desgaste del terapeuta, su concepción como “salvador del paciente”. Estos puntos pueden englobarse en lo mencionado por Baringoltz, (Chazenbalk et al., 2003, p.110): “consonancias significativas entre los sistemas de creencias de terapeuta y paciente, o un alto grado de complementariedad de los mismos, provoca estancamiento en los tratamientos, así también las disonancias importantes provocan falta de empatía, rechazo, irritabilidad, y frecuente abandono del tratamiento”. Cabe destacar que el estudio de los momentos de estancamiento desde la perspectiva del terapeuta también considera el escenario en que dichas dificultades puedan ser una oportunidad para que el terapeuta realice ajustes concernientes a los modos de intervención o el foco de estas (Norcross, 2002).

Otros términos para referir el estancamiento desde una perspectiva que toma en cuenta elementos relacionales entre paciente y terapeuta son los concernientes con una ruptura de la alianza terapéutica (Safran & Muran, 2000; Safran y cols., 2002), refusal (Billow, 2007) o impasse (Etchegoyen, 1986). Para autores como Arístegui et al., (2009) esa forma de interacción no genera

formas de diálogo terapéutico alternativo al problema, al no haber escucha entre los interlocutores no hay afectación mutua y no puede construirse un nuevo significado.

En la perspectiva psicoanalítica se encuentran concepciones como la de Liberman (1971, 1972) en donde el paciente mantiene estilos retóricos hipertróficos, es decir, patrones patológicos en su discurso los cuales se mantienen debido a que el terapeuta no ha respondido con un estilo que sea complementario y permite complejizar el discurso del paciente. Por su parte para Maldavsky (1980; 2007; 2004), este principio de patrones patológicos reiterados en el discurso del paciente tiene como trasfondo el mantenimiento de defensas patológicas como la desmentida, la desestimación o la represión las cuales se mantienen teniendo como consecuencia sufrimiento psíquico debido a una disminución del sentimiento de sí mismo. En este sentido la imposibilidad del terapeuta de lograr cambios en estas pautas defensivas llevaría a los momentos de estancamiento o impasse en el proceso.

Como puede observarse la investigación y teorización respecto a las dificultades en psicoterapia engloban, al igual que su contraparte referente al cambio, una serie de elementos individuales, situacionales, técnicos e interaccionales implicados en la comprensión de los fenómenos dentro del marco de sesiones terapéuticas, lo cual a su vez lleva a la necesidad de recurrir a métodos de análisis que puedan dar cuenta de tal complejidad.

Psicoterapia cambio y estancamiento en pacientes con intento suicida

Una vez clarificados algunos aspectos para la comprensión del fenómeno suicida y el cambio y estancamiento terapéutico, resulta pertinente especificar conceptualmente algunas particularidades que implica el trabajo con pacientes con intento suicida, así como las concepciones de cambio que a nivel teórico se consideran en este tema. Con ello se busca comparar los conceptos ya revisados con aquellos que desprenden específicamente del trabajo clínico del suicidio.

Cabe realizar una primera división general respecto al abordaje de pacientes suicidas y distinguir entre por lo menos dos modalidades de tratamiento: intervención en crisis y contención; aquellas abocadas a tratamientos de mayor duración. Si bien ambas plantean algunas diferencias en cuanto a sus objetivos toman en cuenta los aspectos ya mencionados sobre los factores alrededor del suicidio.

Los tratamientos centrados en la crisis implican saber que esta se concibe como un proceso que se puede desarrollar en un periodo de tiempo inferior a las 8 semanas en donde se pueden distinguir según Caplan (González de Rivera, 2001, p.38-40): shock o impacto agudo, desorganización crítica y resolución. Estas fases a su vez requieren de conocer las características del individuo como son su edad, cultura y experiencias previas, así como si se trata de una crisis normativa (esperable en el ciclo vital) o no normativa (González de Rivera, 2001). El proceso de atención a la crisis mencionado por González de Rivera (2001) alude como metas en un primer momento el establecer un vínculo con el paciente, posteriormente el trabajo en el fortalecimiento de vínculos y estrategias de resolución emocional, y finalmente la búsqueda de que el sujeto mantenga un equilibrio interno frente a cambios en el entorno. En este sentido, la intervención en etapa de crisis se centraría en el fortalecimiento de habilidades para afrontar un entorno desfavorable, en el caso particular de pacientes suicidas esto llevaría a disminuir la posibilidad de conductas o intentos de acabar con la propia vida.

Por su parte, Martín (2016), plantea pasos similares a los mencionados anteriormente, en lo relacionado con el establecimiento de un vínculo con el paciente y la facilitación de la expresión emocional, haciendo énfasis en elementos del estado mental (confusiones, alucinaciones, índice de realidad, etc.), así como aquellos relacionados con las ideas y recuerdo de hechos, manejo de emociones y la valoración del sujeto sobre sí mismo. A su vez, este autor recomienda que en un

momento de emergencia se evite el uso de algunas de las líneas de abordaje mencionadas de modo directivo y en su lugar tratar de llegar a acuerdos parciales que den al sujeto una sensación de control (Martín, 2016, p.246). Finalmente menciona una serie de indicadores que permiten identificar el momento de finalización de la intervención, los cuales se relacionan con modificaciones de tipo no verbal/paraverbal, discursivo, kinesiológicas, de empatía cognitivas, paralingüísticas y psicofisiológicas (pp. 247-248).

Otros autores mencionan una serie de fases para el tratamiento de la conducta suicida (Toro, 2013, pp. 96-97) consideran tres fases de tratamiento: la primera se centra en que el paciente se adhiera al tratamiento, la segunda al desarrollo de herramientas de afrontamiento y control de impulsividad, y finalmente la tercera se refiere al cierre del proceso buscando dar herramientas para la prevención de recaídas.

Aunque esta postura desde la psicopatología, la psicología de la salud, la psiquiatría y la psicoterapia está ampliamente extendida, también existen otras posturas que toman al suicidio como una manifestación del sufrimiento humano y no como una entidad patológica per se. Thomas Ellis (2008) afirma que si se comprende el suicidio de esta manera “es razonable sugerir que podría ser útil para abordar temas filosóficos directamente como aquellos que consideran el significado del sufrimiento o la valía de los seres humanos”.

Por su parte Martínez (2007, p. 214) señala que “aquellos que deseen impedir que una persona determinada cometa suicidio deben conformarse con intentar persuadirla para que cambie de opinión”. Con ello se introduce un matiz respecto a qué es lo que debe estar en juego y cómo queda jerarquizado lo referente al cambio terapéutico cuando se trata de pacientes suicidas: si preservar la vida del paciente o su autonomía para decidir. Un punto de coincidencia es la falta de

garantías respecto a preservar la vida del paciente debido a que se trata de una decisión individual no siempre visible.

Puede observarse que los tratamientos más enfocados a la psicoterapia del fenómeno suicida son aquellos centrados en la disminución de las conductas de riesgo y el establecimiento de una relación paciente-terapeuta que sostenga ese trabajo. Junto a ello pueden considerarse las psicoterapias centradas en ciertas patologías como depresión, esquizofrenia, adicciones, etc., en donde la conducta suicida se encuentra presente, pero esta no es el eje principal del proceso.

Ante este estado de cosas es posible considerar que establecer un vínculo adecuado y brindar herramientas a la persona que le posibiliten alternativas de afrontamiento son las metas principales con este tipo de pacientes, y que el cambio terapéutico se consideraría a la luz de estos elementos.

3.11 Reflexiones sobre las concepciones desde el psicoanálisis y las propuestas integradoras en la investigación del cambio y estancamiento terapéutico

Adscribirse a un modelo particular implica un punto de partida fundamentado en las diferenciaciones clásicas de la psicología a partir de sus enfoques teóricos, lo cual si bien permite una consistencia teórica, puede acarrear el riesgo de dejar de lado algunos elementos que están involucrados en el proceso de cambio dado el llamado solapamiento de factores de cambio mencionado por Ramos, Sánchez y Mena (2018), es decir se podría dar cuenta de lo que la teoría dice que es el cambio pero pudiendo llegar a ignorar elementos adicionales no considerados por la misma.

Si se opta por un panorama de integración se debe ser cuidadoso en la selección de los modelos a trabajar y tener rigor metodológico y epistemológico, para así comprender cuáles son

los elementos que sustentan las formas de indagación y comprensión utilizadas y con ello evitar sobregeneralizaciones o imprecisiones en los conceptos teóricos usados para definir el cambio. En otras palabras, desde esta perspectiva es imprescindible evitar una combinación arbitraria de elementos conceptuales y enunciar claramente los alcances de las afirmaciones que pueden realizarse.

Puede observarse que existen diferencias en la concepción de cambio propuesta por el psicoanálisis y por las propuestas integradoras. Mientras el primero se centra en procesos intrapsíquicos defensivos los otros se centran en variables relacionadas con el pensamiento, la acción y el afecto.

A pesar de estas diferencias conceptuales, es necesario tomar en cuenta que existen diferentes puntos de encuentro, por ejemplo, la tarea del mantenimiento y construcción del sentimiento de sí mismo y que dicho proceso puede evidenciarse por medio del lenguaje. Con ello se abre una posibilidad de diálogo que será valiosa explorar en tanto puede permitir un intercambio fundamentado respecto a la manera en que el paciente se va haciendo cargo de sus acciones, pensamientos, sentimientos o repertorio de defensas y como ello permite una integración distinta de su concepto de sí mismo. En otras palabras, aunque existen ámbitos teóricos diferentes, las perspectivas ya mencionadas tratan de dar cuenta de los cambios de cómo el sujeto se piensa a sí mismo y por ende cómo habla de sí mismo.

3.12 Reflexiones en torno a la investigación del cambio y estancamiento terapéutico en pacientes con intento suicida

En los apartados anteriores puede observarse que existe una multiplicidad de modos de indagación sobre los procesos de terapia, lo que lleva a plantearse el uso de modelos que delimiten

de manera clara la perspectiva de observación elegida. Para la presente investigación, dado que el objetivo se centra en delimitar los momentos que se construyen entre paciente y terapeuta concernientes al cambio y estancamiento terapéutico, resulta pertinente optar por modelos que tomen en cuenta a nivel teórico el involucramiento de ambos actantes. En este sentido el modelo de investigación psicoanalítica del lenguaje y los modelos integradores proveen elementos interesantes de reflexión teórica ya que en conjunto toman en cuenta fenómenos similares, aunque la delimitación teórica parta de tradiciones distintas. En este sentido, por ejemplo, el tema de los cambios de defensas planteado desde el modelo psicoanalítico puede entenderse a nivel subjetivo en términos de elementos precontemplativos y contemplativos o de aceptación de la existencia de una problemática. Por otra parte, las acciones para resolución de problemas a su vez pueden concebirse como modos de puesta en práctica de repertorios defensivos acordes a los fines. Ambas concepciones a su vez comparten la importancia en tomar en cuenta elementos del terapeuta y del paciente.

En el caso del terapeuta las diferentes concepciones integradoras mencionan elementos de cómo éste concibe la calidad de sus intervenciones, contexto y relación con el paciente, elementos que se relacionan y ayudan a explicitar aspectos de lo que el psicoanálisis concibe como relación transferencial.

Desde la perspectiva del paciente puede observarse la importancia de la existencia de elementos que sostengan su proceso, los cuales pueden relacionarse con el espacio de la terapia, las representaciones en juego, el modo de relación que se percibe con el terapeuta (transferencia) y la disposición de la persona para planificar, llevar a cabo y dar continuidad a las modificaciones de comportamiento a largo plazo. A lo anterior se suma la posibilidad de pensar que la experiencia

del paciente no se limita a lo acontecido en las sesiones, sino que se extiende a lo que ocurre entre estas.

Explorar si estas posibilidades de diálogo teórico son sostenibles a partir de elementos empíricos provenientes del material clínico requiere a su vez la elección de metodologías con elementos en común. Por ello en la presente investigación se ha optado por el uso de herramientas metodológicas centradas en un cruce entre el material subjetivo generado por la díada paciente-terapeuta y una posibilidad de observación externa. Las metodologías de ADL y SCAT permiten en este sentido la sistematización y ordenamiento del material verbal de las sesiones.

En el siguiente apartado se mencionan los fundamentos metodológicos que sostienen a ambas propuestas, así como los pasos que proponen para el tratamiento y análisis de los datos. Para ello se indica a nivel metodológico y operacional la manera en que ambos instrumentos conciben el cambio, y los pasos a seguir en el tratamiento del discurso para delimitar los procesos de cambio del paciente, el involucramiento del terapeuta y la interacción entre ambas figuras, tanto dentro de una sola sesión como en un conjunto de las mismas.

CAPÍTULO 4 MARCO METODOLÓGICO

4.1 Introducción y justificación de los métodos elegidos

Existen diferentes corpus de herramientas que permiten sistematizar y dar cuenta del fenómeno del cambio y el estancamiento dentro de los procesos de psicoterapia. Como se ha mencionado en los capítulos anteriores, referentes al estado del arte y marco teórico, diferentes propuestas implican el análisis de las formaciones discursivas en el marco de la terapia poniendo énfasis, ya sea en la generación de categorías en común, independientemente del abordaje terapéutico elegido, o bien, profundizando en categorías previamente establecidas por una teoría en particular para su aplicación operacional a material de sesiones concretas.

Para esta investigación se toma como unidad de análisis los denominados episodios de cambio y estancamiento terapéutico, los cuales comprenden fragmentos del diálogo entre paciente y terapeuta dentro de las sesiones que cumplen con una serie de características derivadas del lugar que ocupan en el proceso y de su capacidad para ilustrar la emergencia de nuevos patrones funcionales en el paciente que le permiten hacerse cargo de sus problemáticas y crear una nueva visión de sí mismo, o bien denotan la reiteración de pensamientos, comportamientos o afectos no compatibles con el proceso de cambio. Lo anterior implica un proceso de análisis de las sesiones de manera global para una posterior delimitación y análisis de los episodios de cambio y estancamiento.

La presente investigación toma como base dos métodos de análisis del discurso en psicoterapia, uno de corte integrador (SCAT) y otro desde la perspectiva psicoanalítica (ADL). La elección de estos métodos deriva de los siguientes aspectos:

1. La existencia en ambos métodos de referentes teórico-epistemológicos en común desde la perspectiva de la función performativa del lenguaje y el giro lingüístico: Siguiendo la línea de Fourez (2008) Los hechos observables están atravesados por el lenguaje y la cultura por lo que se puede construir un conocimiento de los hechos observados desde las actividades de los sujetos (lenguaje, paradigma, matriz disciplinaria). Debido a lo anterior, estos métodos de análisis de discurso en psicoterapia proveen elementos que permiten observar e interpretar desde una serie de paradigmas particulares lo que podríamos circunscribir como hechos clínicos (qué pasa en la terapia, quienes participan, cuál es su finalidad y cómo saber si se llega a ésta). Cabe agregar que el estudio del discurso que proveen ambos métodos sigue una matriz disciplinar que requiere vigilancia analítica, entendida como no perder de vista los referentes teóricos y categorías desde las que se realiza el análisis, así como circunscribir y contextualizar los hallazgos obtenidos por medio de ambos métodos, reconociendo sus alcances y limitaciones. A partir de estos supuestos es posible observar el fenómeno teniendo en cuenta el lugar que tiene el observador, pudiendo también dar cuenta de consistencias en lo observado.
2. Aspectos operacionales con rasgos en común: En primer lugar, los métodos toman en cuenta como unidad mínima de sentido la frase enunciada por los hablantes. Por otra parte, ambos consideran el marco de las sesiones y su división por turnos de palabra de paciente y terapeuta. Por último, cada método provee herramientas para analizar y sistematizar los momentos de cambio y de estancamiento.
3. Ambos métodos cuentan con criterios de rigor metodológico y validación de los mismos. Por una parte, la consistencia de resultados de ambos métodos puede ser evaluada por medio del método Interjueces. Por otra parte, existe investigación sobre la validez y

confiabilidad de ambos métodos. En el caso del ADL este cuenta con testeos de validez predictiva, posdictiva y de validez convergente (Maldavsky 2008^a, 2008b, 2008c, 2008d, 2009). El SCAT a su vez cuenta con análisis de confiabilidad y validez de sus categorías mediante el índice Kappa (Valdés, Tomicic, Pérez y Krause, 2010).

A continuación, se presentan las dos propuestas metodológicas elegidas para el análisis del cambio y estancamiento terapéutico. En la primera se articulan el Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT) para la sistematización del material transcrito de manera global y los Indicadores de Cambio Genérico en el Proceso Psicoterapéutico (Krause, 2006; Valdés, Krause y Álamo, 2011) para complementar el análisis de los momentos de cambio y estancamiento. Posteriormente se explica la metodología del Algoritmo David Liberman (Maldavsky, 1999; 2004; 2013) centrándose en la modalidad de análisis de Actos de Habla (ADL-AH) para proveer un panorama general de las sesiones, así como de los indicadores de cambio o estancamiento en el proceso de terapia por medio del análisis de defensas.

Los siguientes apartados presentan los pasos generales que plantea cada propuesta para el análisis del material y la detección de los momentos de cambio y estancamiento terapéutico de acuerdo con los criterios que ambas metodologías consideran.

4.2 Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica SCAT

El Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (Krause, Valdés y Tomicic, 2009) es el resultado de un trabajo de revisión teórica y de investigación desde la metodología de Teoría fundamentada para proveer un sistema que permita sistematizar sesiones de psicoterapia a partir de elementos comunes a nivel comunicacional encontrados en diferentes enfoques terapéuticos. El propósito principal del SCAT es analizar las acciones comunicacionales ocurridas en el espacio de

terapia, para ello se divide la sesión en unidades mínimas de turnos de palabra, es decir un turno de palabra se compone de lo dicho por el terapeuta o el paciente. Cabe resaltar que los autores lo definen como el inicio de la verbalización de uno de los participantes, que finaliza con el inicio de la verbalización del otro.

Las acciones comunicacionales que considera este método definen que en cada turno de palabra pueden encontrarse diferentes acciones a distintos niveles que van desde elementos básicos de estructura formal hasta registros relacionados con los posicionamientos del hablante respecto a afectos, pensamientos, situaciones, los otros o sí mismos. Para ello se dividen las acciones comunicacionales a partir de su forma y contenido de la siguiente manera (Krause, Valdés y Tomicic, 2009).

Forma básica: se trata de la estructura formal de la verbalización o frase enunciada. Algunos ejemplos de forma básica consisten en considerar la frase en tanto se refiere a: asentir, aseverar, negar, preguntar y dirigir.

Intención comunicacional: refiere al propósito de comunicación que el hablante trata de expresar en su verbalización. Estas intenciones pueden ser: explorar, sintonizar y resignificar.

Técnica: esta categoría refiere a qué recursos metodológicos están presentes en la verbalización (acción comunicacional) del sujeto hablante. Algunas de las técnicas pueden ser el reflejo, interpretación, argumentación, consejo. Cabe resaltar que estos recursos pueden ya sea coincidir con las técnicas de psicoterapia clásicas propias de distintos modelos, o bien tratarse de recursos propios de la comunicación cotidiana.

Ámbito: refiere a si lo expresado por el sujeto hablante tiene como punto de referencia ideas (cognitivo), acciones (comportamental) o los afectos (emocional).

Referencia: da cuenta del a quien se enfoca lo expresado por el hablante, como puede ser a si mismo (paciente o terapeuta); a otro presente en la sesión (paciente, terapeuta u otros); a un tercero fuera de la sesión; a la relación terapéutica; a la relación con un tercero fuera de la sesión; o si es una referencia a un sujeto neutral

Las categorías anteriormente mencionadas pueden esquematizarse de la siguiente manera:

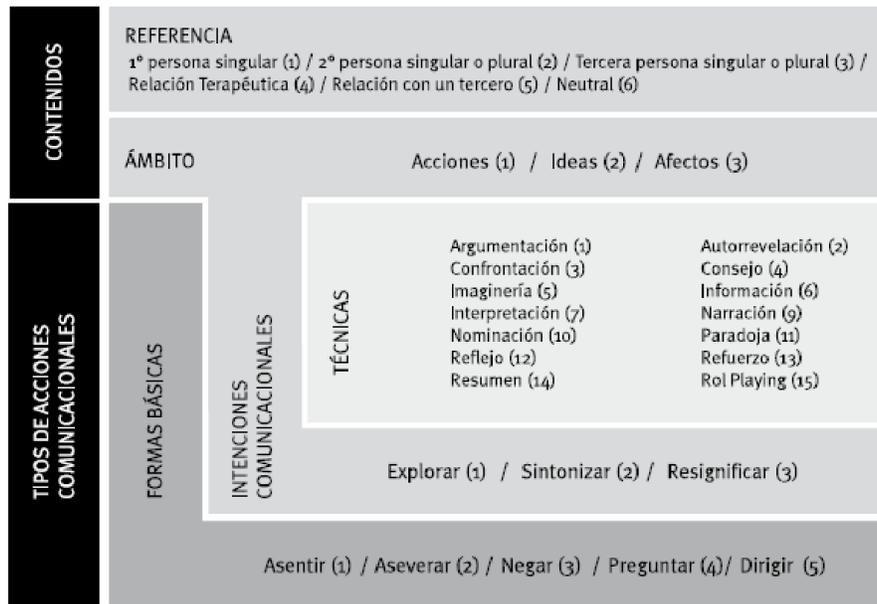


Figura 1: Categorías del SCAT 1.0. Tomado de Valdés, Krause y Álamo (2011)

Para el análisis del material por medio del SCAT se requiere una preparación previa del mismo, tomando como base los estándares de transcripción formulados por Mergenthaler y Srinson (1992) los cuales permiten una fragmentación del material considerando los momentos en que una frase se puede ver interrumpida y continuada más adelante, así como elementos que señalan pausas y otros indicadores paraverbales.

A partir de esta preparación se sigue una serie de pasos recopilados en el Manual del SCAT (Krause, Valdés y Tomicic, 2009) que requiere una calificación interjueces, con la participación

mínima de 2 jueces, con el fin de mantener el rigor tanto en la fragmentación como en la clasificación de las frases. Dicha calificación se elabora en momentos distintos:

1.- En un primer momento cada juez fragmenta por turnos de palabra y califica de manera independiente de acuerdo con los criterios del SCAT la sesión a nivel de Forma básica e intención comunicacional, utilizando el formato correspondiente (ver [anexo 1](#)), atendiendo las siguientes recomendaciones:

- Leer el texto completo de la sesión antes de iniciar la labor de codificación.
- Tener en cuenta a modo de contexto lo que se ha dicho en los turnos anteriores aun cuando no formen parte del episodio analizado.
- En caso de ser necesario el turno de palabra se puede fragmentar en subunidades, lo que permite distinguir y codificar formas básicas y/o intenciones comunicacionales diferentes presentes en una misma verbalización del sujeto.

2.- Una vez hecha la primera calificación se realiza una comparación entre los formatos para encontrar discrepancias en la fragmentación y calificación, siguiendo 4 etapas (Krause, Valdés y Tomicic, 2009):

- a) Revisar las diferencias y similitudes de la segmentación de los turnos y acordar, previa discusión, una segmentación única.
- b) Revisar individualmente la codificación de las acciones comunicacionales realizada previamente, ajustándose a la segmentación única acordada en el paso anterior (a)
- c) Revisar las codificaciones individuales (realizadas en el paso b) de manera conjunta, registrando los acuerdos y desacuerdos (para posterior cálculo de confiabilidad)

d) Conciliar los desacuerdos y registrar una codificación única de las acciones comunicacionales

3.- Se continúa la calificación de las categorías de Técnica la cual cuenta con 15 subcategorías y Contenido, misma que se subdivide en Ámbito y Referencia. Se analiza de nueva cuenta el nivel de acuerdo Inter jueces en la codificación.

4.- Una vez que la sesión es codificada y hay un acuerdo Inter jueces se procede al vaciado de las calificaciones en un formato único (ver [anexo 2](#)), el cual permite contabilizar las frecuencias en que las diferentes categorías aparecen en la sesión, lo que posibilita tanto una revisión cuantitativa que admite un posterior tratamiento estadístico como un análisis cualitativo si se opta por analizar fragmentos particulares. Dicho tratamiento de los datos puede hacerse tanto a nivel de una sesión como conjuntando varias sesiones.

A continuación, se detallan de manera particular las pautas para la codificación de las distintas categorías que ofrece el SCAT.

4.2.1 Codificación de formas básicas

Se clasifica la verbalización distinguiendo entre: asentir, aseverar, negar, preguntar y dirigir. En este caso todos los turnos de palabra pueden ser clasificados con una forma básica, siendo la excepción las interjecciones que no se puedan interpretar como alguna de las formas básicas definidas. En otras palabras, se debe codificar una forma básica por turno de palabra, en tanto sea una verbalización comprensible.

4.2.2 Codificación de intenciones comunicacionales

Refieren a lo que el sujeto hablante persigue con su verbalización y puede enfocarse a: Explorar, Sintonizar y Resignificar. Se toma en cuenta la intención del hablante y no su efecto en

el interlocutor. Se toma como unidad mínima una oración con un sujeto, al menos implícito, más un predicado simple (que incluye verbos y/o adjetivos).

Al igual que en el caso de la forma básica, se codifica la intención comunicacional por turno de palabra. En caso de que un turno de palabra contenga dos o más intenciones comunicacionales consecutivas diferentes ello permite al igual que en la categoría anterior a subdividir el turno en caso de ser necesario. También se toma como unidad mínima una oración con un sujeto y predicado.

4.2.3 Codificación de técnicas

Son los recursos con los que se desarrolla la acción comunicacional y pueden abarcar: argumentación, autorrevelación, confrontación, consejo, imaginación, información, interpretación, metáfora, narración, nominación, paradoja, reflejo, refuerzo, resumen y role playing. La unidad para analizar esta categoría consiste en el turno de palabra o bien los segmentos del turno de palabra que se establecieron al codificar las Formas Básicas y/o Intenciones Comunicacionales.

Al igual que en las categorías anteriores la unidad mínima de sentido es una frase que deberá tener sujeto y predicado, debiendo presentarse al menos uno de estos de manera explícita.

Cabe acotar que esta categoría ya no permite hacer fragmentación de las frases en subunidades. En caso de haber dos o más técnicas en un mismo turno de palabra, se elige aquella que apoye de mejor manera el propósito comunicacional del hablante. Finalmente debe tomarse en cuenta que no todos los turnos de palabras son susceptibles de ser codificados con una Técnica.

4.2.4 Codificación del contenido de las acciones comunicacionales

El contenido de las Acciones Comunicacionales consta de dos categorizaciones: el Ámbito y la Referencia. En estas categorías también se toma como unidad mínima el turno de palabra

establecido por las dimensiones previas (forma básica e intención comunicacional). También es necesario que se trate de una frase en la que exista un sujeto y un predicado, debiendo presentarse al menos uno de estos de manera explícita.

En el *Ámbito*, se analiza si lo dicho se relaciona con el mundo de las ideas (cognitivo), de las acciones (comportamiento) o los afectos (emoción). Por su parte la categoría de Referencia se analiza quién es el protagonista de lo dicho, considerando al hablante como punto de referencia y puede tratarse de una referencia a sí mismo, a un tercero, a otro natural, a la relación terapéutica, entre otros.

4.2.5 Registro y codificación de episodios de cambio y estancamiento

Junto con el SCAT puede aplicarse una herramienta adicional que permite observar y registrar episodios de cambio y estancamiento en un proceso de terapia. De acuerdo con el manual del Programa Chileno de Investigación en psicoterapia y cambio (2012), basado en el trabajo de Krause y colaboradores (2007), la definición operacional de momento y episodio de cambio y estancamiento es la siguiente:

Se entiende por Momento de Cambio un evento significativo verbalizado, que señala un progreso en la terapia y se asocia a un resultado final positivo (outcome) de éste. Los momentos de cambio se refieren únicamente al cambio observado en el paciente. Se distingue el cambio intra y extra-sesión. El primero se refiere a aquellos eventos significativos que suceden durante la sesión, mientras que el segundo se refiere a un evento ocurrido fuera de ésta, pero relatado por el paciente en sesión y relacionado con el trabajo terapéutico de sesiones anteriores. El Momento de Cambio corresponde al final del Episodio de Cambio. (p.1).

Se entiende por Episodio de Cambio el segmento mayor que ocurre en la sesión terapéutica donde se observan transformaciones de significados subjetivos asociados a un problema, síntoma, afecto y/o comportamiento. Finaliza con el Momento de Cambio y se inicia con la temática sobre la cual versa el cambio (Criterio Temático) (p.1).

El estancamiento se presenta una detención temporal del proceso de cambio, producto de la reedición del problema del paciente durante la sesión y donde se aprecia una persistencia en las formas de entendimiento, comportamiento y emociones ligadas a éste, que no evolucionan hacia un cambio (Krause Y Colaboradores, 2007, 2012).

Para realizar esta distinción se cuenta con una serie de criterios sustantivos, mismos que se encuentran más ampliamente explicados en los anexos [8,9](#) [10](#) y [11](#). El primero es el de correspondencia teórica, es decir que cumpla con alguno de los indicadores de cambio o de estancamiento, la actualidad del episodio de cambio y si este ocurre dentro o fuera de la sesión; en los episodios de estancamiento se busca la repetición de patrones disfuncionales, si el episodio es de cambio, que sea a partir de material novedoso respecto a un tema, y si es de estancamiento, que el episodio se de en la sesión observada; que haya consistencia entre diversos elementos discursivos y paraverbales; en los episodios de estancamiento también debe distinguirse argumentos que sostengan el patrón disfuncional.

Para precisar aún más, la herramienta ofrece una lista de indicadores de cambio terapéutico, misma que fue referida en el apartado del marco teórico y cuya lista detallada se encuentra en el [anexo 3](#).

Las etapas de calificación que considera esta herramienta guardan similitudes con las del SCAT, ya que el trabajo de codificación debe realizarse a nivel inter-jueces (con un mínimo de dos

jueces) y consiste en las siguientes etapas (Programa Chileno de Investigación en psicoterapia y cambio, 2012):

1.- La observación de la sesión por parte de los jueces de manera independiente, mismos que llenan un formato de registro de observación inicial ([anexo 4](#)) que considera tanto la identificación del episodio en su textualidad de acuerdo con los criterios ya mencionados, especificando si se trata de un episodio de cambio intra-sesión, extra-sesión o de estancamiento. En caso de tratarse de una primera sesión se llena un cuadro referente a hipótesis de estancamiento.

2.- Se discuten y revisan los episodios localizados y se registra el nivel de acuerdo en el registro correspondiente ([anexo 4](#)) para localizar discrepancias y conciliarlas.

3.- A partir de los registros de los jueces se procede a delimitar los episodios de cambio (los cuales por lo general se componen de entre 20 y 50 turnos de palabra) tomando como base las frases que indican momentos de cambio (por lo general se componen de entre 1 y 3 turnos de palabra) y rastreando hacia atrás para identificar el tema del cambio.

4.- Dos formas adicionales son llenadas a partir de la discusión, conciliación y delimitación de los episodios: la planilla de acuerdo intersubjetivo ([anexo 5](#)), la cual permite el posterior manejo de los datos, y la plantilla de cálculo de confiabilidad de los observadores ([anexo 6](#)) que permite un rigor del registro de los observadores.

4.2.6 Manejo estadístico de los datos obtenidos en el SCAT

Una vez que se obtiene la categorización de acuerdo con el SCAT es posible analizar de forma detallada los porcentajes obtenidos en las sesiones. Para ello las frecuencias en que cada acción comunicativa aparece en paciente y terapeuta son contabilizadas en una base de datos, la cual es posteriormente ingresada a un programa de software estadístico con la finalidad de obtener

tanto datos descriptivos como inferenciales por medio de pruebas estadísticas. El tratamiento empleado por Fernández y colaboradores (2012) fue por medio de un coeficiente de Chi cuadrada con la finalidad de determinar la correlación entre ciertas formas de verbalización características de paciente y terapeuta. A partir de esta información es posible describir cómo se presentan las verbalizaciones en ambos hablantes a nivel global en las sesiones.

Una vez delimitado los pasos metodológicos para el análisis desde el SCAT, es necesario listar los momentos de análisis desde el método del ADL. El siguiente apartado menciona los pasos metodológicos y las definiciones operacionales que se consideran desde dicha aproximación.

4.3 Algoritmo David Liberman (ADL)

El ADL toma como base las nociones teóricas planteadas por Liberman (1971, 1972) respecto a que en diferentes estructuras clínicas (neurosis, psicosis, fobias, etc.) poseen estilos retóricos, es decir, formas de expresión particulares que pueden evidenciarse al analizar el discurso del sujeto hablante. A partir de ello el ADL propone una clasificación del lenguaje que busca compaginar formas particulares de articular el discurso con los tipos de pulsión mencionadas por Sigmund Freud: Libido intrasomática, Oralidad primaria, Oralidad secundaria, Analidad primaria, Analidad secundaria, Fálico Uretral, Fálico genital (Maldavsky, 1980, 1999, 2004, 2007).

Se parte del supuesto de que las formas particulares del discurso de un individuo son expresión de deseos inconscientes que tienen como punto de partida las pulsiones ya mencionadas. En ese sentido la finalidad del ADL es la identificación de dichos deseos expresados en el lenguaje, lo que a su vez posibilita fundamentar inferencias teóricas o clínicas respecto a lo dicho por el sujeto, relacionadas con cómo expresa sus deseos (si lo hace logrando una armonía entre las instancias psíquicas y la realidad), las consecuencias subjetivas (si al momento de tramitar la

pulsión es posible mantener el sentimiento de sí, a la vez que se da cauce al deseo) y relacionales derivados de ello. Lo anterior permite que el ADL sea una herramienta utilizable para el análisis de lo ocurrido en sesiones de psicoterapia. Para ello a nivel global el ADL atiende a los siguientes aspectos del discurso de los sujetos:

- Erogeneidades: Se trata de categorizar las manifestaciones de los deseos del sujeto de acuerdo a las etapas del desarrollo propuestas por Freud (Libido intrasomática, Oralidad primaria, Oralidad secundaria, Analidad primaria, Analidad secundaria, Fállico Uretral, Fállico genital) con la finalidad de tener una visión global de cuáles se presentan con mayor frecuencia en el sujeto y qué papel guardan en su discurso.
- Defensas: Se busca determinar los destinos de la pulsión por medio de captar cómo se organiza el discurso en patrones que denotan formas de funcionamiento patógenas o funcionales, así como si dicho mecanismo permite al individuo frenar el deseo, descargarlo o canalizarlo en otra meta, todo ello manteniendo el sentimiento de sí
- Niveles de las manifestaciones verbales: Tomando en cuenta que la producción discursiva es una entidad compleja, se propone en este método diferentes aproximaciones a lo dicho por los sujetos: Redes de palabras, estructura frase (actos del habla) y secuencias narrativas (relatos).

A nivel metodológico estos focos de indagación son respaldados por una serie de listas de cotejo (grillas) que permiten, siguiendo una serie de pasos, categorizar el discurso para realizar inferencias de diversa complejidad.

Para tener una perspectiva global del uso de las herramientas mencionadas en el análisis de una sesión de psicoterapia a continuación se enlistan los pasos generales a seguir para el uso del ADL.

1.- Preparación del material: Consiste en la fragmentación de la sesión en unidades mínimas de sentido, las cuales dependerán del foco de análisis (relato, palabra o frase).

2.- Elaboración de un inventario de las categorías presentes en las frases a lo largo de la sesión: Se toma como base para la clasificación del discurso la grilla correspondiente y a partir de ello se clasifica el material de acuerdo con las categorías ya mencionadas.

3.- Una vez que se conocen las frecuencias con que se presenta cada categoría es posible analizar e inferir las defensas en juego y su estado.

4.- Se analizan el tipo de intervenciones realizadas por el terapeuta y su relevancia clínica

5.- Se comparan fragmentos de diversos momentos del proceso para observar si hay cambios en el tipo de frases usadas por los interlocutores, ya sea en tanto cambios en las defensas del paciente o modificaciones en las intervenciones del terapeuta.

Cabe destacar que estos pasos generales pueden tener variaciones dependiendo del foco de análisis elegido (relato, frase o palabra). Para fines de la presente investigación el siguiente apartado describe de modo más detallado los pasos a seguir en la modalidad de Actos de Habla (estructura de las frases)

4.3.1 ADL-AH

En términos generales existen tres pasos canónicos para el análisis de los actos del habla (Maldavsky, 2007):

1.- Comenzar con un inventario de los actos del habla de uno y otro interlocutor: En esta etapa se establece el repertorio dentro del discurso a partir de una grilla de los diversos tipos de actos de habla correspondientes a cada categoría ([anexo 11](#)). Este primer análisis del material permite tener un panorama general respecto a los tipos de actos de habla presentes en las frases de ambos interlocutores en una sesión de psicoterapia.

2.- Determinar si su distribución en las secuencias concretas de un modo global:

Una vez inventariados los actos del habla es posible estudiar la combinación concreta de los actos del habla dentro del discurso del sujeto. Ya realizado este paso se hace necesario distinguir los sectores significativos, que son los que organizan el conjunto de todo el diálogo.

3.- Estudiar microscópicamente algunos fragmentos significativos: Una vez distinguido un fragmento significativo en la sesión se le analiza a mayor profundidad ya sea prestando atención a uno de los interlocutores o del intercambio entre ambos. Para ello puede realizarse un análisis para la detección de las defensas o bien un análisis de la pertinencia clínica de las frases del terapeuta.

En los siguientes apartados se desarrollan con mayor detalle las consideraciones para estos pasos metodológicos.

4.3.2 Segmentación del material en frases

En cuanto a los criterios de segmentación de las frases es necesario primero conocer cuál es la definición que se da en este método al término frase. Para Maldavsky (2004) una frase es un acto de enunciación que expresa la subjetividad de quien la profiere. A nivel práctico una frase se considera como la unidad mínima de sentido y puede constituirse ya sea desde interjecciones hasta frases con sujeto y predicado. Cuando existen frases subordinadas, es decir enunciaciones compuestas de varias frases o fragmentos de frases, puede optarse por dos alternativas: tomar la

frase como una unidad con subcomponentes internos o tomarla como un conjunto de frases menores de las cuales la primera resulta trunca y las siguientes quedan como frases autónomas (Maldavsky, 2004). Para fines de esta investigación se opta por la segunda opción.

4.3.3 Detección del lenguaje del erotismo en las frases

Como ya se ha mencionado el ADL considera 7 categorías derivadas de las etapas del desarrollo pulsional propuestas por Freud a las que se les asigna un código: Libido intrasomática (Li), Oralidad primaria (O1), Oralidad secundaria (O2), Analidad primaria (A1), Analidad secundaria (A2), Fállico Uretral (FU), Fállico genital (FG).

Las características de cada categoría pueden encontrarse en la grilla propuesta por Maldavsky (2013) ([ver anexo 11](#)) que permite la detección a nivel de los componentes verbales. Esta grilla presenta de manera organizada las características que adquieren los componentes verbales de las frases de acuerdo con cada categoría. En ocasiones es posible encontrar en una misma frase varias categorías y en esos casos se vuelve necesario determinar cuál de ellas es la dominante. Lo anterior se logra teniendo en cuenta los criterios de fragmentación ya mencionados, que permiten distinguir si se trata de una misma frase o de un conjunto de estas. Además, debe tomarse en cuenta el cierre de la frase o el lenguaje que organiza y dota de sentido a la enunciación.

En ocasiones que una categoría se presenta pocas veces dentro del discurso de la sesión, pero puede observarse que tiene un gran peso para organizar el conjunto de frases y que de hecho lenguajes que son empleados con mayor frecuencia quedan subordinados. Por lo anterior es necesario no solo detectar las categorías y el tipo de acto de enunciación que éstas despliegan sino también tomar en cuenta su lugar dentro del discurso como totalidad.

4.3.4 Manejo estadístico de los datos obtenidos en el ADL-AH

El objetivo de este tipo de análisis cuantitativo es hacer una comparativa en cómo varía entre cada sesión el lenguaje de los hablantes. Para ello se comparan los porcentajes ponderados de cada categoría (LI, O1, O2, A1, A2, FU, FG) obtenidos en cada sesión analizada para determinar si existen diferencias significativas, por ejemplo, en el uso de cierto lenguaje por parte del paciente en cada sesión. Para ello se siguen los pasos descritos a continuación

- 1.- Determinar los porcentajes ponderados de cada categoría para paciente y terapeuta en cada sesión.
- 2.- Determinar el percentil en que se encuentran los porcentajes de cada categoría en ambos hablantes de acuerdo a la tablas de distribución de frecuencias (anexos [18](#) y [19](#)).
- 3.- Comparar los percentiles de cada categoría para determinar en qué sesiones hay diferencias significativas de acuerdo con la tabla de diferencias de percentiles (anexo [20](#)).

4.3.5 Cambio y estancamiento desde el ADL-AH

Para tener una idea de si en un proceso de terapia se están presentando momentos de cambio terapéutico o de estancamiento se realizan diversos procedimientos que permiten conocer ciertos aspectos del material clínico seleccionado: análisis global de las categorías predominantes, análisis de defensas del paciente, análisis de las intervenciones del terapeuta, análisis de la alianza terapéutica. El análisis de momentos de cambio o de estancamiento se puede lograr con la comparación de los resultados obtenidos, ya sea en varias sesiones o en diferentes momentos de una sesión de manera global o tomando en cuenta fragmentos específicos.

4.3.6 Detección de defensas

Respecto a los pasos a seguir para la detección de defensas a nivel de estructura frase, Maldavsky, (2004; 2013) proporciona de manera sintética los parámetros que posibilitan este análisis ([anexo 12](#)). Si bien un manejo cuantitativo es recomendado para investigaciones clínicas de material extenso como son las sesiones, junto con ello resulta importante complementar con un análisis cualitativo de los actos de habla cuando se trata de muestras más pequeñas como son los episodios de cambio o estancamiento. Los siguientes pasos corresponden a la detección de defensas tanto cuantitativa como cualitativa:

Análisis cuantitativo:

- 1.- Detección de los porcentajes de cada categoría ponderada en toda la sesión.
- 2.- Determinar el percentil en que se encuentran los porcentajes de cada categoría de acuerdo a la tablas de distribución de frecuencias ([anexos 18 y 19](#)).
- 3.- A partir del percentil en que se encuentra cada porcentaje se determina si existe hipertrofia (percentil mayor a 85) o inhibición (percentil menor a 15).
- 4.- Inferir si el estado de la defensa es exitoso o fracasado a partir del siguiente criterio: si la verbalización de la categoría queda auto interrumpida (fracaso de la defensa) o no (defensa exitosa).

Análisis cualitativo:

- 1.- Establecer el fragmento en el que se busca analizar las defensas en términos de su relevancia para el foco de estudio elegido.
- 2.- Distinguir qué instancia se opone la defensa y si es o no patógena: Se debe diferenciar si la defensa se opone a la realidad, al deseo o a las normas provenientes de la realidad exterior. Ello se

infiere dependiendo del tipo de categoría que predomina en el fragmento analizado. Las defensas que provienen de las categorías FG, FU y A2 pueden ser opuestas a la realidad, los juicios o al deseo y pueden ser de formas no patógenas como la defensa acorde a fines, creatividad o sublimación. La primera implica transacciones funcionales entre la realidad, el superyó y el deseo que no implican sublimación o creatividad. La segunda se trata de una regresión del preconscious a la función inconsciente con el aval del superyó. Un ejemplo de ello son los chistes como transgresiones reguladas de las normas. Finalmente, la sublimación se entiende como un cambio de la meta pulsional y la elevación del ideal. Por ejemplo, la producción artística. Otro criterio para considerar que estas defensas no son patógenas es si a nivel discursivo muestran armonía con el contexto de lo dicho. Otra defensa que se puede detectar por medio de estas categorías es la represión en tanto un intento de sofocación de un deseo cuyo discurso puede armonizar con el contexto (forma no patógena) o no hacerlo (forma patógena).

En el caso de predominancia de las categorías LI, O1, O2, y A1 las defensas se pueden oponer a las normas, la realidad o los afectos por medio de la desmentida o la desestimación. La desmentida se distingue en términos prácticos en que se emplea un dato extraído de la realidad para refutar. En cambio, la desestimación implica que el dato empleado en la argumentación para desestimar es autoengendrado y no se compagina fácilmente con los hechos (Maldavsky, 2001, 2004, 2007). En ambos casos al igual que en las categorías anteriores el considerar la defensa como patógena o no depende de si a nivel de discurso hay armonía con el contexto.

Finalmente, debe puntualizarse que la armonía del discurso con su contexto está sujeto a que una categoría no se presente en un patrón reiterativo y rígido, sino que sea posible ver la expresión de otros lenguajes de acuerdo a lo que sucede en el diálogo.

3.- Detección del estado de la defensa (exitosa o fracasada): Un criterio para detectar el fracaso en la defensa es cuando aparecen de manera hipertrófica o disruptiva frases características de la categoría A1, por ejemplo, a manera de frases de despecho, afán de venganza, desconfianza, autocríticas, etc. (Maldavsky, 2004). En cambio, la aparición de otros lenguajes acordes al contexto del discurso permite inferir un éxito de la defensa.

4.3.7 Análisis de las intervenciones del terapeuta

El análisis de las defensas del paciente puede complementarse si además se aplica un análisis de las intervenciones del terapeuta, su pertinencia para el proceso y sus efectos en el consultante. De acuerdo con Maldavsky (et al. 2007, 2011), las intervenciones del terapeuta pueden ubicarse dentro de tres clasificaciones:

- **Introductorias:** Son las que hacen de acompañamiento del discurso del consultante o las encaminadas a recabar información.
- **Centrales:** Son las que suelen aludir al estado afectivo del consultante o mostrar enlaces causales entre aspectos de lo dicho por este. También pueden realizarse generalizaciones.
- **Complementarias:** Estas contienen un resumen de lo dicho, ejemplificaciones, etc.

Para realizar este análisis se toman los pasos anteriormente esbozados de análisis de deseos y defensas desde el punto de vista cuantitativo, distinguiendo en el caso del terapeuta el tipo de intervención llevadas a cabo y usando la tabla de distribución de frecuencias correspondiente ([anexo 18](#) y [19](#)).

Se puede considerar que una intervención es pertinente en términos de si permite en el paciente la expresión de nuevos recursos expresivos, mientras que una intervención no exitosa sería aquella que mantenga la rigidez en las pautas de comunicación del paciente. Cabe destacar que este

análisis se puede realizar también ya sea de manera global o aplicado a un fragmento de la sesión en particular.

Además, este tipo de análisis puede enriquecerse con la utilización de la tabla respecto a los estilos complementarios (anexo 13) la cual permite determinar si el lenguaje utilizado por el terapeuta en sus intervenciones tiene complementariedad con el lenguaje en el discurso del consultante. Dicha tabla se basa en las nociones de Liberman (1971, 1972) y las aportaciones realizadas por Maldavsky (1980, 2004, 2007).

Finalmente, un último paso para el análisis de una sesión clínica es indagar respecto a la alianza terapéutica construida por ambos hablantes. Liberman (Maldavsky, 2007, p.152), toma la alianza terapéutica en términos de la actitud de colaboración del consultante a partir de cómo responde a intervenciones clínicas pertinentes y no pertinentes. Retomando estas nociones el método del ADL (Maldavsky, 2004) se plantea una grilla que permiten inferir, a partir de la información recabada con los pasos anteriores, si las intervenciones del terapeuta son pertinentes y si el consultante muestra una actitud colaboradora con la tarea clínica (anexos 11).

4.4 Consideraciones finales

Como puede observarse tanto el SCAT como el ADL brindan pautas para la selección, fragmentación y categorización de las frases generadas en las sesiones que componen un proceso de psicoterapia. Ambos métodos consideran la frase ya sea en sus formas más simples (como son las interjecciones), formas intermedias (frases con sujeto y predicado) y formas complejas (conjuntos de frases).

Por otra parte, ambos métodos pueden tomar como material de observación y foco de análisis ya sea las sesiones en su totalidad o bien fragmentos de estas, brindando a su vez algunos

criterios para analizar la significatividad de dicho material a nivel estadístico, así como su sentido y contexto a nivel cualitativo.

En tercer lugar, estos métodos además de ofrecer categorías para la clasificación frase por frase, hacen énfasis en el conocimiento a nivel de contenido de las sesiones y la forma en que se articulan las frases en estas para determinar qué partes de las sesiones pueden estudiarse en términos de momentos de cambio o de estancamiento.

En el siguiente apartado se muestran los resultados de la aplicación de ambos métodos a dos casos de pacientes con intento suicida. Para ello se analizan varias sesiones de cada caso de forma global y fragmentos de estas.

CAPÍTULO 5 RECOLECCIÓN DE DATOS Y RESULTADOS

La presente investigación pretende analizar el discurso de dos pacientes con intento suicida con el fin de localizar momentos de cambio y estancamiento terapéutico. En este apartado se enlista el material recopilado y sus características, así como los pasos seguidos para el tratamiento de los datos con el fin de lograr una cooperación óptima entre los resultados del SCAT y el ADL.

Se parte de las siguientes preguntas específicas (1 a la 6), mismas que corresponden con las planteadas en el primer apartado de este trabajo. A ello se agrega la pregunta central (pregunta 7):

1. ¿Alrededor de qué temas se despliegan los intercambios lingüísticos en los segmentos analizados de las sesiones de psicoterapia?
2. ¿Cuáles tipos de frases aparecen en los intercambios paciente-terapeuta a lo largo de las sesiones de psicoterapia desde el SCAT?
3. ¿Cuáles frases aparecen en los intercambios paciente-terapeuta a lo largo de las sesiones de psicoterapia desde el ADL-AH?
4. ¿Cuáles momentos de cambio y estancamiento aparecen en los dos casos revisados?
5. ¿Cómo se estructuran las frases enunciadas por paciente y terapeuta en los momentos de cambio y estancamiento en las sesiones?
6. ¿Cuáles son las coincidencias y diferencias que establecen los dos métodos al momento de analizar momentos de cambio y estancamiento?
7. ¿Cuáles son los actos de habla concomitantes a los momentos de cambio y estancamiento terapéutico en personas con intento de suicidio que asisten a un proceso en psicoterapia?

Para dar respuesta a dichos cuestionamientos de presentan primero los criterios para la selección del material, las consideraciones éticas, los procedimientos utilizados y finalmente se presentan los resultados, en respuesta a las preguntas planteadas

5.1 Material seleccionado

El universo de material para este estudio consta de dos casos clínicos de terapeutas de enfoque psicoanalítico que atendieron a pacientes con intento suicida. En ambos casos se trata de mujeres jóvenes de entre 25 y 35 años, con por lo menos un intento suicida y que asistieron al proceso terapéutico en cuestión un mínimo de 10 sesiones con una periodicidad semanal durante el año 2014, y fueron audio grabadas con consentimiento de las pacientes y posteriormente transcritas. Para esta investigación se tomó como muestra 16 sesiones, 8 de cada paciente, cuya duración aproximada es de 45 minutos cada una.

Los criterios para la selección de los casos fueron con base a que la problemática de las pacientes tuviera puntos de comparación y no con base al enfoque de los terapeutas, ello debido a que esta investigación se sustenta en la perspectiva seguida por autores como Beutler (2009), Malik (2002) y Wampold, (2001) de que la forma de interacción, las características del caso y el contexto son mejores predictores del resultado de la terapia que el enfoque. Esta investigación no tiene como intención comparar estilos de diferentes formas de hacer psicoterapia.

Así mismo las 8 sesiones seleccionadas en ambos casos corresponden a las sesiones 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11. Se espera que esto brinde la posibilidad de una comparación entre momentos del proceso similares en ambos casos.

5.2 Marco ético

- Se cuenta con el consentimiento informado de pacientes y terapeutas para audio grabación de las sesiones y el análisis de estas en el marco investigativo.
- Confidencialidad (cambio de nombres y lugares para garantizar anonimato)
- Beneficios para el paciente: participación de un proceso terapéutico.
- Beneficios para el terapeuta: Retroalimentación sobre elementos del caso clínico.

5.3 Procedimiento

Para el análisis de las sesiones se realizó el siguiente procedimiento cuyos criterios derivan de los planteados por los lineamientos tanto del ADL como del SCAT:

- 1) Transcripción de audio grabaciones de las sesiones.
- 2) Primer acercamiento al contenido de las sesiones.
- 3) Sintetizar los tópicos abordados en cada sesión.
- 4) Fragmentación de las sesiones en turnos de palabra
- 5) Fragmentación adicional de los turnos en frases que cumplieran con los criterios de unidades mínimas mencionados por Valdés (2011) y Maldavsky (2007).
- 6) Calificación de las frases de acuerdo con las categorías consideradas en el SCAT: Forma Básica (FB), Intención Comunicacional (IC), Técnica (TE), Ámbito (AM) y Referencia (RE). Cabe aclarar que estas categorías cuentan con subcategorías para las cuales se agrega un número de referencia correspondiente. Véase en el [anexo 16](#) un ejemplo de la calificación.
- 7) Clasificación de las frases de acuerdo con las categorías consideradas en el ADL-AH: Libido Intrasomática (LI), Oralidad Primaria (O1), Oralidad Secundaria (O2),

Analidad Primaria (A1), Analidad Secundaria (A2), Fállico Uretral (FU) y Fállico Genital (FG). Véase en el [anexo 16 y 17](#) un ejemplo de la calificación.

- 8) Contabilizar las frecuencias de cada categoría de SCAT y ADL-AH en cada sesión: de manera global, intervenciones del paciente e intervenciones del terapeuta.
- 9) Realizar el manejo estadístico correspondiente a ambos métodos: Aplicación de la prueba Chi cuadrada para el SCAT y análisis de percentiles en el ADL-AH para las sesiones.
- 11) Brindar una descripción global de cómo se presenta el discurso de paciente y terapeuta desde la perspectiva del SCAT y del ADL-AH.
- 12) Localizar los momentos/episodios de cambio y estancamiento en cada sesión de acuerdo con los criterios metodológicos y de contenido contemplados en el Manual de Observación,
- 13) Registro y Codificación de Episodios de Cambio y Estancamiento (Programa Chileno de Investigación en Psicoterapia y Cambio, 2012) y del ADL-AH respecto a la pertinencia de las intervenciones del terapeuta y su efecto en la alianza terapéutica (Maldavsky, 2004, 2012).
- 14) Delimitar el tipo de episodio de cambio o estancamiento de acuerdo con los criterios del SCAT y del Manual de Observación, Registro y Codificación de Episodios de Cambio y Estancamiento.
- 15) Analizar cualitativamente los episodios de cambio y estancamiento de acuerdo con los criterios del SCAT y el ADL-AH (ver Capítulo 4).

16) Determinar cómo se expresan terapeuta y paciente en los episodios delimitados de acuerdo con lo arrojado por el SCAT y el ADL-AH con el fin de conocer cómo se articula el cambio y el estancamiento (ver Capítulo 4).

17) Señalar semejanzas y diferencias en lo obtenido desde los instrumentos empleados.

5.4 Presentación De Los Casos A Analizar

En los siguientes apartados se desarrolla el análisis de los dos casos seleccionados para la investigación. Se trata de pacientes con intento suicida que tienen los seudónimos respectivamente de ROSA y VIOLETA. En cada apartado se inicia dando una descripción del caso y un mapa de los temas emergentes a lo largo de las sesiones para responder a la pregunta de investigación 1. Posteriormente se desarrolla el análisis de lo obtenido en cada sesión a partir de las frecuencias en que aparecen las categorías de ambos métodos para responder a las preguntas 2 y 3. Después, se exponen los momentos de cambio y estancamiento localizados en cada caso, así como el análisis de dichos episodios con lo cual se busca responder a las preguntas de investigación 4 y 5. Finalmente se realiza una síntesis de los hallazgos encontrados y a partir de ello se propone un análisis de los episodios de cambio y estancamiento desde cada método, con la finalidad de responder a la pregunta de investigación 6, articulando además un análisis de los puntos de coincidencia y divergencia entre ambos métodos con lo que se busca responder a la pregunta 7.

5.5 Presentación de los resultados del caso ROSA: ¿Alrededor de qué temas se despliegan los intercambios lingüísticos en los segmentos analizados de las sesiones de psicoterapia?

5.5.1 Elementos generales del caso ROSA

Se trata de una paciente de sexo femenino con la edad de 25 años en el momento de las sesiones. Es la menor de 4 hermanos (3 mujeres y un varón), la madre murió cuando ella tenía 18

años. Cursa estudios de nivel superior y vive con el padre, su hermana y la pareja de su hermana al momento de iniciar el tratamiento.

El motivo de consulta inicial es debido a múltiples intentos de suicidio con pastillas que han culminado en hospitalización de urgencia, así como internamientos en hospital psiquiátrico. Además, menciona experimentar sentimientos de tristeza y desgano. Al momento de iniciar el proceso refiere problemas con su relación de pareja actual. Para ejemplos de la forma en que las sesiones textuales fueron analizadas ver [anexo 16 y 17](#).

Terapeuta: ALMA

Se trata de una terapeuta del sexo femenino con 49 años al momento de las sesiones. Tiene el grado de psicología y la formación psicoanalítica. Se desempeña en el área docente y en la consulta clínica privada, con 23 años de experiencia al momento de las sesiones.

A continuación, se muestra un mapa global sobre los temas abordados a lo largo de las sesiones:

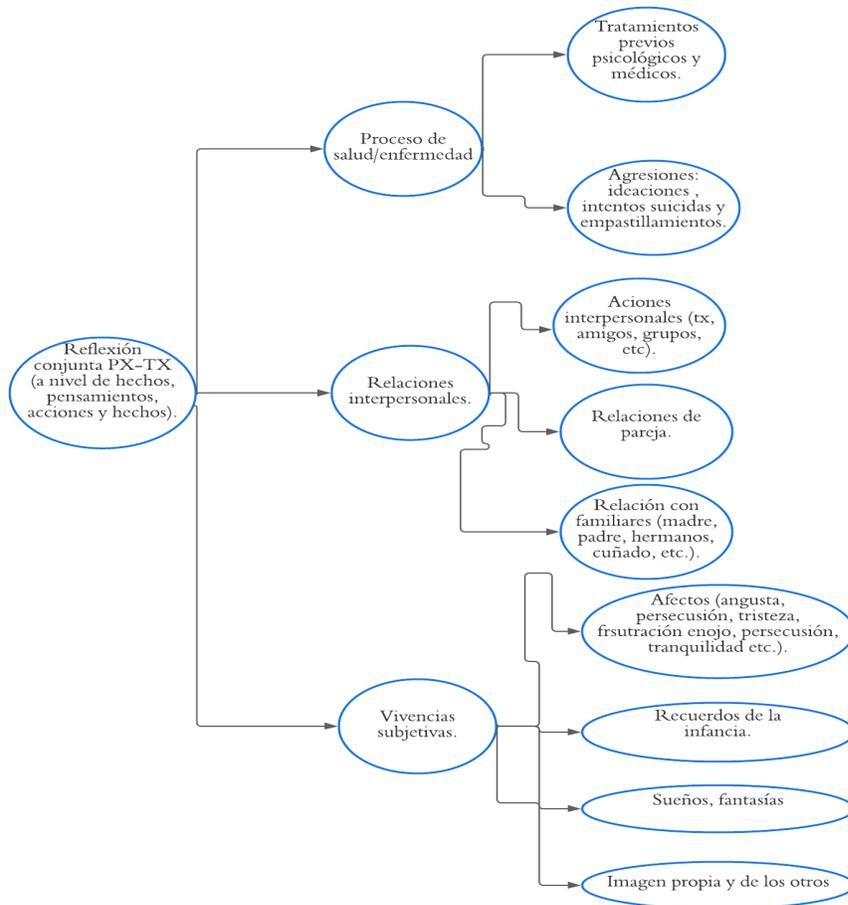


Figura 2: Mapa temático del caso ROSA

La figura 2 ilustra los temas alrededor de los cuales se presentan los intercambios lingüísticos de los hablantes. En la parte izquierda se plantea que lo producido es a partir de una reflexión conjunta de paciente y terapeuta, a su vez la parte central de la figura los tres elementos globales producto de dicha reflexión, y finalmente los cuadros de la parte derecha muestran ejemplos más específicos de estas temáticas. Como puede observarse, el diálogo terapéutico se centró en elementos de acciones, pensamiento y afectos respecto a:

1. Proceso de salud/enfermedad: Los intentos suicidas y autolesiones; tratamientos médicos, psicoterapéuticos y experiencias de contención previas.
2. Relaciones interpersonales: Principalmente a nivel familiar, relaciones con compañeros de trabajo o grupo y relaciones de pareja.
3. Vivencias subjetivas: Imagen propia y de los otros; sueños y fantasías sobre sí misma y los demás; recuerdos de la infancia; afectos de angustia, frustración, enojo, etc.

En el siguiente apartado se presenta un análisis descriptivo de 8 sesiones del proceso terapéutico, así como los resultados globales del análisis realizado con los métodos de SCAT y ADL-AH en el caso ROSA. Con estos datos se responde la pregunta 1 de ¿alrededor de qué temas se despliegan los intercambios lingüísticos en los segmentos analizados de las sesiones de psicoterapia?, así como a las preguntas 2 y 3 sobre ¿Cuáles tipos de frases aparecen en los intercambios paciente-terapeuta a lo largo de las sesiones de psicoterapia desde el SCAT y el ADL-AH?

5.5.2 Análisis del caso ROSA: ¿Cuáles tipos de frases aparecen en los intercambios paciente-terapeuta a lo largo de las sesiones de psicoterapia desde el SCAT y el ADL-AH?

A continuación, se presenta el análisis general del caso ROSA, para ello se exponen los porcentajes globales de cada categoría en la muestra analizada de 8 sesiones desde los métodos del SCAT y el ADL-AH.

5.5.3 Análisis del caso ROSA por sesiones

A continuación, se presenta el análisis de las sesiones terapéuticas del caso ROSA, para ello se expone en primer lugar un resumen de la sesión y posteriormente se muestran los porcentajes globales de las categorías de acuerdo con los métodos SCAT y ADL-AH.

Resumen de la sesión 2

Al inicio de la sesión la paciente menciona sentirse “escéptica” y sin deseos de realizar sus actividades. La terapeuta realiza preguntas para establecer rapport al indagar sobre dichas actividades. Posteriormente se aborda el tema de las experiencias pasadas de ROSA en terapia. La paciente narra que ha estado en atención psiquiátrica, terapia de corte Gestalt y en experiencias de terapia de grupos de autoayuda, añadiendo que en esta modalidad escuchar los testimonios de las otras personas la dejaban peor anímicamente. En este momento las intervenciones de la terapeuta se centran en indagar más datos y en preguntar por los afectos de la paciente.

La paciente habla sobre otra experiencia previa que era acudir al grupo de su templo, situación que la motivaba, pero sobre la cual ahora siente desánimo. Al indagar más sobre este estado emocional la paciente relata cómo el asistir al templo fue algo que realizó después de su primera experiencia de internamiento en el hospital psiquiátrico y que fue consecuencia de haberlo sentido como un parteaguas en su vida en donde se sintió motivada. Agrega que en el internamiento más reciente tenía la expectativa de tener una sensación similar, pero al no ser así se sentía desanimada.

La terapeuta pregunta si esta diferencia puede deberse a la situación de decepción amorosa recientemente mencionada por la paciente, a lo que esta responde comentando que en esta ocasión no había visto venir ni la ruptura ni su más reciente intento de suicidio. La paciente afirma que siente malestar de no poder tener hijos y formar una familia. La terapeuta formula preguntas para analizar estas afirmaciones de la paciente y cómo ROSA llegó a esas conclusiones. Al observar que dicho razonamiento deviene de observar los patrones en su familia como casarse y formar una

familia a corta edad, la terapeuta enfatiza algunos elementos de diferencia entre ROSA y su familia, por ejemplo, el interés de la paciente en tener una carrera profesional.

Al continuar el diálogo la paciente menciona el sentimiento de envidia que le genera el ver parejas con hijos y familias en su entorno. A partir de lo anterior se aborda la relación de pareja actual de la paciente, así como relaciones anteriores. La paciente narra que en su primera relación de pareja se sentía menospreciada y que la pareja se mostraba celosa constantemente, situación que le impulsa a un intento de suicidio y a su primer internamiento. Al indagar más sobre esta situación la paciente agrega que el intento de quitarse la vida era una forma de evitar sentir dolor. La paciente menciona algunos detalles adicionales de esa primera experiencia de hospitalización como son la presión de su familia por sacarla del hospital, posteriores problemas con la pareja, y un periodo de aislamiento de una semana tras el alta.

La paciente narra de nueva cuenta que tras la hospitalización comienza a ir al templo, agregando que termina su relación de pareja esperando por tres años a que este la buscara. Posteriormente, a sus 17 años, conoce otra pareja la cual la presionó para tener relaciones sexuales, experiencia que considera traumática ya que iba en contra de los valores que ella tenía. La terapeuta señala que las acciones de esa pareja fueron incorrectas ya que se trataba de una persona mayor que la paciente. La paciente menciona sentimientos de culpa debido a que el inicio de su vida sexual coincidió con la época en la que muere su madre. Al indagar sobre el periodo de la muerte de la madre la paciente menciona que esta tuvo problemas de salud desde que ROSA era una niña por lo que constantemente pensaba en su muerte. La terapeuta indaga sobre si hubo intentos de suicidio previos a la muerte de la madre, a lo que la paciente responde que sí, que ella trataba de matarse “por cualquier tontería” ya fuera cortándose o tomando pastillas.

La terapeuta retoma el tema del desánimo actual de ROSA e indaga sobre las posibles estrategias de esta para recobrar el ánimo, a lo que la paciente responde mencionando que las estrategias que usaba no le funcionan ya. La terapeuta pregunta si esta problemática estará relacionada a su situación de pareja y a su manera de elegirlos. La paciente menciona que muchos de sus pretendientes suelen ser hombres casados y que ella logra darse cuenta. La terapeuta confronta dicha afirmación mencionando que en su anterior relación de pareja él era casado y ella no se dio cuenta. La terapeuta menciona algunas pautas a tener en cuenta para la elección de pareja y enfatiza la posibilidad de que ROSA use su tiempo en alternativas de relaciones sociales distintas a una pareja.

La sesión termina con paciente y terapeuta explorando la posible situación de que ENRIQUE, la pareja anterior, busque de nueva cuenta a ROSA, y los afectos que pueden despegarse alrededor de ello.

En las siguientes tablas se encuentra la calificación en porcentaje tanto del terapeuta (tabla 2) cómo del paciente (tabla 1) de la sesión 2 desde las categorías que ofrece el SCAT; cabe acotar que se utilizó la siguiente codificación para capturar los datos: Forma Básica (FB), Intención Comunicacional (IC), Técnica (TE), Ámbito (AM) y Referencia (RE). Estos códigos pueden ir seguidos de un número para especificar la subcategoría utilizada, estas categorías cuentan con subcategorías para las cuales se agrega un número de referencia correspondiente. Finalmente es necesario mencionar que las tablas de las sesiones subsiguientes en los casos de ROSA y VIOLETA siguen esta misma lógica de lectura. Véase en el [anexo 16](#) un ejemplo de la calificación del material de las sesiones.

Tabla 1

Calificación en porcentajes de la sesión 2 caso ROSA-PACIENTE desde el SCAT

FORMA BÁSICA					INTENCIÓN			CASO ROSA SESIÓN 2 PACIENTE	
<i>FB1</i>	<i>FB2</i>	<i>FB3</i>	<i>FB4</i>	<i>FB5</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>	<i>IC3</i>		
7.23	88.91	3.03	0.84	0.00	91.98	5.15	2.86		
TÉCNICA									
<i>TE1</i>	0.00	<i>TE4</i>	0.00	<i>TE7</i>	0.00	<i>TE10</i>	10.53	<i>TE13</i>	0.00
<i>TE2</i>	0.00	<i>TE5</i>	0.00	<i>TE8</i>	0.00	<i>TE11</i>	0.00	<i>TE14</i>	0.00
<i>TE3</i>	0.00	<i>TE6</i>	0.00	<i>TE9</i>	89.47	<i>TE12</i>	0.00	<i>TE15</i>	0.00
ÁMBITO			REFERENCIA						
<i>AM1</i>	<i>AM2</i>	<i>AM3</i>	<i>RE1</i>	<i>RE2</i>	<i>RE3</i>	<i>RE4</i>	<i>RE5</i>	<i>RE6</i>	
92.16	5.16	2.68	69.14	0.40	18.24	0.00	4.01	8.22	

Categorías con mayor presencia en la sesión (ordenados de mayor a menor)

Forma básica: Aseverar (FB2).

Intención comunicacional: Explorar (IC1)

Ámbito: Acciones (AM1), Ideas (AM2) y Afectos (AM3).

Referencia: Al sí mismo (RE1) y A un tercero (RE3).

Técnica: Narración (TE9) y Nominación (TE10).

Tabla 2

Calificación en porcentajes de la sesión 2 caso ROSA-TERAPEUTA desde el SCAT

FORMA BASICA					INTENCIÓN			CASO ROSA SESIÓN 2 TERAPEUTA	
<i>FB1</i>	<i>FB2</i>	<i>FB3</i>	<i>FB4</i>	<i>FB5</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>	<i>IC3</i>		
19.82	50.00	2.25	20.27	0.00	82.10	14.19	3.70		
TECNICA									
<i>TE1</i>	3.13	<i>TE4</i>	26.56	<i>TE7</i>	1.56	<i>TE10</i>	7.81	<i>TE13</i>	6.25
<i>TE2</i>	0.00	<i>TE5</i>	0.00	<i>TE8</i>	0.00	<i>TE11</i>	1.56	<i>TE14</i>	6.25
<i>TE3</i>	34.38	<i>TE6</i>	6.25	<i>TE9</i>	0.00	<i>TE12</i>	6.25	<i>TE15</i>	0.00
ÁMBITO			REFERENCIA						
<i>AM1</i>	<i>AM2</i>	<i>AM3</i>	<i>RE1</i>	<i>RE2</i>	<i>RE3</i>	<i>RE4</i>	<i>RE5</i>	<i>RE6</i>	
72.97	14.19	12.84	16.27	50.60	14.46	6.02	0.00	12.65	

Categorías con mayor presencia en la sesión (ordenados de mayor a menor)

Forma básica: Aseverar (FB2) y Preguntar (FB4).

Intención comunicacional: Explorar (IC1).

Ámbito: Acciones (AM1), Ideas (AM2) y Afectos (AM3).

Referencia: Al otro presente (RE2) y Al sí mismo (RE1).

Técnica: Confrontación (TE3), Consejo (TE4) y Nominación (TE7).

En las siguientes tablas se encuentra la calificación de la sesión 2 de la paciente (tabla 3) y la terapeuta (tabla 4) desde las categorías que ofrece el ADL-AH. En la columna superior se observan las categorías empleadas y en la columna inferior aparecen las frecuencias en porcentaje en que cada categoría aparece en la sesión, Cabe acotar que se utilizó la siguiente codificación para

capturar los datos: Libido Intrasmática (LI), Oralidad Primaria (O1), Oralidad Secundaria (O2), Analidad Primaria (A1), Analidad Secundaria (A2), Fállico Uretral (FU) y Fállico Genital (FG).

Tabla 3

Calificación de la paciente en la sesión 2 caso ROSA desde el ADL

ADL-AH							
CASO ROSA SESIÓN 2 PACIENTE	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
		3.12	4.00	31.29	4.26	39.32	12.33

El repertorio de la paciente en esta sesión abarca relatos de acciones y hechos concretos (A2), complementadas por diferentes categorías: referencias a la temporalidad y espacialidad (FU); descripción de estados afectivos y lamentos (O2); referencias a estados corporales (LI); referencias a injurias sufridas por la paciente o acusaciones (A1); pensamiento abstracto y místico (O1).

Tabla 4

Calificación de la terapeuta en la sesión 2 caso ROSA desde el ADL

ADL-AH							
CASO ROSA SESIÓN 2 TERAPEUTA	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
		1.73	0.00	15.58	6.81	37.17	29.15

La terapeuta por su parte utiliza principalmente lenguajes de la categoría A2 como forma de aclarar dudas de hechos concretos mencionados por la paciente; acompañamiento de discurso (FU) y referencia a estados afectivos (O2).

En esta segunda sesión a nivel de uso de frases puede observarse que destaca el uso de categorías referidas a entrega y exploración de información a nivel de hechos y estados afectivos.

Resumen de la sesión 4

Al inicio de sesión la paciente comenta que el fin de semana trató de suicidarse. Narra que al ir a su cita médica le dan algunos medicamentos, de los cuales una parte se los da a su hermana para que los guarde. La paciente menciona que ocultó otras pastillas de su hermana, y que fue con estas que intentó suicidarse.

Menciona que unos minutos después de ingerir las pastillas empieza a sentir malestar y pide auxilio a su hermana, quien le ayuda a que vomite. Agrega que tras esto desea ir a distraerse, por lo que decide ir a su grupo, pero al llegar, al verla mareada, deciden regresarla a casa.

Agrega que al día siguiente aún sentía los efectos del medicamento y que al estar hablando con una de sus vecinas se cae y se golpea la cara y el brazo contra el suelo. Comenta que el dolor la impactó mucho y que en ese momento se asustó, por lo que la llevaron a urgencias.

Menciona que mientras está hospitalizada decide terminar su relación con ENRIQUE, ya que lo culpa de su situación actual y agrega que lo fueron a visitar algunos de sus amigos, dos de los cuales le proponen iniciar una relación de pareja. ROSA decide comenzar una relación con uno de ellos, LEONARDO. Por otra parte, menciona que ENRIQUE la ha buscado para hablar y acuerdan verse la siguiente semana, aunque la paciente manifiesta no tener deseos de verlo.

Más adelante ROSA comienza a indicar las cualidades de LEONARDO, su nueva pareja, mencionando que es amable y la cuida. La paciente además manifiesta su deseo de cambiar, resaltando que desde que terminó su relación con ENRIQUE se ha sentido bien.

La terapeuta toma la palabra para acotar algunos aspectos de la dinámica de pareja que ROSA llevó con ENRIQUE, mencionando que es posible que él la busque y le haga promesas con la finalidad de que la relación continúe, aunque finalmente no tenga la intención de dejar a su esposa. La terapeuta menciona además algunos ejemplos de acciones que la paciente puede realizar para mantenerse estable.

La paciente, en respuesta, menciona estar de acuerdo ya que considera que ENRIQUE no es una buena opción para ella, ya que él es una persona mentirosa y que ella misma estaba también convirtiéndose en ese tipo de persona.

La terapeuta retoma el tema del intento de suicidio y pregunta a ROSA qué le motivó a tomar las pastillas, a lo que la paciente responde que no lo sabe y no recuerda bien lo que pasó. Redirige la atención al momento del relato en que siente malestar y pide ayuda a su hermana, agregando que no desea volver a consumir las pastillas, por lo que decidió suspender su tratamiento psiquiátrico.

La terapeuta le advierte los efectos adversos de dejar la medicación sin supervisión de su médico e indaga la manera en que la paciente tomaba las pastillas, la paciente arguye haber ingerido los medicamentos como se le había indicado. Agrega que ahora tiene miedo a continuar el tratamiento con el clonazepam, ya que varios de sus intentos de suicidio han sido durante ese periodo.

La paciente vuelve a mencionar que se siente de mejor ánimo desde que no toma las pastillas. La terapeuta interrumpe un momento la sesión para revisar un mensaje en su celular, la terapeuta se da cuenta que los mensajes son de ROSA para confirmar su cita de terapia y que corresponden al fin de semana, ROSA menciona no recordar haberlos enviado.

Se retoma el tema de lo que la paciente recuerda del intento de suicidio; la paciente recuerda entonces que previo al intento ella tenía una cita con ENRIQUE, por la cual ella estaba emocionada, pero que al este cancelarla ella siente mucha frustración y tomara las pastillas.

Al indagar más al respecto la paciente menciona que no se ha sentido deprimida en esos días más que cuando habló con ENRIQUE, agregando que se siente liberada desde que terminaron y se plantea el cómo mantener su postura de ya no hablar con él, por ejemplo, no tener su teléfono sino dárselo a su hermana, la terapeuta al respecto le comenta que esa podría ser una solución para poner un límite claro, agregando que la paciente necesita apoyo ya que no puede dar cuenta de varias cosas que le han sucedido.

La paciente se muestra de acuerdo y afirma que siente que eso puede ser peligroso ya que puede hacer cosas por impulso, pero trata de contenerse; pone como ejemplo el deseo de hacer daño a la esposa de ENRIQUE cuando lo ha buscado y los ha visto juntos.

La paciente menciona sentirse culpable, afirma que si hubiera sabido que ENRIQUE es casado le daría la razón a la esposa. La terapeuta trata de ayudar a ROSA a identificar otras alternativas que puede llevar a cabo para estar mejor, la paciente responde manifestando su deseo de progresar y preguntando si ello es posible, a lo que la terapeuta responde que sí, pero que ROSA debe trabajar en ello.

La paciente recuerda haber tenido un sueño que le brindó tranquilidad. Narra que soñó con su madre y que esta le dice que la va a cuidar. La paciente recuerda que cuando era niña le daba tristeza y miedo que su madre saliera, aunque fuera a un lugar cercano ya que ella se quedaba encerrada en su casa. Al indagar por qué le asustaba estar en su casa, la paciente menciona que cuando era niña le había contado a su familia que una persona se había suicidado en ese lugar; ROSA menciona que le comentaron que se trataba de un hombre que al tener muchos problemas y haber perdido una apuesta había optado por ahorcarse. La paciente agrega que su madre siempre mencionó poder ver fantasmas. ROSA recuerda también haber asistido a los velorios de sus abuelas.

La paciente reflexiona mencionando que ella piensa en el suicidio como un modo de huir de los problemas, ya que es lo que vio que hizo la persona que se ahorcó en su casa. ROSA compara su vida con una jarra que se rompe cuando hay demasiados problemas. Agrega que sus problemas comenzaron cuando tenía 19 años por presión de su pareja. Menciona que ella ha experimentado desgano lo que contrasta con sus expectativas de superarse, por lo que al no cumplirse éstas, se siente frustrada.

Al finalizar la sesión la terapeuta le pregunta por su estado de ánimo después de este intento de suicidio, ROSA menciona que se siente contenta por su nueva relación, y no contenta por el intento de suicidio. Relata como la nueva relación le ayuda a centrarse en ella y cómo con ello pudo atender a su padre al llevarlo al médico.

Tabla 5

Calificación de la sesión 4 PACIENTE caso ROSA desde el SCAT

FORMA BÁSICA	INTENCIÓN	
--------------	-----------	--

<i>FB1</i>	<i>FB2</i>	<i>FB3</i>	<i>FB4</i>	<i>FB5</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>	<i>IC3</i>	CASO ROSA SESIÓN 4 PACIENTE	
4.43	93.16	2.41	0.00	0.00	86.46	7.64	5.89		
TÉCNICA									
<i>TE1</i>	0.00	<i>TE4</i>	0.00	<i>TE7</i>	0.00	<i>TE10</i>	0.00	<i>TE13</i>	0.00
<i>TE2</i>	0.00	<i>TE5</i>	0.00	<i>TE8</i>	7.02	<i>TE11</i>	0.00	<i>TE14</i>	0.00
<i>TE3</i>	0.00	<i>TE6</i>	0.00	<i>TE9</i>	92.98	<i>TE12</i>	0.00	<i>TE15</i>	0.00
ÁMBITO			REFERENCIA						
<i>AM1</i>	<i>AM2</i>	<i>AM3</i>	<i>RE1</i>	<i>RE2</i>	<i>RE3</i>	<i>RE4</i>	<i>RE5</i>	<i>RE6</i>	
53.74	19.95	26.30	66.59	0.66	21.24	0.00	8.18	11.11	

Categorías con mayor presencia en la sesión (ordenados de mayor a menor)

Forma básica: Aseverar (FB2).

Intención comunicacional: Explorar (IC1).

Ámbito: Acciones (AM1), Ideas (AM2) y Afectos (AM3).

Referencia: Al sí mismo (RE1) y A un tercero (RE3).

Técnica: Narración (TE) y Metáfora (TE8).

Tabla 6

Calificación de la sesión 4 TERAPEUTA caso ROSA desde el SCAT

FORMA BÁSICA					INTENCIÓN			CASO ROSA SESIÓN 4 TERAPEUTA	
<i>FB1</i>	<i>FB2</i>	<i>FB3</i>	<i>FB4</i>	<i>FB5</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>	<i>IC3</i>		
28.13	43.75	1.34	16.96	9.82	75.50	21.19	3.31		

TÉCNICA									
TE1	1.82	TE4	7.27	TE7	3.64	TE10	1.82	TE13	3.64
TE2	1.82	TE5	1.82	TE8	5.45	TE11	0.00	TE14	0.00
TE3	52.73	TE6	9.09	TE9	0.00	TE12	10.91	TE15	0.00
ÁMBITO			REFERENCIA						
AM1	AM2	AM3	RE1	RE2	RE3	RE4	RE5	RE6	
61.70	21.99	16.31	14.48	48.97	18.62	0.00	1.38	16.55	

Categorías con mayor presencia en la sesión (ordenados de mayor a menor)

Forma básica: Aseverar (FB2).

Intención comunicacional: Explorar (IC1).

Ámbito: Acciones (AM1), Ideas (AM2) y Afectos (AM3).

Referencia: Al otro presente (RE2), A un tercero (RE3) y Referencia neutral (RE6).

Técnica: Confrontación (TE3) y Reflejo (TE12).

Tabla 7

Calificación global de la sesión 4 caso ROSA desde el ADL

ADL-AH							
CASO ROSA SESIÓN 4 PACIENTE	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
		0.00	1.28	18.53	1.70	7.29	27.78

En el análisis con el ADL-AH correspondiente a la paciente, se encuentra que la mayor parte de las frases corresponden a la categoría FG en su referencia a manifestar un deseo, comparación metafórica, exageración y dramatización. En el caso de la categoría FU, esta aparece en su modalidad de vocalización en suspenso y preguntas o afirmaciones referentes a la orientación espaciotemporal. La tercera categoría con mayor frecuencia en la sesión es O2 como referencias a estados afectivos y reproches.

Tabla 8

Calificación global de la sesión 4 caso ROSA desde el ADL

ADL-AH							
CASO ROSA SESIÓN 4 PACIENTE	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
		10.71	19.58	3.01	3.01	18.89	38.588

En la terapia el uso del lenguaje FU se da para acompañar el discurso ajeno y realizar preguntas referidas a factores tiempo-espaciales, por su parte, O2 reaparece con frecuencia para referir estados afectivos y a la realización de acciones. Categorías que aparecen en un momento inicial de la sesión son LI, que aparece para indicar las referencias a estados corporales de la paciente.

Resumen de sesión 5

Al inicio de la sesión la paciente menciona haber tenido varios cambios de humor y sentirse con energía al inicio de la semana para después haber experimentado ansiedad el fin de semana.

Narra lo que ha sucedido en su entrada de nuevo en la universidad. Posteriormente menciona que al ver las heridas de su caída de la semana anterior se puso a llorar.

Agrega que al ver como otras personas en la universidad veían sus moretones le dieron ganas de llorar ya que se imaginaba como si hubiera sido golpeada. La paciente dice que relaciona los moretones con el daño interno y externo de su relación con ENRIQUE.

Posteriormente narra que en la semana la regañaron por haber tomado dinero, aunque ella había pedido permiso a su padre para tomarlo. A partir de la ansiedad de esas situaciones decide tomar media pastilla de clonazepam, lo que le ayuda a calmarse.

La paciente continúa narrando que ENRIQUE la busca insistentemente. Menciona que en una ocasión ella contesta la llamada y lo culpa de los moretones diciendo que no lo quiere ver. Experimentando culpa por lo dicho. En ese momento la terapeuta indaga más sobre el sentimiento de culpa de ROSA y la confronta mencionando que al parecer cualquier idea le cambia el estado de ánimo con mucha facilidad. La paciente menciona que se ha dado cuenta de ello y ha pensado que no puede seguir así.

La terapeuta puntualiza como pudo estar involucrado el regaño de la familia por el dinero y como ROSA da importancia a ideas absurdas, afirmación con la que la paciente dice estar de acuerdo. El diálogo continúa mencionando como la paciente se imagina escenarios negativos. La terapeuta también señala el patrón dependiente de ROSA, mencionando que posiblemente éste ha contribuido a llevarla a estas crisis.

A partir de lo dicho sobre la relación con ENRIQUE la paciente menciona cómo en otras relaciones al terminar se había podido desprender de la pareja, pero en la relación actual no ha podido lograrlo. La terapeuta retoma el tema de cómo ROSA se sugestiona y hace dramas. La

paciente menciona que eso es cierto y que incluso uno de sus sobrinos pequeños la llama “dramática” o “bebé”.

A partir del tema de dramatizar la paciente menciona una experiencia con una prima donde fingien huir de casa imaginando que son niñas de la calle. Menciona otra ocasión donde le picó una araña y pensó que moriría envenenada, por lo cual se despidió de toda su familia.

Puntualiza que se sugestiona imaginando que tiene diversas enfermedades especialmente mentales, cosa por la que su hermana la regaña.

La paciente menciona momentos de confusión donde se siente con una sensación de extrañamiento de lo que le pasa. La terapeuta puntualiza como ello es consecuencia de esa autosugestión de ROSA. La paciente menciona que no ha tenido pensamientos suicidas, a lo que la terapeuta señala el deseo manifestado por ROSA en la sesión anterior de estar bien y como parece ser que lo está llevando a cabo. La terapeuta trata de indagar más detalladamente en cómo la paciente ha tomado sus medicamentos.

La paciente lleva el tema a la pregunta de cómo hacerle para no sugestionarse. Ante este cambio de tema la terapeuta señala como parece que ROSA al sugestionarse tan fácil es como si no tuviera personalidad. A partir de este señalamiento dialogan de como la paciente es volátil, ya que por momentos se siente muy bien y en otros muy mal en un periodo corto de tiempo.

La paciente menciona una situación en que sintió ansiedad y tomó la pastilla que le recetaron, pero le dio pena decirle a su hermana, pues supuso que ella pensaría que quería llamar la atención. Agrega que cuando la pastilla hizo efecto se sintió más tranquila.

Al volver al tema de los dramas, la paciente menciona que, en su relación con ENRIQUE, la intuición de que se fuera o tuviera alguien más le causaba malestar. Agrega que al no creer las

promesas de una vida juntos en pareja decidió tomar las pastillas. ROSA compara las pastillas con una borrachera y la terapeuta señala cómo esa ingesta es una forma de la paciente para perderse. La paciente agrega que la caída le hizo cuestionarse qué estaba haciendo.

La terapeuta señala que quizá la intuición de la paciente era correcta en parte, ya que ENRIQUE es casado. Agrega que una alternativa para dramatizar puede ser escuchar esa intuición. Cuando la paciente reflexiona sobre cómo esa intuición y el drama se han combinado, la terapeuta puntualiza las diferencias entre reacciones adecuadas a la realidad y el drama.

Ambas dialogan de nueva cuenta sobre los cambios de estado de ánimo de ROSA y la terapeuta resalta la importancia de que la paciente sepa que pasa por un duelo, así como la importancia de distinguir el duelo sano del patológico. ROSA menciona otras vivencias donde se ha sugestionado, por ejemplo, la tristeza ante la idea de no poder tener hijos como le sucedió a su hermana o el enojo que sintió las ocasiones en que vio a ENRIQUE con su esposa e hijo.

Al cierre de la sesión ROSA reflexiona con ayuda de la terapeuta sobre sus capacidades para enfrentar crisis reales, como la muerte de la madre de la paciente o dificultades económicas. La paciente señala que son situaciones que puede afrontar, pero que se debilita en otras situaciones cuando ella misma se sugestiona. La terapeuta señala semejanzas de estas situaciones respecto a las relaciones de pareja anteriores de la paciente.

Tabla 9

Calificación en porcentajes de la sesión 5 caso ROSA- PACIENTE desde el SCAT

FORMA BÁSICA					INTENCIÓN			CASO ROSA
<i>FB1</i>	<i>FB2</i>	<i>FB3</i>	<i>FB4</i>	<i>FB5</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>	<i>IC3</i>	

8.05	88.18	3.25	0.51	0.00	96.68	0.5	2.73	SESIÓN 5 PACIENTE	
TÉCNICA									
<i>TE1</i>	48.57	<i>TE4</i>	0.00	<i>TE7</i>	0.00	<i>TE10</i>	2.86	<i>TE13</i>	0.00
<i>TE2</i>	0.00	<i>TE5</i>	0.00	<i>TE8</i>	0.00	<i>TE11</i>	0.00	<i>TE14</i>	0.00
<i>TE3</i>	0.00	<i>TE6</i>	0.00	<i>TE9</i>	48.57	<i>TE12</i>	0.00	<i>TE15</i>	0.00
ÁMBITO			REFERENCIA						
<i>AM1</i>	<i>AM2</i>	<i>AM3</i>	<i>RE1</i>	<i>RE2</i>	<i>RE3</i>	<i>RE4</i>	<i>RE5</i>	<i>RE6</i>	
53.57	25.00	21.43	65.41	0.84	14.47	0.00	8.18	11.11	

Categorías con mayor presencia en la sesión (ordenados de mayor a menor)

Forma básica: Aseverar (FB2).

Intención comunicacional: Explorar (IC1).

Ámbito: Acciones (AM1), Ideas (AM2) y Afectos (AM3).

Referencia: Al sí mismo (RE1), A un tercero (RE3) y Referencia neutral (RE6).

Técnica: Narración (TE9) y Argumentación (TE1 y Nominación (TE10)).

Tabla 10

Calificación en porcentajes de la sesión 5 caso ROSA- TERAPEUTA desde el SCAT

FORMA BÁSICA					INTENCIÓN			CASO ROSA SESIÓN 5 TERAPEUTA
<i>FB1</i>	<i>FB2</i>	<i>FB3</i>	<i>FB4</i>	<i>FB5</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>	<i>IC3</i>	
24.25	58.14	1.66	9.97	5.98	73.98	5.28	20.73	

TÉCNICA									
TE1	16.47	TE4	1.18	TE7	1.18	TE10	0.00	TE13	10.59
TE2	0.00	TE5	0.00	TE8	3.53	TE11	0.00	TE14	1.18
TE3	60.00	TE6	3.53	TE9	0.00	TE12	1.18	TE15	1.18
ÁMBITO			REFERENCIA						
AM1	AM2	AM3	RE1	RE2	RE3	RE4	RE5	RE6	
60.98	28.66	10.37	9.57	61.70	9.57	0.53	3.19	15.43	

Categorías con mayor presencia en la sesión (ordenados de mayor a menor)

Forma básica: Aseverar (FB2) y Asentir (FB1).

Intención comunicacional: Explorar (IC1).

Ámbito: Acciones (AM1), Ideas (AM2) y Afectos (AM3).

Referencia: Al otro presente (RE2) y Neutral (RE6).

Técnica: Confrontación (TE3), Argumentación (TE1) Refuerzo (TE13).

Tabla 11

Calificación de la sesión 5 paciente caso ROSA desde el ADL

ADL-AH							
CASO ROSA	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
SESIÓN 5							
PACIENTE	16.57	4.83	11.73	2.07	32.12	21.81	10.87

En el análisis con el ADL-AH de las frases de la paciente la categoría A2 es la predominante, esta aparece en las formas referencia a narrar, referir o clarificar hechos concretos, y control del recuerdo, pensamiento y/o atención. La segunda categoría con mayor frecuencia en la sesión es FU en su modalidad de referencia a contenidos ligados a las dimensiones tiempo-espacio, así como frases de suspenso, advertencia y evasivas de temas. En el caso de la categoría LI aparece primaria y casi exclusivamente como referencia a estados y procesos corporales. Finalmente, las frases clasificadas en la categoría O2 aluden principalmente a estados afectivos y secundariamente a reproches y lamentos.

Tabla 12

Calificación de la sesión 5 TERAPEUTA caso ROSA desde el ADL

ADL-AH							
CASO ROSA SESIÓN 5 TERAPEUTA	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	6.30	1.18	12.40	1.18	29.43	38.52	10.98

Lo dicho por la terapeuta entra en primer lugar dentro del campo de la categoría FU, como acompañamiento del discurso de la paciente y vocalizaciones en suspenso, la categoría A2 aparece principalmente en la modalidad de control del recuerdo, pensamiento y/o atención la cual se acompaña en esta sesión principalmente de confirmaciones o rectificaciones de la opinión ajena o pedido de confirmación de la propia, y críticas valorativas acordes con la moral, la limpieza, la cultura y el orden. También tienen protagonismo las frases de las categoría FG en su modalidad de dramatización.

Resumen de sesión 6

La paciente inicia la sesión hablando que se siente bien y que quizá le ayudó reconocer sus berrinches, ya que estos no se han presentado durante la semana, aunque señala que aún tiene problemas para dormir. Narra que sueña con hombres que la persiguen mientras ella no se puede defender. Una primera explicación que la paciente da es el hecho de que cerca de su casa hay malvivientes y que de ahí pueden venir esos sueños.

La terapeuta busca indagar más sobre el tema al preguntar si algo más les recuerda a hombres persiguiéndola, a lo que la paciente responde mencionando situaciones en las que ha sido acosada, tanto cuando era joven como el presente, ya que menciona que su cuñado la acosa. ROSA menciona que actualmente vive en casa junto con su padre, su hermana y su cuñado. La paciente acota que en casa no tienen puertas en las habitaciones ya que no había presentado ninguna situación incómoda y había confianza.

La paciente narra cómo al inicio BRAYAN, su cuñado, no intentaba nada y ella sentía lástima por él, aunque paulatinamente fueron ocurriendo situaciones en las que él entraba en su habitación, la tocaba mientras dormía, la espiaba o robaba su ropa interior. Agrega que es un tema que no había mencionado a su hermana porque sentía vergüenza, la cual después derivó en miedo, por lo que actualmente la paciente menciona que no puede dormir con la luz apagada.

ROSA menciona que, aunque ya ha acusado a BRAYAN con su familia, esta no ha hecho nada al respecto. Agrega que en una ocasión amaneció sin ropa y sin recordar que sucedió, lo cual le genera angustia, al pensar que pudo haber sido abusada. La terapeuta trata de tranquilizarla en este aspecto y busca indagar más sobre la situación.

La terapeuta pregunta si ROSA tiene una interacción cercana con BRAYAN, a lo que la paciente señala que no interactúa con él más que cuando le corta el cabello, debido a que su familia se lo solicita. La terapeuta le menciona la posibilidad de que una forma de marcar un límite es negándose a cortarle el cabello. La paciente señala los sentimientos de malestar y asco que esa interacción le genera.

La paciente menciona que su padre justifica no querer echar de la casa a BRAYAN debido al temor de que al irse también se vaya su hermana. La paciente continúa narrando que durante un tiempo se mudó con su otra hermana, pero que tiempo después regresó a vivir con su padre.

ROSA menciona que duerme con la luz prendida y tiene un cuchillo en su cuarto para defenderse. Agrega que, aunque ya compró una puerta para su habitación, ésta no cuenta con una chapa debido a que después de uno de los intentos de suicidio de la paciente la familia decidió quitarla. La paciente agrega que el padre no devuelve la chapa ya que considera que es peor lo que ROSA puede hacer que lo que BRAYAN pueda hacer.

La terapeuta le señala a la paciente que las situaciones que cuenta las narra como si no tuviera salida. La terapeuta entonces puntualiza posibles acciones que ROSA puede realizar para defenderse, marcando límites claros y asumiendo que no es una niña sino una mujer adulta.

Tabla 13

Calificación en porcentajes de la sesión 6 caso ROSA- PACIENTE desde el SCAT

FORMA BÁSICA					INTENCIÓN			CASO ROSA SESIÓN 6 PACIENTE
<i>FB1</i>	<i>FB2</i>	<i>FB3</i>	<i>FB4</i>	<i>FB5</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>	<i>IC3</i>	
4.75	92.96	1.80	0.49	0.00	98.06	1.41	0.53	

TÉCNICA									
<i>TE1</i>	2.50	<i>TE4</i>	0.00	<i>TE7</i>	0.00	<i>TE10</i>	0.00	<i>TE13</i>	0.00
<i>TE2</i>	0.00	<i>TE5</i>	0.00	<i>TE8</i>	0.00	<i>TE11</i>	0.00	<i>TE14</i>	0.00
<i>TE3</i>	0.00	<i>TE6</i>	0.00	<i>TE9</i>	97.50	<i>TE12</i>	0.00	<i>TE15</i>	0.00
ÁMBITO			REFERENCIA						
<i>AM1</i>	<i>AM2</i>	<i>AM3</i>	<i>RE1</i>	<i>RE2</i>	<i>RE3</i>	<i>RE4</i>	<i>RE5</i>	<i>RE6</i>	
65.07	15.07	19.86	48.02	1.13	32.89	0.19	4.73	13.04	

Categorías con mayor presencia en la sesión (ordenados de mayor a menor)

Forma básica: Aseverar (FB2)

Intención comunicacional: Explorar (IC1).

Ámbito: Acciones (AM1), Afectos (AM3) e Ideas (AM2).

Referencia: Al sí mismo (RE1), A un tercero (RE3) Neutral (RE6).

Técnica: Narración (TE9) y Argumentación.

Tabla 14

Calificación en porcentajes de la sesión 6 caso ROSA- TERAPEUTA desde el SCAT

FORMA BÁSICA					INTENCIÓN			CASO ROSA SESIÓN 6 TERAPEUTA
<i>FB1</i>	<i>FB2</i>	<i>FB3</i>	<i>FB4</i>	<i>FB5</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>	<i>IC3</i>	
15.94	67.54	1.45	8.70	6.38	86.30	8.56	5.14	

TÉCNICA									
TE1	2.93	TE4	14.63	TE7	12.68	TE10	1.46	TE13	3.90
TE2	1.95	TE5	2.44	TE8	1.46	TE11	0.00	TE14	0.98
TE3	21.46	TE6	32.20	TE9	0.00	TE12	3.90	TE15	0.00
ÁMBITO			REFERENCIA						
AM1	AM2	AM3	RE1	RE2	RE3	RE4	RE5	RE6	
64.49	26.17	9.35	11.45	45.04	30.92	1.15	0.38	11.07	

Categorías con mayor presencia en la sesión (ordenados de mayor a menor)

Forma básica: Aseverar (FB2)

Intención comunicacional: Explorar (IC1).

Ámbito: Acciones (AM1), Ideas (AM2) y Afectos (RE3).

Referencia: Al otro presente (RE2), A un tercero (RE3) y Al sí mismo (RE1).

Técnica: Información (TE6), Confrontación (TE3), Consejo (TE4), Interpretación (TE7).

Tabla 15

Calificación en porcentajes de la sesión 6 caso ROSA- PACIENTE desde el ADL

ADL-AH							
SESIÓN 6 CASO ROSA PACIENTE	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
		7.68	1.62	27.53	5.67	26.40	24.42

En el análisis con el ADL-AH de la paciente la categoría O2 se muestra como la más frecuente, aparece casi únicamente en su forma de referencia a estados afectivos; A2 se muestra como la segunda categoría más preponderante, haciendo referencia a afirmaciones, control del recuerdo, el pensamiento y/o la atención propios y/o ajenos, y a enlaces causales; la categoría FU aparece para referir a asuntos relacionados a la temporalidad y espacialidad, y al acompañamiento del discurso ajeno.

Tabla 16

Calificación en porcentajes de la sesión 6 caso ROSA- Terapeuta desde el ADL

ADL-AH							
SESIÓN 6 CASO ROSA TERAPAEUTA	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
		4.91	6.63	8.29	6.63	29.14	38.98

En el análisis con el ADL-AH de la terapeuta la categoría FU se muestra como la más frecuente, aparece en sus formas de acompañamiento del discurso ajeno, y consejos; A2 se muestra como la segunda categoría más preponderante, haciendo referencia a deducciones, conjeturas o inferencias concretas, y preguntas otras formas de solicitar información; la categoría O2 mantiene la referencia a estados afectivos propios o ajenos, referencia a estar realizando acciones, y reproches; la categoría A1 aparece en relación con acusaciones, confesiones reñidas con las normas o la ley y delaciones.

Resumen de sesión 7

La paciente inicia hablando de que aún lleva días sin dormir bien, a pesar de tomar el medicamento, ya que al dormir tiene muchas pesadillas, la terapeuta menciona que eso puede tener que ver con que no ha tomado los medicamentos como están indicados. La terapeuta recomienda a la paciente no tomar los medicamentos de manera desordenada, que espere hasta su cita de psiquiatría y mientras tanto busque otras alternativas para mantenerse tranquila.

La paciente habla de sentir desgano, no querer ni maquillarse ni comer, sintiendo a veces ganas de llorar y agregando que siempre ha sido miedosa. ROSA entonces abunda en el tema de sus temores por lo paranormal. Comienza relatando que de niña le contaron que una persona se había ahorcado en su casa y menciona algunos incidentes en que a su madre le ocurrieron cosas extrañas que ella y su familia interpretaron como hechos sobrenaturales, mismos que se dejan de presentar cuando la madre muere.

La terapeuta hace preguntas y señalamientos para explorar las explicaciones que la paciente da sobre estos incidentes. ROSA menciona que no encuentra explicación lógica, así que atribuye como causa de los incidentes de su madre y jugar ouija en la secundaria, a la persona que cometió suicidio en su casa.

La terapeuta le comenta a ROSA que ella parece vivir en dos lógicas: una cuando está despierta y otra cuando está dormida. La paciente responde que efectivamente solo tiene miedo de noche y cuando está despierta no. Menciona que en su habitación había un cuadro que le daba miedo, pero que ello disminuyó cuando tuvo un sueño en que lo sacaba del cuarto.

La terapeuta sugiere pautas de acción y de explicación: recomienda a ROSA tomar algún relajante natural hasta que tenga su siguiente cita con el psiquiatra y retoma el tema de los efectos

que tiene el dejar los medicamentos o tomarlos incorrectamente, así como los efectos de las alteraciones del sueño en el estado de ánimo. Para señalar una alternativa de explicación a lo sobrenatural, la terapeuta pone un ejemplo de su propia experiencia, de cómo una vez de niña vio un supuesto fantasma, pero al acercarse se dio cuenta que era una ilusión óptica y resalta la importancia de indagar en esas situaciones para encontrar una explicación lógica.

La terapeuta continúa su intervención al preguntar sobre los comportamientos de la madre y si en algún momento había convulsionado. La paciente habla de que ocasionalmente la madre amanecía lastimada o había momentos en que de la nada dejaba de responder. ROSA señala que la madre parecía tener un don para predecir sucesos y de cómo está siempre tuvo creencias en lo sobrenatural, por lo que solía ir con brujos o a que le hicieran rezos.

La terapeuta menciona la hipótesis de que la madre de ROSA pudiera haber sufrido de epilepsia, a lo que la paciente comenta que no sabe, pero que la madre sí contaba con un diagnóstico psiquiátrico de “depresión maníaca”.

La terapeuta le comenta de nueva cuenta que la ve dividida entre lo racional y lo religioso y que posiblemente eso la llevó a sugestionarse. La paciente comenta entonces que en una ocasión en que tenía una ideación suicida, decidió afrontarlo yendo a que le leyeran las cartas. La persona con la que fue le hizo creer que la esposa de su expareja ENRIQUE le quería hacer daño. Agrega que en un principio pensó seguir las recomendaciones de la persona que le leyó las cartas pero que después recapacitó.

Paciente y terapeuta dialogan sobre los parecidos y diferencias en el modo de proceder de ROSA y su mamá. Al finalizar la sesión la terapeuta hace recomendación nuevamente a la paciente

de intentar dormir mejor y recurrir a relajantes naturales en lo que acude a su siguiente cita médica.

Recomienda además que comente al médico que quiere dejar progresivamente los medicamentos.

Tabla 17

Calificación en porcentajes de la sesión 7 caso ROSA- PACIENTE desde el SCAT

FORMA BÁSICA					INTENCIÓN			CASO ROSA SESIÓN 7 PACIENTE	
<i>FB1</i>	<i>FB2</i>	<i>FB3</i>	<i>FB4</i>	<i>FB5</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>	<i>IC3</i>		
7.70	89.31	1.26	1.73	0.00	91.98	5.15	2.86		
TÉCNICA									
<i>TE1</i>	2.50	<i>TE4</i>	0.00	<i>TE7</i>	0.00	<i>TE10</i>	0.00	<i>TE13</i>	0.00
<i>TE2</i>	0.00	<i>TE5</i>	0.00	<i>TE8</i>	0.00	<i>TE11</i>	0.00	<i>TE14</i>	0.00
<i>TE3</i>	0.00	<i>TE6</i>	0.00	<i>TE9</i>	97.50	<i>TE12</i>	0.00	<i>TE15</i>	0.00
ÁMBITO			REFERENCIA						
<i>AM1</i>	<i>AM2</i>	<i>AM3</i>	<i>RE1</i>	<i>RE2</i>	<i>RE3</i>	<i>RE4</i>	<i>RE5</i>	<i>RE6</i>	
55.94	26.94	17.21	63.20	2.08	21.41	0.21	4.37	8.73	

Categorías con mayor presencia en la sesión (ordenados de mayor a menor)

Forma básica: Aseverar (FB2).

Intención comunicacional: Explorar (IC1).

Ámbito: Acciones (AM1), Ideas (AM2) y Afectos (RE3).

Referencia: Al sí mismo (RE1) y A un tercero (RE3).

Técnica: Narración (TE9) y Argumentación (TE1).

Tabla 18

Calificación en porcentajes de la sesión 7 caso ROSA- TERAPEUTA desde el SCAT

FORMA BÁSICA					INTENCIÓN			CASO ROSA SESIÓN 7 TERAPEUTA	
<i>FB1</i>	<i>FB2</i>	<i>FB3</i>	<i>FB4</i>	<i>FB5</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>	<i>IC3</i>		
21.06	60.09	1.11	10.42	7.23	82.10	14.20	3.70		
TÉCNICA									
<i>TE1</i>	2.22	<i>TE4</i>	17.78	<i>TE7</i>	7.41	<i>TE10</i>	3.70	<i>TE13</i>	2.96
<i>TE2</i>	8.15	<i>TE5</i>	0.00	<i>TE8</i>	3.70	<i>TE11</i>	0.00	<i>TE14</i>	0.74
<i>TE3</i>	17.04	<i>TE6</i>	26.67	<i>TE9</i>	0.00	<i>TE12</i>	9.63	<i>TE15</i>	0.00
ÁMBITO			REFERENCIA						
<i>AM1</i>	<i>AM2</i>	<i>AM3</i>	<i>RE1</i>	<i>RE2</i>	<i>RE3</i>	<i>RE4</i>	<i>RE5</i>	<i>RE6</i>	
57.55	28.16	14.29	13.99	47.20	9.79	1.05	0.35	27.62	

Categorías con mayor presencia en la sesión (ordenados de mayor a menor)

Forma básica: Aseverar (FB2).

Intención comunicacional: Explorar (IC1).

Ámbito: Acciones (AM1), Ideas (AM2) y Afectos (RE3).

Referencia: Al otro presente (RE2), Referencias neutrales (RE6) Al sí mismo (RE1).

Técnica: Información (TE6), Consejo (TE4), Confrontación (TE3) Reflejo (TE12).

Tabla 19

Calificación en porcentajes de la sesión 7 caso ROSA- PACIENTE desde el ADL

ADL-AH

SESIÓN 7 CASO ROSA PACIENTE	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	20.90	16.01	14.76	5.00	13.19	20.97	9.17

En el análisis de las frases de la paciente con el ADL-AH la categoría FU aparece como la predominante en su referencia a preguntas y afirmación sobre temporalidad y espacialidad y acompañamiento del discurso ajeno; posteriormente se encuentra LI como segunda categoría con mayor preponderancia desplegándose principalmente como referencias a estados y procesos corporales, particularmente describiendo su estado actual de desgano, su medicación. Seguidamente las frases se inclinan al uso del discurso circundante a la categoría O1 en forma de pensamiento místico o metafísico debido a las amplias descripciones que da la paciente de su sistema de creencias en eventos paranormales. Otras categorías encontradas son O2 en referencia a estados afectivos, y A2 como información de hechos concretos y afirmaciones.

Tabla 20

Calificación en porcentajes de la sesión 7 caso ROSA- TERAPEUTA desde el ADL

ADL-AH							
SESIÓN 7 CASO ROSA TERAPEUTA	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	20.90	16.01	14.76	5.00	13.19	20.97	9.17

En el análisis de las frases de la terapeuta con el ADL-AH la categoría FU aparece como la predominante en su referencia a preguntas y afirmación sobre temporalidad y espacialidad y

acompañamiento del discurso ajeno; posteriormente se encuentra LI como segunda categoría con mayor preponderancia desplegándose principalmente como referencias a estados y procesos corporales, principalmente desarrollando el tema de la medicación y recomendaciones. O1 en forma de pensamiento místico o metafísico haciendo referencia al sistema de creencias de la paciente. Otras categorías encontradas son O2 en referencia a estados afectivos, y A2 como información de hechos concretos y afirmaciones.

Resumen de la sesión 9

La paciente inicia comentando que ha decidido darle el chip de su celular a LEONARDO, su pareja actual, para no tener la tentación de hablar con ENRIQUE. Comenta que consideró dárselo a su hermana JULIA, pero que sabía que se lo terminaría pidiendo. Agrega que le da pendiente revisar su correo y ver mensajes de ENRIQUE. La terapeuta aconseja que bloquee a ENRIQUE del correo.

La paciente narra que ha recibido consejos similares de LEONARDO, su familia y la terapeuta, respecto a que no se puede evitar el dolor ni a el duelo por la relación con ENRIQUE, reflexiona sobre oportunidades que perdió por aferrarse a él. La terapeuta pregunta sobre dichas oportunidades y ROSA enumera las amistades, trabajos y momentos de convivencia que se perdió por estar al pendiente de ENRIQUE. Agrega que, aunque ha estado bien con su familia, ha tenido algunos problemas ya que va a sus juntas y a la terapia y llega tarde a su casa, lo cual provoca que la regañen.

Por otra parte, ROSA menciona que, tras lo conversado en la sesión de terapia pasada, decidió no cortar el pelo a su cuñado BRAYAN, lo que provocó enojo de su hermana y su padre. La paciente menciona además posibles razones adicionales detrás del enojo de su padre y hermana.

La terapeuta pregunta cuáles son las preocupaciones del padre de ROSA, a lo que responde que es el que “desperdicie oportunidades” y “no le eche ganas”. La terapeuta puntualiza que en parte es cierto.

La paciente menciona que cree que su padre está decepcionado de ella, a lo que la terapeuta responde que no es así, ya que en una conversación que tuvo con él, éste mencionó estar orgulloso de ROSA. La paciente a partir de esto habla de la historia familiar de su padre y como creció en un ambiente de estrés y pobreza. Paciente y terapeuta dialogan en torno al tema del padre de ROSA, y establecen que, desde su marco de referencia, él no alcanza a entender algunas de las situaciones por las que la paciente está pasando en este momento.

ROSA recuerda que en el hospital le dieron el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad y agrega que en la familia de su padre tiene parientes que han pasado por cosas similares a lo que le ocurre a ella. La paciente menciona además que, al platicar con el psiquiatra de su contexto, se dio cuenta que muchos de sus problemas son hereditarios, ya que los observa tanto en sus sobrinas, primas y su hermano.

Abunda en la situación de su hermano, a quien considera que usa el chantaje por enfermedad para salirse con la suya. Pone como ejemplo de ello su tendencia a pedir dinero y a humillar a su familia. ROSA resalta que el padre no ve la actitud del hermano como un problema en contraste a cómo valora lo que le pasa a ella. La terapeuta hace algunas preguntas de clarificación respecto al contexto que narra la paciente.

ROSA continúa mencionando por qué considera que los problemas que tiene también se presentan en su familia. Narra como una sobrina en un berrinche la amenazó con un cuchillo. Posteriormente la paciente se pregunta de dónde salen esas tendencias. Agrega que su hermano

tuvo problemas económicos y cuando mejoró, no solo se alejó, sino que los humillaba. La terapeuta ante esta narrativa señala la tendencia al machismo que parece haber en la familia de ROSA.

ROSA profundizando en el tema de su estructura familiar, comenta que sus hermana y su hermano se pelean y están siempre en competencia, que a su padre lo humillan y éste no hace nada, siendo su otra hermana, JULIA, la única persona que ella describe como centrada. Pone como ejemplo de ello una conversación en que JULIA le comenta que ya sabía que ENRIQUE, la anterior pareja de la paciente, estaba casado, pero que decidió no comentar nada.

Paciente y terapeuta continúan dialogando sobre las cosas que ha permitido el padre de ROSA. Mencionan las aparentes incongruencias en el comportamiento del padre entre controlar y darle a la paciente demasiadas libertades. La terapeuta plantea la posibilidad de que fuera una forma irracional de protegerla a lo que la paciente responde mencionando semejanzas de éste con ENRIQUE, en cuanto a la tendencia a la infidelidad, acotando que ella no termina de entender a su padre.

ROSA aborda el tema de los problemas que su madre tuvo con su padre a raíz de que éste tenía varias amantes. Describe cómo sus padres se mantuvieron juntos en parte por no dejarlas sin papá y porque la madre no quería divorciarse. ROSA menciona las coincidencias bajo las cuales la madre empieza a presentar los síntomas raros de posesión, y los problemas con el padre por las infidelidades.

La terapeuta trata de mencionar algunos aspectos rescatables del padre, a lo que la paciente responde mencionando nuevos defectos de este. Al finalizar la sesión relata ocasiones en que el padre fue infiel y como ROSA era quien lo celaba. Agrega que le llegó a tener rencor por hacer sufrir a su madre.

Tabla 21

Calificación en porcentajes de la sesión 9 caso ROSA- PACIENTE desde el SCAT

FORMA BÁSICA					INTENCIÓN			CASO ROSA SESIÓN 9 PACIENTE	
<i>FB1</i>	<i>FB2</i>	<i>FB3</i>	<i>FB4</i>	<i>FB5</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>	<i>IC3</i>		
3.51	95.27	0.95	0.27	0.00	98.46	1.54	0.00		
TÉCNICA									
<i>TE1</i>	0.00	<i>TE4</i>	0.00	<i>TE7</i>	0.00	<i>TE10</i>	0.00	<i>TE13</i>	0.00
<i>TE2</i>	0.00	<i>TE5</i>	0.00	<i>TE8</i>	0.00	<i>TE11</i>	0.00	<i>TE14</i>	96.88
<i>TE3</i>	0.00	<i>TE6</i>	0.00	<i>TE9</i>	0.00	<i>TE12</i>	1.56	<i>TE15</i>	1.56
ÁMBITO			REFERENCIA						
<i>AM1</i>	<i>AM2</i>	<i>AM3</i>	<i>RE1</i>	<i>RE2</i>	<i>RE3</i>	<i>RE4</i>	<i>RE5</i>	<i>RE6</i>	
57.55	21.77	23.62	38.47	1.53	45.19	0.31	7.33	7.18	

Categorías con mayor presencia en la sesión (ordenados de mayor a menor)

Forma básica: Aseverar (FB2).

Intención comunicacional: Explorar (IC1).

Ámbito: Acciones (AM1), Afectos (RE3) e Ideas (AM2).

Referencia: A un tercero (RE3), Al sí mismo (RE1) y A la relación un tercero (RE5).

Técnica: Narración (TE9), Interpretación (TE7) y Nominación (TE10).

Tabla 22

Calificación en porcentajes de la sesión 9 caso ROSA- TERAPEUTA desde el SCAT

FORMA BÁSICA					INTENCIÓN			CASO ROSA SESIÓN 9 TERAPEUTA	
<i>FB1</i>	<i>FB2</i>	<i>FB3</i>	<i>FB4</i>	<i>FB5</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>	<i>IC3</i>		
40.36	47.27	0.73	9.09	2.55	88.61	11.39	0.00		
TÉCNICA									
<i>TE1</i>	0.00	<i>TE4</i>	29.51	<i>TE7</i>	6.56	<i>TE10</i>	3.28	<i>TE13</i>	3.28
<i>TE2</i>	3.28	<i>TE5</i>	1.64	<i>TE8</i>	11.48	<i>TE11</i>	0.00	<i>TE14</i>	0.00
<i>TE3</i>	9.84	<i>TE6</i>	3.28	<i>TE9</i>	0.00	<i>TE12</i>	27.877	<i>TE15</i>	0.00
ÁMBITO			REFERENCIA						
<i>AM1</i>	<i>AM2</i>	<i>AM3</i>	<i>RE1</i>	<i>RE2</i>	<i>RE3</i>	<i>RE4</i>	<i>RE5</i>	<i>RE6</i>	
71.43	18.68	9.89	6.61	22.06	56.62	0.74	1.47	12.50	

Categorías con mayor presencia en la sesión (ordenados de mayor a menor)

Forma básica: Aseverar (FB2).

Intención comunicacional: Explorar (IC1).

Ámbito: Acciones (AM1), Ideas (AM2) y Afectos (AM3)

Referencia: A un tercero (RE3), Al otro presente (RE2) y Neutrales (RE6).

Técnica: Confrontación (TE4), Reflejo (TE12) y Metáfora (TE8).

Tabla 23

Calificación en porcentajes de la sesión 9 caso ROSA- PACIENTE desde el ADL

ADL-AH							
SESIÓN 9	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
CASO ROSA	8.09	0.91	17.98	9.33	26.24	24.99	12.46
PACIENTE							

En el análisis con el ADL-AH de la paciente se mantiene la categoría A2 en su referencia a hechos concretos y control de procesos de pensamiento; la categoría FU se despliega en frases de vocalización en suspenso y referencias a la orientación del pensamiento respecto a temporalidad y espacialidad (en la paciente). La categoría O2 se muestra con mayor frecuencia en la paciente a modo de referencias a estados afectivos; y finalmente la categoría FG emerge principalmente de frases referidas a la manifestación de deseos y comparación de cualidades.

Tabla 24

Calificación en porcentajes de la sesión 9 caso ROSA- TERAPEUTA desde el ADL

ADL-AH							
SESIÓN 9	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
CASO ROSA	3.67	1.38	10.33	0.69	25.28	47.64	11.02
TERAPEUTA							

En el análisis con el ADL-AH de la terapeuta se mantiene, en esta ocasión FU se muestra fuertemente como predominante en el discurso, centrándose principalmente en el acompañamiento del discurso de la paciente. Por su parte la categoría A2 aparece en referencia a preguntas u otras formas de solicitar información y realizar afirmaciones. Se encuentra a la dramatización cómo

principal manifestación de la categoría FG, y a la comprensión empática como mayoritaria en las frases dentro del campo de O2.

Resumen de la sesión 10

La paciente inicia mencionando que no recuerda lo que habló la semana pasada. Después menciona que asistió a una actividad en su grupo y que ello le ayudó a pensar en varias cosas que se han hablado en terapia. Llega a la conclusión de que también tiene parte de responsabilidad en las cosas que le han pasado. Como ejemplo menciona que la terapeuta en otra sesión había señalado una problemática en lo sexual que ROSA inmediatamente negó, pero que posteriormente, al analizarlo, se dio cuenta que efectivamente hay una problemática y ésta se relaciona en buscar la atención de las parejas.

Menciona que estaba acostumbrada a hacer lo que quería, pero como en la relación con ENRIQUE él se fue, eso le produjo frustración ya que no se explicaba cómo, después de dedicarle tiempo, él no se quedó con ella.

La terapeuta pregunta por la actividad que la paciente realizó con el grupo el fin de semana. La paciente explica a grandes rasgos que son algunos de los pasos de AA (cuarto y quinto). La terapeuta pregunta a qué tipo de grupo asiste la paciente, a lo que ella responde que es un grupo de apoyo a personas con padecimientos emocionales.

La paciente continúa mencionando que ella detecta en sí misma rasgos de alcoholismo ya que se emborracha con las pastillas y hace berrinches, agregando que aún no sabe cómo cambiar esa parte de culpar a otros y de usar lo sexual para retener a la otra persona.

La terapeuta pregunta a qué se refiere con usar lo sexual para retener, a lo que ROSA responde que se refiere al cómo usó esa parte en la relación con ENRIQUE, ya que al inicio no le

gustaba la parte sexual con él, pero eventualmente fue accediendo para que éste no se alejara. Paciente y terapeuta reflexionan sobre cómo después la que se volvió dependiente fue ROSA.

La paciente menciona el patrón en sus relaciones de pareja en que después que la pareja pierde el interés ella sigue buscándolo. Agrega que se sigue comparando con la esposa de ENRIQUE, mencionando que al ver en redes sociales una foto de ella y sus hijos sintió algo raro, que describe no como tristeza sino como una sensación de “ácido en la cabeza”.

Al final de la sesión la terapeuta menciona que el común denominador de lo que comenta ROSA parece ser la dificultad para renunciar y dejar ir.

Tabla 25

Calificación en porcentajes de la sesión 10 caso ROSA- PACIENTE desde el SCAT

FORMA BÁSICA					INTENCIÓN			CASO ROSA SESIÓN 10 PACIENTE	
<i>FB1</i>	<i>FB2</i>	<i>FB3</i>	<i>FB4</i>	<i>FB5</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>	<i>IC3</i>		
5.67	92.71	0.49	1.13	0.00	94.70	1.99	3.31		
TÉCNICA									
<i>TE1</i>	44.19	<i>TE4</i>	0.00	<i>TE7</i>	6.98	<i>TE10</i>	16.28	<i>TE13</i>	0.00
<i>TE2</i>	0.00	<i>TE5</i>	0.00	<i>TE8</i>	0.00	<i>TE11</i>	0.00	<i>TE14</i>	2.33
<i>TE3</i>	0.00	<i>TE6</i>	0.00	<i>TE9</i>	30.23	<i>TE12</i>	0.00	<i>TE15</i>	0.00
ÁMBITO			REFERENCIA						
<i>AM1</i>	<i>AM2</i>	<i>AM3</i>	<i>RE1</i>	<i>RE2</i>	<i>RE3</i>	<i>RE4</i>	<i>RE5</i>	<i>RE6</i>	
54.61	21.77	23.62	69.98	2.03	8.92	0.20	6.49	12.37	

Categorías con mayor presencia en la sesión (ordenados de mayor a menor)

Forma básica: Aseverar (FB2) y Asentir (FB1).

Intención comunicacional: Explorar (IC1).

Ámbito: Acciones (AM1), Afectos (RE3) e Ideas (AM2).

Referencia: A un tercero (RE3), Al otro presente (RE2) y Neutrales (RE6).

Técnica: Confrontación (TE4), Reflejo (TE12) y Metáfora (TE8).

De acuerdo con el SCAT, en la paciente, la forma básica de realizar aseveraciones (FB2) es aquella que se presenta con mayor frecuencia seguido de las enunciaciones con forma de asentir (FB1). La intención comunicacional principal de las frases se vuelve a centrar en el explorar contenidos (IC1). En esta sesión el ámbito se centra en frases para realizar o describir acciones (AM1). El sujeto de referencia de las enunciaciones se centra con mayor frecuencia en sí mismo (RE1), en referencias neutrales (RE6) y referencias a un tercero (RE3). En cuanto a las técnicas usadas, como predominantes se encuentran: la argumentación (TE1), la narración (TE9) y la nominación (TE10).

Tabla 26

Calificación en porcentajes de la sesión 10 caso ROSA- TERAPEUTA desde el SCAT

FORMA BÁSICA					INTENCIÓN			CASO ROSA SESIÓN 10 TERAPEUTA	
<i>FB1</i>	<i>FB2</i>	<i>FB3</i>	<i>FB4</i>	<i>FB5</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>	<i>IC3</i>		
44.57	36.57	2.86	12.00	4.00	88.17	9.67	2.15		
TÉCNICA									
<i>TE1</i>	10.81	<i>TE4</i>	5.41	<i>TE7</i>	5.41	<i>TE10</i>	5.41	<i>TE13</i>	5.41

TE2	0.00	TE5	8.11	TE8	2.70	TE11	0.00	TE14	5.41
TE3	37.84	TE6	0.00	TE9	0.00	TE12	13.51	TE15	0.00
ÁMBITO			REFERENCIA						
AM1	AM2	AM3	RE1	RE2	RE3	RE4	RE5	RE6	
78.05	7.23	14.63	5.08	86.44	6.78	0.00	1.69	0.00	

Categorías con mayor presencia en la sesión (ordenados de mayor a menor)

Forma básica: Aseverar (FB2) y Asentir (FB1).

Intención comunicacional: Explorar (IC1) y Resignificar (IC3).

Ámbito: Acciones (AM1), Afectos (RE3) e Ideas (AM2).

Referencia: Al otro presente (RE2).

Técnica: Confrontación (TE3), Reflejo (TE12) e Imaginería (TE5).

Tabla 27

Calificación en porcentajes de la sesión 10 caso ROSA- PACIENTE desde el ADL

ADL-AH							
SESIÓN 10 CASO ROSA PACIENTE	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
		7.45	0.00	24.49	4.51	27.53	15.22

En el discurso de la paciente, de acuerdo con el ADL-AH, A2 aparece en su referencia a hechos concretos y control de procesos de pensamiento. La categoría O2 aparece como referencia a estados afectivos y reproches, la categoría FG implica el uso de ejemplos, dramatizaciones,

comparación de cualidades y énfasis. FU se despliega en frases para ubicar el pensamiento, temporalidad y espacialidad; y finalmente aparecen las referencias a estados y procesos corporales desde la categoría LI.

Tabla 28

Calificación en porcentajes de la sesión 10 caso ROSA- TERAPEUTA desde el ADL

ADL-AH							
SESIÓN 10 CASO ROSA TERAPEUTA	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	5.38	0.00	8.06	2.02	21.25	45.60	17.69

En el discurso de la terapeuta, de acuerdo con el ADL-AH, FU aparece en su referencia al acompañamiento del discurso de la paciente y consejos. La categoría A2 aparece en su referencia preguntas y otras formas de solicitar información y confirmación de la opinión propia y ajena. La categoría FG, al igual que la paciente, implica el uso de ejemplos, dramatizaciones, comparación de cualidades y énfasis. La categoría O2 aparece como referencia a estados afectivos.

Resumen de la sesión 11

La sesión comienza con ROSA diciendo que ha soñado mucho con ENRIQUE, su expareja, y que ha tenido ganas de llamarle. La terapeuta le pide que relate las cosas que ha soñado. La paciente se desvía del tema y empieza a hablar de sus amigos en la época cuando conoció a ENRIQUE, la terapeuta entonces trata de centrarla de nuevo en que relate el sueño

La paciente menciona que en sus sueños aparece ENRIQUE, los lugares donde solían verse y que aparecen amigos que ha dejado de ver desde hace mucho. La terapeuta le pregunta qué se le ocurre con el sueño, a lo que ROSA contesta que piensa que son las amistades de las que se alejó por estar con ENRIQUE o porque le hacían burla. Agrega que en el sueño le cuesta trabajo recordar a su familia y a LEONARDO, su actual pareja, lo cual le genera sentimientos de angustia en el sueño.

La terapeuta le pregunta a la paciente sobre la decisión de no buscar a ENRIQUE, a lo que ésta responde que ha decidido no buscarlo, pero siente dolor por ello. La terapeuta retoma la tendencia de ROSA de buscar a las parejas de forma insistente y le pregunta si siempre ha sido así. La paciente afirma que antes no tenía ese patrón y que lo desarrolló cuando tuvo una relación con una pareja de nombre DIEGO, debido a que él le reclamaba que cuando peleaban ella nunca hacía nada para remediar las cosas. A partir de ello cuando terminaban ella lo buscaba algunas veces, aunque comenta que después se enfadó y dejó de hacerlo.

Menciona que en la relación con ENRIQUE ella hizo todo por buscarlo en parte porque en la relación con DIEGO sintió que no había hecho lo suficiente. Recuerda que siempre sintió angustia por la esposa de ENRIQUE incluso en la temporada en que él estuvo viviendo en casa de la familia de ROSA. Agrega que cuando peleaban ella hacía berrinche de no querer volver a verlo y después ella buscaba llamarle por teléfono para contentarlo. Menciona además que en las ocasiones en que fue a casa de ENRIQUE no se sentía a gusto, al punto de una vez irse de ahí en la madrugada, situación que le fue indiferente a él. A pesar de ello, ROSA siguió buscándolo

La paciente relata que, en una ocasión, debido a un malentendido, llamó por teléfono a los padres de ENRIQUE, situación que lo hizo enojar, por lo que éste la insultó y le gritó. La paciente

también cuenta que su padre muchas veces insultaba, maltrataba y la corría a ella y sus hermanas de la casa, y que esta situación la veían como algo normal e incluso se reían. La terapeuta señala que, aunque lo tomaban a broma, esas vivencias con el padre parecen haber dejado un resentimiento, además de volverla incapaz para saber cómo reaccionar ante las agresiones.

La paciente relata otra ocasión en que el padre amenaza a la madre con matarla y la madre lo golpea, agregando que desde entonces el padre no insultaba a la madre, aunque se desquitaba con ROSA y sus hermanas.

ROSA relata que en la relación con ENRIQUE solía mentirle a su familia y seguir poco las reglas. Agrega que no le gusta que le digan qué hacer. A partir de ello ROSA habla de cómo es cambiante y menciona diferencias entre su relación con ENRIQUE y su relación actual en cuanto a respetar las reglas. Agrega que, aunque LEONARDO, su pareja actual, la respeta, ella extraña la adrenalina de no acatar las reglas.

La terapeuta hace la observación de que mientras algunas personas parecen tener problemas porque deben seguir las reglas que les inculcaron desde niños, en el caso de ROSA parece ser lo contrario ya que las reglas que le han enseñado no las ha hecho propias. La paciente menciona como oscila entre diferentes momentos, pasando de sentirse bien, desempeñarse muy bien en su trabajo, en la escuela y la casa, a no tener ganas de hacer nada y estar ansiosa. Agrega que su madre la consentía de niña y que su padre la regañaba, aunque, cuando muere la madre, el padre ya no le pone límites.

La terapeuta señala lo confuso que puede ser no tener límites claros en la niñez y como de adolescente ROSA no fue capaz de construir límites propios. Hacia el final de la sesión la terapeuta confronta a la paciente y le menciona que parece no ser capaz de regular sus acciones, ya que varía

mucho sus decisiones, como el hablar o no con su expareja. Agrega que al parecer ROSA necesita de fuentes externas para ponerse límites. Finalmente invita a la paciente a reflexionar sobre lo que le pasa y a vivir su dolor y sus duelos en lugar de transformarlos en ansiedad, ROSA menciona estar de acuerdo y afirma que desea cambiar esa parte.

Tabla 29

Calificación en porcentajes de la sesión 11 caso ROSA- PACIENTE desde el SCAT

FORMA BÁSICA					INTENCIÓN			CASO ROSA SESIÓN 11 PACIENTE	
<i>FB1</i>	<i>FB2</i>	<i>FB3</i>	<i>FB4</i>	<i>FB5</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>	<i>IC3</i>		
17.55	76.32	4.44	1.48	0.21	96.69	0.00	7.31		
TÉCNICA									
<i>TE1</i>	75.00	<i>TE4</i>	0.00	<i>TE7</i>	4.17	<i>TE10</i>	4.17	<i>TE13</i>	0.00
<i>TE2</i>	0.00	<i>TE5</i>	0.00	<i>TE8</i>	4.17	<i>TE11</i>	0.00	<i>TE14</i>	0.00
<i>TE3</i>	0.00	<i>TE6</i>	4.17	<i>TE9</i>	8.33	<i>TE12</i>	0.00	<i>TE15</i>	0.00
ÁMBITO			REFERENCIA						
<i>AM1</i>	<i>AM2</i>	<i>AM3</i>	<i>RE1</i>	<i>RE2</i>	<i>RE3</i>	<i>RE4</i>	<i>RE5</i>	<i>RE6</i>	
65.05	15.92	19.03	60.88	0.83	31.96	0.00	0.00	6.34	

Categorías con mayor presencia en la sesión (ordenados de mayor a menor)

Forma básica: Aseverar (FB2) y Asentir (FB1).

Intención comunicacional: Explorar (IC1).

Ámbito: Acciones (AM1), Afectos (RE3) e Ideas (AM2).

Referencia: Al sí mismo (RE1) y A terceros (RE3).

Técnica: Narración (TE9) y Argumentación (TE1).

Tabla 30

Calificación en porcentajes de la sesión 11 caso ROSA- TERAPEUTA desde el SCAT

FORMA BÁSICA					INTENCIÓN			CASO ROSA SESIÓN 11 TERAPEUTA	
<i>FB1</i>	<i>FB2</i>	<i>FB3</i>	<i>FB4</i>	<i>FB5</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>	<i>IC3</i>		
26.67	49.81	2.68	16.886	4.98	58.33	18.06	23.61		
TÉCNICA									
<i>TE1</i>	1.03	<i>TE4</i>	2.06	<i>TE7</i>	7.22	<i>TE10</i>	2.06	<i>TE13</i>	4.12
<i>TE2</i>	2.06	<i>TE5</i>	7.22	<i>TE8</i>	2.06	<i>TE11</i>	0.00	<i>TE14</i>	0.00
<i>TE3</i>	48.45	<i>TE6</i>	8.25	<i>TE9</i>	0.00	<i>TE12</i>	15.46	<i>TE15</i>	0.00
ÁMBITO			REFERENCIA						
<i>AM1</i>	<i>AM2</i>	<i>AM3</i>	<i>RE1</i>	<i>RE2</i>	<i>RE3</i>	<i>RE4</i>	<i>RE5</i>	<i>RE6</i>	
68.22	13.18	18.60	11.30	52.52	16.95	0.56	1.69	16.95	

Categorías con mayor presencia en la sesión (ordenados de mayor a menor)

Forma básica: Aseverar (FB2) y Asentir (FB1).

Intención comunicacional: Explorar (IC1).

Ámbito: Acciones (AM1), Afectos (RE3) e Ideas (AM2).

Referencia: Al sí mismo (RE1) y A terceros (RE3).

Técnica: Confrontación (TE3) y Reflejo (TE12)

A nivel estadístico al aplicar la prueba Chi Cuadrada a los resultados del SCAT no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre la acción comunicacional de

paciente y terapeuta en la resignificación. Se aplicó también la prueba U de Mann-Whitney para identificar si existían diferencias de medias a lo largo de las sesiones. Si bien a nivel estadístico no se encontraron diferencias significativas, el análisis cualitativo se encuentra una mayor presencia de la acción de resignificación en los episodios de cambio mientras que en los episodios de estancamiento las acciones se centran más en aportar contenidos.

De la misma manera si bien la presencia global de acciones comunicacionales en el ámbito de los afectos suele ser mucho menor que el de las acciones y casi igual que el ámbito de pensamiento la presencia de acciones referentes a afectos aparece en los momentos de cambio y estancamiento.

Tabla 31

Calificación en porcentajes de la sesión 11 caso ROSA- PACIENTE desde el ADL

ADL-AH							
SESIÓN 11 CASO ROSA PACIENTE	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	2.61	0.00	22.04	6.98	23.64	26.89	17.83

De acuerdo con el ADL-AH, en el caso de la paciente, la categoría FU se despliega en frases para ubicar el pensamiento, temporalidad y espacialidad en la paciente, la categoría A2 aparece en su referencia control procesos de pensamiento e información de hechos concretos. La categoría O2 emerge de las referencias a estados afectivos y a acciones, y finalmente la categoría FG de nueva cuenta implica el uso de ejemplos, dramatizaciones y énfasis.

Tabla 32

Calificación en porcentajes de la sesión 11 caso ROSA- PACIENTE desde el ADL

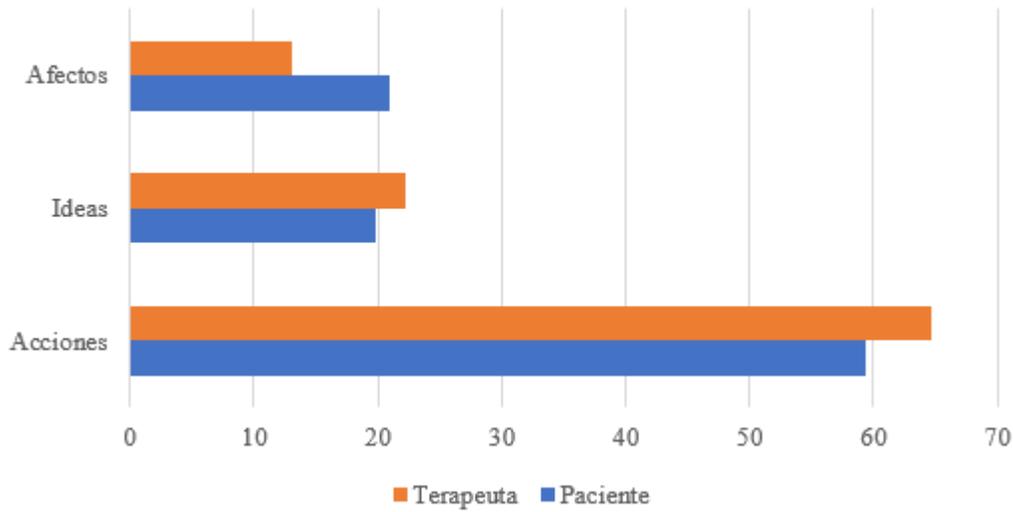
ADL-AH							
SESIÓN 11 CASO ROSA PACIENTE	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
		1.27	0.00	17.16	2.14	24.44	39.49

De acuerdo con el ADL-AH, en el caso de la terapeuta, la categoría FU se concentra espacialmente en frases para acompañar el discurso de la paciente, la categoría A2 aparece en la modalidad de preguntas y otras formas para solicitar información. La categoría O2 emerge, de igual forma, de las referencias a estados afectivos y a acciones, y finalmente la categoría FG de nueva cuenta implica el uso de dramatizaciones y convocatorias al oyente.

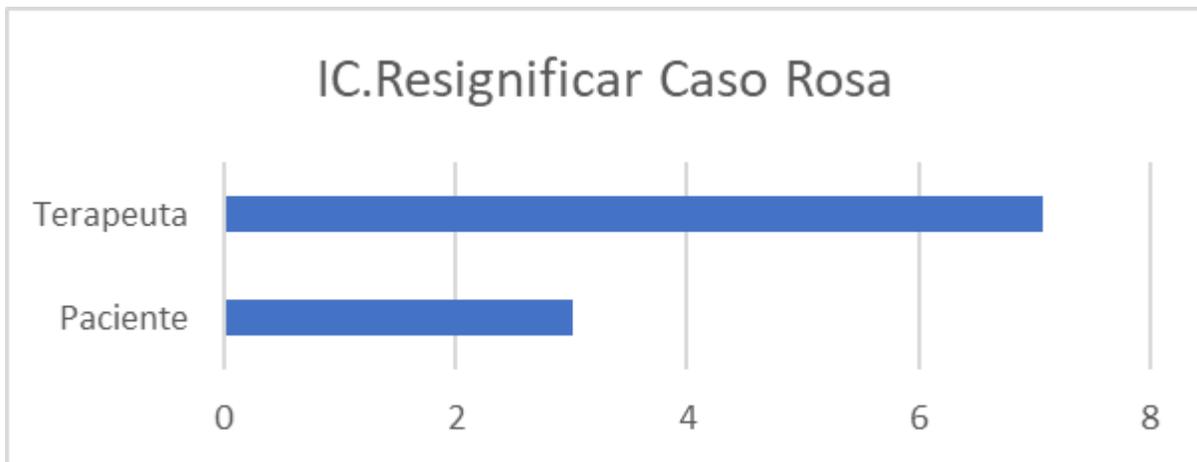
Una vez realizado este análisis descriptivo global de las sesiones, los siguientes apartados profundizan en fragmentos particulares de las sesiones que pueden circunscribir momentos de cambio terapéutico y estancamiento. El siguiente apartado presenta los momentos de cambio y estancamiento terapéutico ubicados en las 8 sesiones analizadas.

5.5.4 Gráficas caso ROSA

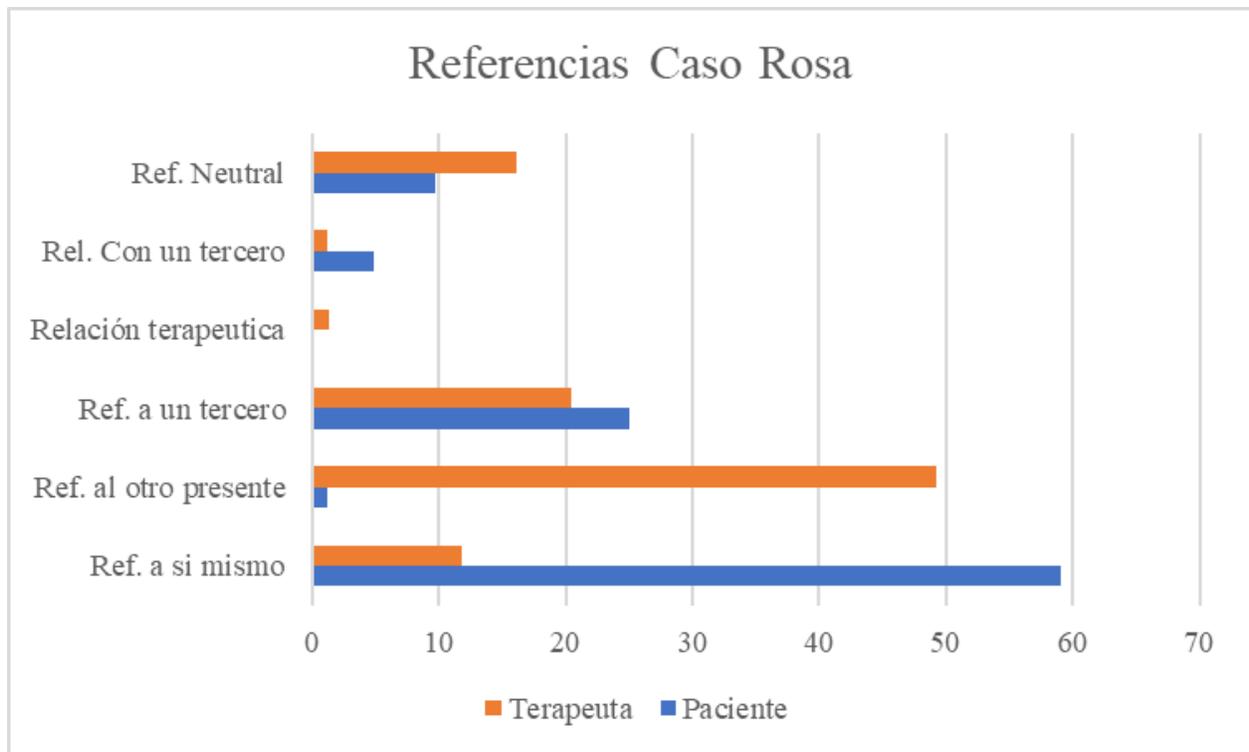
Ambitos Caso Rosa



En esta gráfica se puede observar que hay un desarrollo similar del discurso en la paciente y la terapeuta; en el discurso de ambas el ámbito de las acciones aparece como el primario, ideas como secundario y afectos como terciario; sin embargo, se puede percibir que en el ámbito de los afectos (el menos frecuente) hay una diferencia significativa, pues la paciente suele referir más a ellos que la terapeuta.



En esta gráfica se percibe que la intención comunicacional “Resignificar” es contundentemente más frecuente en la terapeuta que en la paciente.



En el campo de las referencias, la gráfica muestra que el sujeto de referencia más frecuente en la paciente es a sí misma, mientras que en el caso de la terapeuta es al otro presente; la segunda categoría más presente, referencia a un tercero, es compartida por ambos hablantes. El sujeto de referencia menos frecuente es la relación terapéutica.

5.5.5 Análisis de percentiles caso ROSA

A continuación, se presentan los resultados del análisis de percentiles para paciente y terapeuta en el caso ROSA.

Tabla 33

Análisis de percentiles caso rosa paciente.

ANÁLISIS DE PERCENTILES CASO ROSA PACIENTE							
SESIÓN 2	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	3.12	4.00	31.29	4.26	39.32	12.33	5.69
	Percentil						
	75	95	95	95	5	5	5
SESIÓN 4	3.12	4.00	31.29	4.26	39.32	12.33	5.69
	Percentil						
	75	95	95	95	5	5	5

SESIÓN 5	16.57	4.83	11.73	2.07	32.12	21.81	10.87
	Percentil						
	95	95	95	95	5	55**	15
SESIÓN 6	7.68	1.62	27.53	5.67	26.40	24.42	6.69
	Percentil						
	95	95	95	95	5	65***	5
SESIÓN 7	20.90	16.01	14.76	5.00	13.19	20.97	9.17
	Percentil						
	95	95	95	95	5	55**	15

SESIÓN 9	8.09	0.91	17.98	9.33	26.24	24.99	12.46
	Percentil						
	95	85	95	95	5	70***	25
SESIÓN 10	7.45	0.00	24.49	4.51	27.53	15.22	20.80
	Percentil						
	95	40***	95	95	5	20	80***
SESIÓN 11	2.61	0.00	22.04	6.98	23.64	26.89	17.83
	Percentil						
	75	40***	95	95	5	80***	65***

* Poco relevante

** Importante

***Muy Importante

****Sumamente Importante

*****Extremadamente Importante

De acuerdo con el análisis de percentiles, las frases de la paciente ROSA tuvieron diferencias significativas en las sesiones 10 y 11, en los que se detectó una disminución de la categoría O1 y un aumento en el uso de la categoría FG. Por otra parte, la categoría FU tuvo variaciones significativas a lo largo de las sesiones, aumentando su uso en las sesiones 5, 6, 7, 9 y 11.

Tabla 34

Análisis de percentiles caso rosa terapeuta.

ANÁLISIS DE PERCENTILES CASO ROSA TERAPEUTA							
SESIÓN 2	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	1.73	0.00	15.58	6.81	37.17	29.15	9.55
	Percentil		Percentil		Percentil	Percentil	Percentil
	85		95		5	80	45

SESIÓN 4	10.71 Percentil 95	19.58	3.01 Percentil 60**	3.01	18.8 Percentil 5	38.588 Percentil 95	6.2 Percentil 20
SESIÓN 5	6.30 Percentil 95	1.18	12.40 Percentil 95	1.18	29.43 Percentil 5	38.52 Percentil 95	10.98 Percentil 60**
SESIÓN 6	4.91 Percentil 90	6.63	8.29 Percentil 90	6.63	29.14 Percentil 5	38.98 Percentil 95	5.42 Percentil 15
SESIÓN 7	20.90 Percentil 95	16.01	14.76 Percentil 95	5.00	13.19 Percentil 5	20.97 Percentil 45**	9.17 Percentil 45

SESIÓN 9	3.67	1.38	10.33	0.69	25.28	47.64	11.02
	Percentil		Percentil		Percentil	Percentil	Percentil
	90		95		5	95	60**
SESIÓN 10	5.38	0.00	8.06	2.02	21.25	45.60	17.69
	Percentil		Percentil		Percentil	Percentil	Percentil
	95		90		5	95	90***
SESIÓN 11	1.27	0.00	17.16	2.14	24.44	39.49	15.50
	Percentil		Percentil		Percentil	Percentil	Percentil
	80		95		5	95	80***

* Poco relevante

** Importante

***Muy Importante

****Sumamente Importante

*****Extremadamente Importante

De acuerdo con el análisis de percentiles realizado en la mayoría de las frases enunciadas por la terapeuta ALMA no existen diferencias significativas a lo largo de las sesiones excepto en

lo referente al lenguaje FG el cual aumenta de modo importante en las sesiones 9, 10 y 11. El otro lenguaje en que se llega a detectar una diferencia es en el FU en la sesión 7 en donde su uso es significativamente menor que en las demás sesiones.

5.5.6 Caso ROSA: ¿Cuáles momentos de cambio y estancamiento aparecen?, ¿Cómo se estructuran las frases enunciadas por paciente y terapeuta en los momentos de cambio y estancamiento en las sesiones?

En este apartado se presenta el análisis de fragmentos de sesión del caso ROSA de acuerdo con los criterios del Manual de Observación, Registro y Codificación de Episodios de Cambio y Estancamiento, así como los del ADL. Para ello se presenta una tabla en la que se incluye el fragmento a analizar, los turnos de palabra que lo componen, si se trata de un cambio intra-sesión o una referencia a un hecho extra-sesión apoyado en el proceso de terapia, al momento de cambio, la calificación del fragmento desde el SCAT. Además, se realiza la calificación desde el ADL-AH, así como un análisis de las frases que componen el fragmento, de las intervenciones de la terapeuta y de las defensas presentadas por la paciente. En los anexos [16](#) y [17](#) se muestran ejemplos de las calificaciones. Con estos datos se responde la pregunta 4 de ¿Cuáles momentos de cambio y estancamiento aparecen? y a la pregunta 5 referente a ¿Cómo se estructuran las frases enunciadas por paciente y terapeuta en los momentos de cambio y estancamiento en las sesiones?

5.5.7 ROSA: Momentos de cambio

Sesión: 7

Código Del Fragmento: ROSA-S7-EC1

Resultados SCAT

Tipo De Momento De Cambio

En este fragmento se hace referencia a una nueva forma de experimentar emociones respecto a una situación (indicador 5). En este caso el cambio se refiere al pasar de experimentar miedo a sentir tranquilidad frente a un cuadro que se encontraba en su habitación.

Tipos de acciones comunicacionales

En la siguiente tabla se muestran los porcentajes en que se presentan las acciones comunicacionales de terapeuta y paciente en el episodio.

Tabla 35

Porcentajes acciones comunicacionales de terapeuta y paciente en el episodio.

FORMA BÁSICA	% TERAPEUT A	% PACIENTE
ASENTIR	20.83	0.00
ASEVERAR	62.50	94.44
DIRIGIR	4.17	0.00
NEGAR	0.00	5.56
PREGUNTAR	12.50	0.00
INTENCIÓN COMUNICACIONAL	% TERAPEUT A	% PACIENTE

EXPLORAR	85.00	70.59
RESIGNIFICAR	5.00	29.41
SINTONIZAR	10.00	0.00
TÉCNICA	% TERAPEUT A	% PACIENTE
NOMINACION	45.45	0.00
ARGUMENTACIÓN	18.18	0.00
AUTORREVELACIÓN	0.00	0.00
CONFRONTACIÓN	27.27	0.00
INFORMACIÓN	9.09	0.00
REFERENCIA	% TERAPEUT A	% PACIENTE
SÍ MISMO	0.17	80
UN TERCERO	0.00	6.67
NEUTRAL	47.06	6.67

OTRO PRESENTE	47.06	6.67
ÁMBITO	% TERAPEUT A	% PACIENTE
ACCIONES	80.00	61.54
PENSAMIENTOS	20.00	7.69
AFECTOS	0.00	30.77

Tipos de acciones del paciente

A nivel de forma básica, el discurso de la paciente se centra en aseveraciones, las cuales buscan explorar, como entrega de información al interlocutor y resignificar, en tanto construcción y consolidación de significados nuevos; en cuanto a la técnica la paciente no despliega ninguna acción de este tipo en el episodio analizado; las referencias predominantes en su discurso son centradas en sí misma; finalmente, el ámbito con mayor es el de las acciones seguido de los afectos.

En este episodio puede observarse que la paciente entrega información de sus acciones y afectos, y como estos fueron resignificados, a la terapeuta, la cual complementa los enunciados de como el miedo transforma la percepción de las cosas.

Tipos de acciones de la terapeuta

En lo referente a forma básica la terapeuta también se centra en aseveraciones, principalmente en aquellas cuya intención es explorar, en tanto entregar información y clarificarla;

la terapeuta recurre en este fragmento a recursos técnicos principalmente de nominación, confrontación, argumentación e información, es decir, pone ejemplos para ayudar a la paciente a comprender de otra manera algunas de sus vivencias; debido a lo anterior la terapeuta, en gran medida, hace referencias de tipo neutral o al otro presente, centrándose en el ámbito de las acciones y en menor medida a las ideas.

Resultados ADL-AH

En la siguiente tabla se muestran los porcentajes calibrados obtenidos para paciente y terapeuta en el episodio analizado.

Tabla 36

Porcentajes calibrados obtenidos para paciente y terapeuta en el episodio

CATEGORÍA	% TERAPEUT A	% PACIENT E
LI	0.51	0.00
O1	0.00	0.00
O2	0.00	29.76
A1	0.00	0.00
A2	41.54	10.71

FU	32.82	58.33
FG	25.13	1.19

Descripción global del episodio

En el episodio analizado se obtuvo desde el ADL-AH se observa la prevalencia en la terapeuta de las categorías: FU (Acercamiento cauteloso, vocalización en suspenso, acompañamiento del discurso ajeno y preguntas o afirmaciones referidas a la orientación témporo-espacial), FG (ejemplos, dramatizaciones, metáforas), A2 (referencia a saber consensual, control de pensamiento, aclaración y justificación de acciones), O2 (referencia a estados afectivos).

Con ello se puede observar que la terapeuta realiza aclaraciones y puntualizaciones (A2) con la finalidad de acompañar los ejemplos (FG) a la paciente para confrontar que lo que ella considera como “fenómenos sobrenaturales” pueden comprenderse como ilusiones perceptuales. La terapeuta en estas intervenciones elabora ejemplos y dramatizaciones (FG) con el fin de ilustrar su argumento.

En lo que respecta a la paciente, se observa en el episodio analizado la prevalencia de las siguientes categorías: referencia a estados afectivos propios (O2), frases de suspenso y acercamiento cauteloso al tema (FU), afirmaciones o información de hechos concretos (A2).

Se observa entonces en el fragmento analizado que la paciente centra su discurso en acercarse de manera paulatina al hablar del tema (FU) y expresar su sentir (O2) sobre el “ver fantasmas”, para posteriormente lograr expresarse en términos de situaciones (A2) que llevaron a

la paciente a no sentir miedo. Con ello la paciente termina el fragmento dándose cuenta con ayuda de la terapeuta como el miedo transforma lo percibido.

Defensas De La Paciente

La paciente asiente para mostrar su acuerdo con lo dicho por la terapeuta y posteriormente por medio de frases de suspenso (FU) empieza a hablar de cómo ha dejado de tener miedo a un cuadro en su habitación que le producía pesadillas y miedo (O2). A partir de la predominancia de la categoría FU puede inferirse que se trata de una defensa frente al deseo.

Debido a que el discurso de la paciente es congruente dentro del fragmento analizado se considera que se trata de una defensa funcional. Finalmente dado que la posición de la paciente al final de la escena es eufórica (permanece un sentimiento de sí misma sin el surgimiento de afectos disfóricos) se considera que la defensa es exitosa.

Tipos de intervenciones de la terapeuta

La siguiente tabla muestra los tipos de intervención empleados por la terapeuta en el episodio analizado.

Tabla 37

Tipos intervención empleados por la terapeuta en el episodio

INTERVENCIONES TERAPEUTA		
INTRODUCTORIAS	4	A2, FU: PREGUNTAS

CENTRALES	7	FG: EJEMPLOS, A2: SABER CONSENSUAL ACLARACIONES, FU: ACERCAMIENTO CAUTELOSO.
COMPLEMENTARIAS	9	FG: DRAMATIZACIONES, FU: ACOMPAÑAR DISCURSO, A2: AFIRMACIÓN CONCRETA,

De acuerdo con la taxonomía de tipos de intervenciones, la terapeuta realizó pocas intervenciones introductorias a modo de preguntas para recolectar información concreta. En cuanto a las intervenciones centrales, estas fueron por medio de una aproximación cautelosa al tema y sirvieron para establecer nexos entre hechos que la paciente ha vivido, buscando también enlazarlos con sus estados afectivos, estas intervenciones son a su vez complementadas por otras a manera de ejemplos y algunas afirmaciones a modo de aclaración.

Forma en que se da la alianza terapéutica

La siguiente tabla muestra la forma en que se establece la alianza terapéutica en el episodio analizado.

Tabla 38

Alianza terapéutica en el episodio

Terapeuta	Paciente	
Intervención clínica: La terapeuta brinda ejemplos de cómo se pueden confundir algunas cosas percibidas debido al miedo.	Actitud colaboradora	Actitud obstruccionista
Pertinente.	Ratificación inadvertida: La paciente ratifica al acompañar el discurso de la terapeuta y agregar información sobre un evento en que ya no sintió miedo de un cuadro en su habitación.	Rectificación inadvertida: NA
No pertinente	Rectificación inadvertida: NA	Ratificación inadvertida: NA

En este episodio la terapeuta brinda ejemplos de cómo el miedo puede sesgar la forma en que las personas perciben objetos. La paciente valida el discurso de la terapeuta por medio de acompañamiento del discurso y más adelante mencionando un hecho en que dejó de sentir miedo.

Esta validación permite que el discurso continúe de manera armónica permitiendo el despliegue de la alianza de trabajo.

Sesión: 9

Código Del Fragmento: ROSA-S9-EC2

Resultados SCAT

Tipo De Momento De Cambio

En este fragmento la paciente narra un hecho fuera de la sesión en el que manifiesta una pauta de comportamiento nueva (Indicador 9) al poner un límite al contacto con la persona que le acosa. Menciona que lo hablado en terapia le hizo reflexionar la contradicción que implica el acceder a cortar el cabello a su cuñado, quien la había estado acosando, lo que le llevó a negarse a seguir haciéndolo.

Tipos de acciones comunicacionales

En la siguiente tabla se muestran los porcentajes en que se presentan las acciones comunicacionales de terapeuta y paciente en el episodio.

Tabla 39

Acciones comunicacionales de terapeuta y paciente en el episodio.

FORMA BÁSICA	% TERAPEUTA	% PACIENTE
ASENTIR	0.00	9.09
ASEVERAR	100	81.82

DIRIGIR	0.00	0.00
NEGAR	0.00	9.09
PREGUNTAR	0.00	0.00
INTENCIÓN COMUNICACION AL	% TERAPEUTA	% PACIENTE
EXPLORAR	66.67	55.56
RESIGNIFICAR	0.00	44.44
SINTONIZAR	33.33	0.00
TÉCNICA	% TERAPEUTA	% PACIENTE
REFUERZO	50.00	0.00
NOMINACION	50.00	0.00
REFERENCIA	% TERAPEUTA	% PACIENTE
SÍ MISMO	0.00	90.00
OTRO PRESENTE	0.00	0.00

TERCERO	100.00	10.00
NEUTRAL	0.00	0.00
ÁMBITO	%	%
	TERAPEUTA	PACIENTE
ACCIONES	50.00	77.78
PENSAMIENTOS	50.00	0.00
AFECTOS	0.00	22.22

Tipos de acciones del paciente

A nivel de forma básica las acciones de la paciente se centran en aseverar, teniendo a nivel de intención comunicacional explorar, en tanto entrega de información al interlocutor, y resignificar, en tanto a construcción y consolidación de nuevos significados. En el episodio no se encontraron acciones comunicacionales que reúnan los criterios para categorizarse como técnica. A nivel referencia las frases de la paciente tienen un énfasis en sí misma y en terceros (en este caso su cuñado y sus familiares). En cuanto al ámbito la paciente refiere predominantemente acciones y en menor medida afectos.

Con lo anterior puede observarse que la estructura de este fragmento es el de una entrega de información a la terapeuta sobre acciones realizadas fuera de la sesión, en las que la paciente realiza una pauta de comportamiento distinta frente a una situación que le causa malestar.

Tipos de acciones de la terapeuta

Las intervenciones del terapeuta en este episodio son escasas, se centran a nivel de forma básica en asentir y aseverar; A nivel de intención la terapeuta busca sintonizar con lo relatado con la paciente y explorar para recabar más información. Al ser una participación limitada por parte de la terapeuta no se encuentran intervenciones que cumplan con los requisitos de técnica. A nivel de referencia las intervenciones de la terapeuta por su brevedad no permiten inferir un referente. Finalmente, en el ámbito solo hay una intervención referente a acción la cual es repetición de algo dicho por la paciente.

En este fragmento la terapeuta interviene poco y se centra en acompañar el discurso y sintonizar con la paciente.

Resultados ADL-AH

En la siguiente tabla se muestran los porcentajes calibrados obtenidos para paciente y terapeuta en el episodio analizado

Tabla 40

Porcentajes calibrados obtenidos para paciente y terapeuta en el episodio

ADL-AH	% TERAPEUTA	% PACIENTE
LI	0.00	0.00
O1	0.00	0.00
O2	0.00	9.09
A1	0.00	0.00

A2	0.00	54.55
FU	79.45	9.09
FG	20.55	27.27

Descripción global del episodio

La paciente principalmente relata hechos concretos (A2) situados en un tiempo y espacio fuera de la sesión (FU) sobre su decisión de no cortar el pelo de su cuñado ya que él la acosa. La paciente manifiesta por medio de dramatizaciones (FG) el malestar que le produce esa situación. La terapeuta acompaña el discurso a lo largo del episodio.

Defensas De La Paciente

La defensa principal de la paciente en este fragmento se centra en la desmentida del superyó (en este caso la introyección de las normas en casa que le obligaban a tener contacto con una persona que puede ser peligrosa), tratándose de una defensa funcional en donde la paciente pone un límite a una situación de acoso. Las frases de la paciente son acordes al momento de la sesión, en donde paciente cuestiona y toma una acción (A2) contraria al contexto familiar que refiere lo cual permite la preservación del sentimiento de sí mismo en la paciente al hacer énfasis en el no tener miedo a su cuñado (O2).

Tipos de intervenciones de la terapeuta

La siguiente tabla muestra los tipos de intervención empleados por la terapeuta en el episodio analizado.

Tabla 41

Tipos de intervención empleados por la terapeuta en el episodio

INTERVENCIONES TERAPEUTA		
INTRODUCTORIAS	NA	
CENTRALES	NA	NA
COMPLEMENTARIAS	2	FU: Acompañamiento del discurso del paciente.

Las intervenciones de la terapeuta en este episodio son exclusivamente de tipo complementario, cuya finalidad es acompañar el discurso de la paciente (FU).

Forma en que se da la alianza terapéutica

La siguiente tabla muestra la forma en que se establece la alianza terapéutica en el episodio analizado.

Tabla 42

Alianza terapéutica en el episodio analizado.

Terapeuta	Paciente
------------------	-----------------

Intervención clínica: Acompañamiento del discurso ajeno.	Actitud colaboradora	Actitud obstructiva
Pertinente	Ratificación inadvertida: La paciente continúa hablando y relatando la situación ocurrida con su familia.	Rectificación inadvertida: NA
No pertinente	Rectificación inadvertida: NA	Ratificación inadvertida: NA

Aunque no existen muchas intervenciones de la terapeuta puede observarse que el diálogo se mantiene ya que la paciente continúa narrando lo ocurrido con su familia, a la par que la terapeuta realiza pequeñas afirmaciones que ayudan a que la paciente siga hablando.

5.5.8 ROSA: Momentos de estancamiento

Sesión: 10

Código Del Fragmento: ROSA-S10-EC3

Resultados SCAT

Tipo De Momento De Cambio

A partir de una experiencia fuera de sesión la paciente reconoce las dificultades que ha tenido en dos de sus relaciones de pareja en lo concerniente a poner límites, y que le resultaba más

sencillo victimizarse que asumir su responsabilidad. Agrega también que lo dicho por la terapeuta en una sesión anterior le permitió reconocer cómo varias de sus problemáticas de relación de pareja tienen también alrededor una problemática sexual. En el fragmento la paciente menciona la aceptación de las problemáticas alrededor de estos temas (Indicador 1) y su involucramiento en los mismos (Indicador 7).

Tipos de acciones comunicacionales

En la siguiente tabla se muestran los porcentajes en que se presentan las acciones comunicacionales de terapeuta y paciente en el episodio.

Tabla 43

Porcentajes acciones comunicacionales de terapeuta y paciente en el episodio.

FORMA BÁSICA	% TERAPEUTA	% PACIENTE
ASENTIR	71.43	5.88
ASEVERAR	21.43	94.12
DIRIGIR	0.00	0.00
NEGAR	0.00	0.00
PREGUNTAR	7.14	0.00

INTENCIÓN COMUNICACIONA L	% TERAPEUTA	% PACIENTE
EXPLORAR	80.00	73.33
RESIGNIFICAR	20.00	26.67
SINTONIZAR	0.00	0.00
TÉCNICA	% TERAPEUTA	% PACIENTE
AUTORREVELACIÓ N	0.00	18.75
ARGUMENTACIÓN	100.00	37.50
NOMINACION	0.00	31.25
INTERPRETACIÓN	0.00	12.50
REFERENCIA	% TERAPEUTA	% PACIENTE
SÍ MISMO	0.00	82.46
NEUTRAL	0.00	7.02

TERCERO	0.00	5.26
OTRO PRESENTE	100.00	5.26
ÁMBITO	% TERAPEUTA	% PACIENTE
ACCIONES	50.00	48.88
PENSAMIENTOS	50.00	28.13
AFECTOS	0.00	25.00

Tipos de acciones del paciente

A nivel de forma básica las acciones de la paciente se centran en aseverar, teniendo a nivel de intención comunicacional explorar como entrega de información al interlocutor, y resignificar en tanto a construcción y consolidación de nuevos significados. En este episodio se identifica en la paciente el uso de técnicas de argumentación al buscar establecer su responsabilidad en situaciones que le causan malestar y de narración al hablar de lo que le ha sucedido en sus relaciones de pareja. A nivel de referencia esta se centra en sí misma con pocas menciones neutrales o a terceros. También hay una referencia a la terapeuta al recordar algo dicho en la sesión anterior. Finalmente, en lo referente al ámbito si bien hay una mayoría de frases que apunta a acciones cabe destacar el aumento de referencias a procesos de pensamiento y reflexión de la paciente, con referencias también a estados afectivos.

Tipos de acciones de la terapeuta

En este caso en particular, la terapeuta se centra en sus formas básicas en asentir a lo dicho por la paciente dando ocasionalmente alguna aseveración o pregunta, todo ello con la intención de explorar y recabar más información. Dado que las intervenciones de la terapeuta son breves no se localizan acciones que cumplan con los criterios de alguna de las técnicas; en estas breves intervenciones el foco está puesto en el otro presente, con sólo breves referencias a acciones y pensamientos.

Resultados ADL-AH

En la siguiente tabla se muestran los porcentajes calibrados obtenidos para paciente y terapeuta en el episodio analizado.

Tabla 41

Porcentajes calibrados obtenidos para paciente y terapeuta en el episodio.

ADL-AH	% TERAPEUTA	% PACIENTE
LI	0.00	1.91
O1	0.00	0.00
O2	0.00	7.65
A1	0.00	0.08
A2	0.00	64.35
FU	86.21	15.00

FG	13.79	11.02
----	-------	-------

Descripción global del episodio

Los tipos de frases que predominan en el episodio son los acompañamientos de discurso por parte de la terapeuta (FU). En la paciente aparecen frases correspondientes a la categoría A2: autocrítica, referentes a afirmaciones concretas, referencias a saberes consensuales (elementos mencionados en sesiones pasadas, por ejemplo) y control de pensamiento, los cuales se intercalan con referencias a autorreproches (O2) dramatizaciones y énfasis (FG), muletillas y frases de suspenso (FU).

Defensas De La Paciente

En el episodio predominan las categorías O2, seguida de A2 como formas de autorreproche y autocrítica respectivamente, complementadas con un predominio de muletillas y frases de suspenso (FU). Las frases son congruentes con el contexto (la paciente reconociendo su implicación en sus problemáticas). Si bien al final de la escena relatada la paciente refiere sentimientos de vergüenza (O2), predomina al final del fragmento una justificación de acciones (A2) con la finalidad de sanar. Con lo anterior se conserva el sentimiento de sí de la paciente, por lo que se trata de una defensa funcional exitosa acorde a fines ya que le permite explorar aspectos de sí misma con la intención de trabajarlos.

Tipos de intervenciones de la terapeuta

La siguiente tabla muestra los tipos de intervención empleados por la terapeuta en el episodio analizado.

Tabla 44

Intervención empleados por la terapeuta en el episodio.

INTERVENCIONES TERAPEUTA		
INTRODUCTORIAS	2	FG: Recabar información.
CENTRALES	NA	NA
COMPLEMENTARIAS	10	FU: Centradas principalmente en acompañar y complementar el discurso

Las intervenciones de la terapeuta son de tipo introductorio y complementario cuya finalidad es acompañar el discurso (FU). Hay dentro del episodio una intervención centrada en recabar información por medio de una pregunta en forma de comparación de cualidades (FG).

Forma en que se da la alianza terapéutica:

La siguiente tabla muestra la forma en que se establece la alianza terapéutica en el episodio analizado.

Tabla 45

Alianza terapéutica en el episodio

Terapeuta	Paciente
------------------	-----------------

Intervención clínica: Acompañamiento del discurso ajeno y pregunta.	Actitud colaboradora	Actitud obstructiva
Pertinente	Ratificación inadvertida: La paciente continúa hablando y responde a la pregunta de la terapeuta.	Rectificación inadvertida: NA
No pertinente	Rectificación inadvertida: NA	Ratificación inadvertida: NA

Aunque no existen muchas intervenciones de la terapeuta puede observarse que el diálogo se mantiene ya que la paciente continúa argumentando sobre las cosas de las que se dio cuenta a la par que la terapeuta realiza pequeñas afirmaciones que ayudan a que la paciente siga hablando.

Sesión: 2

Código Del Fragmento: ROSA-S2-EE1

Resultados SCAT

Tipo De Momento De Estancamiento

En el fragmento de la segunda sesión del proceso la paciente muestra una pauta que sirve para construir posteriores hipótesis de estancamiento, ya que emergen temáticas relacionadas con desesperanza (Indicador C), en este caso relacionada a pensar que no le será posible formar una familia a pesar de no tener elementos que le permitan sostener esa afirmación. Junto con ello

aparecen sentimientos de incompetencia (Indicador E) respecto a la capacidad de formar relaciones funcionales y resistencia a establecer relaciones entre síntomas, emociones y comportamientos (Indicador J) al evitar enlazar lo que le pasa con un patrón de depresión.

Tipos de acciones comunicacionales

En la siguiente tabla se muestran los porcentajes en que se presentan las acciones comunicacionales de terapeuta y paciente en el episodio.

Tabla 46

Porcentajes en que se presentan las acciones comunicacionales de terapeuta y paciente en el episodio.

FORMA BÁSICA	% TERAPEUTA	% PACIENTE
ASENTIR	11.11	3.85
ASEVERAR	55.56	88.46
DIRIGIR	11.11	0.00
NEGAR	5.56	7.69
PREGUNTAR	16.67	0.00

INTENCIÓN COMUNICACION AL	% TERAPEUTA	% PACIENT E
EXPLORAR	75.00	82.61
RESIGNIFICAR	18.75	4.35
SINTONIZAR	6.25	13.04
TÉCNICA	% TERAPEUTA	% PACIENT E
CONFRONTACIÓ N	40.00	100.00
ARGUMENTACIÓ N	10.00	0.00
NOMINACION	10.00	0.00
INFORMACIÓN	40.00	0.00
REFERENCIA	% TERAPEUTA	% PACIENT E

SÍ MISMO	0.00	80.00
NEUTRAL	16.67	0.00
OTRO PRESENTE	83.33	0.00
TERCERO	0.00	20.00
ÁMBITO	% TERAPEUTA	% PACIENTE
ACCIONES	58.33	30.00
PENSAMIENTOS	25.00	45.00
AFFECTOS	16.67	25.00

Tipos de acciones del paciente

La forma básica que presentan las acciones comunicacionales de la paciente se centran en aseveraciones, aunque en este fragmento también aparecen en menor medida afirmaciones y negaciones. A nivel de intención comunicacional además de buscar entregar información la paciente, también realiza acciones comunicacionales que buscan sintonizar y ser comprendida por la otra persona, así como para dar un significado a la situación relatada como parte de su depresión. La referencia de la paciente está totalmente centrada en sí misma por lo que parece no haber receptividad al interlocutor. A nivel de ámbito muestra acciones referentes en igual medida a

acciones, pensamientos y afectos lo cual parece tener en la paciente un efecto desorganizante al no lograrse enfocar en uno de los ámbitos. Finalmente, no existen acciones comunicacionales que cumplan con los criterios para clasificarse a nivel de técnica.

La paciente en este episodio parece poco receptiva, centrada en sí misma y sus pensamientos disfóricos de no poder formar una familia, y en argumentar activamente que ese hecho es cierto y esperando que su interlocutora entienda (y quizá le refuerce) esa forma de pensar.

Tipos de acciones de la terapeuta

Las acciones de la terapeuta al igual que en otras sesiones se centran en aseveraciones, aunque en esta ocasión están acompañadas de una intención de dirigir, negar, afirmar y preguntar. La intención comunicacional se centra en explorar mediante intervenciones para clarificar a la paciente algunas de las ideas pesimistas que presenta, y en menor medida, intentar sintonizar con la paciente y resignificar las ideas de esta.

En este episodio la terapeuta hace un mayor uso de la técnica de confrontación junto con la información, además de algo de argumentación y nominación en un esfuerzo por modificar el patrón disfuncional que manifiesta la paciente. En este mismo sentido las acciones comunicacionales de la terapeuta se refieren casi en todo momento a la paciente en tanto otro presente o bien en referencias neutras. En cuanto al ámbito desde el que interviene la terapeuta este se centra en acciones y en menor medida en procesos de pensamiento, dejando de lado las acciones enfocadas a estados afectivos.

La terapeuta se enfoca en confrontar las creencias de la paciente dando argumentos y tratando de incidir desde un campo de acción y pensamiento, el elemento de conexión empática queda en un segundo plano.

Resultados ADL-AH

En la siguiente tabla se muestran los porcentajes calibrados obtenidos para paciente y terapeuta en el episodio analizado.

Tabla 47

Porcentajes calibrados obtenidos para paciente y terapeuta en el episodio.

ADL-AH	% TERAPEUTA	% PACIENTE
LI	0.00	0.00
O1	0.00	0.39
O2	2.56	19.22
A1	0.00	0.00
A2	92.31	66.27
FU	2.56	14.12
FG	2.56	0.00

Descripción global del episodio

En el episodio predominan las categorías A2 en tanto control de pensamiento, afirmaciones concretas, justificaciones. Otra categoría predominante es O2 que principalmente es usada por la

paciente para enunciar lamentos y afectos disfóricos respecto a la creencia de no poder formar una familia. La categoría FU emerge en los intentos de acercamiento cauteloso o evitación de ciertos temas o aspectos de la problemática relatada, o bien como referencias de tiempo y espacio. FG entra en forma de ejemplos o convocatorias al interlocutor por parte de la terapeuta. Hay en el episodio la aparición de una frase de ambigüedad (O1) por parte de la paciente.

Defensas De La Paciente

La paciente pone en juego una defensa patógena de desmentida de la realidad, en donde se centra en el uso del lamento (O2) o en argumentar (A2) y defender la postura de la imposibilidad de tener una familia o una relación de pareja frente a los intentos de información de la terapeuta. La defensa patógena en este fragmento es exitosa teniendo como consecuencia la prevalencia del sentimiento de desesperanza en la paciente.

Tipos de intervenciones de la terapeuta

La siguiente tabla muestra los tipos de intervención empleados por la terapeuta en el episodio analizado.

Tabla 48

Tipos de intervención empleados por la terapeuta en el episodio analizado.

INTERVENCIONES TERAPEUTA		
INTRODUCTORIAS	4	A2: Preguntas

CENTRALES	8	A2: Referencias a saberes consensuados y control de pensamiento.
COMPLEMENTARIAS	9	FG: Ejemplos A2: presentación de alternativas, información. FU: acompañar discurso

Las intervenciones centrales de la terapeuta buscan que la paciente haga conexiones entre saberes consensuales (por ejemplo, la edad y la fertilidad) y control de pensamiento para llevar a la paciente a ver incongruencias en su idea de no poder tener hijos. Hay también intervenciones complementarias que buscan dar ejemplos e información que refuerce las intervenciones centrales. Las intervenciones introductorias son preguntas e invitaciones a que la paciente siga hablando.

Forma en que se da la alianza terapéutica

La siguiente tabla muestra la forma en que se establece la alianza terapéutica en el episodio analizado.

Tabla 49

Alianza terapéutica en el episodio

Terapeuta	Paciente
-----------	----------

Intervención clínica: la terapeuta busca convencer a la paciente de lo irracional de su idea de no poder tener hijos.	Actitud colaboradora	Actitud obstructiva
Pertinente	Ratificación inadvertida: NA	Rectificación inadvertida: La paciente se centra en su lamento y no es receptiva a los argumentos de la terapeuta.
No pertinente	Rectificación inadvertida	Ratificación inadvertida: La paciente busca que se valide su idea de no poder tener familia.

En cuanto a la alianza terapéutica puede observarse que el intercambio en este episodio se centra en los intentos de la terapeuta de convencer a la paciente de lo irracional de sus ideas, mientras la paciente se centra en su propio sentimiento disfórico de lamento buscando que el interlocutor valide su posición disfórica.

Sesión: 4

Código Del Fragmento: ROSA-S4-EE2

Resultados SCAT

Tipo De Momento De Estancamiento

En este episodio se encuentra la narración de la paciente sobre un intento de suicidio reciente. La paciente describe el patrón repetitivo de la ingesta de pastillas; las temáticas que aparecen en este fragmento son: la minimización de los efectos de dicha acción (Indicadores A y D); al momento en que la paciente menciona las consecuencias de la ingesta de pastillas y de la posterior caída que sufre, su razonamiento se centra en responsabilizar a los medicamentos y a los problemas con su ex pareja de la situación (Indicador G); posteriormente se centra en la queja de no haber recibido atención suficiente de la ex pareja (Indicador D).

Tipos de acciones comunicacionales

En la siguiente tabla se muestran los porcentajes en que se presentan las acciones comunicacionales de terapeuta y paciente en el episodio.

Tabla 50

Porcentajes en que se presentan las acciones comunicacionales de terapeuta y paciente.

FORMA BASICA	% TERAPEUTA	% PACIENTE
ASENTIR	25.00	0.00
ASEVERAR	25.00	96.43
DIRIGIR	0.00	1.79
NEGAR	0.00	1.79

PREGUNTAR	50.00	0.00
INTENCIÓN COMUNICACION AL	% TERAPEUTA	% PACIENTE
EXPLORAR	75.00	90.91
RESIGNIFICAR	0.00	3.64
SINTONIZAR	25.00	5.45
TÉCNICA	% TERAPEUTA	% PACIENTE
INFORMACIÓN	50.00	0.00
REFLEJO	50.00	0.00
NARRACIÓN	0.00	100.00
REFERENCIA	% TERAPEUTA	% PACIENTE
SÍ MISMO	0.00	71.15
UN TERCERO	50.00	21.15
NEUTRAL	0.00	7.69

OTRO PRESENTE	50.00	0.00
ÁMBITO	% TERAPEUTA	% PACIENTE
ACCIONES	100.00	75.47
PENSAMIENTOS	0.00	16.98
AFECTOS	0.00	7.55

Tipos de acciones del paciente

La paciente tiene como intención básica el aseverar, aparece de manera breve también la negación. La intención comunicacional se centra en explorar en tanto entrega, clarificación de contenidos y algunos intentos de sintonizar (ser comprendida por su interlocutor), lo cual se llega a estructurar en el uso de la narración como técnica por parte de la paciente respecto a su reciente intento suicida. En este fragmento la paciente se centra en sí misma en tanto referencia y en un tercero (su expareja) con pocas referencias neutras. En este episodio hay énfasis en el ámbito de las acciones realizadas y en los pensamientos, dejando el elemento de los afectos en tercer lugar.

La paciente parece centrarse en este episodio en su intento de suicidio, buscando que la terapeuta le entienda por medio de lo narrado. Su foco está en sí misma, en su expareja y en el medicamento, siendo estos dos últimos responsabilizados por la paciente de su intento.

Tipos de acciones de la terapeuta

La terapeuta ejecuta acciones cuya forma básica son en su mayoría de preguntas, con elementos de asentir y aseverar. La intención de lo dicho por la terapeuta se centra en explorar contenidos de lo dicho por la paciente y tratar de sintonizar, intentando a su vez el uso de reflejo empático a nivel de técnica. La terapeuta se enfoca tanto en la paciente como en la expareja como punto de referencia para sus intervenciones. Finalmente, las intervenciones se centran solo en el campo de las acciones dejando de lado los planos de ideas y afectos.

En este fragmento las intervenciones de la terapeuta son breves, y aunque hay un intento de empatizar, este no tiene seguimiento, quedando en intervenciones más cercanas a las acciones realizadas por la paciente y no a sus implicaciones.

Resultados ADL-AH

En la siguiente tabla se muestran los porcentajes calibrados obtenidos para paciente y terapeuta en el episodio analizado.

Tabla 51

Porcentajes calibrados obtenidos para paciente y terapeuta en el episodio.

ADL-AH	% TERAPEUTA	% PACIENTE
LI	0.00	8.50
O1	0.00	0.00
O2	0.00	2.12

A1	0.00	1.20
A2	44.44	64.28
FU	11.11	4.78
FG	44.44	19.12

Descripción global del episodio

En este fragmento la narración de la paciente sobre su intento suicida se compone de una confesión reñida con la ley (A1) sobre el haber ocultado y tomado pastillas, narraciones de hechos (A2) en las que también se incluyen referencias a sus afectos disfóricos (O2), mostraciones de deseo y dramatización de no vivir de nueva cuenta ese dolor (FG), también frases de suspenso en las que la paciente parece evitar aspectos del tema de los que no desea abordar. Todo lo anterior se enmarca en referencias a estados corporales (LI) ya que enfatiza los dolores físicos y efectos de la intoxicación con medicamentos.

Defensas De La Paciente

La secuencia refiere a la presencia de una defensa de desestimación de la realidad dada la presencia de frases que se centran en resaltar los estados corporales por medio del intento suicida (LI) y no el involucramiento de la paciente en sus propias acciones. En este caso la desestimación patógena resulta exitosa, aunque de manera disfórica, lo que lleva a que la paciente termine experimentando el sentimiento de abandono de la pareja y la queja (O2), ello a pesar de los intentos de expresar su malestar por medio de dramatizaciones (FG).

Tipos de intervenciones de la terapeuta

La siguiente tabla muestra los tipos de intervención empleados por la terapeuta en el episodio analizado.

Tabla 52

Tipos de intervención empleados por la terapeuta en el episodio.

INTERVENCIONES TERAPEUTA		
INTRODUCTORIAS	3	A2: Preguntas, exclamaciones.
CENTRALES	NA	NA
COMPLEMENTARIAS	3	Fu: Acompañamiento del discurso

Las intervenciones de la terapeuta son de tipo introductorio y complementario, cuya finalidad es acompañar el discurso (FU), preguntar (A2) o exclamaciones ante lo dicho por la paciente (FG).

Forma en que se da la alianza terapéutica

En este fragmento no fue aplicable el análisis de la alianza terapéutica dadas las pocas intervenciones de la terapeuta.

5.5.9 Caso ROSA análisis de los episodios revisados

En el caso de ROSA los episodios de estancamiento se observaron en las sesiones 2 y 4, mientras que los episodios de cambio corresponden a las sesiones 7, 9 y 10. Con ello puede observarse que el proceso en sus inicios se caracterizó por menos momentos de trabajo colaborativo entre ambos hablantes, situación que se fue modificando en sesiones posteriores. Al analizar desde ambos métodos la forma en que se desarrolló el diálogo terapéutico puede observarse:

Respecto a las temáticas de los episodios

- Es destacable que en este caso los episodios de estancamiento se centran en dos aspectos: Las creencias de la paciente que le llevan a un estado de desesperanza y las acciones de ingesta de medicamento que se traducen en un intento suicida.
- Por su parte los episodios de cambio tratan de un reconocimiento de la paciente de su responsabilidad en las problemáticas que vive, el establecimiento de límites respecto a una dinámica de convivencia con un sujeto acosador y la reflexión en torno a sus propias percepciones y su manejo de la angustia.

Respecto a la paciente ROSA

- Tanto los episodios de cambio como de estancamiento tienen una distribución similar en lo relacionado a sus formas básicas e intenciones comunicacionales, centrándose en el aseverar y asentir; el único elemento diferencial en los episodios de estancamiento es la presencia de forma básica de negación en algunas frases.

- En los episodios de estancamiento las frases referentes al ámbito de las acciones, afectos y pensamientos aparecen con mayor frecuencia que en los episodios de cambio, en donde se observa un mayor énfasis en las acciones y los afectos; dado el contexto del caso, lo anterior puede llevar a inferir que para la paciente esta variabilidad se relaciona con estados de confusión en los que no logra focalizarse en aspectos particulares.
- En el rubro de referencia se observa que en los episodios de estancamiento la paciente se focaliza solamente en ella misma sin dejar espacio a referir a otros, mientras que en los episodios de cambio puede haber referencias a otros incluyendo la terapeuta.
- En lo referente al rubro de la técnica, no en todos los episodios fue posible delimitar frases que denotan una técnica determinada; sin embargo, es rescatable, que en un episodio de cambio la paciente usó el recurso de la argumentación, mientras que en un episodio de estancamiento hizo uso de la narración.
- Desde el ADL el repertorio de defensas de la paciente tiene como eje central la categoría O2 en tanto expresión de estados afectivos y FU en tanto acercamiento cauteloso a temas. Dependiendo con qué otras categorías se enlacen es la manera en que se desarrolla la defensa de la paciente. En los episodios de estancamiento la presencia de las categorías LI y O1 indican el desarrollo de defensas patógenas en donde el punto de referencia son sensaciones corporales que son difíciles de cualificar para la paciente, por lo que le es difícil elaborarlas. En los episodios de cambio aparece como elemento articulador la categoría A2, en tanto forma de descripción de hechos o control del recuerdo y el pensamiento, lo que permite a la paciente el poder dar un sentido y análisis a los afectos o percepciones que producen angustia.

Respecto a la terapeuta ALMA

- En las categorías de forma básica, intención comunicacional, ámbito y referencia se encontraron porcentajes heterogéneos tanto en los episodios de cambio como de estancamiento, por lo cual no puede establecerse en estos rubros elementos diferenciados entre los distintos episodios.
- En la terapeuta se observan dos repertorios de intervenciones presentes tanto en los momentos de cambio como de estancamiento: un modo de intervención caracterizado por un gran número de intervenciones, las cuales se componen de algunas centrales a modo de llevar a la paciente a asociar diferentes elementos; la presencia de intervenciones complementarias a modo de ejemplos o acompañamientos de discurso, e intervenciones introductorias en forma de preguntas. La otra estrategia de intervención se centra en pocas frases más enfocadas en intervenciones complementarias a modo de acompañamiento de discurso e intervenciones introductorias en forma de preguntas para recabar información
- Ambos repertorios tienen resultados distintos en las sesiones iniciales en comparación a sesiones posteriores ya que se observan episodios tanto de cambio como de estancamiento en que estas formas de intervención se encuentran presentes.

5.6 Presentación del caso VIOLETA: ¿Alrededor de qué temas se despliegan los intercambios lingüísticos en los segmentos analizados de las sesiones de psicoterapia?

En este apartado se muestran los resultados globales del caso VIOLETA, así como el análisis de los episodios de cambio y estancamiento localizados a lo largo de las sesiones. Con estos datos se responde la pregunta de ¿alrededor de qué temas se despliegan los intercambios

lingüísticos en los segmentos analizados de las sesiones de psicoterapia? Así como a las preguntas 2 y 3 sobre ¿Cuáles tipos de frases aparecen en los intercambios paciente-terapeuta a lo largo de las sesiones de psicoterapia desde el SCAT y el ADL-AH?

5.6.1 Elementos generales del caso VIOLETA

Caso: VIOLETA

VIOLETA es una mujer de 27 años al momento de las sesiones. Tiene un hermano menor, está casada, con dos hijos, ambos de su segundo matrimonio. Previamente se había casado a los 18 años, aunque se separó casi inmediatamente. Aunque vive con su pareja actual, durante diversos periodos de las sesiones se encontraba viviendo en casa de sus padres. Ambos padres viven y se dedican al comercio. VIOLETA estudió enfermería, aunque se dedica al comercio actualmente. Los motivos de consulta giran alrededor de dificultades para dormir, angustia, problemas en la relación con su pareja actual, así como problemas y discusiones con su madre. Tiene intentos de suicidio previos por ingestión de sustancias. Acude al proceso de psicoterapia individual dos veces a la semana, a un proceso grupal semanal y a sesiones de medicina alternativa. Ingiere medicamentos para dormir (clonazepam) así como tratamientos alternativos (flores de Bach) para disminuir la ansiedad).

Terapeuta: XAVIER

Se trata de un terapeuta del sexo masculino con 51 años al momento de las sesiones. Tiene el grado de psicología y formación psicoanalítica. Se desempeña en el área docente, de investigación y en la consulta clínica privada, con 25 años de experiencia al momento de las sesiones.

A continuación, se muestra un mapa global de los temas abordados en las sesiones:

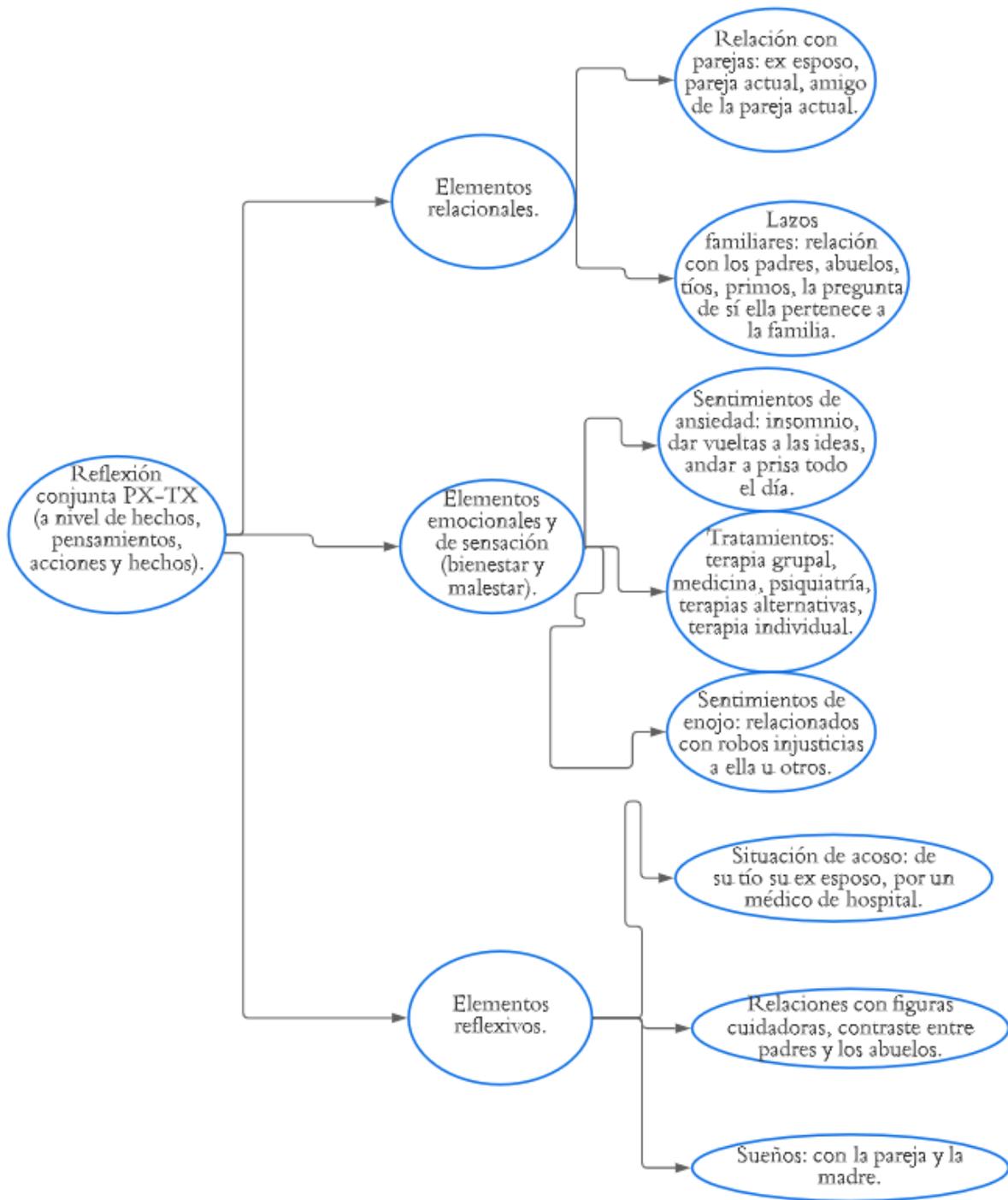


Figura 3: Mapa temático del caso VIOLETA

La figura 3 ilustra los temas alrededor de los cuales se presentan los intercambios lingüísticos de los hablantes. En la parte izquierda se plantea que lo producido es a partir de una reflexión conjunta de paciente y terapeuta, a su vez la parte central de la figura se muestran los tres elementos globales producto de dicha reflexión, y finalmente los cuadros de la parte derecha muestran ejemplos más específicos de estas temáticas. Como se observa en el mapa los temas detectados en el caso VIOLETA se presentan de la siguiente manera: a partir de la reflexión conjunta entre paciente y terapeuta se encuentran temas que pueden articularse a nivel de Elementos relacionales; elementos emocionales y de sensaciones relacionadas con el bienestar y el malestar de la paciente; elementos reflexivos a partir de momentos o temas particulares que emergen en las sesiones.

En lo relacional aparece lo concerniente al exesposo, la pareja actual, así como un amigo de la pareja actual; la forma en que se dan los lazos familiares con los padres, los abuelos, los tíos, primos y que entrañan la pregunta si ella pertenece a esa familia.

En lo referente a sensaciones o afectos de bienestar o malestar emergen las situaciones de acoso por su tío, su exesposo y por un médico. También aparecen los sentimientos de enojo: relacionados con robos, injusticias a ella u otros. Finalmente se abordan en las sesiones los sentimientos de ansiedad de la paciente que llevan a presentar insomnio, dar vueltas a las ideas, andar a prisa todo el día y que motivan a los intentos de daño o de suicidio en la paciente.

En el terreno reflexivo aparece con ayuda del terapeuta temas de cómo son las relaciones con figuras cuidadoras, especialmente el contraste entre su representación de sus padres y los abuelos. Por otro lado, la paciente provee material reflexivo al narrar algunos sueños con la pareja, y con la madre. Finalmente, la paciente habla de los tratamientos que sigue o ha seguido (Terapia

grupal, medicina, psiquiatría, terapias alternativas y terapia individual) y cuáles son los efectos que percibe de estos.

5.6.2 Análisis del caso VIOLETA: ¿Cuáles tipos de frases aparecen en los intercambios paciente-terapeuta a lo largo de las sesiones de psicoterapia desde el SCAT y el ADL-AH?

A continuación, se presenta el análisis general del caso VIOLETA, para ello se exponen los porcentajes globales de cada categoría en la muestra analizada de 8 sesiones desde los métodos del SCAT y el ADL-AH.

Análisis del caso VIOLETA por sesiones

A continuación, se presenta el análisis de las sesiones terapéuticas del caso VIOLETA, para ello se expone en primer lugar un resumen de la sesión y posteriormente se muestran los puntajes globales obtenidos de acuerdo con los métodos SCAT y ADL-AH.

Resumen de la sesión 2

VIOLETA inicia comentando que siente angustia, el terapeuta le pregunta que le angustia, ella menciona que se debe a que no se siente a gusto viviendo con su mamá, ya que tienen formas diferentes de hacer las cosas, por ejemplo, en el cuidado de los hijos de la paciente y agrega que no le gusta que su mamá se enoje. El terapeuta trata de indagar si el que la mamá se enoje le recuerda a algo, la paciente menciona que no, describiendo que de niña fue hija única y vivió con sus papás y con sus abuelos hasta que su papá compró una casa en una cuadra cercana.

Describe que su mamá tiene una personalidad controladora. Violeta agrega que cuando era adolescente de unos 13 o 14 años había tenido problemas similares de ansiedad y ganas de suicidarse, lo que relaciona con la llegada de un tío, hermano de su papá, que fue a vivir con sus abuelos y que trató de abusar de ella; menciona que fue en una ocasión que su mamá se fue a

Estados Unidos de vacaciones y que, aunque ella evitó el abuso fue acosada por un año por el tío, situación que no contó a los papás, menciona también que en esa época empezó a lastimarse.

Agrega que de adolescente hubo situaciones que le enojaron mucho al punto de agredir o gritar, como fue el ver a personas hacer peleas de perros o el intento de otro tío de abusar de una prima. Menciona que a raíz de esos comportamientos la llevaron con una psiquiatra lo cual no fue de mucha ayuda, y después la llevaron con una psicóloga a quien pudo contarle el intento de abuso. Menciona que, aunque la familia prohibió al tío acercarse a la casa, siguió viéndolo, ya que le ayuda al papá en el tianguis. Agrega que a ella le ha tocado recientemente llevarlo al médico ya que el papá parece sentirse responsable de él.

El terapeuta sintetiza lo relatado por VIOLETA mencionando que, aunque le dijo a la psicóloga y a los papás sobre la situación, ellos no alejaron al tío y sigue presente en su vida. Menciona que, a los 16 años, cuando trabajaba con su papá en el tianguis, también estaba ahí su tío. Relata diversas ocasiones en que ella le gritaba y regañaba al tío lo cual disfrutaba. Relata que se casó a los 18 con JUAN, aunque no llegaron a vivir juntos, menciona que sus familias tuvieron problemas y que él intentó llevársela y encerrarla en su casa. La mamá de JUAN intervino y ella pudo irse, aunque esa experiencia la marcó, agrega que no le daba miedo que JUAN la violara ya que lo conocía y habían sido novios 3 años, pero que le daba miedo que él la tuviera encerrada.

La paciente agrega que no tenía temor a la violación ya que con JUAN no había tenido una relación sexual completa. El terapeuta pregunta por qué, y la paciente menciona que cuando iban a tener relaciones recordaba la situación con su tío, ella se negaba a seguir y JUAN se detenía. El terapeuta le pregunta qué de la situación con JUAN le recordaba a su tío, la paciente relata cómo fue el intento de violación y cómo logró alejarse. Agrega que había ocasiones en que su mamá le

pedía atender al tío y VIOLETA se negaba, lo cual era interpretado como un acto de rebeldía, la paciente menciona que era su manera de defenderse. Agrega que en esa época entre los 13 y 15 años comenzó a ingerir alcohol ya que con eso se sentía más protegida, y que sus padres en esa época, a diferencia de actualmente, no le decían nada al respecto. Agrega que se sentía segura porque su novio JUAN le ponía límites al tío.

VIOLETA narra que actualmente tiene una hija y un hijo, y que, aunque sigue teniendo que ver constantemente a su tío y lo ha perdonado, no confía en él, por lo que no permite que esté al cuidado de sus hijos, llegando a mencionar a sus papás que si dejan a sus hijos al cuidado de su tío ella se irá.

La paciente describe dos intentos de suicidio: en el primero trató de tomar cloro, tequila y jugo, aunque no sintió nada; en el segundo tomó muchas pastillas de su abuela sin saber de qué eran, resultado ser diuréticos. En ambos casos la paciente no tenía claro qué buscaba, pero quería morir y ya no sentir desesperación; agrega que pensó en ahorcarse, pero pensó que sentiría desesperación y era lo que quería evitar. También narra una experiencia cuando trabajaba en un hospital, en el que un residente le mostró su pene, a partir de ahí se lo topaba en todas partes y se sentía acosada y angustiada; posteriormente entró a trabajar a otro hospital, pero la paga era menor, finalmente decidió dedicarse al comercio. Menciona que actualmente se dedica a dar masajes, a su florería y a su estética; además le gusta dar masajes y que, aunque las personas se quitan la ropa, no hay morbo y es natural.

La paciente habla de cómo en el lugar donde aprende a dar masajes quitarse la ropa es normal y sin morbo, menciona que hay diferencia entre las personas que ella percibe lo hacen con morbo y las que no. Agrega que con algunas de sus amigas se han desvestido para cambiarse de

ropa y que con algunas no hay problema mientras que a otras parece darles pena el hacerlo. VIOLETA narra que fue a ver a una de sus amigas para pasar el fin de semana con ella, y aunque sus hijos se divirtieron ella, esperaba poder convivir y hablar más con su amiga por lo que al no poder hacerlo se sintió triste. El terapeuta pregunta si a la paciente le haría falta SALO.

Menciona que ha hablado con su pareja actual, SALO, pero que en este momento no quiere regresar con él hasta estar bien. Agrega que cuando habla con personas se tranquiliza. El terapeuta puntualiza que hablar le ayuda y que para eso son las sesiones de terapia. Al final llegan a acuerdos para la siguiente sesión.

Tabla 53

Calificación en porcentajes de la sesión 2 caso VIOLETA- PACIENTE desde el SCAT

FORMA BÁSICA					INTENCIÓN			CASO VIOLETA SESIÓN 2 PACIENTE	
<i>FB1</i>	<i>FB2</i>	<i>FB3</i>	<i>FB4</i>	<i>FB5</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>	<i>IC3</i>		
9.73	87.91	1.47	0.88	0.00	98.45	1.20	0.34		
TÉCNICA									
<i>TE1</i>	18.65	<i>TE4</i>	0.00	<i>TE7</i>	0.00	<i>TE10</i>	8.81	<i>TE13</i>	0.00
<i>TE2</i>	0.00	<i>TE5</i>	0.00	<i>TE8</i>	0.00	<i>TE11</i>	0.00	<i>TE14</i>	2.33
<i>TE3</i>	0.00	<i>TE6</i>	0.52	<i>TE9</i>	69.69	<i>TE12</i>	0.00	<i>TE15</i>	0.00
ÁMBITO			REFERENCIA						
<i>AM1</i>	<i>AM2</i>	<i>AM3</i>	<i>RE1</i>	<i>RE2</i>	<i>RE3</i>	<i>RE4</i>	<i>RE5</i>	<i>RE6</i>	
70.29	10.49	19.22	48.10	0.79	30.16	1.11	6.98	12.86	

Categorías con mayor presencia en la sesión (ordenados de mayor a menor)

Forma básica: Aseverar (FB2).

Intención comunicacional: Explorar (IC1).

Ámbito: Acciones (AM1), Afectos (AM3), e Ideas (AM2).

Referencia: Al sí mismo (RE1) y A un tercero (RE3).

Técnica: Narración (TE9) y Argumentación (TE1).

Tabla 54

Calificación en porcentajes de la sesión 2 caso VIOLETA- TERAPEUTA desde el SCAT

FORMA BÁSICA					INTENCIÓN			CASO VIOLETA SESIÓN 2 TERAPEUTA	
<i>FB1</i>	<i>FB2</i>	<i>FB3</i>	<i>FB4</i>	<i>FB5</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>	<i>IC3</i>		
5.48	43.15	0.00	47.95	3.42	84.26	15.74	0.00		
TÉCNICA									
<i>TE1</i>	0.00	<i>TE4</i>	6.67	<i>TE7</i>	10.67	<i>TE10</i>	10.67	<i>TE13</i>	6.67
<i>TE2</i>	0.00	<i>TE5</i>	0.00	<i>TE8</i>	0.00	<i>TE11</i>	0.00	<i>TE14</i>	21.33
<i>TE3</i>	22.67	<i>TE6</i>	0.00	<i>TE9</i>	0.00	<i>TE12</i>	21.33	<i>TE15</i>	0.00
ÁMBITO			REFERENCIA						
<i>AM1</i>	<i>AM2</i>	<i>AM3</i>	<i>RE1</i>	<i>RE2</i>	<i>RE3</i>	<i>RE4</i>	<i>RE5</i>	<i>RE6</i>	
77.61	21.64	0.75	2.70	51.35	20.95	4.73	4.05	16.22	

Categorías con mayor presencia en la sesión (ordenados de mayor a menor)

Forma básica: Preguntar (FB4) y Aseverar (FB2).

Intención comunicacional: Explorar (IC1).

Ámbito: Acciones (AM1) e Ideas (AM2).

Referencia: Al otro presente (RE2) y A un tercero (RE3).

Técnica: Resumen (TE14) y Confrontación (TE3).

Tabla 55

Calificación en porcentajes de la sesión 2 caso VIOLETA- PACIENTE desde el ADL

ADL-AH							
SESIÓN 2	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
CASO VIOLETA							
PACIENTE	7.08	0.00	34.76	4.51	29.14	17.66	6.85

De acuerdo con el ADL-AH, en el caso de la paciente, la categoría O2 se concentra espacialmente en frases referidas a estados afectivos y acciones; la categoría A2 aparece en la modalidad de descripción e información de situaciones y hechos concretos, así como afirmaciones; la categoría FU emerge de afirmaciones referentes a las dimensiones espacio tiempo, y al acompañamiento del discurso ajeno; las frases pertenecientes al campo de LI describen principalmente estados o procesos corporales.

Tabla 56

Calificación en porcentajes de la sesión 2 caso VIOLETA- PACIENTE desde el ADL

ADL-AH							
SESIÓN 2	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG

CASO VIOLETA TERAPEUTA	4.61	2.59	18.16	0.00	43.86	26.76	4.02
-----------------------------------	------	------	-------	------	-------	-------	------

Lo dicho por el terapeuta entra en primer lugar dentro del campo de la categoría A2, como preguntas y otras formas de solicitar información y puntualizaciones; la categoría FU aparece principalmente en la modalidad de acompañamiento del discurso y preguntas o afirmaciones referidas a las dimensiones espacio-tiempo; también tienen protagonismo las frases de las categorías O2 en su modalidad de comprensión empática y referencias a estados afectivos. elementos relacionados con estados corporales de la paciente. Otra categoría importante que emerge en el discurso de la paciente es FG a manera de dramatizaciones y ejemplo.

Resumen de la sesión 4

La paciente inicia hablando de que logró llegar a la sesión, el terapeuta le menciona que es importante que diga todo lo que le viene a la mente y le reafirma la confidencialidad de su información (debido a que se trata de una sesión que es audio grabada).

La paciente menciona que se quedó pensando en algo dicho por el terapeuta respecto a cómo se sentía que el tío siguiera presente. Agrega que un rato más tarde se peleó con su mamá, lo que le hizo llorar, y que quizá era el momento de sacar eso. Comenta que había estado quedándose en casa de su mamá, pero no se sentía a gusto pues su madre es muy posesiva. Narra que un tiempo atrás vivía con su mamá; en otro momento trabajaba en la florería que también es de su mamá, y que actualmente tiene una casa que compró con su pareja.

El terapeuta pregunta qué situación la molestó tanto como para llorar, VIOLETA menciona que discutió con su mamá debido a que busca decirle cómo criar a sus hijos y si no le hace caso le

quita los privilegios económicos. Aclara que, aunque esta vez lloró, a diferencia de otras ocasiones, no sintió necesidad de tomar pastillas ni deseos de morir.

VIOLETA menciona que antes había tenido discusiones con su mamá y con su actual pareja, SALO, y que en esas ocasiones se quedaba callada y se sentía mal. Menciona también que a ella la educaron para no responderle a su mamá y que con sus hijos trata de que ellos se expresen. La paciente también cuenta que le ha podido expresar a SALO su malestar recientemente porque la obligó a tener relaciones sexuales, lo cual la hizo sentir violada.

La paciente menciona que hace 3 meses no vive en casa con su pareja y ese tiempo ha vivido con su mamá. Dice que con su pareja ha logrado en ese tiempo poner límites para no cargar ella con el peso económico y de labores de casa. Agrega que con su mamá le falta poner límites ya que al vivir en su casa siente que debe aceptar las reglas implícitas que le marcan, como llegar temprano o ir a misa. El terapeuta le reitera que en las sesiones podrá hablar de esas situaciones. La paciente menciona la diferencia en cómo se comportaba su marido antes, por ejemplo, no querer comer lo que ella preparaba, en contraste con actualmente aceptar lo que cocina, lo que VIOLETA atribuye al tiempo separados. Por otra parte, comenta que su mamá la chantajea para llegar temprano si sale de fiesta, argumentando que no puede dormir si ella no llega. Menciona que de cualquier manera su mamá duerme poco y necesita estar haciendo actividades. Agrega que a ella le cuesta dormir y menciona que se ha dado cuenta que no tolera ese ritmo de su mamá de ir a prisa.

El terapeuta le pregunta quién vive a prisa, a lo que la paciente responde que su mamá y que ella antes también vivía así. Relata que su mamá parece siempre ir a prisa ya sea al caminar o al querer asistir a 3 fiestas en un mismo día. Menciona que le ha dicho a su mamá que debería

priorizar y no querer hacerlo todo. El terapeuta señala la importancia del tiempo y el espacio. Se llega a acuerdos para la siguiente sesión.

Tabla 57

Calificación en porcentajes de la sesión 4 caso VIOLETA- PACIENTE desde el SCAT

FORMA BÁSICA					INTENCIÓN			CASO VIOLETA SESIÓN 4 PACIENTE	
<i>FB1</i>	<i>FB2</i>	<i>FB3</i>	<i>FB4</i>	<i>FB5</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>	<i>IC3</i>		
8.19	89.76	0.79	0.63	0.63	98.45	1.20	0.34		
TÉCNICA									
<i>TE1</i>	22.49	<i>TE4</i>	0.00	<i>TE7</i>	0.00	<i>TE10</i>	1.04	<i>TE13</i>	0.35
<i>TE2</i>	0.00	<i>TE5</i>	0.34	<i>TE8</i>	0.00	<i>TE11</i>	0.00	<i>TE14</i>	0.00
<i>TE3</i>	0.00	<i>TE6</i>	0.69	<i>TE9</i>	74.744	<i>TE12</i>	0.00	<i>TE15</i>	0.35
ÁMBITO			REFERENCIA						
<i>AM1</i>	<i>AM2</i>	<i>AM3</i>	<i>RE1</i>	<i>RE2</i>	<i>RE3</i>	<i>RE4</i>	<i>RE5</i>	<i>RE6</i>	
70.29	10.49	19.22	51.22	1.79	31.22	0.81	3.90	11.06	

Categorías con mayor presencia en la sesión (ordenados de mayor a menor)

Forma básica: Aseverar (FB2) y Asentir (FB1).

Intención comunicacional: Explorar (IC1).

Ámbito: Acciones (AM1), Afectos (AM3) e Ideas (AM2).

Referencia: Al sí mismo (RE1) y A un tercero (RE3).

Técnica: Narración (TE9), Argumentación (TE1), y Nominación (TE10).

Tabla 58

Calificación en porcentajes de la sesión 4 caso VIOLETA- TERAPEUTA desde el SCAT

FORMA BÁSICA					INTENCIÓN			CASO VIOLETA SESIÓN 4 TERAPEUTA	
<i>FB1</i>	<i>FB2</i>	<i>FB3</i>	<i>FB4</i>	<i>FB5</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>	<i>IC3</i>		
5.36	57.14	0.00	25.89	11.61	84.26	15.74	0.00		
TÉCNICA									
<i>TE1</i>	0.00	<i>TE4</i>	25.00	<i>TE7</i>	5.36	<i>TE10</i>	7.14	<i>TE13</i>	8.93
<i>TE2</i>	0.00	<i>TE5</i>	1.79	<i>TE8</i>	0.00	<i>TE11</i>	0.00	<i>TE14</i>	10.71
<i>TE3</i>	28.57	<i>TE6</i>	3.57	<i>TE9</i>	0.00	<i>TE12</i>	8.93	<i>TE15</i>	0.00
ÁMBITO			REFERENCIA						
<i>AM1</i>	<i>AM2</i>	<i>AM3</i>	<i>RE1</i>	<i>RE2</i>	<i>RE3</i>	<i>RE4</i>	<i>RE5</i>	<i>RE6</i>	
82.35	11.76	5.88	5.66	40.57	21.70	9.43	0.00	22.64	

Categorías con mayor presencia en la sesión (ordenados de mayor a menor)

Forma básica: Aseverar (FB2) y Preguntar (FB4).

Intención comunicacional: Explorar (IC1).

Ámbito: Acciones (AM1), Ideas (AM2) y Afectos (AM3)

Referencia: Al otro presente (RE2), Neutral (RE6) y A un tercero (RE3)

Técnica: Confrontación (TE3), Consejo (TE4), y Resumen (TE14).

Tabla 59

Calificación en porcentajes de la sesión 4 caso VIOLETA- PACIENTE desde el ADL

ADL-AH							
SESIÓN 4 CASO VIOLETA PACIENTE	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	2.33	5.25	26.56	4.92	26.94	12.00	22.01

De acuerdo con el ADL-AH, en el caso de la paciente, la categoría A2 se concentra espacialmente en frases referidas a la descripción e información de hechos concretos, aclaraciones y justificaciones; la categoría O2 aparece en la modalidad de referencia a acciones y estados afectivos; la categoría FG emerge de manera contundente de la categoría de dramatización.

Tabla 60

Calificación en porcentajes de la sesión 4 caso VIOLETA- TERAPEUTA desde el ADL

ADL-AH							
SESIÓN 4 CASO VIOLETA TERAPEUTA	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	8.72	3.27	14.71	1.63	36.86	27.20	7.60

Lo dicho por el terapeuta entra en primer lugar dentro del campo de la categoría A2, como preguntas, puntualizaciones, dudas y contratos; la categoría FU aparece principalmente en la modalidad de acompañamiento del discurso y preguntas o afirmaciones referidas a las dimensiones espacio-tiempo, y saludos y/o otras formas de contacto; también tienen protagonismo las frases de las categoría O2 en su modalidad de comprensión empática y referencias a estados afectivos.

Resumen de la sesión 5

Al inicio el terapeuta le recuerda a VIOLETA que es importante que diga todo lo que se le viene a la mente, la paciente comenta que ha estado tomando gotas y otros remedios naturistas para ir eventualmente dejando de tomar clonazepam para dormir, y agrega que las gotas que le dieron le están funcionando. Narra que el sábado anterior tuvo dificultades para dormir y estaba llorando, el terapeuta le pregunta la razón por la que no podía dormir a lo que VIOLETA menciona que daba vueltas a los pensamientos sobre una situación ocurrida ese día en que una vecina se refirió de manera sarcástica a las personas que han sufrido violación, comentario que fue reafirmado por SALO, su pareja, lo cual le enojó al considerarlo una incongruencia y preguntarse si estaba arrepentido del incidente en que SALO la había forzado a tener relaciones.

VIOLETA menciona que debido al enojo fue a despertar a su pareja en la madrugada y hablar de la situación y finalmente se quedaron dormidos. El terapeuta indaga sobre qué necesita la paciente en una relación para conciliar el sueño a lo que ella menciona que necesita sentirse protegida. El terapeuta busca indagar sobre desde cuando le ocurren esos problemas para dormir, la paciente identifica problemas para dormir en la época de la secundaria; aclara también que en una época necesitó dormir abrazando un cirio pascual, debido a que tenía miedo por haber jugado a la ouija, empezando a sentir que se le “subía el muerto”, agrega que después tuvo esa misma sensación, pero la relaciona con que ella padece disautonomía.

La paciente aclara que la situación de acoso por parte de su tío fue un año después de haber tenido los incidentes con la ouija, aunque actualmente considera que fue consecuencia de la sugestión. Menciona que a partir de los exámenes de la presión que le realizaron le diagnosticaron disautonomía, debido a que presentaba altas y bajas de presión por lo que la medicaron, el terapeuta

pregunta qué podrían estar tratando de decirle esas altas y bajas de presión, a lo que VIOLETA responde que posiblemente que no está en equilibrio, el terapeuta trata de relacionar esa sensación de desequilibrio con situaciones narradas por la paciente en donde trabaja demasiado.

La paciente menciona que, aunque se le ha recomendado dormir 8 horas por la noche y 2 en el día, le ha sido difícil cumplir con ello; menciona que a raíz de una actividad en la terapia grupal a la que asiste, se sintió incomoda; el terapeuta señala la similitud entre la actividad y la sensación de presión que la paciente experimenta respecto a su mamá y su pareja, mencionando que le gustaría que entendieran que no quiere sentirse presionada o estirada. La paciente agrega que ella trata de ayudar a su pareja a encontrar empleo ya que esta no parece ser capaz de hacerlo por sí misma. La sesión finaliza con acuerdos de horario para la siguiente semana.

Tabla 61

Calificación en porcentajes de la sesión 5 caso VIOLETA- PACIENTE desde el SCAT

FORMA BÁSICA					INTENCIÓN			CASO VIOLETA SESIÓN 5 PACIENTE	
<i>FB1</i>	<i>FB2</i>	<i>FB3</i>	<i>FB4</i>	<i>FB5</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>	<i>IC3</i>		
11.00	88.14	1.39	0.99	0.40	97.75	2.02	0.22		
TÉCNICA									
<i>TE1</i>	36.03	<i>TE4</i>	0.00	<i>TE7</i>	0.00	<i>TE10</i>	1.35	<i>TE13</i>	0.67
<i>TE2</i>	0.00	<i>TE5</i>	0.34	<i>TE8</i>	0.00	<i>TE11</i>	0.34	<i>TE14</i>	1.01
<i>TE3</i>	0.00	<i>TE6</i>	0.00	<i>TE9</i>	59.93	<i>TE12</i>	0.00	<i>TE15</i>	0.34
ÁMBITO			REFERENCIA						
<i>AM1</i>	<i>AM2</i>	<i>AM3</i>	<i>RE1</i>	<i>RE2</i>	<i>RE3</i>	<i>RE4</i>	<i>RE5</i>	<i>RE6</i>	

71.25	16.50	12.25	57.40	1.38	26.43	0.39	1.58	12.82	
-------	-------	-------	-------	------	-------	------	------	-------	--

Categorías con mayor presencia en la sesión (ordenados de mayor a menor)

Forma básica: Aseverar (FB2).

Intención comunicacional: Explorar (IC1).

Ámbito: Acciones (AM1), Ideas (AM2) y Afectos (AM3).

Referencia: Al sí mismo (RE1), A un tercero (RE3), y Neutrales (RE6).

Técnica: Narración (TE9) y Argumentación (TE1).

Tabla 62

Calificación en porcentajes de la sesión 5 caso VIOLETA- TERAPEUTA desde el SCAT

FORMA BÁSICA					INTENCIÓN			CASO VIOLETA SESIÓN 5 TERAPEUTA	
<i>FB1</i>	<i>FB2</i>	<i>FB3</i>	<i>FB4</i>	<i>FB5</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>	<i>IC3</i>		
0.90	44.14	0.90	48.65	5.41	77.06	21.10	1.83		
TÉCNICA									
<i>TE1</i>	1.35	<i>TE4</i>	8.11	<i>TE7</i>	14.86	<i>TE10</i>	4.05	<i>TE13</i>	0.00
<i>TE2</i>	0.00	<i>TE5</i>	0.00	<i>TE8</i>	0.00	<i>TE11</i>	1.35	<i>TE14</i>	6.76
<i>TE3</i>	33.78	<i>TE6</i>	0.00	<i>TE9</i>	0.00	<i>TE12</i>	24.32	<i>TE15</i>	5.41
ÁMBITO			REFERENCIA						
<i>AM1</i>	<i>AM2</i>	<i>AM3</i>	<i>RE1</i>	<i>RE2</i>	<i>RE3</i>	<i>RE4</i>	<i>RE5</i>	<i>RE6</i>	
73.17	17.07	9.76	0.00	63.72	19.47	2.65	0.88	13.27	

Categorías con mayor presencia en la sesión (ordenados de mayor a menor)

Forma básica: Preguntar (FB4) y Aseverar (FB2).

Intención comunicacional: Explorar (IC1).

Ámbito: Acciones (AM1), Ideas (AM2) y Afectos (AM3).

Referencia: Al otro presente (RE2), y A un tercero (RE3).

Técnica: Confrontación (TE3), Reflejo (TE12), e Interpretación (TE7).

Tabla 63

Calificación en porcentajes de la sesión 5 caso VIOLETA- PACIENTE desde el ADL

ADL-AH							
SESIÓN 5 CASO VIOLETA PACIENTE	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	18.47	5.84	17.86	2.92	23.97	16.85	14.08

De acuerdo con el ADL-AH, en el caso de la paciente, la categoría A2 se concentra espacialmente en frases referidas a descripción e información de hechos concretos, así como a control de procesos mentales; la categoría LI emerge principalmente de referencia a estados o procesos corporales; a categoría O2 refiere principalmente a estados afectivos, acciones y quejas; finalmente FU aparece en la modalidad de acompañamiento del discurso ajeno, y preguntas o afirmaciones referidas a la orientación en las dimensiones tiempo espacio.

Tabla 64

Calificación en porcentajes de la sesión 5 caso VIOLETA- TERAPEUTA desde el ADL

ADL-AH							
SESIÓN 5 CASO VIOLETA TERAPEUTA	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	3.09	0.00	15.62	0.00	41.66	28.88	10.76

Lo dicho por el terapeuta entra en primer lugar dentro del campo de la categoría A2, como preguntas y dudas; la categoría FU aparece principalmente en la modalidad de acompañamiento del discurso y preguntas o afirmaciones referidas a las dimensiones espacio-tiempo, y saludos y/o otras formas de contacto; también tienen de nueva cuenta protagonismo las frases de las categorías O2 en su modalidad de comprensión empática y referencias a estados afectivos.

Calificación en porcentajes de la sesión 6 caso VIOLETA- PACIENTE desde el SCAT

Resumen de la sesión 6

VIOLETA inicia la sesión narrando que tuvo un sueño en el que veía a su pareja y otras personas haciendo lo que describe como “cosas sospechosas”, lo que le lleva a despertar con una sensación de inseguridad parecida a lo que vivió con su tío o con su pareja actual, el terapeuta le pregunta si tuvo experiencias parecidas o que le recordaran el sueño; la paciente narra la ocasión en que su primer esposo fue a buscarla y se la llevó a su casa contra su voluntad, agregando que le gustaba que él fuera tierno, pero no le gustaba que se fuera por varios días de fiesta sin saber qué hacía o que le haya enviado flores a su prima. La paciente narra además una ocasión en que su tío se puso encima de ella en el sillón y cómo logró quitarlo e irse a encerrar a su cuarto con sensaciones de angustia y rechazo, desilusión e incredulidad.

La paciente se pregunta por qué esa situación le pasó a ella, y agrega que a partir de programas que ha visto y cosas que ha leído ha comenzado a entender, el terapeuta le pregunta qué es lo que ha entendido, a lo que VIOLETA responde que ha asimilado que no es su culpa, sino que su tío quiere sentir que tiene poder y autoridad. Menciona que su tío ENRIQUE era el consentido de su abuela paterna y por ello no le ponían límites. Narra que su tío se casó, pero la esposa lo abandonó y empezó a vivir donde los abuelos, por lo que el papá de VIOLETA tenía problemas para establecer límites cuando era ayudante en el tianguis. Aclara que ella cuando ayudaba también le ponía límites.

El terapeuta pregunta por algunos elementos del sueño, por ejemplo, el haber visto a SALO a punto de cometer un acto indebido y la persona que le acompaña; la acción es relacionada por VIOLETA con cometer un abuso y como la otra persona asume el rol de cómplice. El terapeuta va haciendo algunas puntualizaciones de lo que la paciente narra sobre el sueño para relacionarlas a hechos, personas, afectos o acciones.

La paciente relaciona la acción del cómplice en el sueño con el actuar de su papá respecto al intento de abuso de su tío ENRIQUE, menciona que le desconcierta cómo a él no le dijeron nada y en otros casos se manifiestan en contra de conductas incorrectas. La sesión finaliza.

Tabla 65

Calificación en porcentajes de la sesión 6 caso VIOLETA- PACIENTE desde el SCAT

FORMA BÁSICA					INTENCIÓN			CASO VIOLETA SESIÓN 6 PACIENTE	
<i>FB1</i>	<i>FB2</i>	<i>FB3</i>	<i>FB4</i>	<i>FB5</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>	<i>IC3</i>		
7.94	85.26	3.97	2.84	0.00	96.35	2.79	0.86		
TÉCNICA									
<i>TE1</i>	25.44	<i>TE4</i>	0.00	<i>TE7</i>	0.00	<i>TE10</i>	8.01	<i>TE13</i>	0.00
<i>TE2</i>	0.00	<i>TE5</i>	0.35	<i>TE8</i>	0.00	<i>TE11</i>	0.00	<i>TE14</i>	0.00
<i>TE3</i>	0.35	<i>TE6</i>	0.00	<i>TE9</i>	65.51	<i>TE12</i>	0.35	<i>TE15</i>	0.00
ÁMBITO			REFERENCIA						
<i>AM1</i>	<i>AM2</i>	<i>AM3</i>	<i>RE1</i>	<i>RE2</i>	<i>RE3</i>	<i>RE4</i>	<i>RE5</i>	<i>RE6</i>	
72.03	17.08	10.89	48.22	2.24	38.69	0.19	1.50	9.16	

Categorías con mayor presencia en la sesión (ordenados de mayor a menor)

Forma básica: Aseverar (FB2).

Intención comunicacional: Explorar (IC1).

Ámbito: Acciones (AM1), Ideas (AM2) y Afectos (AM3).

Referencia: Al sí mismo (RE1) y A un tercero (RE3).

Técnica: Narración (TE1) y Argumentación (TE3).

Tabla 66

Calificación en porcentajes de la sesión 6 caso VIOLETA- TERAPEUTA desde el SCAT

FORMA BÁSICA					INTENCIÓN			CASO VIOLETA SESIÓN 6 TERAPEUTA	
<i>FB1</i>	<i>FB2</i>	<i>FB3</i>	<i>FB4</i>	<i>FB5</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>	<i>IC3</i>		
4.76	49.21	0.79	45.24	0.00	66.95	29.66	3.39		
TÉCNICA									
<i>TE1</i>	3.85	<i>TE4</i>	0.00	<i>TE7</i>	11.54	<i>TE10</i>	3.85	<i>TE13</i>	7.69
<i>TE2</i>	0.00	<i>TE5</i>	0.00	<i>TE8</i>	0.00	<i>TE11</i>	0.00	<i>TE14</i>	19.23
<i>TE3</i>	15.38	<i>TE6</i>	0.00	<i>TE9</i>	1.92	<i>TE12</i>	36.54	<i>TE15</i>	0.00
ÁMBITO			REFERENCIA						
<i>AM1</i>	<i>AM2</i>	<i>AM3</i>	<i>RE1</i>	<i>RE2</i>	<i>RE3</i>	<i>RE4</i>	<i>RE5</i>	<i>RE6</i>	
67.82	18.39	13.79	2.40	50.40	35.20	1.60	0.00	10.40	

Categorías con mayor presencia en la sesión (ordenados de mayor a menor)

Forma básica: Aseverar (FB2) y Preguntar (FB4).

Intención comunicacional: Explorar (IC1).

Ámbito: Acciones (AM1), Ideas (AM2) y Afectos (AM3).

Referencia: Al otro presente (RE2) y A un tercero (RE3).

Técnica: Reflejo (TE12), Resumen (14), y Confrontación (TE3).

Tabla 67

Calificación en porcentajes de la sesión 6 caso VIOLETA- PACIENTE desde el ADL

ADL-AH

SESIÓN 6	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
CASO VIOLETA							
PACIENTE	5.04	0.00	18.79	11.34	32.74	18.17	13.91

De acuerdo con el ADL-AH, en el caso de la paciente, la categoría A2 se concentra espacialmente en frases referidas a descripción e información de hechos concretos, así como a aclaraciones y puntualizaciones; la categoría O2 refiere principalmente a estados afectivos, acciones y quejas; FU aparece en la modalidad de acompañamiento del discurso ajeno, muletillas, y preguntas o afirmaciones referidas a la orientación en las dimensiones tiempo espacio; en la categoría FG predomina de manera contundente la dramatización; y finalmente la categoría A1 se despliega principalmente en su forma de denuncias y acusaciones.

Tabla 68

Calificación en porcentajes de la sesión 6 caso VIOLETA- TERAPEUTA desde el ADL

ADL-AH							
SESIÓN 6	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
CASO VIOLETA							
TERAPEUTA	0.00	0.00	19.77	0.00	52.71	24.12	3.40

Lo dicho por el terapeuta entra en primer lugar dentro del campo de la categoría A2, como preguntas y puntualizaciones; la categoría FU aparece principalmente en la modalidad de acompañamiento del discurso e interrupción del discurso ajeno y/o propio; también tienen protagonismo las frases pertenecientes a la categoría O2 en su modalidad de comprensión empática y referencias a estados afectivos.

Resumen de la sesión 7

La paciente inicia la sesión comentando que no ha podido dormir bien y que han vuelto las sensaciones de tristeza, el terapeuta pregunta a qué se refiere, a lo que ella responde mencionando que pidió ayuda a su pareja actual para la florería y teme que ciertas actitudes que ve en él impliquen que las cosas vuelvan a ser como en su relación anterior, cuando SALO le exigía y se enojaba. El terapeuta señala que actualmente algunas de las acciones de SALO parecen reflejar un cambio, a lo que la paciente menciona que algunos no los percibe sinceros.

La paciente comenta que su pareja hace comentarios que ella toma personal pese a sus intentos de distanciarse de estos, el terapeuta pregunta qué ocurre cuando logra ver que no son dirigidos a ella a lo que VIOLETA responde que depende del tipo de comentario.

La paciente menciona un sueño en que SALO le era infiel, posteriormente la paciente narra que una persona de un negocio vecino buscaba una relación con ella; menciona que se enojó con esa persona debido a que cuando tuvo una pelea con su mamá no quiso hablar con ella, por lo que decidió arreglar las cosas con SALO. VIOLETA menciona que su pareja no supo de esa relación.

La paciente relata aspectos de su relación con LALO, la persona del otro negocio. Relata que es amigo de SALO y pasaban mucho tiempo juntos, agrega que al inicio no hacía caso a sus insinuaciones, sin embargo, cuando peleó con su pareja entabló una relación con LALO de “amigos con derecho”, ya que él la escuchaba y era una manera de castigar a SALO por posibles infidelidades. Menciona que, aunque se han distanciados le duele ver triste a LALO. Finalmente, la paciente cuenta que uno de sus intentos de suicidio tomando pastillas fue después de regresar del hotel con LALO, ya que a diferencia de otras veces ello no le había traído tranquilidad y seguía

triste. La sesión finaliza y el terapeuta anima a VIOLETA a seguir explorando en las sesiones de dónde viene esa sensación de tristeza.

Tabla 69

Calificación en porcentajes de la sesión 7 caso VIOLETA- PACIENTE desde el SCAT

FORMA BÁSICA					INTENCIÓN			CASO ROSA SESIÓN 7 PACIENTE	
<i>FB1</i>	<i>FB2</i>	<i>FB3</i>	<i>FB4</i>	<i>FB5</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>	<i>IC3</i>		
6.76	91.67	0.90	0.23	0.45	98.55	0.97	0.48		
TÉCNICA									
<i>TE1</i>	44.83	<i>TE4</i>	0.00	<i>TE7</i>	0.00	<i>TE10</i>	4.43	<i>TE13</i>	0.00
<i>TE2</i>	0.00	<i>TE5</i>	0.00	<i>TE8</i>	0.00	<i>TE11</i>	0.49	<i>TE14</i>	0.49
<i>TE3</i>	0.49	<i>TE6</i>	0.00	<i>TE9</i>	48.77	<i>TE12</i>	0.49	<i>TE15</i>	0.00
ÁMBITO			REFERENCIA						
<i>AM1</i>	<i>AM2</i>	<i>AM3</i>	<i>RE1</i>	<i>RE2</i>	<i>RE3</i>	<i>RE4</i>	<i>RE5</i>	<i>RE6</i>	
56.44	24.50	19.06	58.67	0.89	31.33	0.22	3.56	5.33	

Categorías con mayor presencia en la sesión (ordenados de mayor a menor)

Forma básica: Aseverar (FB2).

Intención comunicacional: Explorar (IC1).

Ámbito: Acciones (AM1), Ideas (AM2), y Afectos (AM3).

Referencia: Al sí mismo (RE1) y A un tercero (RE3).

Técnica: Narración (TE9) y Argumentación (TE1).

Tabla 70

Calificación en porcentajes de la sesión 7 caso VIOLETA- TERAPEUTA desde el SCAT

FORMA BÁSICA					INTENCIÓN			CASO ROSA SESIÓN 7 TERAPEUTA	
<i>FB1</i>	<i>FB2</i>	<i>FB3</i>	<i>FB4</i>	<i>FB5</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>	<i>IC3</i>		
8.43	51.81	0.00	33.73	6.02	74.67	25.33	0.00		
TÉCNICA									
<i>TE1</i>	3.85	<i>TE4</i>	5.77	<i>TE7</i>	5.77	<i>TE10</i>	11.54	<i>TE13</i>	3.85
<i>TE2</i>	0.00	<i>TE5</i>	0.00	<i>TE8</i>	0.00	<i>TE11</i>	0.00	<i>TE14</i>	3.85
<i>TE3</i>	48.08	<i>TE6</i>	0.00	<i>TE9</i>	0.00	<i>TE12</i>	17.31	<i>TE15</i>	0.00
ÁMBITO			REFERENCIA						
<i>AM1</i>	<i>AM2</i>	<i>AM3</i>	<i>RE1</i>	<i>RE2</i>	<i>RE3</i>	<i>RE4</i>	<i>RE5</i>	<i>RE6</i>	
74.67	25.33	0.00	7.32	54.88	25.61	3.66	0.00	8.54	

Categorías con mayor presencia en la sesión (ordenados de mayor a menor)

Forma básica: Aseverar (FB2) y Preguntar (FB4).

Intención comunicacional: Explorar (IC1) y Sintonizar (IC2).

Ámbito: Acciones (AM1) e Ideas (AM2).

Referencia: Al otro presente (RE2) y A un tercero (RE3).

Técnica: Confrontación (TE3), Reflejo (TE12), y Nominación (TE10).

Tabla 71

Calificación en porcentajes de la sesión 7 caso VIOLETA- PACIENTE desde el ADL

ADL-AH

SESIÓN 7	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
CASO VIOLETA							
PACIENTE	2.17	8.13	18.79	11.34	32.74	18.17	13.91

De acuerdo con el ADL-AH, en el caso de la paciente, la categoría A2 aparece en la modalidad de descripción e información de situaciones y hechos concretos, así como aclaraciones justificaciones, puntualizaciones y conformación de la opinión propia y/o ajena; la categoría O2 se concentra espacialmente en frases referidas a estados afectivos y acciones; la categoría FU emerge de afirmaciones referentes a las dimensiones espacio tiempo, y al acompañamiento del discurso ajeno; las frases pertenecientes al campo de FG describen principalmente dramatizaciones.

Tabla 72

Calificación en porcentajes de la sesión 7 caso VIOLETA- TERAPEUTA desde el ADL

ADL-AH							
SESIÓN 7	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
CASO VIOLETA							
TERAPEUTA	0.00	0.00	18.32	0.00	57.11	19.16	5.41

De acuerdo con el ADL-AH, en el caso del terapeuta, la categoría A2 aparece en la modalidad de puntualización, duda y confirmación de la opinión propia y/o ajena; la categoría FU emerge del acompañamiento del discurso y afirmaciones referentes a las dimensiones espacio-tiempo; la categoría O2 se concentra espacialmente en frases que apuntan a la comprensión empática y a referenciar estados afectivos.

Resumen de la sesión 9

La paciente inicia narrando que tuvo un sueño en que la madre estaba en una cama “como de hospital” y que la paciente llegaba a la conclusión de que lo que necesitaba es que le rezaran, razón por la que pasó la noche por momentos durmiendo o rezando. La paciente describe diferencias con relación a su familia en lo referente a que ella va menos a la iglesia, pero trata de estar en contacto con Dios.

Habla de la forma en la que regaña a sus hijos y menciona que no considera necesario recurrir a insultos. El terapeuta le pregunta qué insultos le dolieron más en su infancia, y la paciente responde que fueron los relacionados con “estar mensa” o las comparaciones con otras personas. VIOLETA prosigue comparando las formas de ahorrar dinero de su mamá, su pareja y ella. El terapeuta hace una serie de puntualizaciones repitiendo las palabras dichas por la paciente ya sea en la narración del sueño o las descripciones de su familia y otras personas.

La paciente describe que su pareja ha aprendido a ahorrar a consecuencia del tiempo que estuvieron separados. Posteriormente cuenta que no sabe si hacer un viaje que tiene planeado ya que está enojada con su mamá y piensa que le puede reclamar. El terapeuta le pregunta cuál podría ser la relación entre esta situación y su sueño, la paciente relaciona el ver a su mamá en cama con reposo y paz, y la hinchazón con el presentimiento que tiene sobre que la madre pueda estar enferma del riñón., además agrega que, al siempre vivir a prisa su madre, no se da cuenta de su situación real y problemas.

La paciente continúa describiendo la relación con sus padres. Narra que con su padre llevaba una buena relación, aunque cuando su madre era agresiva o injusta, él no intercedía. Posteriormente describe la relación con sus abuelos paternos y maternos, considera que era una buena relación y que la consentía. En el caso de sus abuelos paternos menciona que ellos la defendían cuando su madre era agresiva. VIOLETA comenta que en la adolescencia sus primas decían que ella no era hija de sus padres, situación que la desconcertaba.

La paciente cuenta que algunos familiares, como primas o un tío, le han dicho que no es hija de sus padres, y que algunas personas le han dicho que es hija de una de sus tías. Ante estas situaciones la paciente responde dándoles la razón ya que comenta que no se encuentra parecido con sus padres o la familia de estos. El terapeuta le pregunta si ve parecido con alguno de sus familiares.

La paciente detalla los rasgos de sus familiares maternos y paternos y el por qué no encuentra parecido con los suyos. El terapeuta señala la necesidad de la paciente de identificar de dónde viene, a lo cual la paciente menciona que ha tenido esa inquietud, aunque desde que tuvo a sus propios hijos, ésta disminuyó; agrega que en ocasiones ha sentido que su mamá la trata como si no fuera su hija y que da prioridad a otras personas, como su hermano o tío, debido a que sí son sus parientes “de sangre”.

El terapeuta dirige el diálogo hacia el tema de los hijos de VIOLETA, por lo que la paciente habla de sus embarazos y las complicaciones médicas que tuvo. El terapeuta puntualiza que dar vida no es fácil, a lo que VIOLETA se muestra de acuerdo. Finaliza la sesión.

Tabla 73

Calificación en porcentajes de la sesión 9 caso VIOLETA- PACIENTE desde el SCAT

FORMA BÁSICA					INTENCIÓN			CASO VIOLETA SESIÓN 9 PACIENTE	
<i>FB1</i>	<i>FB2</i>	<i>FB3</i>	<i>FB4</i>	<i>FB5</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>	<i>IC3</i>		
7.84	89.80	1.18	1.18	0.00	97.55	2.45	0.00		
TÉCNICA									
<i>TE1</i>	53.70	<i>TE4</i>	0.00	<i>TE7</i>	0.27	<i>TE10</i>	0.55	<i>TE13</i>	0.00
<i>TE2</i>	0.00	<i>TE5</i>	0.82	<i>TE8</i>	0.00	<i>TE11</i>	0.00	<i>TE14</i>	0.27
<i>TE3</i>	0.55	<i>TE6</i>	0.00	<i>TE9</i>	43.84	<i>TE12</i>	0.00	<i>TE15</i>	0.00
ÁMBITO			REFERENCIA						
<i>AM1</i>	<i>AM2</i>	<i>AM3</i>	<i>RE1</i>	<i>RE2</i>	<i>RE3</i>	<i>RE4</i>	<i>RE5</i>	<i>RE6</i>	
76.65	18.72	4.63	59.45	1.78	26.37	0.14	5.46	6.28	

Categorías con mayor presencia en la sesión (ordenados de mayor a menor)

Forma básica: Aseverar (FB2).

Intención comunicacional: Explorar (IC1).

Ámbito: Acciones (AM1), Ideas (AM2), y Afectos (AM3).

Referencia: Al sí mismo (RE1) y A un tercero (RE3).

Técnica: Narración (TE9) y Argumentación (TE1).

Tabla 74

Calificación en porcentajes de la sesión 9 caso VIOLETA- TERAPEUTA desde el SCAT

FORMA BÁSICA					INTENCIÓN			CASO VIOLETA SESIÓN 9 TERAPEUTA	
<i>FB1</i>	<i>FB2</i>	<i>FB3</i>	<i>FB4</i>	<i>FB5</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>	<i>IC3</i>		
5.88	52.94	0.00	41.18	0.00	66.14	33.07	0.79		
TÉCNICA									
<i>TE1</i>	0.00	<i>TE4</i>	0.00	<i>TE7</i>	24.07	<i>TE10</i>	7.41	<i>TE13</i>	3.70
<i>TE2</i>	0.00	<i>TE5</i>	0.00	<i>TE8</i>	0.00	<i>TE11</i>	0.00	<i>TE14</i>	16.67
<i>TE3</i>	0.00	<i>TE6</i>	1.85	<i>TE9</i>	0.00	<i>TE12</i>	46.30	<i>TE15</i>	0.00
ÁMBITO			REFERENCIA						
<i>AM1</i>	<i>AM2</i>	<i>AM3</i>	<i>RE1</i>	<i>RE2</i>	<i>RE3</i>	<i>RE4</i>	<i>RE5</i>	<i>RE6</i>	
80.61	14.29	5.10	1.53	40.46	45.04	0.76	0.76	11.45	

Categorías con mayor presencia en la sesión (ordenados de mayor a menor)

Forma básica: Aseverar (FB2) y Preguntar (FB4).

Intención comunicacional: Explorar (IC1).

Ámbito: Acciones (AM1) e Ideas (AM2).

Referencia: A un tercero (RE3) y Al otro presente (RE2).

Técnica: Reflejo (TE12), Interpretación (TE7), y Resumen (TE14).

Tabla 75

Calificación en porcentajes de la sesión 9 caso VIOLETA- PACIENTE desde el ADL

ADL-AH							
SESIÓN 9 CASO VIOLETA PACIENTE	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	10.83	0.00	8.70	9.28	45.02	11.96	14.22

Lo dicho por la paciente encaja en primer lugar dentro del campo de la categoría A2, como descripción e información de hechos o situaciones concretas, justificaciones, y aclaraciones; la categoría FU aparece principalmente en la modalidad de acompañamiento del discurso, y preguntas o afirmaciones referentes a la orientación espacio-temporal; también tienen protagonismo las frases pertenecientes a la categoría FG en su modalidad de dramatización; y en el caso de la categoría LI, aparece como referencias a estados y/o procesos corporales.

Tabla 76

Calificación en porcentajes de la sesión 9 caso VIOLETA- TERAPEUTA desde el ADL

ADL-AH							
SESIÓN 9	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG

CASO VIOLETA TERAPEUTA	0.00	0.00	8.42	0.00	67.33	19.04	5.21
-----------------------------------	------	------	------	------	-------	-------	------

De acuerdo con el ADL-AH, en el caso del terapeuta; la categoría A2 aparece en la modalidad de preguntas y puntualizaciones; la categoría FU emerge del acompañamiento del discurso e interrupciones; la categoría O2 se concentra espacialmente en frases que apuntan a la comprensión empática y a referenciar estados afectivos.

Resumen de la sesión 10

Al inicio de la sesión la paciente habla de diversas situaciones referentes a robos que ha sufrido ella o SALO, su pareja; en lo narrado VIOLETA menciona que siente enojo cuando se da cuenta quién le robó y trata de desquitarse o reclamar al respecto. Continúa mencionando que sigue con sus gotas naturistas y tratando de disminuir el clonazepam, el terapeuta trata de hilar lo narrado con los problemas para dormir al preguntar a la paciente qué le roba el sueño, a lo que la paciente responde que muchas cosas le roban el sueño, principalmente repasar durante la noche las cosas que hizo, especialmente las que no le gustaron para entender qué pudo haber hecho, o bien comentarios de SALO que no le agraden.

La paciente detalla situaciones que le ayudan u obstaculizan el dormir, pone diversos ejemplos de situaciones en las que se le dificulta conciliar el sueño, por ejemplo, durante los viajes, el terapeuta pregunta si al repetir las escenas en su cabeza en la noche la paciente busca arreglarlas u omitirlas, a lo que ella responde mencionando que desea encontrarles un por qué. El terapeuta señala que en ese momento están repasando las situaciones que le han robado el sueño.

La paciente recuerda algunas situaciones en que en la niñez le costaba conciliar el sueño, algunas relacionadas con angustia, otras relacionadas con no haber llevado a cabo actividades y otras relacionadas con anticipación de cosas que quería. Narra que en una ocasión accidentalmente quemó algunas cosas de su mamá al estar planchando su ropa, situación que le angustió mucho, agrega que su mamá no reaccionó como esperaba ya que no la regañó, lo cual le confundió.

Menciona que una situación que le ha causado enojo recientemente son algunas discusiones con su mamá, quien en algunos momentos es tolerante y en otros no. Aclara que en la terapia grupal al llorar y vomitar logró sacar mucho de lo que sentía al respecto. La sesión finaliza.

Tabla 77

Calificación en porcentajes de la sesión 10 caso VIOLETA- PACIENTE desde el SCAT

FORMA BÁSICA					INTENCIÓN			CASO VIOLETA SESIÓN 10 PACIENTE	
<i>FB1</i>	<i>FB2</i>	<i>FB3</i>	<i>FB4</i>	<i>FB5</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>	<i>IC3</i>		
5.59	92.92	0.68	0.82	0.00	98.69	1.17	0.15		
TÉCNICA									
<i>TE1</i>	32.84	<i>TE4</i>	0.00	<i>TE7</i>	0.00	<i>TE10</i>	1.12	<i>TE13</i>	0.19
<i>TE2</i>	0.00	<i>TE5</i>	1.12	<i>TE8</i>	0.00	<i>TE11</i>	0.00	<i>TE14</i>	0.00
<i>TE3</i>	0.00	<i>TE6</i>	0.00	<i>TE9</i>	64.55	<i>TE12</i>	0.19	<i>TE15</i>	0.00
ÁMBITO			REFERENCIA						
<i>AM1</i>	<i>AM2</i>	<i>AM3</i>	<i>RE1</i>	<i>RE2</i>	<i>RE3</i>	<i>RE4</i>	<i>RE5</i>	<i>RE6</i>	
80.59	12.11	7.30	59.97	1.78	26.37	0.14	5.46	6.28	

Categorías con mayor presencia en la sesión (ordenados de mayor a menor)

Forma básica: Aseverar (FB2).

Intención comunicacional: Explorar (IC1).

Ámbito: Acciones (AM1), Ideas (AM2), y Afectos (AM3).

Referencia: Al sí mismo (RE1) y A a un tercero (RE3).

Técnica: Narración (TE9) y Argumentación (TE1).

Tabla 78

Calificación en porcentajes de la sesión 10 caso VIOLETA- PACIENTE desde el SCAT

FORMA BÁSICA					INTENCIÓN			CASO VIOLETA SESIÓN 10 PACIENTE	
<i>FB1</i>	<i>FB2</i>	<i>FB3</i>	<i>FB4</i>	<i>FB5</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>	<i>IC3</i>		
14.67	50.67	2.67	32.00	0.00	62.90	37.10	0.00		
TÉCNICA									
<i>TE1</i>	0.00	<i>TE4</i>	2.78	<i>TE7</i>	2.78	<i>TE10</i>	2.78	<i>TE13</i>	11.11
<i>TE2</i>	0.00	<i>TE5</i>	0.00	<i>TE8</i>	0.00	<i>TE11</i>	0.00	<i>TE14</i>	5.56
<i>TE3</i>	30.56	<i>TE6</i>	0.00	<i>TE9</i>	0.00	<i>TE12</i>	44.44	<i>TE15</i>	0.00
ÁMBITO			REFERENCIA						
<i>AM1</i>	<i>AM2</i>	<i>AM3</i>	<i>RE1</i>	<i>RE2</i>	<i>RE3</i>	<i>RE4</i>	<i>RE5</i>	<i>RE6</i>	
41.07	46.43	12.50	5.41	68.92	10.81	1.35	0.00	13.51	

Categorías con mayor presencia en la sesión (ordenados de mayor a menor)

Forma básica: Aseverar (FB2), Preguntar (FB4), y Asentir (FB1).

Intención comunicacional: Explorar (IC1).

Ámbito: Ideas (AM2), Acciones (AM1), y Afectos (AM3).

Referencia: Al otro presente (RE2), Neutral (RE6), y A un tercero (RE3).

Técnica: Reflejo (TE12), Confrontación (TE3) y Refuerzo (TE13).

Tabla 79

Calificación en porcentajes de la sesión 10 caso VIOLETA- PACIENTE desde el ADL

ADL-AH							
SESIÓN 10 CASO VIOLETA PACIENTE	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
		15.68	1.51	13.85	3.27	32.34	12.40

En el análisis de las frases de la paciente con el ADL-AH la categoría A2 aparece como la predominante en su modalidad de descripción e información de hechos y situaciones concretas, justificaciones, aclaraciones y puntualizaciones; posteriormente se encuentra FG como segunda categoría con mayor preponderancia, desplegándose principalmente como dramatizaciones; otras categorías encontradas son LI en referencia a estados y procesos corporales; y O2 como referencia a estados afectivos y acciones.

Tabla 80

Calificación en porcentajes de la sesión 10 caso VIOLETA- TERAPEUTA desde el ADL

ADL-AH

SESIÓN 10	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
CASO VIOLETA	0.00	0.00	16.49	0.00	48.98	27.44	7.10
PACIENTE							

De acuerdo con el ADL-AH, en el caso de la paciente, la categoría A2 se concentra espacialmente en frases referidas a la descripción e información de hechos concretos, aclaraciones y justificaciones; la categoría O2 aparece en la modalidad de referencia a acciones y estados afectivos; la categoría FG emerge de manera contundente como dramatización.

Resumen de la sesión 11

La paciente inicia mencionando que ha dejado paulatinamente de tomar clonazepam, tomando solamente las flores de Bach. Agrega que le ha costado dormir y sin el efecto del clonazepam siente más las emociones en el momento. VIOLETA también comenta que piensa que la terapia que ha recibido puede tener que ver con ese mayor contacto con sus emociones. Describe momentos en días recientes en que le ha costado conciliar el sueño.

VIOLETA comenta que en la noche se queda hablando hasta que los demás duermen; también menciona que los ruidos en la noche la hacen imaginar cosas, por ejemplo, el ruido de un vaso rompiéndose le lleva a pensar en que se roben un auto de afuera, u otro ejemplo es que cuando su abuelo falleció los ruidos de pasos le hacían pensar que era él llegando.

La paciente relata una situación en que por un problema médico e ingesta de medicamento presentó insomnio. Posteriormente relata que en su embarazo fue necesario buscar una forma en que durmiera para mantener su presión arterial estable por recomendación médica. Agrega que a su mamá le molestaba que durmiera todo el día.

La paciente menciona ejemplos en los que su mamá la ha comprometido a hacerse cargo de diversas actividades y cómo ha tratado de ponerle límites.

Tabla 81

Calificación en porcentajes de la sesión 11 caso VIOLETA- PACIENTE desde el SCAT

FORMA BÁSICA					INTENCIÓN			CASO ROSA SESIÓN 11 PACIENTE	
<i>FB1</i>	<i>FB2</i>	<i>FB3</i>	<i>FB4</i>	<i>FB5</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>	<i>IC3</i>		
5.57	93.28	0.96	0.19	0.00	97.77	0.20	2.02		
TÉCNICA									
<i>TE1</i>	53.13	<i>TE4</i>	0.00	<i>TE7</i>	0.30	<i>TE10</i>	4.90	<i>TE13</i>	0.00
<i>TE2</i>	0.00	<i>TE5</i>	1.49	<i>TE8</i>	0.00	<i>TE11</i>	0.00	<i>TE14</i>	0.030
<i>TE3</i>	0.00	<i>TE6</i>	2.09	<i>TE9</i>	41.79	<i>TE12</i>	0.00	<i>TE15</i>	0.00
ÁMBITO			REFERENCIA						
<i>AM1</i>	<i>AM2</i>	<i>AM3</i>	<i>RE1</i>	<i>RE2</i>	<i>RE3</i>	<i>RE4</i>	<i>RE5</i>	<i>RE6</i>	
83.49	9.53	6.98	66.86	0.77	24.90	0.00	2.68	4.79	

Categorías con mayor presencia en la sesión (ordenados de mayor a menor)

Forma básica: Aseverar (FB2).

Intención comunicacional: Explorar (IC1).

Ámbito: Acciones (AM1), Ideas (AM2, y Afectos (AM3).

Referencia: Al sí mismo (RE2) y A terceros (RE3).

Técnica: Argumentación (TE1) y Narración (TE9).

Tabla 82

Calificación en porcentajes de la sesión 11 caso VIOLETA- TERAPEUTA desde el SCAT

FORMA BÁSICA					INTENCIÓN			CASO ROSA SESIÓN 11 TERAPEUTA	
<i>FB1</i>	<i>FB2</i>	<i>FB3</i>	<i>FB4</i>	<i>FB5</i>	<i>IC1</i>	<i>IC2</i>	<i>IC3</i>		
27.54	39.13	0.00	4.76	49.21	72.00	28.00	0.00		
TÉCNICA									
<i>TE1</i>	0.00	<i>TE4</i>	0.00	<i>TE7</i>	16.67	<i>TE10</i>	5.56	<i>TE13</i>	5.56
<i>TE2</i>	0.00	<i>TE5</i>	0.00	<i>TE8</i>	0.00	<i>TE11</i>	0.00	<i>TE14</i>	11.11
<i>TE3</i>	0.00	<i>TE6</i>	11.11	<i>TE9</i>	0.00	<i>TE12</i>	50.00	<i>TE15</i>	0.00
ÁMBITO			REFERENCIA						
<i>AM1</i>	<i>AM2</i>	<i>AM3</i>	<i>RE1</i>	<i>RE2</i>	<i>RE3</i>	<i>RE4</i>	<i>RE5</i>	<i>RE6</i>	
70.27	24.32	5.41	3.53	57.65	14.24	0.00	16.47	0.24	

Categorías con mayor presencia en la sesión (ordenados de mayor a menor)

Forma básica: Dirigir (FB5), Aseverar (FB2), y Asentir (FB1).

Intención comunicacional: Explorar (IC1) y Sintonizar (IC2).

Ámbito: Acciones (AM1), Ideas (AM2), y Afectos (AM3).

Referencia: Al sí mismo (RE2), Relación con un tercero (RE5), y A un tercero (RE3).

Técnica: Reflejo (TE12), Interpretación (TE7) y Resumen (TE14).

A nivel estadístico al aplicar la prueba Chi Cuadrada a los resultados del SCAT no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre la acción comunicacional de paciente y terapeuta en la resignificación. Se aplicó también la prueba U de Mann-Whitney para

identificar si existían diferencias de medias a lo largo de las sesiones. Si bien a nivel estadístico no se encontraron diferencias significativas, el análisis cualitativo se encuentra una mayor presencia de la acción de resignificación en los episodios de cambio mientras que en los episodios de estancamiento las acciones se centran más en aportar contenidos.

De la misma manera si bien la presencia global de acciones comunicacionales en el ámbito de los afectos suele ser mucho menor que el de las acciones y casi igual que el ámbito de pensamiento la presencia de acciones referentes a afectos aparece en los momentos de cambio y estancamiento.

Tabla 83

Calificación en porcentajes de la sesión 11 caso VIOLETA- PACIENTE desde el ADL

ADL-AH							
SESIÓN 11 CASO VIOLETA PACIENTE	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	14.10	12.41	18.62	5.52	30.10	6.43	12.82

De acuerdo con el ADL-AH, en el caso de la paciente, la categoría A2 aparece en la modalidad de descripción e información de situaciones y hechos concretos, así como justificaciones y aclaraciones; la categoría O2 emerge de referencias a estados afectivos, acciones y quejas; las frases pertenecientes al campo de LI describen principalmente estados o procesos corporales; FG aparece como dramatizaciones; y O1 en su modalidad de referencias a estados corporales perturbados.

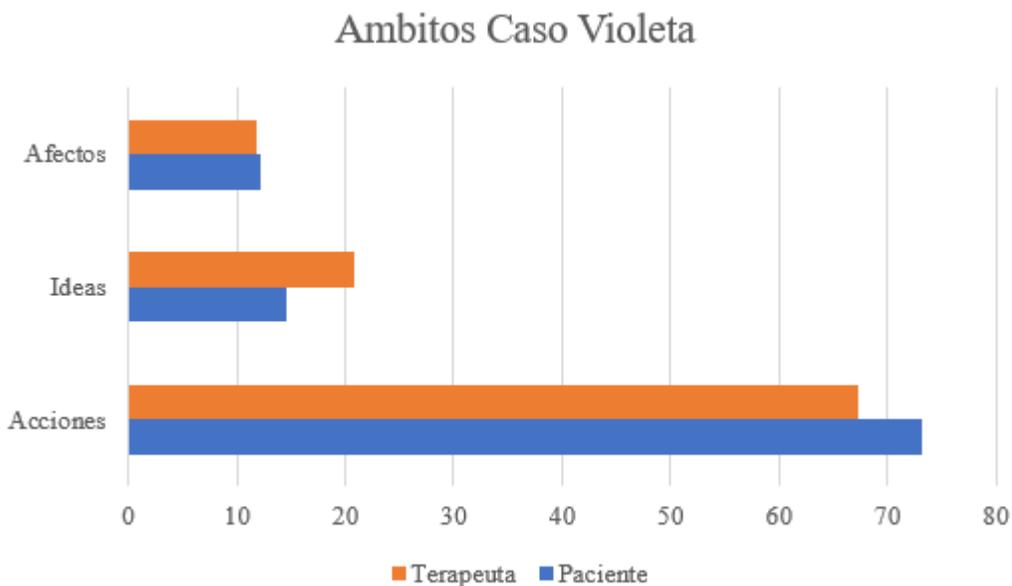
Tabla 84

Calificación en porcentajes de la sesión 11 caso VIOLETA- TERAPEUTA desde el ADL

ADL-AH							
SESIÓN 11 CASO VIOLETA TERAPEUTA	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	0.00	0.00	5.72	0.00	38.47	51.38	4.43

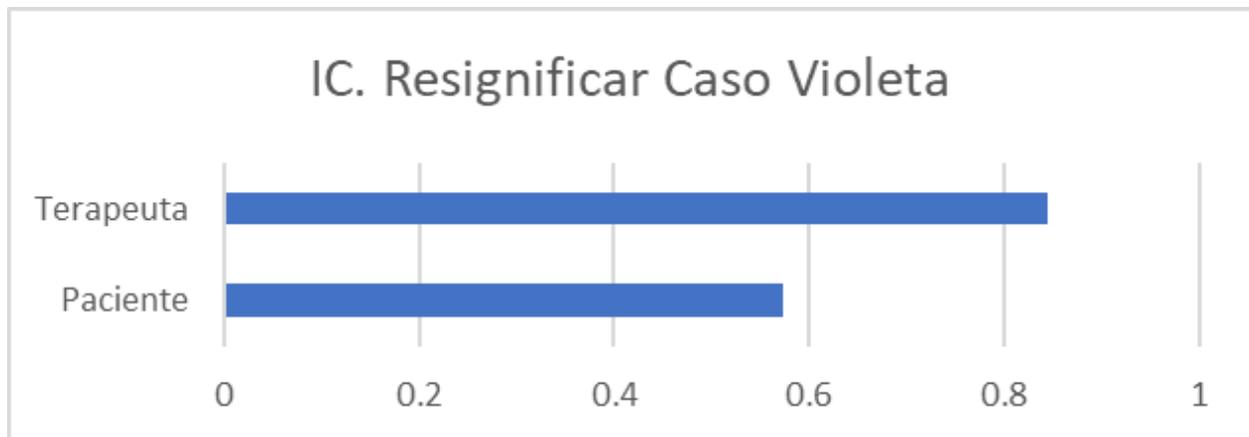
Lo dicho por el terapeuta entra en primer lugar dentro del campo de la categoría FU y aparece principalmente en la modalidad de acompañamiento del discurso; la categoría A2, como preguntas y puntualizaciones; y también tienen protagonismo las frases pertenecientes a la categoría O2 en su modalidad de comprensión empática.

5.6.3 Gráficas caso VIOLETA

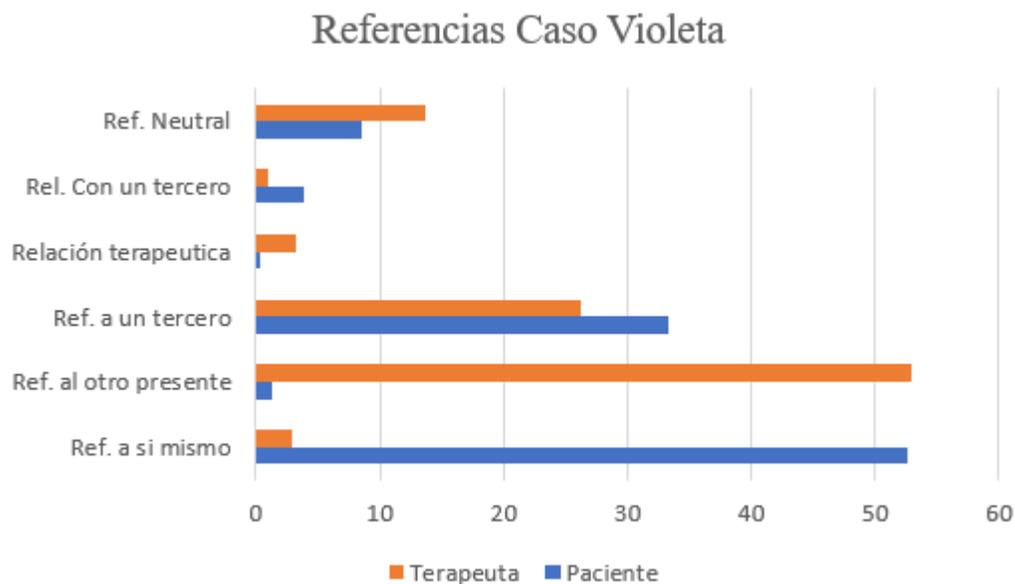


En esta gráfica se puede observar que hay un desarrollo similar del discurso en la paciente y el terapeuta; en el discurso de ambas el ámbito de las acciones aparecer como el primario, ideas

como secundario y afectos como terciario; sin embargo, se puede percibir que en el ámbito de los afectos hay una diferencia significativa respecto a las otras dos categorías, pues se muestra mayor cercanía porcentual entre ambos hablantes.



En cuanto la intención comunicativa “Resignificar” se encuentra, una diferencia, pero no significativa, entre terapeuta y paciente, pues en esta ocasión, la categoría apenas representa el 1% del total del campo de las intenciones comunicativas en el caso.



En el campo de las referencias, la gráfica muestra que el sujeto de referencia más frecuente en la paciente es a sí misma, mientras que en el caso del terapeuta es al otro presente; la segunda

categoría más presente, referencia a un tercero, es compartida por ambos hablantes. El sujeto de referencia menos frecuente es la relación terapéutica.

5.6.4 Análisis de percentiles caso VIOLETA

A continuación, se presentan los resultados del análisis de percentiles para paciente y terapeuta en el caso VIOLETA.

Tabla 85

Análisis de percentiles caso VIOLETA paciente.

ANÁLISIS DE PERCENTILES CASO VIOLETA PACIENTE							
SESIÓN 2	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	7.08	0.00	34.76	4.51	29.14	17.66	6.85
	Percentil						
	95	40**	95	95	5	35	5
SESIÓN 4	2.33	5.25	26.56	4.92	26.94	12.00	22.01
	Percentil						

	70	95	95	95	5	5	85***
SESIÓN 5	18.47	5.84	17.86	2.92	23.97	16.85	14.08
	Percentil						
	95	95	95	95	5	25	40
SESIÓN 6	5.04	0.00	18.79	11.34	32.74	18.17	13.91
	Percentil						
	90	40**	95	95	5	35	35
SESIÓN 7	2.17	8.13	18.79	11.34	32.74	18.17	13.91
	Percentil						
	65	95	95	95	5	35	40
SESIÓN 9	10.83	0.00	8.70	9.28	45.02	11.96	14.22
	Percentil						
	95	40**	90	95	5	5	40

SESIÓN 10	15.68	1.51	13.85	3.27	32.34	12.40	20.94
	Percentil						
	95	95	95	95	5	5	80***
SESIÓN 11	14.10	12.41	18.62	5.52	30.10	6.43	12.82
	Percentil						
	95	95	95	95	5	5	25

* Poco relevante

** Importante

***Muy Importante

****Sumamente Importante

*****Extremadamente Importante

De acuerdo con el análisis de percentiles se encontraron diferencias significativas en el uso de la categoría O1, la cual es significativamente menor en las sesiones 2, 9 y 6. Otra categoría con diferencias significativas fue FG la cual presentó un aumento en las sesiones 4 y 10.

Tabla 86

Análisis de percentiles caso VIOLETA terapeuta.

ANÁLISIS DE PERCENTILES CASO VIOLETA TERAPEUTA

SESIÓN 2	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	4.61	2.59	18.16	0.00	43.86	26.76	4.02
	Percentil		Percentil		Percentil	Percentil	Percentil
	90		95		5	65	10
SESIÓN 4	8.72	3.27	14.71	1.63	36.86	27.20	7.60
	Percentil		Percentil		Percentil	Percentil	Percentil
	95*		95		5	70	30
SESIÓN 5	3.09	0.00	15.62	0.00	41.66	28.88	10.76
	Percentil		Percentil		Percentil	Percentil	Percentil
	90		95		5	75	55**

SESIÓN 6	0.00	0.00	19.77	0.00	52.71	24.12	3.40
	Percentil		Percentil		Percentil	Percentil	Percentil
	60		95		10	60	5
SESIÓN 7	0.00	0.00	18.32	0.00	57.11	19.16	5.41
	Percentil		Percentil		Percentil	Percentil	Percentil
	60		95		25	40	15
SESIÓN 9	0.00	0.00	8.42	0.00	67.33	19.04	5.21
	Percentil		Percentil		Percentil	Percentil	Percentil
	60		90		60***	40	15
SESIÓN 10	0.00	0.00	16.49	0.00	48.98	27.44	7.10
	Percentil		Percentil		Percentil	Percentil	Percentil
	60		95		5	70	35
SESIÓN 11	0.00	0.00	5.72	0.00	38.47	51.38	4.43
	Percentil		Percentil		Percentil	Percentil	Percentil

	60		80		5	95***	10
--	----	--	----	--	---	-------	----

* Poco relevante

** Importante

***Muy Importante

****Sumamente Importante

*****Extremadamente Importante

De acuerdo con el análisis de percentiles realizado en la mayoría de las frases enunciadas por el terapeuta XAVIER no existen diferencias significativas a lo largo de las sesiones excepto en lo referente al lenguaje FG el cual aumenta de modo importante en la sesión 5. El otro lenguaje en que se llega a detectar una diferencia es en el A2 en la sesión 9 en donde su uso aumenta significativamente en comparación con otras sesiones. Finalmente, en la sesión 11 se aprecia un aumento significativo de la categoría FU en comparación a las otras sesiones.

Esto va después del análisis de todas las sesiones de VIOLETA y antes del análisis de los episodios de cambio y estancamiento.

5.6.5 Caso VIOLETA: ¿Cuáles momentos de cambio y estancamiento aparecen?, ¿Cómo se estructuran las frases enunciadas por paciente y terapeuta en los momentos de cambio y estancamiento en las sesiones?

En este apartado se presenta el análisis de fragmentos de sesión del caso VIOLETA de acuerdo con los criterios del Manual de Observación, Registro y Codificación de Episodios de Cambio y Estancamiento y del ADL. Para ello se presenta una tabla en la que se incluye el fragmento a analizar, los turnos de palabra que lo componen, si se trata de un cambio intrasesión o una referencia a un hecho extra-sesión apoyado en el proceso de terapia, la delimitación del momento de cambio, la calificación del fragmento desde el SCAT. Además, se realiza un análisis desde el ADL-AH de las frases que componen el fragmento, de las intervenciones del terapeuta y de las defensas presentadas por la paciente. En los anexos [16](#) y [17](#) se muestran ejemplos de las calificaciones realizadas. Con estos datos se responde la pregunta 4 de ¿Cuáles momentos de cambio y estancamiento aparecen? Y a la pregunta 5 referente a ¿Cómo se estructuran las frases enunciadas por paciente y terapeuta en los momentos de cambio y estancamiento en las sesiones?

5.6.6 VIOLETA: Momentos de cambio

Sesión: 4

Código Del Fragmento: VIOLETA-S4-EC1

Resultados SCAT

Tipo De Momento: De Cambio

La paciente narra una situación extra-sesión en el que recapitula una situación con su madre, en la que comenzó a analizar una problemática nueva de su sentir ante la presencia del tío abusador. Junto a ello emergen sentimientos de incomodidad de la convivencia con su madre que después se traducen en necesidad de realizar un cambio (salir de casa de la madre). Esta situación cumple con

el criterio de cambio 5 ya que se trata del cuestionamiento de un patrón disfuncional (el desestimar el malestar que le produce convivir con el familiar abusador) a partir de lo trabajado en las sesiones anteriores. El episodio cumple con los criterios sustantivos de novedad, actualidad, consistencia y correspondencia teórica.

Tipos de acciones comunicacionales

En la siguiente tabla se muestran los porcentajes en que se presentan las acciones comunicacionales de terapeuta y paciente en el episodio.

Tabla 87

Porcentajes acciones comunicacionales de terapeuta y paciente en el episodio.

FORMA BÁSICA	% TERAPEUTA	% PACIENTE
ASENTIR	25.00	0.00
ASEVERAR	50.00	93.33
DIRIGIR	0.00	6.67
NEGAR	0.00	0.00
PREGUNTAR	25.00	0.00
INTENCIÓN COMUNICACION AL	% TERAPEUTA	% PACIENTE

EXPLORAR	100.00	77.28
RESIGNIFICAR	0.00	22.22
SINTONIZAR	0.00	0.00
TÉCNICA	% TERAPEUTA	% PACIENTE
CONFRONTACIÓN	0.00	0.00
ARGUMENTACIÓN	0.00	0.00
NOMINACION	0.00	0.00
NARRACIÓN	0.00	100.00
REFERENCIA	% TERAPEUTA	% PACIENTE
NEUTRO	33.33	6.25
SÍ MISMO	33.33	56.25
OTRO PRESENTE	0.00	6.25

REL CON UN TERCERO	0.00	6.25
REL TERAPÉUTICA	33.33	0.00
TERCERO	0.00	25
ÁMBITO	% TERAPEUTA	% PACIENTE
ACCIONES	100.00	54.55
PENSAMIENTOS	0.00	36.36
AFECTOS	0.00	9.09

Tipos de acciones del paciente

A nivel de forma básica las acciones comunicacionales de la paciente se centran en aseverar, con algunas pocas acciones relacionadas con aseverar, negar o dirigir (al llevar al terapeuta a recordar algo de sesiones pasadas). A nivel de intención comunicacional la paciente se centra en explorar en tanto entrega contenidos e información al terapeuta, así como en resignificar. Es posible observar en el episodio la presencia a nivel de técnica el uso de narraciones, argumentación y nominación. La referencia en el discurso de la paciente se centra en sí misma pero también hace uso de expresiones de relación neutra, de relación a terceros y su interacción con

ellos (en este caso los familiares de la paciente) y refiere brevemente al terapeuta en tanto otro presente. Existe en esta paciente una expresión equilibrada entre el ámbito de las acciones, pensamientos y afectos lo que en este fragmento en particular se traduce en el proceso que llevó la paciente de reflexionar sobre la problemática, los afectos relacionados y las acciones que llevó a cabo.

Tipos de acciones del terapeuta

Las acciones comunicacionales del terapeuta se centran en tres intenciones básicas: aseverar, asentir y preguntar. A nivel de intención comunicacional se centra en explorar en tanto dirigir. No hay elementos en el episodio que permitan inferir claramente una técnica por parte del terapeuta ya que se trata de intervenciones y preguntas breves. El terapeuta se enfoca en referencias en su discurso de tipo neutro. Finalmente, el ámbito en que se centra el terapeuta exclusivamente es el de las acciones.

Lo anterior permite observar que la paciente se enfoca en su proceso de reflexión el cual es acompañado por el terapeuta por medio de intervenciones breves.

Resultados ADL-AH

En la siguiente tabla se muestran los porcentajes calibrados obtenidos para paciente y terapeuta en el episodio analizado.

Tabla 88

Porcentajes calibrados obtenidos para paciente y terapeuta en el episodio analizado

ADL-AH	% TERAPEUTA	% PACIENTE
---------------	------------------------	-------------------

LI	0.00	0.00
O1	0.00	0.00
O2	0.00	46.30
A1	0.00	0.00
A2	66.67	29.63
FU	16.67	16.67
FG	16.67	7.41

Descripción global del episodio

Los tipos de frases que predominan en el fragmento son las correspondientes a la categoría O2 referentes a estados afectivos. La categoría A2 aparece en forma de narraciones de hechos concretos complementadas con frases de la categoría FU, las cuales son usadas para hacer referencias de temporalidad y espacialidad en lo narrado. Aparece también el lenguaje de la categoría FG en dramatizaciones.

Defensas De La Paciente

En la paciente el predominio de la categoría O2 denota una defensa de desestimación del afecto, la cual es acorde al contexto, en tanto una forma de mantener la relación con su familia y el sentimiento de sí misma. Ya que los sentimientos de malestar prevalecen al final del episodio, se considera que la defensa resulta fallida. Hay también indicios en lo narrado (A2) de esfuerzos de

organización de los afectos en una narrativa, lo cual permite inferir una defensa acorde a fines. La defensa tiene un resultado mixto ya que, aunque no elimina el estado de malestar de la paciente, le permite mantener un sentimiento eufórico de sí misma al enunciar que aún con el malestar siente que las cosas fueron distintas en la situación narrada.

Intervenciones Del Terapeuta

Hay pocas intervenciones del terapeuta en el fragmento. Al ser inicio de sesión se trata de intervenciones en forma de convocatoria al interlocutor (FG), pregunta (A2), y acompañamiento del discurso (FU).

Tipos de intervenciones de la terapeuta

La siguiente tabla muestra los tipos de intervención empleados por la terapeuta en el episodio analizado.

Tabla 89

Tipos intervención empleados por la terapeuta en el episodio

INTERVENCIONES TERAPEUTA		
INTRODUCTORIAS	1	A2: Introducción al tema
CENTRALES	1	A2 Pregunta.

COMPLEMENTARIAS	2	FU: acompañamiento de discurso
------------------------	---	--------------------------------

Forma en que se da la alianza terapéutica:

La siguiente tabla muestra la forma en que se establece la alianza terapéutica en el episodio analizado.

Tabla 90

Alianza terapéutica en el episodio.

Terapeuta	Paciente	
Intervención clínica: El terapeuta asiente y acompaña el discurso dando solo algunas preguntas para que la paciente continúe elaborando.	Actitud colaboradora	Actitud obstructiva

Pertinente	Ratificación inadvertida: La paciente continúa el discurso y el análisis de lo que narra.	Rectificación inadvertida: NA
------------	--	----------------------------------

No pertinente	Rectificación inadvertida: NA	Ratificación inadvertida: NA
---------------	----------------------------------	---------------------------------

La paciente da continuidad al análisis que hace de la situación que está viviendo, respondiendo al acompañamiento verbal y las preguntas del terapeuta de forma colaborativa.

Sesión: 11

Código Del Fragmento: VIOLETA-S11-EC2

Resultados SCAT

Tipo De Momento De Cambio

En el episodio la paciente refiere haber dejado de tomar clonazepam de manera gradual, experimentando momentos de malestar y bienestar. Agrega que, aunque sigue presente su ansiedad hubo modificación en el patrón de no reconocer lo que siente sino hasta tiempo después, dándose la oportunidad de sentir y expresar el malestar en el momento. Además, la paciente se pregunta si dicha situación se debe a la terapia. Con ello puede detectarse el indicador 9 de cambio en tanto la paciente señala una forma nueva de manejar sus emociones de ansiedad y reflexiona del papel de la terapia en ello. El episodio cumple con los criterios sustantivos de novedad, actualidad, consistencia y correspondencia teórica.

Tipos de acciones comunicacionales

En la siguiente tabla se muestran los porcentajes en que se presentan las acciones comunicacionales de terapeuta y paciente en el episodio.

Tabla 91

Porcentajes en que se presentan las acciones comunicacionales de terapeuta y paciente.

FORMA BÁSICA	% TERAPEUTA	% PACIENTE
ASENTIR	44.44	0.00
ASEVERAR	22.22	100.00
DIRIGIR	0.00	0.00
NEGAR	33.33	0.00
PREGUNTAR	0.00	0.00
INTENCIÓN COMUNICACION AL	% TERAPEUTA	% PACIENTE
EXPLORAR	100.00	79.55
RESIGNIFICAR	0.00	20.45
SINTONIZAR	0.00	0.00
TÉCNICA	% TERAPEUTA	% PACIENTE
INTERPRETACIÓN	25.00	0.00

ARGUMENTACIÓN		
N	0.00	69.57
NOMINACION	25.00	15.79
REFLEJO	25.00	0.00
REFUERZO	25.00	0.00
IMAGINERÍA	0.00	4.35
NARRACIÓN	0.00	17.39
REFERENCIA	% TERAPEUTA	% PACIENTE
SÍ MISMO	0.00	93.02
NEUTRAL	0.00	2.33
OTRO PRESENTE	100.00	0.00
TERCEROS	0.00	4.65
ÁMBITO	% TERAPEUTA	% PACIENTE
ACCIONES	60.00	46.67
PENSAMIENTOS	0.00	16.67
AFECTOS	40.00	36.67

Tipos de acciones del paciente

En forma básica las frases de la paciente son en su mayoría aseveraciones con algunas frases para asentir. En cuanto a las intenciones comunicacionales, el episodio muestra que la paciente se centra en explorar en tanto entregar y clarificar contenidos, así como en resignificar. A nivel de técnica la paciente emplea principalmente la argumentación (sobre su actuar respecto al medicamento), la narración y en menor medida la nominación (sobre los efectos de dejar el medicamento). Las frases de la paciente en este episodio hacen referencia casi exclusivamente a sí misma, con algunas frases con referencia neutral. En cuanto al ámbito la paciente se centra en acciones y afectos principalmente con algunas frases enfocadas en ideas.

Tipos de acciones del terapeuta

Las frases del terapeuta en su forma básica se enfocan en asentir y preguntar. A nivel de intención comunicacional, al ser frases breves, no hay elementos suficientes para clasificarlas en este rubro. A nivel de técnica tampoco hay elementos suficientes para clasificar las acciones en este rubro. A nivel de referencia las preguntas hechas por el terapeuta se enfocan en la paciente en tanto otro presente y centrándose a su vez en el ámbito de las acciones de la paciente.

Resultados ADL-AH

En la siguiente tabla se muestran los porcentajes calibrados obtenidos para paciente y terapeuta en el episodio analizado.

Tabla 92

Porcentajes calibrados obtenidos para paciente y terapeuta en el episodio

ADL-AH	% TERAPEUTA	% PACIENTE
LI	0.00	0.29
O1	0.00	14.12
O2	0.00	28.82
A1	0.00	0.00
A2	38.10	56.48
FU	59.52	0.00
FG	2.38	0.29

Descripción global del episodio

A2 aparece con frecuencia **para dar estructura** al discurso de la paciente por medio de informar hechos, comparar situaciones o aclarar lo dicho y en el terapeuta apareciendo como pedido de aclaración o preguntas de lo dicho por la paciente. Otra categoría que aparece con frecuencia en este fragmento por parte de la paciente es LI a modo de referencias a estados corporales, acompañado de referencias a estados corporales perturbados O1 y estados afectivos de la categoría O2. La categoría FU aparece en el terapeuta como acompañamiento de discurso y en

la paciente aparece como una anticipación de hechos. FG también aparece en la paciente como mostración de deseo y dramatización.

Defensas De La Paciente

En este fragmento la defensa de la paciente es acorde a fines ya que el discurso de malestar corporal de LI aparece complementado por A2 (argumento y narración), lo que permite a la paciente expresar su sensación de malestar corporal acompañada de afectos (frases de la categoría O2) de manera articulada y enlazando lo sentido con las consecuencias de asistir al proceso de terapia.

La defensa parece ser exitosa, ya que, aunque se refiere una sensación de malestar, ésta no sobrepasa a la paciente, posibilitando la manifestación de un sentimiento de competencia para expresar sus emociones, en contraste con lo ocurrido en ocasiones anteriores.

Intervenciones del terapeuta

Las intervenciones de la terapeuta se dan en forma de preguntas de aclaración (A2) y acompañamiento de discurso (FU). A2 también se presenta en puntualización y afirmación acerca del avance mencionado por la paciente.

Tipos de intervenciones de la terapeuta

La siguiente tabla muestra los tipos de intervención empleados por la terapeuta en el episodio analizado.

Tabla 93

Tipos de intervención empleados por la terapeuta en el episodio analizado.

INTERVENCIONES TERAPEUTA		
INTRODUCTORIAS	1	A2: Preguntas
CENTRALES	1	A2: puntualización
COMPLEMENTARIAS	9	FU: Acompañar discurso

El terapeuta hace intervenciones principalmente de tipo complementario en forma de acompañamiento del discurso. Cabe señalar que la intervención introductoria a modo de pregunta ayuda a que la paciente continúe hablando al inicio del episodio mientras que la intervención central puntualiza el papel de la terapia en la mejoría reportada por la paciente.

Forma en que se da la alianza terapéutica

La siguiente tabla muestra la forma en que se establece la alianza terapéutica en el episodio analizado.

Tabla 94

Alianza terapéutica en el episodio analizado.

Terapeuta	Paciente
------------------	-----------------

Intervención clínica: El terapeuta acompaña y puntualiza el papel de la terapia en la mejora reportada por la paciente.	Actitud colaboradora	Actitud obstructiva
Pertinente	Ratificación inadvertida: La paciente válida la puntualización del terapeuta sobre el papel de la terapia en su mejoría.	Rectificación inadvertida: NA
No pertinente	Rectificación inadvertida	Ratificación inadvertida: NA

En este episodio el terapeuta busca acompañar el discurso de la paciente y después puntualiza el papel de la terapia en la mejoría que reporta. La paciente ratifica esta afirmación y continúa hablando de los cambios que percibe.

5.6.7 VIOLETA: Momentos de estancamiento

Sesión: 7

Código Del Fragmento: VIOLETA-S7-EE1

Resultados SCAT

Tipo De Momento De Estancamiento

La paciente narra su malestar derivado de no poder dormir, el cual se debe a que continúa experimentando estrés, a pesar de ello VIOLETA no logra enlazar sus molestias fisiológicas con acontecimientos estresantes narrados previamente. La paciente cumple con los criterios sustantivos del episodio de estancamiento ya que se trata de un patrón que se repite (los problemas de sueño), el cual sigue siendo analizado desde la misma perspectiva (Criterio H, se centra en el malestar fisiológico sin prestar atención a los elementos emocionales).

Tipos de acciones comunicacionales

En la siguiente tabla se muestran los porcentajes en que se presentan las acciones comunicacionales de terapeuta y paciente en el episodio.

Tabla 95

Acciones comunicacionales de terapeuta y paciente en el episodio.

FORMA BÁSICA	% TERAPEUTA	% PACIENTE
ASENTIR	0.00	6.45
ASEVERAR	0.00	90.32
DIRIGIR	0.00	0.00
NEGAR	0.00	0.00
PREGUNTAR	100.00	3.23

INTENCIÓN COMUNICACION AL	% TERAPEUTA	% PACIENTE
EXPLORAR	100.00	100.00
RESIGNIFICAR	0.00	0.00
SINTONIZAR	0.00	0.00
TÉCNICA	% TERAPEUTA	% PACIENTE
CONFRONTACIÓ N	0.00	0.00
ARGUMENTACIÓ N	0.00	16.67
NOMINACION	100.00	16.67
NARRACIÓN	0.00	66.67
REFERENCIA	% TERAPEUTA	% PACIENTE
SÍ MISMO	0.00	0.00

NEUTRAL	88.89	88.89
OTRO PRESENTE	11.11	11.11
ÁMBITO	% TERAPEUTA	% PACIENTE
ACCIONES	0.00	67.86
PENSAMIENTOS	0.00	0.00
AFECTOS	100.00	28.57

Tipos de acciones de la paciente

Las frases de la paciente se centran en su forma básica en aseverar y en menor medida en preguntar y asentir. Las intenciones comunicacionales se centran en explorar en tanto entregar y clarificar contenido. A nivel de técnica la paciente hace uso de la narración, argumentación y la nominación. En este episodio el punto de referencia de la paciente se centra más en sí misma con algunas menciones de referencia neutral. Finalmente, el ámbito se centra en las acciones seguido de los afectos, y de forma última el ámbito de ideas.

Tipos de acciones del terapeuta

En el caso del terapeuta la forma básica de sus acciones comunicacionales se centra en preguntar, con algunos elementos de asentir y aseverar. En la intención comunicacional se enfoca en explorar en tanto averiguar información. El terapeuta no hace uso de intervenciones que puedan

categorizarse claramente a nivel de técnica. A nivel de referencia las expresiones tienen como foco el otro presente y algunas expresiones neutras. El terapeuta en este episodio se centra en sus intervenciones en el ámbito de las acciones y afectos de manera igual.

Resultados ADL-AH

En la siguiente tabla se muestran los porcentajes calibrados obtenidos para paciente y terapeuta en el episodio analizado.

Tabla 96

Porcentajes calibrados obtenidos para paciente y terapeuta en el episodio.

ADL-AH	% TERAPEUTA	% PACIENTE
LI	0.00	1.40
O1	0.00	5.59
O2	0.00	50.35
A1	0.00	0.00
A2	100.00	28.32
FU	0.00	8.74
FG	0.00	5.59

Descripción global del episodio

Los tipos de frases que aparecen en el fragmento son las correspondientes a la categoría A2 a modo de aclaraciones y descripciones de hechos concretos. La categoría O2 aparece para referir estados afectivos propios de la paciente. LI y O1 se presentan en descripciones de estados corporales propios o estados perturbados del cuerpo. FG finalmente se presenta en énfasis y mostración de deseo.

Defensas De La Paciente

En este fragmento predomina en el discurso de la paciente la categoría O2, que permite inferir una desestimación de afectos fracasada ya que la paciente no deja de dar vueltas a sus sensaciones afectivas (O2) y corporales (LI) de malestar. El fracaso de la defensa se observa en lo dicho por la paciente respecto a sentir que ha regresado a una vida que no quería, lo que implica un fracaso en la conservación del sentimiento de sí misma y la predominancia en el fragmento de afectos y sensaciones disfóricas.

Intervenciones Del Terapeuta

Las intervenciones de la terapeuta son de tipo introductorio en forma de preguntas de aclaración (A2).

Tipos de intervenciones de la terapeuta

La siguiente tabla muestra los tipos de intervención empleados por la terapeuta en el episodio analizado.

Tabla 97

Tipos de intervención empleados por la terapeuta en el episodio analizado.

INTERVENCIONES TERAPEUTA		
INTRODUCTORIAS	2	A2: Preguntas
CENTRALES	NA	NA
COMPLEMENTARIAS	NA	NA

Algunas de las intervenciones de la terapeuta son de tipo introductorio, cuya finalidad es preguntar (A2) y explorar afectos (O2).

Forma en que se da la alianza terapéutica

La siguiente tabla muestra la forma en que se establece la alianza terapéutica en el episodio analizado.

Tabla 98

Alianza terapéutica en el episodio

Terapeuta	Paciente
------------------	-----------------

Intervención clínica: El terapeuta hace preguntas sobre lo que sucede con la paciente y sus afectos.	Actitud colaboradora	Actitud obstructiva
Pertinente	Ratificación inadvertida: NA	Rectificación inadvertida: La paciente se centra en su lamento y no en su malestar corporal. Ante las preguntas del terapeuta hay silencios seguidos de más referencias a su malestar.
No pertinente	Rectificación inadvertida: NA	Ratificación inadvertida: NA

El terapeuta intenta que la paciente explore el porqué de su malestar más allá de los síntomas que le aquejan; la respuesta de la paciente es seguir centrándose en sí misma y en sus sensaciones corporales displacenteras lo cual evita que exista una oportunidad de diálogo mayor para explorar la situación.

5.6.8 Caso VIOLETA análisis de los episodios revisados

En el caso de VIOLETA los episodios delimitados de cambio y estancamiento se presentan de forma intercalada en el desarrollo de las sesiones, siendo el primer episodio de cambio

correspondiente a la sesión 4, el episodio de estancamiento en la sesión 7 y un segundo episodio de cambio en la sesión 11. A partir del análisis de las sesiones desde los dos métodos se puede establecer lo siguiente:

Respecto a los temas de los episodios

- El episodio de estancamiento se centra en la dificultad de la paciente para relacionar su ansiedad presente con acontecimientos estresantes recientes, centrándose en el malestar corporal.
- Los episodios de cambio se centran en la reflexión de la paciente sobre un tema dialogado en sesiones anteriores lo que le lleva a poner límites a la convivencia con una figura abusiva; el manejo de la paciente de su ansiedad por medio de recursos diversos aprendidos en terapia.
- Cronológicamente ocurre en el paciente primero la acción de poner límites en sus relaciones familiares, posteriormente viene el estancamiento debido a la imposibilidad de relacionar su ansiedad con situaciones de su vida y finalmente el desarrollo de estrategias para el manejo de la ansiedad con base a lo aprendido en terapia.

Respecto a la paciente VIOLETA

- A nivel de forma básica e intención comunicacional la paciente se centra en acciones comunicacionales similares en los episodios de cambio y estancamiento, lo que se traduce en que sus frases se encaminan a aseverar y entregar información.
- Mientras que en los episodios de cambio hay una aparición relativamente equilibrada del ámbito de las acciones, afectos e ideas, en el episodio de estancamiento se observa la ausencia de frases relativas a ideas. Con ello puede inferirse que el proceso de la paciente

es productivo en la medida que haya cabida para los tres aspectos, mientras que la ausencia de frases que denotan procesos reflexivos lleva a que la paciente no pueda enlazar sensaciones con problemáticas en su vida.

- La paciente a nivel de técnica hace uso en todos los episodios de recursos de argumentación y narración.
- En los episodios de cambio se encontró mayor presencia de referencias a terceros o al terapeuta. En el episodio de estancamiento hay mayor presencia de referencias a sí misma.
- A nivel de análisis de defensas se observa la prevalencia de la categoría O2 en lo referente a estados afectivos. El elemento diferencial entre los episodios de cambio y estancamiento es la aparición en los primeros de la categoría A2 como forma de estructuración por medio de control de pensamiento. Mientras tanto en el episodio de estancamiento cobra prevalencia la categoría LI con lo que la paciente se enfoca en los estados de malestar corporal.

Respecto al terapeuta XAVIER

- En los niveles de forma básica e intención comunicacional el terapeuta muestra un patrón similar en todos los episodios centrándose en afirmaciones, aseveraciones y exploraciones.
- En lo referente a técnica, la brevedad de las intervenciones del terapeuta no permite circunscribir de manera clara al repertorio de técnicas señaladas en el SCAT.
- A nivel de referencia las intervenciones del terapeuta en todos los episodios analizados se componen de referencias neutras o a la paciente en tanto otro presente.
- En cuanto al ámbito en los episodios de cambio las intervenciones breves del terapeuta se centran en acciones, mientras en el episodio de estancamiento también aparece el ámbito

de los afectos. Se puede inferir que ante la imposibilidad de la paciente de relacionar su estado corporal y sus problemáticas el terapeuta opta por explorar los elementos afectivos en la paciente.

- En el caso del terapeuta se encuentra una estrategia general de intervención compuesta por intervenciones introductorias a manera de preguntas breves e intervenciones complementarias en forma de acompañamiento de discurso. Un elemento diferencial en uno de los episodios de cambio es la presencia de una intervención central en forma de puntualización del rol de la terapia en el cambio reportado por la paciente.

5.7 Resumen de los hallazgos en los casos de Rosa y Violeta

1. ¿Alrededor de qué temas se despliegan los intercambios lingüísticos en los segmentos analizados de las sesiones de psicoterapia?

La problemática presente en el primer caso se centra en la oscilación entre periodos de productividad y motivación con otros periodos de desgano. En el caso de ROSA el tema del suicidio aparece más presente debido a un intento acontecido durante el proceso de terapia; dicho tópico aparece asociado a episodios de intoxicación a manera de “borracheras” con pastillas de medicamentos controlados. ROSA manifiesta que el deseo no es de quitarse la vida sino de no sentir, por lo que al estar cercana a un daño físico como el caer y lastimarse ello le lleva a temer a la ingesta de pastillas.

Las relaciones para la paciente a nivel de pareja se presentan como de dependencia y marcadas por elementos de ambivalencia. Por su parte las relaciones familiares están marcadas por la muerte de la madre y se caracterizan por una falta de límites claros ya que la paciente menciona en varias ocasiones eventos que oscilan entre castigos severos a ignorar situaciones de riesgo.

También existe dentro del ámbito familiar una figura abusiva (en este caso el cuñado de ROSA) gracias al cual se establece una dinámica de acoso con quien se ve forzada a llevar una convivencia diaria. A nivel de vivencia individual ROSA tiende a compararse con otras mujeres, por lo general las parejas de sus parejas, viviendo sentimientos de incompetencia para formar relaciones lo que lleva por momentos al desarrollo de desesperanza.

En el segundo caso la problemática presente gira alrededor de las molestias derivadas de la ansiedad y el estrés, como son la falta de sueño y la rumiación del pensamiento. En el caso de VIOLETA el tema del suicidio aparece más en relatos de situaciones pasadas, caracterizadas por sensaciones de desesperación y agitación que llevan a pensamientos de querer hacerse daño, dichos pensamientos culminan en la ingesta de sustancias tóxicas o bien de pastillas, aunque cabe destacar que los intentos narrados por lo general no resultan de alta letalidad.

El ámbito de las relaciones de pareja se marca por una dinámica de reproducción de escenas de intento de abuso por parte de su tío, situación que además fundamentó otras conductas de riesgo en la adolescencia como la ingesta de alcohol o buscar peleas. Las relaciones familiares están marcadas por el ejercicio de autoridad de la madre y los intentos por controlar la vida de VIOLETA. Existe además la presencia de un tío, como figura abusiva que intentó violar a la paciente, con la cual se ve obligada a convivir de manera cotidiana, por lo que puede observarse una dinámica familiar donde los límites no son claros. A nivel individual VIOLETA suele vivir siempre a prisa sin oportunidad de detenerse a analizar lo que le sucede, optando por enfocarse al trabajo. Además, presenta algunas dudas respecto a si tiene un vínculo sanguíneo con su familia.

Ambos casos comparten como características la presencia de una figura abusiva en su entorno inmediato y la imposibilidad de tomar distancia de dicha figura; otro elemento en común

es la aparición de sentimientos disfóricos en los que surgen impulsos de auto lesión. En ambos casos los intentos suicidas se enmarcan en la aparición de sentimientos disfóricos seguidos de los intentos por medio de la ingesta de pastillas o sustancias tóxicas. VIOLETA refiere con más claridad estos intentos con la intención de acabar con su vida mientras ROSA lo concibe más como una especie de “borrachera”.

2. ¿Cuáles tipos de frases aparecen en los intercambios paciente-terapeuta a lo largo de las sesiones de psicoterapia desde el SCAT?

En el caso de ROSA y VIOLETA existen coincidencias a nivel de las formas básicas que toman sus discursos y sus intenciones comunicacionales, ya que estas se centran en hacer llegar información a su interlocutor por medio de afirmaciones. A nivel de ámbito ambos casos se caracterizan por sostener un discurso centrado más en acciones y pensamiento dejando los afectos en un tercer lugar, las referencias en el discurso en ambas pacientes tienen como foco a sí mismas y a terceros externos a la sesión; a nivel de técnica las que aparecen principalmente son la narración y la argumentación.

La estructura general en ambos terapeutas tiene como forma básica asentir, aseverar y preguntar; la intención se dirige a explorar y sintonizar, con algunos pocos momentos de resignificar; a nivel de ámbito los terapeutas siguen el discurso de las pacientes en el plano de las acciones e ideas; las referencias están centradas en el otro presente, en un tercero y referencias neutrales.

A nivel de técnica parece haber algunas diferencias ya que la terapeuta 1 utiliza con ROSA principalmente la confrontación y otras técnicas complementarias como son el consejo, el refuerzo,

la información y la interpretación; el terapeuta 2 usa con VIOLETA principalmente el reflejo combinado con otras técnicas como la interpretación, el resumen y la confrontación.

3. ¿Cuáles frases aparecen en los intercambios paciente-terapeuta a lo largo de las sesiones de psicoterapia desde el ADL-AH?

Desde el ADL en ambas pacientes predomina como recurso principal las narraciones y descripciones de hechos, también predominan las referencias a realizar acciones. El discurso se complementa con elementos de ubicación temporal y espacial. Cabe resaltar la presencia de injurias y acusaciones a lo largo de las sesiones.

Ambos terapeutas hacen uso de pedidos de aclaración, preguntas y referencias al pensamiento, así como expresiones referentes a las emociones ajenas o empatía. También hacen uso de acompañamientos de discurso y de dramatizaciones o ejemplos.

4. ¿Cuáles momentos de cambio y estancamiento aparecen en los dos casos revisados?

En el caso de rosa se encontraron 3 momentos de cambio en las sesiones 7, 9 y 10. Por otra parte se encontraron 2 momentos de estancamiento correspondientes a las sesiones 2 y 4. En lo referente a los momentos de cambio, dos de ellos corresponden al surgimiento, gracias a la terapia, de nuevas formas de comportamiento o actitudes frente a temas relatados por la paciente, mientras el otro versa sobre la aceptación de la paciente del papel que juega en la problemática.

Los episodios de estancamiento uno corresponde a la aparición de sentimientos de desesperanza e incompetencia del que la paciente no parece salir y el otro se refiere a la responsabilización de otros por su situación actual sin tomar sus propias implicaciones.

En el caso de VIOLETA se localizaron 2 momentos de cambio, en las sesiones 4 y 11 respectivamente, y un momento de estancamiento en la séptima sesión. Los episodios de cambio

corresponden respectivamente al cuestionamiento de un patrón disfuncional y al surgimiento de nuevas formas de manejar las emociones disfóricas, ambos productos de lo trabajado previamente en terapia. Por su parte el episodio de estancamiento consta de un patrón reiterado de abordar emociones y sentimientos de malestar dentro de un mismo patrón disfuncional.

5. ¿Cómo se estructuran las frases enunciadas por paciente y terapeuta en los momentos de cambio y estancamiento en las sesiones?

A nivel del SCAT y del ADL encuentra en los fragmentos revisados similitudes a nivel de estructura global con las tendencias que aparecen en las sesiones completas, referidas en las preguntas 2 y 3.

Los elementos diferenciales se encuentran por una parte en la expresión a nivel de contenido de pautas nuevas a reiteradas acordes a los indicadores de cambio genérico y estancamiento. Por otra parte, el análisis de defensas desde el ADL ilustra el predominio de defensas de desestimación de los afectos en los episodios de estancamiento, mientras que en los de cambio se estructuran defensas acordes a los fines.

CAPÍTULO 6 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

6.1 DISCUSIÓN

En este apartado se presenta la discusión de los resultados obtenidos con los referentes teóricos presentados a lo largo del presente trabajo, especialmente los abordados en los apartados de Estado del arte, Marco Teórico y Marco metodológico. La discusión tendrá los siguientes focos de atención: Las semejanzas y diferencias entre los métodos utilizados; Los puentes con las teorías que fundamentan ambos métodos; Las implicaciones para la terapia con pacientes suicidas.

6.1.1 Semejanzas y diferencias entre los métodos

En lo concerniente a los métodos utilizados es importante enunciar sus semejanzas y diferencias a partir de sus referentes teóricos y su proceder metodológico. Aunque ambas metodologías se sustentan en principios comunes, se trata de dos herramientas con enfoques teóricos distintos. Mientras el SCAT se adscribe a una propuesta meta teórica basada en encontrar elementos en común que ocurren en los diferentes enfoques y modalidades de psicoterapia a nivel de acciones comunicacionales (Valdés, Tomicic, Pérez y Krause, 2010; Valdés, Krause y Álamo, 2011), el ADL-AH parte de una perspectiva psicoanalítica que busca dar cuenta de deseos y defensas del sujeto por medio de las frases enunciadas (Maldavsky, 2004, 2013). Cabe destacar también que el SCAT es el resultado de varios esfuerzos investigativos que parten de una lógica inductiva en que por medio de material clínico de distintas sesiones de psicoterapia de varios enfoques teóricos se fueron construyendo categorías en común respecto a las acciones comunicacionales llevadas a cabo en el discurso entre terapeuta y paciente (Valdés, Tomicic, Pérez y Krause, 2010). Por su parte el ADL se construye a partir de años de investigación partiendo de una lógica deductiva apoyándose en los conceptos de la teoría psicoanalítica, especialmente el de

deseo y defensa para construir sus categorías (Maldavsky, 1999). Desde estas lógicas los métodos ofrecen sus propias propuestas para la categorización y análisis del discurso.

A partir de esta fundamentación resulta claro que cada método en su especificidad ofrece una visión particular de los casos revisados. De manera sucinta se presenta una descripción de los casos desde los parámetros de cada metodología.

El SCAT permite delimitar los patrones de Acciones Comunicacionales de paciente y terapeuta a lo largo de las sesiones. Se encontró que en ambos casos hay patrones en común entre todos los hablantes analizados en la Dimensión de Forma Básica (estructura formal de la verbalización) ya que emplean de forma predominante las categorías de Aseverar y Afirmar, agregándose en el caso de los terapeutas la aparición de la categoría de Preguntar. En la dimensión de Intención Comunicacional (propósito) se encontró un uso predominante de la categoría Explorar, teniendo en los pacientes el uso de entregar información al otro mientras que en los terapeutas se usa para recolectar información y para sintonizar con el interlocutor.

Hay diferentes patrones entre pacientes y terapeutas en la Dimensión de Técnica (recursos metodológicos de la acción comunicacional) ya que en los primeros suelen aparecer de modo más frecuente las categorías de Narración y Argumentación. En los terapeutas se encontró que las categorías de Reflejo, Argumentación, Interpretación y Nominación eran comunes entre ambos. Por otra parte, cada terapeuta presentó Técnicas particulares, encontrándose en el caso de ALMA momentos en que se favorece la Confrontación, el Consejo y la Autorrevelación mientras que XAVIER utiliza la Nominación, el Reflejo y el Resumen.

En la Dimensión de Ámbito (objeto de trabajo terapéutico) se encuentra en pacientes y terapeutas el predominio de la categoría de Acciones, quedando en segundo y tercer término la categoría de Afectos y la categoría de Ideas respectivamente.

En la Dimensión de Referencia (quién es el protagonista del ámbito de trabajo terapéutico) en las pacientes predominan las Referencias en Sí Mismas y en segundo lugar las Referencias a Terceros. En el caso de los terapeutas predominan las categorías de Referencia al Otro Presente, Referencia Neutral y Referencia a Terceros.

Se observa que el patrón general de acciones comunicacionales que permite distinguir el SCAT provee un panorama del discurrir de las sesiones: Paciente y terapeuta entregan y reciben información desde una estructura de afirmaciones y preguntas, haciendo las pacientes el uso de lo narrado y argumentado en contraposición a los terapeutas que buscan diferentes medios para sacar nuevos elementos del discurso, por ejemplo, confrontando o interpretando lo dicho por la paciente. El objeto de trabajo en las sesiones se centra en las acciones y en menor medida en afectos y pensamientos protagonizadas principalmente por las pacientes u otros externos a la sesión.

En los episodios de cambio este patrón tiene algunas variaciones importantes. Hay mayor foco en la categoría de Intención Comunicacional en el Resignificar por parte de los terapeutas y además en la categoría de Ámbito los Afectos cobran mayor relevancia. Una situación similar ocurre en los episodios de estancamiento con la diferencia clave de que hay una ausencia del Resignificar.

Con el ADL-AH se busca conocer cuáles son los deseos (Erogeneidades) que los hablantes expresan y dan lógica a su discurso, por medio de categorías y subcategorías denominadas “lenguajes del erotismo”. Desde esta metodología también se observan patrones en el discurso de

pacientes y terapeutas. En primer lugar, se encuentra la prevalencia de la categoría A2 (Analidad Secundaria) en tanto formas de atender y conocer el orden de la realidad externa o de los procesos de pensamiento del otro, lo cual se realiza por medio de las subcategorías de Preguntas Concretas, Referencias a Hechos Concretos, Control del Recuerdo, Control del Pensamiento Propio o Ajeno y Argumentos.

Otra categoría Predominante es FG (Fálico Genital) en tanto formas de expresar o asimilar de manera rítmica e integrada elementos dispares ya sea externos o internos. Las subcategorías que aparecen en las pacientes y terapeutas son la Dramatización, Ejemplos o Convocatoria al Interlocutor.

La categoría FU (Fálico Uretral) tiene como intención la expresión y ubicación espacial y temporal del sujeto, así como la posibilidad de acercarse o alejarse ya sea real o figurativamente de algo. En esta categoría se encuentran diferencias entre pacientes y terapeutas, predominando en las primeras frases relacionadas a Ubicación Temporal y Espacial mientras que en los segundos se usa el Acompañamiento del Discurso.

La categoría O2 (Oral secundaria) implica las frases relacionadas a la dimensión afectiva tanto en su descripción, expresión como cualificación. En pacientes y terapeutas la subcategoría de Referencias a Estados Afectivos aparece ya sea para referir los estados afectivos propios o los ajenos. En las pacientes también aparecen otras frases referidas a Queja y Lamento.

La categoría de A1 (Analidad Primaria) referente a la expresión de la agresividad aparece en las pacientes a modo de Acusaciones dirigidas hacia otras figuras en su vida (parejas, familiares, etc.).

La categoría O1 referente al pensamiento abstracto no necesariamente centrado en la realidad externa tiene poca aparición en una de las pacientes (ROSA) para referir Estados Corporales Alterados en los que predomina la confusión o bien Pensamiento Metafísico (ver fantasmas, posesiones, etc.).

Finalmente, la categoría LI refiere estados de alteración orgánica y estímulos no cuantificables. Este aparece en ambas pacientes con la categoría de Referencia a Estados Corporales Propios. En la terapeuta ALMA aparece como una forma de referir los estados corporales del otro.

Desde el ADL-AH el desarrollo de las sesiones podría describirse de la siguiente manera: Las pacientes se centran en describir situaciones y hechos concretos apoyados en referencias a ubicaciones temporales y espaciales, así como ejemplificaciones y dramatizaciones. Además, hay momentos en las sesiones en que se expresan estados afectivos, vivencias de queja y lamento, acusaciones y referencias a estados corporales (ansiedad, cansancio, etc.). Las intervenciones de los terapeutas son de acompañamientos del discurso para invitar a las pacientes a seguir hablando, así como de recolección de información ya sea por medio de las preguntas o puntualizaciones o convocatoria al interlocutor.

Las diferencias que existen en los episodios de cambio y estancamiento se observan principalmente en el modo en que la categoría O2 se pone en juego para las pacientes, siendo usada como Referencia a Estados Afectivos en los episodios de cambio mientras en los de estancamiento aparece por medio de la subcategoría de Queja y Lamento. En algunos de los episodios de estancamiento también se encuentra la presencia de A1 en forma de Acusaciones o Delaciones. En los terapeutas se observa que las intervenciones introductorias (obtener información) implican

realizar preguntas (A2), introducir un tema (A2) o convocar al interlocutor (FG); las complementarias (mantener la dinámica de trabajo) se centran en acompañamientos de discurso (FU); mientras que las (centrales elaborar afectos o encontrar enlaces) se dan en forma de preguntas (A2), puntualizaciones, (A2), control de pensamiento (A2), ejemplos (FG), o acercamiento cauteloso a un tema (FU). Las diferencias en los episodios de cambio y estancamiento se observan no en el repertorio de frases enunciadas sino en el efecto en la alianza de trabajo, es decir en los momentos de cambio hay una actitud cooperadora (ratificación de lo dicho por el terapeuta) o bien una actitud obstructiva (rectificación a lo dicho por el terapeuta).

A nivel general estas descripciones tienen énfasis distintos, por lo que resaltan elementos del discurso dispares en su lógica de clasificación, aunque transitando terrenos en común. Por ejemplo, ambos métodos tratan de diferente forma la indagación y entrega de información por parte de los hablantes, también abordando de forma distinta la expresión, descripción y reflejo de los afectos.

Por otra parte, la combinación de estos métodos en el presente trabajo puso de manifiesto que en los episodios de cambio revisados el predominio de las defensas era no patógenas y funcionales, mientras que en los episodios de estancamiento las defensas eran patógenas y no funcionales con lo que se encuentra un punto de coincidencia entre los resultados de ambos métodos respecto a este tema.

A continuación, se retoma una de las preguntas de investigación con la finalidad de brindar un listado más pormenorizado de las semejanzas y diferencias halladas al aplicar ambos métodos a un mismo material.

6.1.2 ¿Cuáles son las coincidencias y diferencias que establecen los dos métodos al momento de analizar momentos de cambio y estancamiento?

La tabla mostrada a continuación, sintetiza algunos de los puntos destacables del cruce entre los métodos utilizados, algunos de los cuales son a nivel de la teoría que sustenta a los métodos mientras otros son esbozados a partir de la aplicación práctica de ambos métodos. En la primera columna de la izquierda se mencionan los métodos utilizados tanto (SCAT y ADL-AH). La segunda columna de la tabla desglosa algunas de las coincidencias en los métodos. En la tercera columna se señalan los puntos de diferencia entre los métodos. Finalmente, en la cuarta columna en el extremo derecho se especifica si se trata de un tópico relacionado a la fundamentación teórica o a la aplicación de los métodos.

Tabla 99

Semejanzas y diferencias entre los métodos utilizados (SCAT y ADL-AH)

MÉTODOS	PUNTOS DE COINCIDENCIA	PUNTOS DE DIVERGENCIA	TIPO DE OBSERVACIÓN
SCAT Y	Los resultados obtenidos pueden ser aprovechados para pensar el campo teórico-diagnóstico, investigativo o para orientar la técnica.	El SCAT permite hacer inferencias respecto a los puntos en común entre psicoterapias y el ADL-AH permite plantear inferencias desde la teoría psicoanalítica.	Teoría del método: alcances de los métodos

ADL-AH	Toman en cuenta la función performativa del lenguaje.	En el SCAT se denominan acciones comunicacionales y en el ADL-AH como Lenguajes del Erotismo, por lo que el primero busca la estructura formal del discurso y el segundo busca inferir los deseos en juego en el discurso	Teoría del Método: delimitación de unidades de análisis
	Ofrecen categorizaciones para el discurso dentro de las sesiones terapéuticas que se aplican de forma inductiva.	El SCAT parte de categorías construidas de forma inductiva mientras el ADL-AH categoriza de forma deductiva.	Teoría del método: Construcción y aplicación.
	Tienen fundamentación	El cambio y estancamiento en el SCAT se centra en indicadores genéricos en	Teoría del método: Cambio y estancamiento terapéutico.

	<p>teórica sobre el cambio y el estancamiento terapéutico.</p> <p>Las categorías de Forma Básica e Intención comunicacional en el SCAT y las categorías A2, FU y FG suelen tener en las sesiones la función de entregar, cotejar o solicitar información entre los hablantes.</p>	<p>común entre diferentes enfoques y modalidades de psicoterapia.</p> <p>El ADL-AH aborda el cambio y el estancamiento terapéutico desde la construcción u obstrucción de la alianza terapéutica</p> <p>El SCAT ofrece múltiples niveles de categorización para una frase y el ADL-AH ofrece categorías y subcategorías mutuamente excluyentes.</p> <p>El SCAT considera categorías como <i>Ámbito</i> y <i>Referencia</i>.</p>	<p>Aplicación de los métodos: cómo se aplican las categorías para clasificar el material de las sesiones de psicoterapia (la información general brindada por el paciente, la recolección de información por parte del terapeuta).</p> <p>Aplicación de los métodos: cómo se aplican</p>
--	---	---	--

	<p>La categoría de <i>Ámbito</i> en el SCAT y O2 en el ADL-AH cuentan con categorías para referir la dimensión afectiva entre los hablantes.</p> <p>Un criterio esencial para la categorización es la fragmentación de las frases en unidades mínimas.</p>	<p>El ADL-AH distingue entre Estados Corporales y Estados Afectivos.</p> <p>En el SCAT las oraciones de una sola palabra pueden no ser calificables en los casos en que se requiera sujeto y predicado. En el ADL-AH se pueden considerar frases de una sola palabra (por ejemplo, frases de la categoría FU como <i>muletillas</i>)</p>	<p>las categorías para clasificar el material de las sesiones de psicoterapia (abordaje de la dimensión emocional referida dentro del discurso de los hablantes).</p> <p>Aplicación de los métodos: cómo fragmentar el material textual de las sesiones.</p>
--	--	--	--

	<p>Ofrecen herramientas tanto para describir lo ocurrido en las sesiones como para inferir cambio o estancamiento terapéutico.</p>	<p>El cambio y el estancamiento se abordan desde el SCAT con categorías específicas para ello.</p> <p>El ADL-AH analiza el cambio o estancamiento en términos de si la alianza terapéutica es constructiva u obstructiva por medio del Análisis de Defensas: tipo, funcionalidad y desenlace, así como por la pertinencia de las intervenciones del terapeuta.</p>	<p>Aplicación de los métodos: cómo inferir cambio y estancamiento terapéutico.</p>
	<p>Se analizan tanto las intervenciones del paciente con las del terapeuta desde su rol particular.</p>	<p>Las intervenciones de terapeuta y paciente usan la misma categorización en el SCAT (Técnica)</p>	<p>Aplicación de los métodos: análisis de intervenciones del terapeuta.</p>

		El ADL-AH ofrece un proceso particular para procesar la pertinencia y función de las intervenciones del terapeuta.	
--	--	--	--

En la tabla anterior las semejanzas y diferencias presentadas abarcan tanto los métodos de SCAT y ADL-AH en su aplicación general y aspectos más específicos como son el análisis de momentos de cambio y estancamiento, así como el análisis de defensas.

Tomando en cuenta que se requiere más investigación conjunta utilizando estas metodologías en el presente trabajo la aplicación de ambos métodos deja de manifiesto que si bien no cuentan con una equivalencia directa, pueden tener una relación complementaria. Por ejemplo, el circunscribir un episodio de cambio o estancamiento con los Indicadores Genéricos y aplicar a ese mismo material el análisis del estado y funcionamiento de las defensas del paciente.

6.1.2 Puentes con la Teoría

Los tópicos mencionados a continuación permiten establecer líneas de investigación futuras en las que puedan indagarse más ampliamente sus implicaciones.

Uno de los aspectos que pueden discutirse alrededor de los resultados es lo que se plantea en la Teoría del Cambio Subjetivo (Fernández, Pérez, Gloger y Krause, 2015; Krause, 2005; Krause, De la Parra, Arístegui, Tomicic, Valdés et al., 2006) retomada por Gaete, Arístegui y

Krause (2017) acerca del Cambio de Foco de un “alguien-allá-entonces” a un “yo-aquí-ahora” como un elemento presente en los momentos de cambio en pacientes.

Al respecto es necesario retomar que en los dos casos analizados a nivel global hubo una predominancia en los pacientes de un *Ámbito* (objeto de trabajo terapéutico) centrado en sí mismas, mientras los terapeutas se enfocan en Referencias al Otro presente (la paciente), Referencias Neutrales y Referencias a Terceros externos a la sesión.

Cabe agregar que en el análisis de episodios de cambio y estancamiento se presentaron patrones semejantes en los terapeutas a los obtenidos a nivel global, sin embargo, en el caso de las pacientes hubo diferencias en la Dimensión de Referencia. En ROSA tanto los episodios de cambio como de estancamiento tienen su foco en Referencias a Sí Misma, mientras que en los episodios de estancamiento de VIOLETA el foco está puesto en Referencias a Otros.

Estas diferencias en lo obtenido en el análisis global y el de los episodios puede ayudar a pensar en matices para enriquecer el concepto de Cambio de Foco. Por un lado, se destaca que en el grueso de las sesiones las autorreferencias en las pacientes parecen ser comunes, pero estas requieren de ciertas condiciones en el diálogo para generar momentos de cambio, por ejemplo, la presencia de Intenciones Comunicacionales de Resignificación (Valdés, 2011).

En algunos episodios se pueden observar autorreferencias que cumplen con las condiciones de “yo-aquí-ahora”, por ejemplo:

PX ROSA: “Noté que me la paso echándole la culpa de todas mis desgracias a ENRIQUE, y la verdad también pues yo tengo parte de responsabilidad en todo eso, eh... también me di cuenta de que, eh, de que en realidad puedo salir adelante”.

En otros episodios pueden encontrarse algunas más en la estructura de “yo-allá-entonces” en donde las pacientes pueden afirmar o negar la realización de ciertas acciones, pensamientos o de experimentar ciertos estados afectivos presentes o pasados, por ejemplo:

PX ROSA: “entonces, yo llegué a mi casa y le di a mi hermana el medicamento, pero no le di esas pastillas”.

Esta situación de las diversas formas en que discurso con referencia a sí mismo puede pensarse desde las aportaciones de Ricoeur (2013), en donde además de considerar el discurso a nivel de acciones o actos es posible abordarlo desde el ámbito de lo narrativo:

el yo es tratado como un agente, o mejor un actante; él es aquel que hace. A este sujeto del hacer (...) el que habla es un hacedor de discursos; como hacedor de discursos, es un actante (...) El actante se identifica mediante su hacer.

Es necesario estudiar entonces diferentes aspectos de lo enunciado: Los procedimientos mediante los cuales el individuo puede designarse a sí mismo (la distinción básica de sí mismo de otro); los procesos mediante los cuales configura un diálogo con otro (el terapeuta, un aspecto de sí mismo, los otros externos al proceso, etc.); la forma en que el sujeto puede apropiarse de algo de sí mismo y su historia (qué tanto lo dicho por un paciente es suyo o es la representación de otros discursos patógenos a su alrededor); qué tanto el sujeto es actante mediante el hacer en su discurso (qué acciones el sujeto narra y se atribuye); cómo lo anteriormente mencionado se articula para la posibilidad de imputación (el paciente no solo hace sino que ese hacer se vincula a su sentimiento de sí y su identidad).

Otro tema que puede ser discutido a partir de los resultados es el del papel de los estados afectivos en los procesos de cambio y estancamiento. Valdés (2011) menciona una serie de Patrones Comunicacionales usados para trabajar contenidos emocionales que pueden englobarse

en aquellos enfocados en la Exploración Afectiva, los enfocados en la Entonación Afectiva y los enfocados en la Resignificación Afectiva. En los resultados obtenidos puede observarse que a lo largo de las sesiones hay varios momentos de descripciones, argumentaciones y clarificaciones sobre los afectos de las pacientes (Exploración afectiva). Se observa también que en los episodios de Cambio el elemento de la Resignificación se encuentra presente, mientras que no se encuentra en los episodios de Estancamiento.

Ejemplo de cambio en donde se encuentra presente la Resignificación es cuando la paciente VIOLETA puede resignificar el malestar que le produce estar en contacto cotidiano con una figura abusiva de su familia, lo que le lleva a tomar acciones de alejamiento y establecimiento de límites.

Otra distinción, a saber, que puede ser importante introducir es la de diferenciar entre estados corporales y estados afectivos. Se observó que en ambas pacientes la descripción de su malestar en los momentos de estancamiento era a nivel de malestares corporales.

Esta distinción entre lo corporal y lo afectivo en el cambio y estancamiento terapéutico remite a lo mencionado por Maldavsky (2005):

cuando predominan las sensorialidades intracorporales, la atención dirigida al mundo exterior es, sobre todo, reflexiva, pasiva y no psíquica, activa y, como destaca Freud (1950[1895]), se encuentra comandada más desde el objeto y menos desde un movimiento pulsional dirigido al mundo exterior.

Ejemplo de lo anterior es el episodio en el que ROSA describe malestar físico y los efectos de la intoxicación con pastillas en su intento de suicidio. La paciente menciona no saber por qué guardó y tomó las pastillas, reaccionando únicamente cuando siente dolor intenso al caerse, mismo que le produce miedo.

Puede pensarse entonces que un aspecto importante dentro del cambio terapéutico está en no solamente la expresión de sensaciones y emociones sino en la capacidad del sujeto para elaborarlas por medio de las capacidades del sujeto para designarse a sí mismo, o como menciona Ricoeur (2013) “La evaluación de sí mismo que acompaña toda evaluación, descansa sobre un sentimiento fundamental, la estima de sí”. Lo anterior implica la necesidad de tener en cuenta los aportes de la teoría narrativa ya que es en este nivel de discurso donde pueden analizarse no solamente la acción de designarse a sí mismo sino el posicionamiento de sí mismo a nivel subjetivo. Será importante explorar las repercusiones de esta valoración de sí mismo para el uso de recursos de expresión, exploración o resignificación afectiva en los pacientes.

Una línea adicional de reflexión es concerniente a los alcances de los conceptos de cambio y estancamiento terapéutico. En cuanto al cambio es importante retomar y sintetizar diversas perspectivas (Maldavsky, Krauze, Valdés, Norcross, Orlinsky, Prochaska) en donde puede pensarse como un replanteamiento de la imagen, historia o sentimiento de sí, mismo que, como se ha visto a lo largo de este trabajo, puede ser evidenciado desde las pautas del lenguaje. Si se considera el cambio terapéutico como un proceso de individuación discursiva (Ricoeur, 2013) puede apreciarse un proceso de complejización en que el paciente debe darse cuenta de su problemática, ensayar cambios, sostenerlos y finalmente enlazar todo ello a cambios profundos en sí mismo.

Reflexionando el tema del estancamiento, este puede concebirse en tanto recurrencia de pautas disfuncionales que llevan a que los pacientes se atribuyan elementos, pensamientos, narrativas o sensaciones que no son suyos (confusión sí mismo-otro), el cierre a un diálogo con el otro (por ejemplo, con el terapeuta) o bien que la imputación y acciones sean con relación solamente al sufrimiento y a la desesperanza.

En ese sentido también es rescatable la importancia de la labor del terapeuta en su dialogar para crear condiciones de posibilidad para este proceso de individuación-identificación-imputación (Ricoeur, 2013). Las intervenciones e interacciones que llevan a una pauta de resignificación, de cualificación de los afectos (esto es mío), sostenimiento de estrategias que preserven el sentimiento de sí mismo (este soy yo) a la vez que permiten la descarga pulsional (este es mi deseo, mecanismos de defensa).

A nivel metodológico estas problemáticas pueden abordarse en futuras investigaciones teniendo en cuenta también la teoría narrativa. El ADL cuenta, además de con la metodología para actos de habla, con una serie de pasos para rescatar las narrativas de los pacientes por lo que resultaría factible una articulación secuencial de los métodos, a saber:

1. En un primer momento, desde el SCAT, se detectan los momentos de cambio y estancamiento, posteriormente se les analiza a nivel de acciones comunicacionales prestando especial atención a las Dimensiones de Ámbito y Referencia.
2. En un segundo momento, por medio del ADL-AH se precisa cuáles son las escenas que despliega con el terapeuta, si se presentan o no defensas patógenas, y/o cómo cambia de estilo retórico.
3. En un tercer momento desde la teoría narrativa del ADL y su herramienta ADL-R (Maldavsky, 2004,2009), se precisa ese proceso de individuación, identificación o subscripción nueva.

6.1.3 Implicaciones para la terapia con pacientes suicidas

Es pertinente iniciar este apartado mencionando algunos elementos encontrados a nivel del desarrollo en los casos de ambas pacientes.

En cuanto al desarrollo del caso de ROSA se observa en las primeras sesiones un énfasis en temas relacionados con los procesos de salud y enfermedad de la paciente en tanto se abordan en las sesiones sus intentos suicidas y autolesiones, los tratamientos médicos y psicoterapéuticos, y experiencias de contención previas que le fueron de utilidad y que al momento del tratamiento la paciente tiene dificultades en retomar.

Conforme las sesiones se desarrollan se abordan con más detenimiento las relaciones interpersonales, principalmente con compañeros de trabajo o grupo, nivel familiar y relaciones de pareja siendo estas dos últimas los principales puntos de conflicto para la paciente ya que ha tenido parejas abusivas y sufre el acoso de su cuñado.

Además, se abordan las vivencias subjetivas de ROSA relacionadas con su autoimagen y las atribuciones a otros. Junto con ello hay la mención de sueños y fantasías sobre sí misma y los demás, así como recuerdos de su infancia y finalmente afectos de angustia, frustración, enojo, etc., mismos que al inicio del proceso se convierten en factores desencadenantes de los intentos suicidas por medio de la ingesta de pastillas, incluyendo un intento reciente y en sesiones posteriores son analizadas para replantear su posicionamiento frente a las mismas.

A lo largo del proceso, las intervenciones de ALMA, la terapeuta de ROSA, se centran en un inicio en recabar información para comprender mejor la forma en que ella vive los problemas que le aquejan y la demanda que plantea en la terapia. Posteriormente en diversos momentos del proceso trata de llevar a la paciente a observar de manera más racional algunas de las ideas o situaciones que le causan sufrimiento, valiéndose de brindarle información, confrontarla o cuestionar el sustento de las creencias sesgadas.

En el desarrollo del proceso de la paciente VIOLETA aparecen a nivel relacional los conflictos de pareja y familia siendo la duda de si tiene un lazo sanguíneo con su familia una de las interrogantes que emerge en el proceso. Al inicio del proceso la paciente refiere diferentes situaciones de acoso por parte de su tío, su exesposo y por un compañero de trabajo. Estas vivencias son el fundamento de la aparición en VIOLETA de sentimientos de enojo relacionados con robos, injusticias a ella u otros. En las sesiones posteriores se abordan los sentimientos de ansiedad de la paciente que llevan a presentar insomnio, dar vueltas a las ideas, y andar a prisa todo el día, que son factores desencadenantes de los intentos de daño o de suicidio que presentó a partir de la adolescencia. La paciente también habla de los tratamientos que sigue o ha seguido (Terapia grupal, medicina, psiquiatría, terapias alternativas y terapia individual) y cuáles son los efectos que percibe de estos.

A lo largo del proceso las intervenciones del terapeuta XAVIER se centran en intervenciones breves y concretas, mismas que ayudan a VIOLETA a reflexionar sobre temas como el contraste entre su representación de sus padres y los abuelos, la incomodidad de convivir con ciertos familiares, o bien, qué sucede con ella cuando se encuentra en estados de ansiedad.

Como puede apreciarse en ambos casos se encuentran algunos elementos temáticos en común, como son las problemáticas con relaciones familiares, ya que se describen contextos en los que existe un historial de abandono o ausencia por parte de los padres durante la infancia y adolescencia, y por otra parte una excesiva intrusión en sus decisiones en su etapa de adultez; otro aspecto compartido son las vivencias reiteradas de acoso sexual por parte de figuras cercanas y la falta de respuesta por parte del medio familiar ante esa situación. Además, las formas de relación de pareja en ROSA y VIOLETA tienen como común denominador la codependencia e inestabilidad.

Algunos elementos diferenciales entre ambos casos tienen como eje tanto la historia particular como las formas en que ambas pacientes afrontan las problemáticas vividas. Ejemplo de ello es que en el caso de ROSA se narran vivencias que describe como “sobrenaturales”, como son el pensar que la madre fue víctima de una posesión, ver figuras fantasmales, o que es capaz de tener premoniciones sobre hechos catastróficos. Ello puede relacionarse con las vivencias tempranas de la paciente de escuchar historias sobre personas que se han suicidado o el presenciar momentos de crisis de la madre. Finalmente, respecto al suicidio la paciente refiere que tiene pensamientos de desesperanza y muerte acompañados de un desgano de realizar actividades que antes le motivaban, lo que le lleva de manera impulsiva a ingerir pastillas en algo que la paciente refiere como una especie de “borrachera”.

En VIOLETA el énfasis se va al exceso de actividad cotidiana debido a su trabajo, lo que le lleva a tener poco descanso y una sensación constante de inquietud y necesidad de estar en movimiento. Por otra parte, la paciente describe tener dudas de si es adoptada, situación que se desencadena a partir del análisis de un sueño, lo que le lleva a observar que no tiene parecido físico con el resto de su familia o evidencias de cómo fue su gestación. Cabe resaltar que posteriormente cuando la paciente pregunta a su familia al respecto se le revela que efectivamente fue adoptada.

En cuanto al tema del suicidio, los intentos de la paciente parecen estar motivados por una sensación de frustración que le lleva a manifestar la agresión de forma autolítica en intentos suicidas con ingestión de sustancias como cloro o pastillas diuréticas, mencionando que no tenía claro qué buscaba, pero quería morir y ya no sentir desesperación. Agrega que pensó en ahorcarse, pero pensó que sentiría desesperación y era lo que quería evitar.

Como puede apreciarse en ambos casos, existe la presencia de hechos traumáticos y cercanos al intento suicida, los cuales son eventos relacionados con diversas situaciones de violencia, muerte o el acoso. En este sentido cabe mencionar lo aportado por Benyakar y colaboradores (1989):

Quien sufre violencia está atrapado en la situación, confundido, desorientado, a merced de la “angustia automática” o de lo que podríamos llamar vivencia de colapso, o sea, el colapso de las referencias espacio-temporales así como de las relaciones entre lo psíquico y lo social.

Se puede observar tanto en ROSA como en VIOLETA la presencia de lo que Benyakar llama “Complejo Traumático”, que puede definirse como “la combinación de fenómenos compuestos por el introducto [producto de un evento disruptivo vivido pasivamente], la angustia automática y las vivencias correspondientes” (Benyakar, 2016). En este complejo traumático el sujeto puede experimentar vivencias de incapacidad para apropiarse y elaborar lo acontecido (desvalimiento) así como de una ruptura de la sensación de contención y sostén del mundo externo respecto al mundo interno (desamparo) (Benyakar, 2016).

A lo largo de los procesos de ambas pacientes resulta importante la capacidad de afrontamiento de estas disrupciones vividas ya que cuando dicha capacidad queda rebasada ello lleva a que en momentos de crisis la adaptación resulte difícil, creando frustración que lleva a buscar un modo de escape por medio del suicidio.

En el caso de ROSA puede observarse en el episodio de intento suicida narrado la forma de afrontar los síntomas de angustia y la vivencia de confusión es por medio de un mecanismo de defensa de desestimación de afectos, mismo que toma la forma del consumo de pastillas como un intento de entumecimiento a nivel de sensaciones corporales.

En VIOLETA se da una situación análoga en la que los síntomas propios de sentimientos disfóricos a manera de distimia, sensaciones desagradables a nivel corporal en forma de disautonomía y la expresión de desesperanza a nivel de pensamientos recurrentes tienen como consecuencia una búsqueda de una descarga total y repentina a través de la ingesta. Cabe agregar que ambos casos comparten el común denominador del deseo de un cese del sufrimiento y una búsqueda de la evitación del dolor.

Dentro de esta dinámica del elemento traumático, otro aspecto a considerar es si el intento suicida puede pensarse como la actuación de una fantasía inconsciente que busca controlar la angustia y el temor experimentado por la patencia que se da a una creencia delirante no perteneciente a la paciente sino a alguien de su entorno. Por ejemplo, en el caso de ROSA existe la creencia en posesiones y narraciones de personas que cometieron suicidio en la casa donde vivía. Lo anterior llevaría a la paciente a una sintomatización por identificación con la creencia de la madre, en donde la paciente se coloca como el actor principal, para así resarcir la omnipotencia materna y evitar una mayor desestructuración ante la vivencia de desamparo y desvalimiento. En otras palabras, la paciente actúa lo que la madre narra para evitar una mayor desestructuración ante la angustia.

Estos elementos ayudan a complementar algunas de las teorizaciones sobre el fenómeno suicida, por ejemplo, el pensarlo a nivel individual como un sadismo hiperintenso del superyó (Mikhailova, 2005) que lleva a un sufrimiento psíquico o “Psychache” (Schneidman, 1993), mientras que a nivel de interacción se puede pensar en la llamada “Toxicidad vincular” en la que los hechos traumáticos están relacionados con acciones de ciertos elementos dentro de las relaciones significativas del paciente y que pueden estudiarse desde la teoría del relato (Sánchez, Vázquez, De Santiago, y Penilla, 2017; Sánchez, 2018).

También cabe destacar que la presencia del elemento de agresividad, por medio de la categoría A1 en el ADL-AH si bien se encuentra presente en varios momentos de las sesiones no se juega cuantitativamente de modo significativo, teniendo más apariciones los afectos de tristeza o confusión. Ello implica entonces explorar en otras investigaciones el lugar particular de la auto y hetero agresión en el discurso de pacientes suicidas.

En esta tesitura el actuar del terapeuta debe tomar en cuenta el rol de lo traumático y sus implicaciones en la desestructuración del psiquismo del paciente, por ejemplo, la presencia de elementos pre-verbales y por ende no verbalizables en principio; las vivencias de vacío en tanto imposibilidad de articulación de algo en el psiquismo; la presencia de desvalimiento y desamparo. A partir de ello las intervenciones pueden orientarse en lo que Benyakar (2016) denomina “relato pro-articulador” es decir una forma particular del paciente de relatar “aquello que nadie puede comprender porque no hay las palabras para decirlo”.

En ese sentido, se propone considerar las estrategias de intervención del terapeuta en dos niveles:

1. A nivel de acciones comunicacionales o actos de habla (qué se dice), en donde es posible trabajar tanto en lo que sucede con relación a lo que puede describirse de sensaciones corporales, afectos, referencias a nombrarse a sí mismo y acciones de nominación, resignificación de hechos, afectos, conceptos de sí, etc.
2. A nivel de relato (cómo se narra lo vivido) en donde el proceso de individuación-identificación-imputación es puesto en juego en tanto el posicionamiento subjetivo del paciente respecto a lo que vive, incluso si a nivel verbal no le es posible nominarlo plenamente en un primer momento.

Cabe acotar que la anterior propuesta de lógica de intervenciones debe tener en cuenta las recomendaciones de las diversas guías clínicas relacionadas con el manejo de pacientes suicidas, por ejemplo, aquellas propuestas por los gobiernos de México, Colombia, España o Estados Unidos, así como de organizaciones como la APA, la OMS o bien aportes como el de Shneidman (Chávez-Hernández 2010) o Cohen y colaboradores (2019).

En estos lineamientos se resalta la importancia de la valoración de riesgo, el abordaje multimodal y tener en cuenta las especificidades de cada caso para determinar si es necesario centrarse primero en los riesgos de cometer acciones suicidas, atender pensamientos o narrativas de desesperanza.

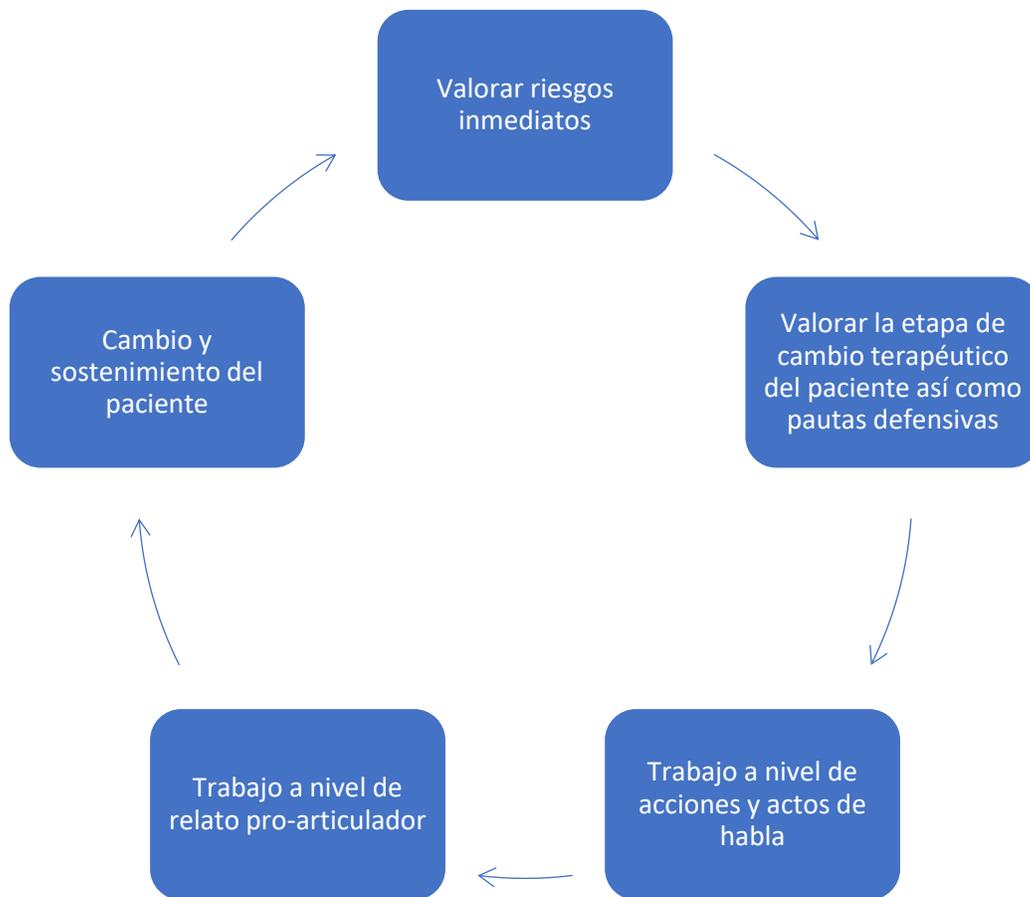
En lo referente a estas recomendaciones terapéuticas se observa en VIOLETA la complementariedad de llevar diferentes formas de tratamiento junto con el proceso individual mientras en ROSA si bien esto está también presente no hay un sostenimiento de dichos tratamientos por parte de la paciente. Esta diferencia implica tener en cuenta lo mencionado por Prochaska y colaboradores (2001) sobre las etapas del cambio terapéutico y tomar en consideración la transición de las pacientes entre las etapas de pre-contemplación, contemplación, realización de acciones de cambio y el mantenimiento de estas. Ello es importante ya que un error de abordaje puede ser como lo mencionan Prochaska y colaboradores (2001) es tratar de dialogar en términos de una etapa diferente a la que se encuentra el paciente, por ejemplo, buscar realizar acciones de cambio cuando el paciente aún no contempla las situaciones como un problema.

Por otra parte, el tomar en cuenta elementos del discurso de los pacientes como son las formas defensivas o pautas patológicas recurrentes se torna en un trabajo importante para asegurar un diálogo terapéutico más efectivo. En ambas pacientes se presentan defensas patógenas de

desmentida o desestimación de los afectos las cuales al fracasar llevan a que los afectos y sensaciones disfóricas retornen y las formas de afrontarlas sean destructivas para la identidad de las pacientes, por ejemplo, la alimentación de las sensaciones de poca valía, poca autoeficacia y queja que alimentan la sensación de desesperanza.

Es importante detectar estas pautas en las primeras sesiones y sus recurrencias en el proceso posterior a partir de diversos indicios como son: narrativas y argumentaciones que sostienen la desesperanza; la entrega de información sin un momento para significarla o resignificarla; la aparición de afectos que queden no explorados o bien no permitan explorar otros pensamientos, afectos o sensaciones adyacentes.

Estas pautas deben estar, por supuesto, enmarcadas en otros aspectos de manejo técnico relacionados con estrategias de intervención en crisis o valoración de riesgos y debe tenerse en cuenta que su aporte se centra no tanto en la resolución de la crisis suicida inmediata sino en el sostenimiento del sujeto, el apoyo al paciente para el desarrollo de nuevas estrategias no patógenas y la prevención temprana o manejo posterior de recaídas. Las anteriores recomendaciones se pueden sintetizar en el siguiente esquema:



Estos elementos concatenados implican el no solo valorar el riesgo a la conducta suicida inmediata sino también considerar el posicionamiento de los pacientes respecto a su problema y a partir de ahí iniciar el proceso para llevarlos a realizar y/o sostener acciones de cambio.

6.2 CONCLUSIONES

En este apartado se presentan las conclusiones de la presente investigación, las cuales se organizan en los siguientes campos de sentido: La comparación de los métodos, la especificidad de sus análisis, sus alcances y límites; La transferencia de conocimiento de los resultados para el ejercicio de la psicoterapia y para investigaciones posteriores.

6.2.1 La comparación de los métodos, la especificidad de sus análisis, sus alcances y límites.

1. Los métodos SCAT y ADL-AH permiten diferentes alcances para apreciar el diálogo terapéutico y dichos alcances pueden ser complementarios para enriquecer el análisis de casos.
2. Las diferencias en cuanto a teoría del método residen en sus fundamentos (uno psicoanalítico y otro desde elementos en común de los enfoques); la lógica de construcción de sus categorías (inductivas o deductivas); las formas de considerar el cambio y el estancamiento (a través de indicadores genéricos o de un análisis de la alianza terapéutica). En ese sentido el SCAT permite mayor fineza en delimitar episodios de cambio y estancamiento mientras el ADL permite un análisis más detallado de estos una vez delimitados.
3. Poseen semejanzas en sus pretensiones de circunscribir lo ocurrido en el diálogo en psicoterapia y considerar las participaciones de paciente y terapeuta dentro del diálogo
4. Los métodos consideran lo enunciado, en tanto acciones o actos, pero será importante su complementación con métodos que analicen el discurso con otros alcances, particularmente en lo referente a teoría del relato.

5. Es importante complementar el paradigma actual de abordaje del suicidio tomando el lenguaje como un panorama de estudio para el cambio terapéutico y el estudio de los procesos subjetivos en este tipo de pacientes.
6. Los métodos pueden complementarse en su uso para detectar de manera más detallada el cambio terapéutico y las condiciones de la alianza de trabajo.

6.2.2 La transferencia de conocimiento de los resultados para el ejercicio de la psicoterapia y para investigaciones posteriores

1. Las pautas de manejo clínico en pacientes con intento suicida además de seguir las recomendaciones técnicas dadas por diferentes abordajes y guías de tratamiento deben considerar también las pautas discursivas de los pacientes a nivel de acciones y narrativas,
2. En pacientes con intento suicida resulta importante que el proceso de terapia ayude a contactar elementos afectivos, los cuales requieren un proceso de cualificación de afectos, nominación, resignificación. También se requiere tener en cuenta el proceso de individuación-identificación-imputación por medio de lo que el paciente puede narrar de sí mismo.
3. Debe tenerse en cuenta también la etapa en que el paciente esté con respecto a su problemática (Prochaska y colaboradores, 2001): Si se encuentra en la fase de precontemplación en donde hay sufrimiento, pero aún no se toman acciones; contemplación en donde se empiezan a considerar acciones de cambio; preparación en donde se empiezan a buscar las condiciones para el cambio; acción en tanto búsqueda del cambio; mantenimiento del cambio.

4. Es importante realizar mayor investigación del fenómeno suicida explorando material textual de las sesiones, tomando en cuenta elementos que no fueron cubiertos en el presente estudio, por ejemplo: Las narrativas de los pacientes, la significación del paciente sobre sí mismo; el papel de los elementos traumáticos en el paciente suicida; los elementos preverbales y cómo trabajarlos desde relatos pro-articuladores.
5. Otras líneas de investigación relevantes: Estudio de enunciaciones y narrativas de experiencias de terapeutas que trabajan con pacientes suicidas; estudio de enunciaciones y narrativas en familiares de pacientes con intento suicida; Toxicidad vincular en familias de pacientes con intento suicida; el peso específico de la agresividad como componente del discurso de los pacientes con intento suicida.

Referencias consultadas

- Acevedo, M. (2016). El cambio clínico desde la perspectiva de la psicología. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 20(1), 17-37. <https://www.redalyc.org/journal/3396/339646009001/html/>
- Agrelo, A. (2011) Sistematización de intervenciones psicoterapéuticas: la percepción de cambio del paciente adicto en función de las intervenciones del terapeuta. *Subj Proc Cogn*;15(1):15-54. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73102011000100001&lng=es&tlng=es
- Albany, C., Pokorny, D., Blazer, G., Köing, S., Geyer, M., Tomä, H. y Kächele, H. (2002). El Análisis Final de Amalie: Investigación de un proceso terapéutico psicoanalítico, según el modelo de proceso de Ulm, utilizando el método del Tema Central de Conflicto Relacional. *Intersubjetivo*. 4(1) https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/Documentacion/HKachele/Albany%20et%20al_Amalie_Intersubjetivo_V4N1.pdf
- Álvarez, L. (2011). Representaciones Sociales sobre la Muerte en un grupo de Médicos Alópatas y Alternativos 2009 – 2011. *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 6(11), 28-26. <https://www.redalyc.org/pdf/2110/211019068003.pdf>
- American Psychological Association. (2012) *Recognition of Psychotherapy Effectiveness*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy>

- Angona Del Río, P., Ruiz, I., Sánchez, F. (2013). Evidencias y Competencias en Psicoterapias. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(118), 301-322. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2650/265026459012>
- Arístegui, R., Gaete, J., Muñoz, G., Salazar, J. I., Krause, M., Vilches, O., Tomicic, A. y Ramírez, I. (2009) Diálogos y autorreferencia: procesos de cambio en psicoterapia desde la perspectiva de los actos de habla. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 41(2) 277-289. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342009000200008
- Aristegui, R., Reyes, L., Tomicic, A., Vilches, O., Krause, M., de la Parra, G., Ben Dov, P., Dagnino, P., Echávarri, O. y Valdés, N (2004) Actos de habla en la conversación terapéutica. *Terapia Psicológica*. 22 (2), 131-143. <https://www.redalyc.org/pdf/785/78522204.pdf>
- Baringoltz, S. (1992) El proceso terapéutico como construcción de los protagonistas de la situación clínica. *Segundas Jornadas de Terapia Cognitiva*.
- Barriga, L & Villalta, M. (2019). Análisis de la Conversación: Psicoterapia de adolescentes depresivos con intento de suicidio en contexto hospitalario. *Terapia psicológica*, 37(1), 39-51. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082019000100039>
- Barrueto, O., Gaete, O., Bustamante, V. y Pizarro, M. (2017). Auto percepción de conocimientos y competencias de profesores en la prevención de conductas suicidas adolescentes pre y posintervención. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 55(3), 170-178. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272017000300170
- Bedoya, E., & Montaña, L. (2016). Suicidio y Trastorno Mental. *CES Psicología*, 9(2), 179-201. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4235/423548400012>

- Bedoya, M. (2012). La noción de matriz relacional y sus implicaciones para el ejercicio clínico de la psicología dinámica. *Psicología desde el Caribe*, 29(3), 686-706. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=213/21328599007>
- Beutler, L. E., Machado, P. P. P. & Neufeldt, S. A. (1994). Therapist variables. (In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 229—269). New York: Wiley.
- Beutler, L.E., Moleiro, C. y Talebi, H. (2002). How practitioners can systematically use empirical evidence in treatment selection. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1199- 1213. https://www.researchgate.net/publication/11100941_How_practitioners_can_systematically_use_empirical_evidence_in_treatment_selection
- Beutler, L.E. (2009). Making science matter in clinical practice: Redefining psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16, 301-317. DOI: 10.1111/j.1468-2850.2009.01168.x
- Beutler, L. E., & Malik, M. L. (Eds.). (2002). *Rethinking the DSM: A psychological perspective*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10456-000>
- Beutler, L.E. & Malik, M.L. (2002). *Diagnosis and Treatment Guidelines: The Example of Depression*. In L.E. Beutler & M.L. Malik (Eds), *Rethinking the DSM* (251-278). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10456-000>
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist Variables. In M. J. Lambert (Eds.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (5th ed., pp. 227-306). New York: Wiley.

- Benyakar, M. (2016). Lo disruptivo y lo traumático: Abordajes posibles frente a situaciones de crisis individuales y colectivas. Argentina. Universidad Nacional de San Luis
- Billow, R. M. (2007). On refusal. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57, 419-449. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2007.57.4.419>
- Blanchet, A. (1989). *Técnicas de investigación en ciencias sociales*. Narcea Ediciones.
- Borges, G y Medina Mora, M. (2009). Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud Mental*. 32 (5). http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000500008
- Borges, G. Orozco, R. Benget, C. y Medina Mora, M. (2010) Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*. 52 (4). http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000400005
- Calvo, R., Alba, V., Serván, I., Pelaz, S. (2001). Procesos de cambio y factores de resistencia en trastornos de la alimentación según el modelo transteórico de Prochaska y Diclemente. *Clínica y Salud*, 12(2), 237-251. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1806/180618308005>
- Campo, M. (2004). Epistemología y Psicoterapia. *Opción*, 20(44),120-137. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=310/31004407>
- Carmona, J. (2012). El suicidio: un enfoque psicosocial. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 3(2), 316-339. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4978/497856285010>
- Caro, I., Allepuz, F., Rojo, I., Yera, A. (2011). El Estudio del Proceso del Cambio según el Modelo de Asimilación: Una Introducción Teórica y Metodológica. *Clínica y Salud*, 22(3),223-235. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1806/180621195003>

- Cassini, A. (2011). Teorías y modelos según Klimovsky. *Análisis filosófico*, 31(1), 69-87.
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-96362011000100006&lng=es&tlng=es.
- Castilla, A., Loreto, M. (2001). El consentimiento informado en psicoterapia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21(80), 23-35.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2650/265019675003>
- Castro, L. (1977). *Diseño experimental sin estadística. Usos y restricciones en su aplicación a las ciencias de la conducta*. México. Trillas
- Contreras, C., Orozco, R (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*. 29(5), 66-74. <https://www.redalyc.org/pdf/582/58229510.pdf>
- Corbella, S. y Botella, B. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. En *Anales de la psicología*. 19(2). http://www.um.es/analesps/v19/v19_2/04-19_2.pdf
- Corsini R., y Wedding D. (1989.) *Current Psychotherapies*. Illinois. Peacock Publishers
- Coseriu, E. (1990). *Introducción a la lingüística*. México. UNAM
- Chávez, A., Macías, L., & Luna, M. (2011). Notas suicidas mexicanas. Un análisis cualitativo. *Pensamiento Psicológico*, 9(17),33-42.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=801/80122596003>
- Chávez, A., & Leenaars, A. (2010). Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. *Salud mental*, 33(4), 355-360.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000400008&lng=es&tlng=es.

- Chazenbalk, L., Mammi, K., Nachman, C., Parera, M., Reizes, M., & Arcuschin, O. (2003). La incidencia del self del terapeuta en el proceso terapéutico. *Psicodebate*, 3, 107-116. <https://doi.org/10.18682/pd.v3i0.505>
- Chemama, R. (2002). *Diccionario del psicoanálisis* (2ª ed.). Argentina. Paidós
- Chiozza, L. (2000). *Presencia, transferencia e historia*. Buenos Aires. Alianza editorial
- Chocarro, L. (2010). Representación social de la muerte entre los profesionales sanitarios: una aproximación psicosociológica desde el análisis del discurso. Tesis no publicada. Universidad Complutense de Madrid
- De la Fuente, J., & Cruz del Castillo, C. (2017). Personalidad, Experiencia y formación del psicoterapeuta como predictor de la alianza terapéutica. *Psicología Iberoamericana*, 25(2),17-25. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1339/133957572003>
- De Lavra, S. (2008). Características del discurso de pacientes con somnolencia: una aplicación del Algoritmo David Liberman. En *Subjetividad y procesos cognitivos*. 1(11). http://dspace.uces.edu.ar:8180/dspace/bitstream/123456789/120/1/Caracter%C3%ADsticas_del_discurso_de_pacientes.pdf
- De Santiago S., V., (2020). El trabajo con pacientes suicidas desde la perspectiva del psicoterapeuta. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, XXVI (51),185-200. [fecha de Consulta 18 de Noviembre de 2020]. ISSN: 1405-2210. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=316/31662848008>
- Díaz, A., Gonzalez, F., & Ariaz, A. (2017). Pensar el método en los procesos de investigación en subjetividad. *CES Psicología*, 10(1),129-145. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4235/423550874009>

- Distel, L., Piñeda, M., & García, H. (2018). Modelos de formación de psicólogos y Psicoterapia basada en la evidencia. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 15(1), 123-134.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4835/483555971011>
- Echeburua E. Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica*, Santiago, v. 33, n. 2, p. 117-126, jul. 2015.
- Echeburúa, Enrique. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*, 33(2), 117-126. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>
- Echeverría, R. (2003). *Ontología del lenguaje* (6ª Ed.). Chile. J.C. Sáez editores
- Eidelsztein, A. (1992). *El Grafo del Deseo*. Buenos Aires. Manantial
- Elliott, R., Slatick, E., & Urman, M. (2001). Qualitative Change Process Research on Psychotherapy: Alternative Strategies. *Psychologische Beitrage*, 43(3), 69–111.
<https://psycnet.apa.org/record/2003-99376-005>
- Ellis, T. Estudio de la cognición y suicidio: comienzos e hitos del desarrollo, en Ellis, T. (ed.), (2008). *Cognición y suicidio. Teoría, investigación y terapia*. México. Manual Moderno
- Etchegoyen, H. (1986). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Eysenck, H. (1953) *Uses and abuses of psychology*. Penguin Books.
- Farkas, C., Hernández, B., & Santelices, M. (2009). Análisis de momentos de cambio en el proceso terapéutico adelantado bajo la modalidad de un taller grupal psicoeducativo con

embarazadas primigestantes. *Universitas Psychologica*, 9(2), 409-422.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672009000200009&lng=pt&tlng=es.

- Feixas, G. y Miró, M. (1993) Aproximaciones a la psicoterapia. Paidós.
- Fernández, O., Herrera, P., Krause, M., Pérez, J., Valdés, N., Vilches, O. & Tomicic, A. (2012). Episodios de Cambio y Estancamiento en Psicoterapia: Características de la comunicación verbal entre pacientes y terapeutas. *Terapia psicológica*, 30(2), 5-22. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000200001>
- Ferro García, Rafael, & Valero Aguayo, Luis (2015). Avances en la Psicoterapia Analítica Funcional. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(1),15-30. <https://www.redalyc.org/pdf/799/79933768002.pdf>
- Flores, P. (2017). El lugar de la Psicología en las investigaciones empíricas del suicidio en Argentina: un estudio bibliométrico. *Interdisciplinaria*, 34(1), 25-37. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272017000100002
- Fourez, G. (2008). Cómo se elabora el conocimiento. La epistemología desde un enfoque socioconstructivista. Narcea.
- Fortes de Leff, J., Auron, F., Gómez, F., & Pérez, J. (2009). *El Terapeuta y sus Errores*. Trillas
- Freud, S. (1995) Estudios sobre la histeria en Obras Completas Vol. 2. Amorrortu.
- Froján, M. (2011). ¿Por qué Funcionan los Tratamientos Psicológicos? *Clínica y Salud*, 22(3),201-204. <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180621195001.pdf>

- Froján, M., Montaña, M., Calero, Ana., & Ruiz, E. (2011). Aproximación al Estudio Funcional de la Interacción Verbal entre Terapeuta y Cliente Durante el Proceso Terapéutico 1er. Premio de la XVII edición del Premio de Psicología Aplicada "Rafael Burgaleta" 2010. *Clínica y Salud*, 22(1), 69-85. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742011000100005
- Fukumitsu, K. (2014). O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. *Psicologia USP*, 25(3), 270-275. <https://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140001>
- Galimberti, U. (2006). Diccionario de psicología. Siglo XXI.
- García, C., & Pérez, C. (2012). Duelo ante muerte por suicidio. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12(2), 265-274. Universidad de Ciencias. Médicas de La Habana.
- Garzón, D. (2008). Autorreferencia y estilo terapéutico: su intersección en la formación de terapeutas sistémicos. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 4(1), 159-171. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982008000100014
- Gimeno, A., Barrio, A., & Álvarez, M. (2018). Psicoterapia: marca registrada. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 131-144. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0211-57352018000100131
- Goldberg, J. (2009). Construcción de la muestra en un estudio psicoanalítico de caso único. En *Subjetividad y procesos cognitivos*. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, vol. 13 (1), 55-70. <https://www.redalyc.org/pdf/3396/339630252004.pdf>
- Gómez, R. (2017). Proceso de duelo: meta análisis del enfrentamiento a la muerte suicida desde una perspectiva familiar. *Cuadernos Hispanoamericanos De Psicología*, 17(1), 49-64. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6203594>

- González, J. (2001). Psicoterapia de la crisis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21(79),35-53.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352001000300004
- González, C., & Carral, L. (2017). ¡ENJAULAD A DODO, POR FAVOR! EL CUENTO DE QUE TODAS LAS PSICOTERAPIAS SON IGUAL DE EFICACES. *Papeles del Psicólogo*, 38(2), 94-106. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2828.pdf>
- Guibert, W. (2002). Enfrentamiento especializado al paciente suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(2), 143-148.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000200008&lng=es&tlng=es
- Gutiérrez, A., Contreras, C., & Orozco, R. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 29(5),66-74.
http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1130
- Hartmann, A., Orlinsky, D., & Zeeck, A. (2011). The structure of intersession experience in psychotherapy and its relation to the therapeutic alliance. *Journal of clinical psychology*, 67(10), 1044–1063. <https://doi.org/10.1002/jclp.20826>
- Hebe, E. (2000). Tartamudeo. Notas de un síntoma a investigar. *Revista Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*. 12(1).
<https://www.yumpu.com/es/document/view/14255743/tartatammudeo-notas-acerca-de-un-sintoma-a-investigar>
- Hernández, Hé., & Flores, R. (2011). El suicidio en México. *Papeles de Población*, 17(68),69-101. <https://www.redalyc.org/pdf/112/11219270004.pdf>

- Howard, K., Kopta, S., Krause, M., & Orlinsky, D. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159–164. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.159>
- Howard, K. I., Orlinsky, D. E., & Lueger, R. J. (1994). Clinically relevant outcome research in individual psychotherapy: New models guide the researcher and clinician. *The British Journal of Psychiatry*, 165(1), 4–8. <https://doi.org/10.1192/bjp.165.1.4>
- Ibarra, A., & Galicia, I. (2016). El cambio de versiones en psicoterapia: las respuestas de los pacientes ante las estrategias discursivas del terapeuta. *Psicología Iberoamericana*, 24(2), 74-86. <https://www.redalyc.org/journal/1339/133949832009/html/>
- Ibarra, A., Morfín, T. (2015) *Fenómeno suicida: Un acercamiento transdisciplinar*. Manual Moderno
- Ibarra, A., Morfín, T. (2017) *Investigación transdisciplinar del fenómeno suicida*. Manual Moderno
- Irigorri, M., Rosas, L., Hernández, G., & Orozco, L. (2009). Efectos Neurobiológicos de la psicoterapia. *Revista Med*, 17(1), 75-80: <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v17n1/v17n1a11.pdf>
- Gaete, J., Arístegui, R., & Krause, M. (2017). Cuatro prácticas conversacionales para proporcionar un cambio de foco terapéutico. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(2), 220-231. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281952112009>
- Juan, S. (2017). Criterios para evaluar el proceso de supervisión en terapia psicoanalítica: aportes del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado 2 (Opd-2). *Subjetividad y*

procesos cognitivos, 21(2), 59-81.

<https://www.redalyc.org/journal/3396/339655686003/339655686003.pdf>

- Kaufmann, L. (2008). Las raíces intersubjetivas del autismo. Acerca de la resonancia empática entre un niño pequeño con signos clínicos de autismo y sus padres. En *Subjetividad y procesos cognitivos*. 1(12).
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339630251006>
- Kazez, R. (2016). Estudio del cambio psíquico en un caso de neurosis traumática temprana, en la adultez. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 20(1), 110-127.
<https://www.redalyc.org/journal/3396/339646009006/html/>
- Kopittke, C. (2008). Vínculos tóxicos y traumáticos, y la paradoja de la subjetividad. En *Subjetividad y procesos cognitivos*. 1(12).
<http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/455>
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa-un campo de posibilidades y desafíos. En *Revista Temas de Educación*. No. 7. 19-39.
https://www.researchgate.net/publication/215561167_La_investigacion_cualitativa_Un_campo_de_posibilidades_y_desafios
- Krause, M., Altimir, C. y Horvath, A. (2011). Deconstructing the Therapeutic Alliance: Reflections on the Underlying Dimensions of the Concept. *Clínica y Salud*, 22(3). 267-283. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
https://www.researchgate.net/publication/272675689_Deconstructing_the_Therapeutic_Alliance_Reflections_on_the_Underlying_Dimensions_of_the_Concept

- Krause, M., Echávarri, O., Ramírez, I., Valdés, N. y VilchesÁlvarez, O. (2007). Aprender a observar para hacer visible: Cambio y estancamiento en la terapia. En: 8° Congreso Chileno de Psicoterapia: Convergencias y singularidades en psicoterapia (Viña del Mar, Chile). Trabajo no publicado
- Krebs, P., Norcross, J. C., Nicholson, J. M., & Prochaska, J. O. (2018). Stages of change and psychotherapy outcomes: A review and meta-analysis. *Journal of clinical psychology*, 74(11), 1964–1979. <https://doi.org/10.1002/jclp.22683>
- Lanza Castelli, G. y Bilbao Bilbao, I. (2017). Un método para evaluar la mentalización y su aporte para la práctica de la psicoterapia. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 21(2), 82-108. <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/4285>
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (2003) *Diccionario de psicoanálisis*. Paidós.
- Liberman. D. (1971). *La comunicación en la terapéutica psicoanalítica*. Editorial Universitaria.
- Liberman. D. (1972). *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*. Nueva Visión.
- Lopera, J (2019). La pulsión en Freud ¿un concepto superado? *CES Psicología*, 12(3),133-149. <http://www.scielo.org.co/pdf/cesp/v12n3/2011-3080-cesp-12-03-133.pdf>
- López, A. & de Pascual, R. (2012). Análisis Funcional de la Conducta Verbal del Terapeuta en el Tratamiento de un Caso de Ansiedad. *Clínica y Salud*, 23(2),181-195. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742012000200005

- López, H. Y Herrero, S. (2008). Evaluación de los temas centrales de conflicto relacional. *Revista de Psicoanálisis, psicoterapia y salud mental*. 1(2).
<http://psi.usal.es/rppsm/pdfn2/Lopezhoyo.pdf>
- Losinno, H R. (2017). Método de estudio de la intersubjetividad en el relato un instrumento para detectar los patrones vinculares. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 21(2), 109-131.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339655686005>
- Maldavsky, D. (1980). *El complejo de Edipo positivo: constitución y transformaciones*. Amorrortu.
- Maldavsky, D. (1997). *Sobre las ciencias de la subjetividad*. Ediciones Nueva Visión.
- Maldavsky, D. (1999). *Lenguajes del erotismo*. Investigaciones teórico-clínicas en neurosis y psicosis. Ediciones Nueva Visión
- Maldavsky, D. (2000). *Lenguaje, pulsiones, defensas, redes de signos, secuencias narrativas y procesos retóricos en la clínica psicoanalítica*. Ediciones Nueva Visión.
- Maldavsky, D. (2001). *Investigaciones en procesos psicoanalíticos. Teoría y método: secuencias narrativas*. Ediciones Nueva Visión.
- Maldavsky, D. (2002). *Dr. David Maldavsky. Trayectoria*.
<http://www.davidmaldavsky.com.ar/trayectoria.htm>
- Maldavsky, D. (2004). *La investigación psicoanalítica del lenguaje*. Editorial Lugar.
- Maldavsky, D. (2007). *La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica. Investigación aplicada del Algoritmo David Liberman (ADL)*. Editorial Lugar.
- Maldavsky, D. (2008). Sobre las investigaciones de caso único y las combinaciones entre ellas, con especial referencia a la perspectiva de la intersubjetividad. Estudios sistemáticos

con el Algoritmo David Liberman. En Clínica e investigación relacional. Vol 2.
http://dspace.uces.edu.ar:8180/dspace/bitstream/123456789/1776/1/Maldavsky_2008_CE_IR-2-1.pdf

- Maldavsky, D. (2008a). Evaluaciones de la validez pre y posdictiva del algoritmo David Liberman, Acta Psiquiát. Psicol. Am. Lat., 2009, 55, 1, 13-24.
- Maldavsky, D. (2008b). Testeos de validez convergente, de validez de constructo y de validez externa del algoritmo David Liberman (ADL), Summa psicológica UST, 2009, 6, 1, 125-134. <https://doi.org/10.18774/448x.2009.6.56>
- Maldavsky, D. (2008c). Testeos de validez convergente del algoritmo David Liberman (ADL), Investigaciones en psicología, 2009, 14(1), 77-102.
<http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/1498>
- Maldavsky, D. (2008d). Un estudio de validez convergente de los resultados de la investigación con el ADL y de su reelaboración estadística, revista electrónica De psicoterapia, 23.IV.09. <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/1804>
- Maldavsky, D. (2009). Una prueba de validez convergente entre la investigación cualitativa y la investigación cuantitativa empleando el ADL, por publicarse en la revista electrónica de psicoterapia.
- Maldavsky, D. (2009). Testeos de validez convergente, de validez de constructo y de validez externa del algoritmo David Liberman (ADL). Summa Psicológica, 6 (1), 125-134.
https://www.researchgate.net/publication/28316500_Testeos_de_validez_convergente_de_validez_de_constructo_y_de_validez_externa_del_algoritmo_David_Liberman_ADL

- Maldavsky, D. (2013). *Algoritmo David Liberman (ADL) un instrumento para la evaluación de los deseos y las defensas en discurso*. Paidós.
- Maldavsky, D., Aparain, A., Berenstein, R., Bodni, O., Cusein, R., Romanisio, O., Stanley, C. (2007). El caso Z (Donnet y Green) revisado. Investigación sistemática de las erogeneidades y las defensas en el contexto intersubjetivo con el Algoritmo David Liberman. En *Clínica e investigación relacional*. Vol 1. http://psicoterapiarelacional.com/Portals/0/eJournalCeIR/V1N1/12_D_Maldavsky_Z%20revisitado.pdf
- Maldavsky, D., Roitman, C., Álvarez, L., Neves, N., britti, A., Tate de Stanley, C. (2010). Sobre la investigación de procesos subjetivos e intersubjetivos en psicoterapia de pareja. En *Clínica e investigación relacional*. Vol 4. <http://www.psicoterapiarelacional.es/LinkClick.aspx?fileticket=Tf%2F44%2BZHZ%2BA%3D&tabid=729>
- Maldavsky, D., Scilletta, D., Perez, S., Alvarez, L., y Sneiderman, S. (2011). Investigación de los aportes positivos y negativos de paciente y terapeuta a 229 la alianza terapéutica. Un estudio con el Algoritmo David Liberman (ADL). *Subjetividad y procesos cognitivos*. 15(1). http://dspace.uces.edu.ar:8180/dspace/bitstream/123456789/1044/1/Invest_aptos_Maldavsky.pdf
- Maldavsky, D. (2003). Análisis con el algoritmo David Liberman del discurso de un paciente con apego a Internet. Contrastes teóricos y clínicos del método. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 4, 115-154. <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/502>

- Maldavsky, D., Álvarez, L., Neves, N., & Stanley, C. (2017). Construcción de la alianza terapéutica durante la sesión: conceptos e instrumento para la investigación empírica. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 21(2),146-161. <https://www.redalyc.org/journal/3396/339655686007/html/>
- Maldavsky, D., Argibay, J., Scilletta, D., Rembado, J., De Simone, L., Otálora, J., & García, H. (2016). Estudio de las intervenciones de un mismo terapeuta con 20 pacientes en la primera sesión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 20(1),128-146. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3396/339646009007>
- Malik, M. L., & Beutler, L. E. (2002). The emergence of dissatisfaction with the DSM. In L. E. Beutler & M. L. Malik (Eds.), *Rethinking the DSM: A psychological perspective* (pp. 3–15). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10456-001>
- Martín, V. (2016). Conducta suicida. Protocolo de intervención. 2(1),233-250. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3498/349851777025>
- Martínez, C. (2007) *Introducción a la suicidología. Teoría, investigación e intervenciones*. Buenos Aires. Lugar Editorial
- Martínez, C., & Tapia, P., & Astudillo, C. (2005). Factores de cambio en un programa terapéutico de hospitalización diurna para trastornos graves de la personalidad: visión de los terapeutas. *Revista de Psicología*, XIV (2),93-110. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=264/26414207>
- Martínez, A. (2014). Prácticas psicológicas basadas en la evidencia: beneficios y retos para Latinoamérica. *Revista Costarricense de Psicología*, 33(2),63-78. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4767/476747238009>

- Matalobos, B., & Montesinos, F., & Yélamos, C., & Clavero, P. J. (2007). I Jornadas de Psicooncología Integradora: una nueva perspectiva. *Clínica y Salud*, 18(2), 247-250. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1806/180613878007>
- Molina, M., Ben-Dov, P., Diez, M., Farrán, A., Rapaport, E. y Tomicic, A. (2013) Vínculo terapéutico: Aproximación desde el diálogo y la co-construcción de significados. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 12(1). 15-26. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281930494003>
- Alba, E. (2014). Prácticas basadas en la evidencia: pasado, presente y futuro. *Revista Costarricense de Psicología*, 33(2),93-108. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4767/476747238007>
- Neira, H. (2017). Suicidio soberano y suicidio patológico. *Ideas y Valores*, 66 (164),151-179. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=809/80957432007>
- Norcross, J. (2002). Empirically supported therapy relationships. En: J.C. Norcross (ed.) *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. 3-16. New York: Oxford University Press.
- Novelo Mascarúa, Gustavo Manuel (2008). La Psicoterapia Integrativa Multidimensional en el Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad. *Psicología Iberoamericana*, 16(1),44-51. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1339/133915922007>
- Olabarría, B. (2001). Reflexiones acerca de la psicoterapia, la formación y el movimiento de la integración. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21(80),61-69. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2650/265019675006>

- Olabarría, B., & Vázquez, P (2007). El cambio psicoterapéutico en la investigación clínica desde el modelo sistémico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(99),7-19. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2650/265019654002>
- Orlinsky, D., Heinonen, E., & Hartmann, A. (2015). Psychotherapy Process Research. In J. Wright, *International Encyclopedia of Social and Behavioral Sciences* (2ed). 515–520. Elsevier. DOI: 10.1016/B978-0-08-097086-8.21083-0
- Orlinsky, D. E., Geller, J. D., Tarragona, M., & Farber, B. (1993). Patients' representations of psychotherapy: A new focus for psychodynamic research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 596–610. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.596>
- Otruño, M. (1971). *Teoría y práctica de la lingüística moderna*. México. Editorial Trillas
- outcome. En S.L. Garfield y A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 229-269. New York: John Wiley and Sons.
- Pachuk, C., Friedler, R., Asiner, D., Krakov, H., Pazos, M. (1998). *Diccionario de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares*. Buenos Aires. Editorial Del Candil
- Palma Sevillano, Carol, & Farriols Hernando, Núria, & Cebrià Andreu, Jordi, & Segura Bernal, Jordi (2007). Las intervenciones motivacionales en el tratamiento psicoterapéutico de la fase inicial de la esquizofrenia. *Papeles del Psicólogo*, 28(2),127-135. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=778/77828210>
- Peñaguirre Cano, María Enriqueta, & Rodríguez Mendoza, Tania (2017). Un camino hacia el bienestar subjetivo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1),301-305. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3498/349853220030>

- Prada, S (2013) Corrientes cognitivas y sistémicas en psicoterapia. 92(2), 155-161.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72927462012>
- Prochaska J. (1979) Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis. Homewood-IL.
- Prochaska J, Velicer W (1997) The transtheoretical model of health behavior change. American Journal of Health Promotion. 12, 38-48.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10170434/>
- Prochaska, James & Norcross, John. (2001). Stages of change. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. 38, 443-448. DOI: 10.1037/0033-3204.38.4.443.
- Programa Chileno de Investigación en Psicoterapia y Cambio (2012) Manual De Observación, Registro Y Codificación De Episodios De Cambio Y Estancamiento.
<http://www.psicoterapiaycambio.cl>
- Ramos, J., Rodríguez, A., & Mena, A (2018). Fusión Cognitiva en Trastornos de Personalidad: una Contribución a la Investigación sobre Mecanismos de Cambio. Clínica y Salud, 29(2), 49-57.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1806/180655873001>
- Rampulla, M., & Ávila, A. (2011). Estudio multidimensional y conceptual del proceso de cambio terapéutico en María. Cambios observados en los prototipos de FRAMES. Subjetividad y Procesos Cognitivos, 15(1), 230-247.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3396/339630257009>
- Real Academia Española. (2005). *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid: Espasa Calpe.

- Rodríguez, A. (2004). La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia: alternativas a los tratamientos empíricamente validados. *Papeles del Psicólogo*, 25(87),45-53. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=778/77808706>
- Roudinesco, E. y Plon, M. (2005). *Diccionario de psicoanálisis* (Jorge Piatigorsky, trad.). Buenos Aires. Paidós
- Roussos, Andrés & Etchebarne, Ignacio & Waizmann, Vanina. (2005). Un esquema clasificatorio para las intervenciones en psicoterapia. *Psicoterapia cognitiva y psicoanalítica*. Anuario de la Universidad de Buenos Aires.
- Roussos, A & Etchebarne, I. (2009). La Interpretación Psicoanalítica y su Relación en el Estilo Lingüístico del Paciente. Un Estudio de Caso único. *Anuario de investigaciones*. Facultad de psicología – UBA. Secretaría de investigaciones. 16, 95-102. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139945009>
- Ruiz, P (2015). ¿Qué sabemos sobre el contagio emocional? Definición, evolución, neurobiología y su relación con la psicoterapia. *Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology*, 9(3),15-24. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4396/439643537003>
- Safran, J., & Muran, J. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide*. New York: The Guilford Press.
- Safran, J., Muran, C., Wallnwe, L. y Christopher, S. (2002). *Repairing Alliance Ruptures*. En: J.C. Norcross (ed.) *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 235-254). New York: Oxford University Press.

- Salas, A. (2011). La medicalización del suicidio: un dilema bioético. *Revista de Bioética y Derecho*, (22),24-35. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=783/78339723004>
- Sales, C. (2009). Aspectos metodológicos de la investigación de la psicoterapia. Panorama histórico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29 (104),383-403. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2650/265019649007>
- Salzinger, K (2011). Therapeutic Change Viewed through Behavior Analytic Lenses. *Clínica y Salud*, 22(3), 237-244. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1806/180621195004>
- Sánchez, A., Vázquez, X., De Santiago, V., & Penilla, O. (2017). Consistencias en las secuencias narrativas de los sujetos con intento suicida. En E. Camacho, V. De Santiago, B. Echeveste, J. García, C. González, L. Hernández, C. Vega, *Investigación transdisciplinar del fenómeno suicida* (págs. 141- 160). Ciudad de México: Manual Moderno
- Sánchez, A. (2018). Toxicidad vincular en sujetos con intento de acabar con la propia vida. Análisis actancial de sus relatos. En Zohn, T., Gómez, N., Enríquez, R. *Investigación en psicoterapia acercamientos y líneas de reflexión* (págs. 241-270). Guadalajara. ITESO
- Sánchez, D. & Robles, M. (2015). Variables moduladoras de la vulnerabilidad suicida en adolescentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1),579-589. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3498/349851779057>
- Santander, P. (2011). Por qué y cómo hacer Análisis de Discurso. En *Cinta Moebio: Revista de Epistemología de Ciencias Sociales*. (41). 207-224. www.moebio.uchile.cl/41/santander.html

- Santibañez, P., Román, M., Vinet, V. (2009) Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26(2),267-287. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180/18011827006>
- Sanz, J., & García, M (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clínica y Salud*, 26(3),167-180. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1806/180642877006>
- Sarabia, S. (2014). Suicidio: un problema de salud pública. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77(4),199-200. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3720/372033988001>
- Schroder, T., Orlinsky, D., Rønnestad, M., Willutzki, U. (2015). Psychotherapeutic Process from The Psychotherapist's Perspective. 10.1007/978-3-7091-1382-0_18.
- Shneidman E. Suicide as a psychache. *J Nervous Mental Disease* 1993;181,147–149
- Shneidman E. A conspectus for conceptualizing the suicidal scenario. En: Maris R, Berman A, Maltzberger J, Yufit R (eds). *Assessment and prediction of suicide*. New York: Guilford Press; 1992.
- Stepke, Fernando Lolas (2012). La conducta implícita en la relación bipersonal. *Persona*, (15),205-212.<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1471/147125259011>
- Szasz, T. (2002) *Libertad fatal. Ética y política del suicidio*. Barcelona. Paidós
- Tomicic, A., Pérez, J. C., Martínez, C. y Rodríguez, E. (2017) Vocalization-Silence Dynamic Patterns: A system for measuring coordination in psychotherapeutic dyadic conversations. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 49(1). 48-60. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342017000100048

- Torales, J, & Barrios, I (2018). ¿Psicofármacos o psicoterapia? *Salud Uninorte*, 34(1),243-244. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=817/81759538026>
- Toro, R (2013). Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 7(1),93-102. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2972/297226904010>
- Travé, J, & Pousa, E (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en paciente con psicosis de inicio reciente: una revisión. *Papeles del Psicólogo*, 33(1),48-59. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=778/77823404006>
- Tuesca, R., & Navarro, E. (2003). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud Uninorte*, (17),19-28. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=817/81701703>
- Unzueta, X. (2018). Significados sobre el suicidio en un grupo de psicoterapeutas psicoanalíticos. *Pensamiento Psicológico*, 16(1), 69-81. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612018000100006&lng=en&tlng=es.
- Urra, E., Muñoz, A., & Peña, J. (2013). El análisis del discurso como perspectiva metodológica para investigadores de salud. *Enfermería universitaria*, 10(2), 50-57. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000200004&lng=es&tlng=es.
- Valdés, N. (2012). Analysis of Verbal Emotional Expression in Change Episodes and Throughout the Psychotherapeutic Process: Main Communicative Patterns Used to Work

on Emotional Contents. *Clínica y Salud*, 23(2),153-179
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1806/180623386004>

- Valdés, N., Krause, M. (2015) Verbal expressions used by anaclitic and introjective patients with depressive symptomatology: Analysis of change and stuck episodes within therapeutic sessions. *Clínica y Salud*. 26(2). 103-119. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742015000200006&script=sci_abstract&tlng=en
- 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*, 20(1) 15-28. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921807009.pdf>
- Valdés, N., Krause, M., Tomicic, A. y Espinosa, D. (2012). 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*. 21(3). 217-246. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281929021004>
- Valdés, N., Tomicic, A., Pérez, J.C. y Krause, M. (2010) 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*. vol. 29(2), 117-130. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921801002.pdf>
- Valdés, Nelson, & Krause, Mariane (2015). Verbal expressions used by anaclitic and introjective patients with depressive symptomatology: Analysis of change and stuck episodes within therapeutic sessions. *Clínica y Salud*, 26(2), 103-119. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1806/180641127006>

- Valdez, N., Krause, M., Vilches, O., Dagnino, P., Echavarri, O., Ben-Dov, P., Arístegui, R., y de la Parra, G. (2005). Proceso de cambio psicoterapéutico: análisis de episodios relevantes en una terapia grupal con pacientes adictos. *Psyke*, 14(2) http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282005000200001&script=sci_arttext
- Valero, L., Ferro, R., Kohlenberg, R., & Tsai, M (2011). Therapeutic Change Processes in Functional Analytic Psychotherapy. *Clínica y Salud*, 22(3),209-221. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1806/180621195002>
- Vallejo, S., & Álvaro, R (2017). Factores influyentes en la eficacia de los procesos psicoterapéuticos en las prácticas clínicas institucionales. *Psicología Iberoamericana*, 25(1),58-67. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1339/133957571007>
- Vargas, G., Gallegos, C., Salgado, C., Salazar, M, Huamán, K., Bonilla, C., Reyes., N., & Caballero, P. (2019). Guía de práctica clínica basada en evidencias para el tratamiento de depresión en adultos en un hospital especializado en salud mental. Lima, Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 80(1), 123-130. <https://dx.doi.org/10.15381/anales.v80i1.15882>
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Model, methods, and findings*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Winkler, M., & Abarca, G. (2015). “Nunca te prometí un jardín de rosas” Frieda Fromm-Reichmann y el valor de la relación terapéutica. *Revista de Psicología*, 24(1),1-6. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=264/26441024012>
- Winograd, B. (2004). Criterios de curación y objetivos terapéuticos en la obra de Liberman. En *Psicoanálisis: ayer y hoy*. <https://www.elpsicoanálisis.org.ar/old/numero1/winograd1.htm>

- Zambrano, S., Camargo, L., Jerez, J., Gómez, L., & Perea, L. (2018). Análisis bibliométrico de intervenciones basadas en terapia de tercera generación para niños y adolescentes en Iberoamérica y Europa. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 14(1),83-96. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=679/67957684007>
- Fernández, O., Herrera, P., Krause, J., Valdés, O. & Tomicic, A. (2012). Episodios de Cambio y Estancamiento en Psicoterapia: Características de la comunicación verbal entre pacientes y terapeutas. *Terapia psicológica*, 30(2), 5-22. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000200001>

Anexo 6

Resumen acuerdo/desacuerdos observaciones:		
TERAPIA N°	SESION N°	FECHA:
Observadores independientes:		

SESIÓN 1:

Tiempo (minutos)	CI Obs. 1	CI Obs. 2	CE Obs. 1	CE Obs. 2	E Obs. 1	E Obs. 2	Aceptado en Conciliación
0-5							..
5-10							..
10-15							
15-20							
20-25							
25-30							
30-35							
35-40							
40-45							
45-50							
50-55							
55-60							

Anexo 7

DIMENSIÓN	CATEGORÍA	CÓD
FORMA BÁSICA	Asentir	1
	Aseverar	2
	Negar	3
	Preguntar	4
	Dirigir	5
INTENCIÓN	Explorar	1
	Sintonizar	2
	Resignificar	3
TÉCNICA	Argumentación	1
	Autorevelación	2
	Confrontación	3
	Consejo	4
	Imaginería	5
	Información	6
	Interpretación	7
	Metáfora	8
	Narración	9
	Nominación	10
	Paradoja	11
	Reflejo	12
	Refuerzo	13
	Resumen	14
	Role Playing	15
ÁMBITO	Acciones	1
	Ideas	2
	Afectos	3
REFERENCIA	Ref. al sí mismo	1
	Ref. al otro presente	2
	Ref. a un tercero	3
	Relación terapéutica	4
	Rel. con un tercero	5
	Ref. Neutral	6

Anexo 8

Listado de Indicadores cualitativos del cambio psicoterapéutico inespecífico o común a diferentes modalidades terapéuticas.

1. Aceptación de la existencia de un problema.
2. Aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda.
3. Aceptación del terapeuta como un profesional competente.
4. Expresión de esperanza ("remoralización" o expectativa de ser ayudado o superar los problemas)
5. Descongelamiento (o cuestionamiento) de formas de entendimiento, comportamiento y emociones habituales (fisura")
 - Puede implicar reconocimiento de problemas antes no vistos, autocrítica y/o redefinición de expectativas y metas terapéuticas.
6. Expresión de la necesidad de cambio.
7. Reconocimiento de la propia participación en los "problemas"
8. Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo.
9. Manifestación de un comportamiento o de una emoción nueva.
10. Aparición de sentimientos de competencia
11. Establecimiento de nuevas asociaciones entre:
 - aspectos propios (creencias, conductas, emociones, etc.)
 - aspectos propios y del entorno (personas o sucesos)
 - aspectos propios y elementos biográficos
12. Reconceptualización de los propios problemas y/o síntomas.
13. Transformación de valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros.
14. Formación de constructos subjetivos de sí mismos a través de la interconexión de aspectos personales y del entorno, incluyendo problemas y síntomas.
15. Enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía.
16. Autonomía en cuanto al manejo propio del contexto de significado psicológico.
17. Reconocimiento de la ayuda recibida.
18. Disminución de la asimetría.
19. Construcción de una Teoría Subjetiva, biográficamente fundada, sobre sí mismo y la relación con el entorno (indicador "global").

Criterios Sustantivos

- a. **Reiteración del patrón disfuncional (o factores mantenedores del mismo):** Se reitera el patrón disfuncional del paciente en sesión. Se observa en una repetición de cogniciones, emociones, comportamientos y significados característicos del paciente y de sus dificultades, dando cuenta de ausencia de innovación, en su planteamiento y visión del problema.
Por ejemplo, la paciente sostiene reiteradamente que su madre fue muy cariñosa con ella durante la infancia, aunque conjuntamente relata situaciones donde se observa descuido y abandono materno hacia ella; pese a eso, la paciente vuelve a insistir en su actitud agradecida e idealizada hacia su madre, pareciendo no escuchar lo que ella misma dice.
Otro ejemplo, es un paciente que presenta un patrón disfuncional de desconexión afectiva consigo mismo. Durante la sesión, cuenta la experiencia de separación reciente con su pareja de años, indica que es un tema que lo aqueja mucho y que ha motivado su consulta; sin embargo, en todo momento se muestra impávido, aplanado emocionalmente, sin signos de emoción. Habla largo rato del tema doloroso, manteniendo su patrón disfuncional de desconexión, sin poder generar nuevas miradas frente a lo que está relatando.
- b. **Persistencia en el discurso de significados y argumentos que sostienen el patrón problema:** Esto tiene que ver con la insistencia del consultante durante todo el episodio, en un discurso, interpretación o argumento que mantiene el problema y/o su mirada sobre éste. Se evidencia un discurso cerrado, rígido e impermeable a la innovación. Por ejemplo, el mismo paciente anterior, en un momento de la sesión se dedica insistentemente a argumentar acerca de los beneficios de "no sentir pena, ni rabia" en relación al término de su matrimonio; este discurso se reitera o se argumenta prolongadamente sin abrirse a nuevas interpretaciones.
 - i. Este patrón de funcionamiento, y modo argumentativo, se mantiene y persiste en el tiempo, entorpeciendo la innovación.
- c. **Actualidad:** El Episodio de Estancamiento debe ocurrir durante la sesión observada.

Criterios Metodológicos

- a. El Episodio de Estancamiento tiene una distancia de al menos 10 minutos de algún Episodio de Cambio posterior. No se codifica estancamiento si luego hay cambio en el mismo tema a menos de 10 minutos.
- b. Cada episodio deberá tener una duración mínima continuada de 3 minutos.
- c. Solamente se debe codificar una temática (o indicador) por Episodio de Estancamiento (el más representativo).
- d. Al delimitar el inicio y el fin del episodio, se debe seleccionar el fragmento donde se aprecie de manera más clara el estancamiento, dejando fuera segmentos donde hayan dudas o falte mayor consenso.

Anexo 9

Criterios Sustantivos:

- a. **Correspondencia teórica:** El cambio observado se corresponde con alguno/s de los Indicadores Genéricos de Cambio.
- b. **Actualidad/Distinción de cambio Intra y Extra Sesión:** Cuando el cambio observado ocurre en y durante la sesión se denomina cambio intra-sesión; cuando el paciente refiere en la sesión un cambio ocurrido fuera de ésta vinculado al trabajo de sesiones previas, se denomina cambio extra-sesión.
- c. **Novedad:** el cambio observado sucede o es referido por primera vez respecto de la temática en particular. Esto es, puede observarse más de una vez el indicador 5 "descongelamiento", sin embargo, solo puede indicarse como cambio cuando por primera vez se trata de un descongelamiento de un tema específico, por ejemplo, la forma como el paciente habitualmente comprende sus síntomas. Si este "descongelamiento" particular vuelve a ser observado en otra sesión no se vuelve a codificar puesto que no cumpliría con el criterio de novedad.
- d. **Consistencia:** el cambio observado debe cumplir con el criterio de coherencia entre la expresión verbal y no verbal del paciente. Asimismo, no debe ser contradicho posteriormente en la misma sesión o durante la evolución de la terapia.

Criterios Metodológicos

- a. En caso de que el cambio observado se corresponda con más de un indicador, se debe codificar el indicador de cambio de mayor jerarquía, considerando que éste incluye los de nivel más bajo.
- b. Al delimitar el inicio y el fin del episodio, se debe seleccionar el fragmento donde se aprecie de manera más clara el cambio, por lo tanto deben dejarse fuera segmentos (anteriores o posteriores) donde hayan dudas o falte mayor consenso.

Anexo 10

Listado de las "temáticas" que indican Estancamiento

- A. Negación de la existencia de un problema o su minimización.
- B. Negación de la necesidad de ayuda y no aceptación de los propios límites.
- C. Expresión de desesperanza (desmoralización).
- D. No hacerse responsable de los propios actos.
- E. Aparición de sentimientos de incompetencia.
- F. Aumento de temor o ambivalencia frente al cambio.
- G. Atribución a otros de los propios problemas.
- H. Resistencia a pensar acerca de nuevas posibilidades de sí mismo (conducta, pensamiento o emoción).
- I. Cuestionamiento del terapeuta como profesional competente.
- J. Resistencia al establecimiento de relaciones entre síntomas, emociones y comportamientos.
- K. Resistencia a la reconceptualización de las definiciones iniciales del problema o síntoma.

Anexo 11

LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
banalidad es e inconsiste ncia	deducción abstracta	lamento: "yo hubiera podido ser.. pero" "si yo	injurias, blasfemias e imprecacio nes	sentencias, máximas y proverbios	refranes y dichos populares	elogio: qué lindo

		hubiera tenido.. hubiera sido.. pero”				
adulación	pensamiento metafísico y místico	queja y reproche	calumnia, detracción y difamación	rezos e invocaciones religiosas ritualizadas	presagios y premoniciones	promesa
referencia a estados de cosas (peso, volumen, cantidad, grosor, deterioro)	negación que crea un contradictorio lógico ante la afirmación ajena	ruego e imploración	denuncias y acusaciones	citas de textos	dar o solicitar consejo	invitación

referencia s a estados y procesos corporale s	paradojas lógicas	pedido de perdón y de disculpa	delaciones	informacio nes de hechos concretos	advertencia : “cuidado que..”	dedicatoria
Hiperreali smo	metaleng uaje (hablar acerca del lenguaje) o equivalen tes (hablar sobre filmes, libros, etc.)	referencia a estados afectivos	confesiones reñidas con la ley o la moral	descripción de situaciones concretas	preguntas y afirmacion es sobre localizació n espacial o temporal	convocatoria al interlocutor
cuentas	oraciones en clave	referencia a estados de	provocacio nes	alusiones a un saber	interrupcio nes del discurso	manifestació n de un deseo “quiero

		cosas (climática s, envejecim ien-to de los objetos)		consensual concreto	ajeno y autointerru pcio-nes	hablar de esto”
catarsis	autointerr up-ciones por languidec i-miento sonoro	referencia a estar realizand o una acción	tergiversaci ón	imperativos condicional es: si... entonces no.. porque	frases en suspense	juramento privado: te juro, te prometo.
autointerr up-ciones por languidec i-miento sonoro		autointerr up-ción (comerse las sílabas o las palabras) o interrupci	órdenes abusivas, contrapuest as a una ley general	juramentos públicos e imposición de obligacione s	evasivas	dramatizació n

		ón del otro por impacienc ia				
		compadec i-miento y pésame	amenaza	contrato	chismorreos	énfasis y exageracione s
		comprens ión empática	interrupció n intrusiva	órdenes e indicacione s concretas acordes con la ley general	saludos y otras formas de establecimi ento del contacto	devaneo y fantaseo embellecedo r o afeante
			maldición: “ojalá te mueras”, etc.	juicios valorativos y críticos ligados a la moral, limpieza,	acompañ amiento del discurso ajeno (m- hm, ajá, ah)	ejemplificaci ón

				cultura y orden		
			ostentación de poder	justificaciones de afirmaciones, palabras y actos	muletillas (estee, eeh) como indicio de que “el canal está ocupado” por el emisor.	comparación entre cualidades: belleza, simpatía, etc
			rendición o admisión de la derrota	aclaraciones o sea.. es decir..	ambigüedad y evitación	comparación metafórica
			burla triunfalista	clasificación	atenuadores y	pregunta: cómo

					minimizaci ones: un poco asustado	
			jactancia	argumentos distributivo s: cada ni... ni...	Acercamie nto excesivo	relación causal en que el factor determinante es una intensi- ficación de una cualidad: “tan... que” “tal... que” “tanto... que”
				confirmaci ón (o rectificació n) de	Acercamie nto cauteloso	redundancia sintáctica

				la opinión ajena o pedido de confirmaci ón (o rectificació n) de la propia (consulta)		
				rectificació n sintáctica		
				puntualizac io-nes o señalamien tos		
				abreviatura s		
				ordenamien to: por un lado,		

				<p>por otro lado, por una parte, por otra parte, en primer lugar, en segundo lugar, en tercer lugar</p>		
				<p>control del recuerdo, el pensamient o o la atención propio o ajeno: se acuerda, me</p>		

				entiende, esto lo recuerdo		
				deducción, conjeturas o inferencia concreta		
				generalizac io-nes concretas		
				síntesis		
				introducci n/ cierre de un tema		
				dudas		
				presentaci n de		

				<p>alternativas</p> <p>:</p> <p>o.. o..</p> <p>sea.. sea..</p> <p>bien sea..</p> <p>bien sea..</p>		
				<p>comparación</p> <p>entre</p> <p>rasgos</p> <p>objetivos o</p> <p>jerárquicos</p>		
				<p>descripción</p> <p>de la</p> <p>posición en</p> <p>el marco de</p> <p>un orden o</p> <p>jerarquía</p> <p>social</p>		
				<p>enlace</p> <p>causal: “x</p>		

				<p>porque y”, “si... entonces...” , etc. (o su cuestiona- miento: qué tiene que ver, no hay relación entre a y b)</p>		
				<p>pregunta por qué</p>		
				<p>objeciones, frases adversativa s y negaciones que contrarían afirmacion es,</p>		

				exageracio nes (no tanto, no		
--	--	--	--	------------------------------------	--	--

				poco), órdenes y cualificacio nes		
--	--	--	--	---	--	--

Anexo 12

Pasos para la detección de la defensa

	<p>1.- Detectar si la defensa se opone a percepciones realistas y a (a) afectos, juicios objetivos y críticos (desmentida, desestimación) o a (b) deseos (represión, creatividad, sublimación, acorde a fines)</p>	
--	--	--

<p>2.- Respecto de la defensa opuesta a la realidad y a los juicios, detectar si es o bien la creatividad, la sublimación, acorde a fines o bien la desmentida o la desestimación</p>		<p>2.- Respecto de la defensa opuesta al deseo, detectar las defensas complementarias</p>
<p>3.- Respecto de la desmentida o de la desestimación, detectar si es normal o patógena</p>		<p>3.- Respecto del conjunto defensivo, detectar si prevalece la represión, la creatividad, la sublimación o defensa acorde a fines</p>
<p>4.- Detectar si la defensa patógena es la desmentida o la desestimación</p>		<p>4.- Respecto de la represión y sus complementos, detectar si es normal o patógena</p>
<p>5.- Respecto de dicha defensa patógena (desmentida o desestimación) detectar si es exitosa o fracasada</p>		<p>5.- Respecto de dichas defensas (represión y complementos), detectar si son exitosas o han fracasado</p>

Anexo 13

Paciente	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	libido intrasomática	oral primario	oral secundario	anal primario	anal secundario	fálico uretral	fálico genital
Terapeuta	O2	FG	A2	A2	A1	O1	O1
	oral secundario	fálico genital	anal secundario	anal secundario	anal primario	oral primario	oral primario

Anexo 14

Grilla sobre la alianza terapéutica

Terapeuta	Paciente	
Intervención clínica	Actitud colaboradora	Actitud obstructiva
Pertinente	Ratificación inadvertida	Rectificación inadvertida
No pertinente	Rectificación inadvertida	Ratificación inadvertida

Anexo 15

CASO ROSA				
SESIÓN	TURNOS DE PALABRA TX	TURNOS DE PALABRA PX	TURNOS DE PALABRA TOTALES* (contando risas, silencios, etc)	TEMAS/TURNOS
2	120	118	239	<ul style="list-style-type: none"> ● Inicio de sesión (1-32) ● <u>Experiencia general previa en otros procesos de terapia (33-64)</u> ● <u>Ejemplos de experiencias en otros procesos de terapia (65-84)</u> ● Ideas e intentos suicidas e intentos de recuperación (85-123; 146-149;184-207) ● Formas de relación con otros -pareja- (86-145; 150-168;208-237) ● Muerte de la madre (169-183) ● Cierre de sesión (238-239)
4	140	141	287*	<ul style="list-style-type: none"> ● Intento de suicidio (1-14;75-87;123-130)

				<ul style="list-style-type: none"> • Formas de relación con otros -pareja- (15-18; 34-40; 52;172-175) • Relación consigo misma -afectos- (19-33) • <u>Reflexión conjunta tx/px sobre hechos y acciones (35-51, 53-73;132-171;176-188;229-275)</u> • Intento de recuperación -medicación- (88-106) • Interrupción de sesión (107-108) • Intento de contacto tx fuera de sesión (109-122) • Reflexión a partir de pregunta/deseo de px (189-212) • Recuerdo de infancia -suicidio(213-228) • Formas de relación con otros -padre- (276-278) • Cierre de sesión (281-287)
5	170	172	3450*	<ul style="list-style-type: none"> • Afecto/ fantasías/sueños px (3-26; 28-31; 66; 92-96; 120-162;272) • Relación de pareja -acciones fuera de sesión- (27)

				<ul style="list-style-type: none"> ● <u>Reflexión conjunta tx/px sobre hechos, acciones, pensamientos, relaciones (32-63; 67-80; 83-87; 97-119;163-229; 245-271;273-298; 331-348)</u> ● Relación -familia-; madre (64-65;299-330) ● Interrupción de la sesión (81-82;88-91) ● (pseudo) Intento suicidio (230-244) ● Cierre de sesión (349—350)
6+	127	124	254*	<ul style="list-style-type: none"> ● <u>Reflexión conjunta tx/px sobre hechos, acciones, pensamientos, relaciones (1-21;71-91; 98-114;127-148; 163-164;168-175;176-198; 212-216;221-243;249)</u> ● Sueños/fantasías (22-35;53-55; 244-248) ● Enlaces del sueño con hechos pasados - acoso- (36-52; 56-70;92-97;217-220) ● Relación -familia, papá- (115-126; 149-162;165-167;199-211) ● Cierre de sesión 249*-254)
7	221	220	446*	<ul style="list-style-type: none"> ● Insomnio y medicamentos (1-43) ● <u>Reflexión tx/px sobre sentimientos y acciones (44-100; 108-118; 151-158;167-</u>

				<p>174;186-196;216-294;354-356;363-423;424-441)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sueños(101-107;159-166) ● Afectos, sensaciones (119-148;295-319) ● Recuerdos (149-150;175-185;197-215;359-362) ● Relación con la madre (320-353) ● Intento suicida (357) ● Cierre de sesión (442-446)
8	155	153	312*	<ul style="list-style-type: none"> ● Inicio de sesión (1-7) ● Intento de suicidio (8-25;175-180;213-222;223-225;243-258) ● Relación pareja (26-34; 145-152;230-236;267-273;284-290) ● Sensaciones-afectos (35-44;153-157;197-201;208-211;226-229;237-242;291-292) ● Reflexión tx/px (45-53;67-100;135;136-144;181-196;299-307) ● Medicamento (54-66; 114-134;158-174;202-207;295-298)

				<ul style="list-style-type: none"> • Opciones de acción (101-113;259-266;274-283;293-294) • Cierre de sesión (308-312)
9	213	216	433*	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexión propia del px sobre hechos, acciones, pensamientos, relaciones (4-22) • <u>Reflexión conjunta, apoyo empático tx/px sobre hechos, acciones, pensamientos, relaciones (23-65; 66-100; 101-148;149-170; 171-201;239-257;333-349;350-367;409-430)</u> • Relación con la familia -semejanzas- (202-238; 258-275;276-305;306-332;368-369;374-408) • Interrupción de la sesión? (370-373) • Fin de la sesión (431-432)
10	146	146	293*	<p>Reflexión (1-29;40-55;96-119;140-145;158-170;177-183;201-212;243-264;273-289)</p> <p>Terapia de grupo (30-39;56-95)</p> <p>Pareja(120-139;213-214;227-233)</p> <p>Comparación con otros/imagen (146-157;158-176;215-226;265-272)</p>

				<p>Afectos (184-200)</p> <p>Fantasía (234-242)</p> <p>Cierre de sesión (290-293)</p>
11	171	172	345*	<p>Afectos (1-6;28-44;234-242;281-283)</p> <p>Sueños (7-27)</p> <p>Reflexión (45-55;63-81;89-92;141-142;181-225;266-275;287-311;312-319;331-342)</p> <p>Pareja (56-62;82-88;93-100;119-126;158-160;169-180;232-233)</p> <p>Madre familia (101-110;111-118; 127-140;143-157;161-168;226-231;243-265)</p> <p>Trabajo (276-280;284-286;320-330)</p> <p>Cierre (343-345)</p>

Anexo 16

N° X frase	Frase	Forma Básica	Intención Comunicacional	Técnica	Ámbito	Referencia	ADL-AH
53	TX: Ajá.	ASENTIR	-				FU Acompañamiento del

							discurs o ajeno.
54.1	PX: Me distraigo mucho,	ASEVE RAR	EXPLORAR (entregar)		IDEA S	REF. A SÍ MISMO	A2 Información de hechos concretos.
54.2	veo que ENRIQUE no es la única opción, y que hay mejores personas que él en todo el mundo.	ASEVE RAR	RESIGNIFICAR (construir)		IDEA S	REF. A SÍ MISMO	FG comparación entre cualidades.
55	TX: Él es un mentiroso.	ASEVE RAR	EXPLORAR (entregar)		IDEA S	REF. A UN TERCER O	A1 Delación.
56.1	PX: Sí,	ASENTIR	-				A2 Confirmación de la

							opinión ajena.
56.2	me enamoré de un mentiroso.	ASEVE RAR	EXPLORAR (entregar)		AFEC TOS	REF. A SÍ MISMO	O2 Refere ncia a estados afectiv os.
57	TX: Ajá.		-				FU Ac ompañ amient o del discurs o ajeno.
58.1	PX: Y lo peor es que el me estaba ayudando a, a convertirme a... a lo que era él,	ASEVE RAR	EXPLORAR (entregar)		ACCI ONES	REF. A SÍ MISMO	A2 Autocri tica.
58.2	una mentirosa también.	ASEVE RAR	EXPLORAR (clarificar)				A2 Autocri tica

59	TX: ¿Tú también decías mentiras?	PREGUNTAR	EXPLORAR(a veriguar)		ACCIONES	REF. AL OTRO PRESENTE	A2 Preguntas y otras formas de solicitar información
60.1	PX: Para salir con él,	ASEVERAR	EXPLORAR(entregar)		ACCIONES	REF. A UN TERCERO	A2 Justificación.
60.2	decía muchas mentiras para poder salir con él.	ASEVERAR	EXPLORAR(clarificar)		ACCIONES	REF. A SÍ MISMO	A2 Justificación.
61	TX: Mm...	-	-				FU Acompañamiento del discurso ajeno.

62.1	PX: Yo no era mentirosa	ASEVE RAR	EXPLORAR(e ntregar)		ACCI ONES	REF. A SÍ MISMO	A2 Crítica valorati va.
62.2	y empezaba a contarle a mi papá que iba a este lado, que iba a otro, con tal de poder salir con él	FB2	EXPLORAR (clarificar)		ACCI ONES	REF. A SÍ MISMO	A1 Confes ión de accione s contrar ias a la ley o los precept os morale s.
62.3	, y yo no era así.	FB2	EXPLORAR(c larificar)		ACCI ONES	REF. A SÍ MISMO	O2 Reproc hes y autorep roches.
63	TX: Ajá.	FB1	-				FU Acomp añamie nto del discurs

							o ajeno.
64.1	PX: Dejé de ir a misa porque no me sentía digna de, de ir a la iglesia,	FB2	EXPLORAR (entregar)		ACCIONES	REF. A SÍ MISMO	A2 Justificación.

64.2	dejé de comulgar porque estaba con una persona casada, dejé de creer en dios, porque no lo podía tener dentro de mí.	ASEVERAR	ENTREGAR (clarificar)		ACCIONES	REF. AL SÍ MISMO	O2 Lamentos
64.3	Lo perdí todo.	ASEVERAR	ENTREGAR (entregar)		ACCIONES	REF. AL SÍ MISMO	O2 Lamentos
65	TX: Todo.	ASEVERAR	RESIGNIFICAR (consolidar)				FU Acompañamiento del discurso ajeno.
66	PX: Todo por un hombre.	ASEVERAR	RESIGNIFICAR (consolidar)				A2 Enlace causal.
67.1	TX: Por un novio que no te quiere.	ASEVERAR	ENTREGAR (entregar)	Confrontación	AFECTOS	REF. A UN	O2 Referencia a

						TERCER O	estados afectivo s.
67.2	Sabes por qué te digo que no te quiere,	DIRIGIR	ENTREGAR (clarificar)	Confro ntación	AFEC TOS	REF. A UN TERCER O	O2 Referen cia a estados afectivo s.
67.3	porque a él, no le importa tu vida...	ASEVER AR	ENTREGAR (entregar)	Confro ntación	AFEC TOS	REF. A UN TERCER O	O2 Reproch es.
67.4	imagínate, que mejor muestra quieres, de que él no te quiere, de que no le importa qué pasé contigo.	DIRIGIR	ENTREGAR (entregar)	Confro ntación	AFEC TOS	REF. A UN TERCER O	A2 Control del recuerd o, el pensami ento y/o la atención propios y/o ajenos.
67.5	Tú no sabes, pero bueno, puede ser un poco, mm... ¿cómo te puedo decir?,	ASEVER AR	ENTREGAR (entregar)		IDEA S	REF. AL OTRO PRESENT E	FU Vocaliz ación de

							desorientación.
67.6	tú puedes ser la, la, la, puedes como hacer a un lado las cosas,	DIRIGIR	ENTREGAR (entregar)		ACCIONES	REF. AL OTRO PRESENTE	A2 Prestación de alternativas/Toma de decisiones.
67.7	pero él sabe que la relación, que tú, te relaciones con él,	ASEVERAR	ENTREGAR (entregar)		IDEAS	REF. A UN TERCERO	A2 Información de hechos concretos
67.8	pone, pone en peligro tu vida, pues sabe lo que ya ha pasado,	ASEVERAR	ENTREGAR (clarificar)		ACCIONES	REF. A UN TERCERO	FU Advertencia/Referencia a acciones rutinarias.

67.9	y en vez de decir: “la voy a dejar en paz, para que siga viviendo”,	ASEVERAR	ENTREGAR (clarificar)		ACCIONES	REF. A UN TERCERO	FG Dramatización
67.10	al contrario, él lo que quiere es satisfacer sus deseos momentáneos,	ASEVERAR	ENTREGAR (clarificar)		AFECTOS	REF. A UN TERCERO	FG Manifestación de deseo.
67.11	por eso te citó el lunes, y por eso, ya tiene listo el cuento que te va a leer, puras mentiras,	ASEVERAR	ENTREGAR (clarificar)		ACCIONES	REF. A UN TERCERO	A2 Contrato
67.12	él no va a dejar a su esposa.	ASEVERAR	RESIGNIFICAR (construir)		ACCIONES	REF. A UN TERCERO	A2 Anticipación a hechos concretos.
68.1	PX: No la va a dejar,	ASEVERAR	RESIGNIFICAR (consolidar)		ACCIONES	REF. A UN TERCERO	A1 Delación
68.2	yo sé que va seguir siendo el mismo.	ASEVERAR	RESIGNIFICAR (consolidar)		IDEAS	REF. A UN TERCERO	A1 Delación

						TERCER O	
69	TX: Ajá.	ASENTI R	-				FU Acompañamiento del discurso ajeno.
70.1	PX: Ahorita soy yo,	ASEVERAR	RESIGNIFICAR (consolidar)		IDEAS	REF. AL SÍ MISMO	A2 Inferencia.
70.2	después va a ser otra.	ASEVERAR	RESIGNIFICAR (consolidar)		IDEAS	REF. NEUTRAL	A2 Inferencia.

Anexo 17

N° X frase	Frase	Forma Básica	Intención Comunicacional	Técnica	Ámbito	Referencia	ADL-AH
23	TX: un hombre sospechoso que está haciendo cosas extrañas quería violar a la niña y que traía una navaja en la mano	Aseverar	Sintonizar (entender)	Resumen	Ideas	Tercero(s)	A2 síntesis

Nº X frase	Frase	Forma Básica	Intención Comunicacional	Técnica	Ámbito	Referenci a	ADL-AH
24	PX: un cuchillo	Aseverar	Sintonizar (dar a entender)	-	Accione s	Tercero(s)	A2 aclaración
25	TX: un cuchillo	Aseverar	Sintonizar (entender)	-	Accione s	Tercero(s)	FU Acompañamiento del discurso ajeno
26.1	PX: si un cuchillo de cocina normal	Aseverar	Explorar (entregar)	-	Accione s	Neutral	A2 aclaración
26.2	o sea, de esos,	Aseverar	Explorar (clarificar)	-	Accione s	Tercero(s)	A2 aclaración
26.3	pero, así como que e, me quede así como	Aseverar	Explorar (entregar)	Narración	Accione s	A sí mismo(a)	FG dramatización
26.4	(silencio de 5 segundos)	-	-	-	-	-	FU autointerrupción
26.5	me, como que reaccione y como que me hice	Aseverar	Explorar (entregar)	Narración	Accione s	A sí mismo(a)	FG dramatización
26.6	dije “no, me voy a hacer la dormida como que no”	Aseverar	Explorar (entregar)	Narración	Accione s	A sí mismo(a)	FG dramatización
26.7	y ya desperté	Aseverar	Explorar (entregar)	Narración	Accione s	A sí mismo(a)	A2 descripción de situaciones concretas
26.8	pero pos ya desperté a, no al sueño, desperté a,	Aseverar	Explorar (clarificar)	Narración	Accione s	A sí mismo(a)	A2 descripción de situaciones concretas

Nº X frase	Frase	Forma Básica	Intención Comunicacional	Técnica	Ámbito	Referenci a	ADL-AH
26.9	pos porque ya me iba a venir (risa) porque ya era hora,	Aseverar	Explorar (clarificar)	Narración	Acciones	A sí mismo(a)	A2 justificación
26.10	ey, y cuando me pasan sueño así,	Aseverar	Explorar (entregar)	-	Acciones	A sí mismo(a)	A2 información de hechos concretos
26.11	no había soñado nunca eso,	Aseverar	Explorar (entregar)	Argumentación: generalización	Ideas	A sí mismo(a)	A2 información de hechos concretos
26.12	pero si sueños así de otras cosas	Aseverar	Explorar (clarificar)	Argumentación: ejemplo	Ideas	A sí mismo(a)	A2 aclaración
26.13	a veces si me da coraje en el sueño me levanto enojada,	Aseverar	Explorar (entregar)	Argumentación: generalización	Acciones	A sí mismo(a)	O2 referencia a estados afectivos
26.14	o sea, así,	Aseverar	Explorar (clarificar)	-	Acciones	A sí mismo(a)	FU muletilla
27	TX: ahora ¿Qué sentimiento?	Preguntar	Explorar (averiguar)	-	Afectos	Otro presente	O2 referencia a estados afectivos
28.1	PX: mmh,	Asentir	-	-	Afectos	A sí mismo(a)	FU Acompañamiento del discurso ajeno

Anexo 18

Tabla IV. Medidas descriptivas de las distribuciones de frecuencia de los pacientes en los actos de habla.

	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
N	120	120	120	120	120	120	120

Media						21.2111	
Desv. tip.						7.39282	
Asimetría	2.516	4.816	1.2024	7.205	-1.422	.734	1.833
Mínimo	.00	.00	.00	.00	9.20	5.59	4.29
Máximo	15.49	7.85	14.29	11.95	76.40	45.31	52.20
Percentiles 5	.0000	.0000	.6874	.0000	40.3287	9.9729	5.6873
10	.0000	.0000	1.0515	.0000	46.6002	12.6513	8.0249
15	.2412	.0000	1.3764	.0000	48.6488	13.4093	9.1668
20	.2829	.0000	2,0695	.0000	50.1715	14.7327	11.0180
25	.3300	.0000	2.2526	.0000	51.4630	15.9895	12.2031
30	.4724	.0000	2.5294	.0000	52.5371	17.1927	12.8320
35	.5959	.0000	3.2449	.0000	54.4539	18.9055	13.3816
40	.6692	.0000	3.2449	.0000	54.8101	17.5459	13.3816
45	.7482	.1083	3.6473	.0000	55.4241	19.3941	14.5127
50	.9189	.1694	4.0040	.0000	56.05986	20.0284	15.3943
55	1.0554	.2156	4.2979	.0000	56.5823	20.4779	15.8470
60	1.1492	.2805	4.5669	.0000	57.7252	22.7879	16.8124
65	1.5975	.3406	5.0511	.0650	58.5176	23.6404	17.2528

70	2.2131	.4769	5.4964	.1987	59.3727	24.5857	17.8495
75	2.5698	.6265	6.1537	.2870	61.0936	25.8360	18.9535
80	3.4068	.7611	6.6337	.3721	62.1178	26.8079	20.2770
85	4.4370	.8608	7.4626	.6310	63.5167	28.0378	21.3984
90	5.3258	1.1246	8.5575	.9047	65.0375	30.3902	22.7680
95	6.7064	1.5135	11.3853	1.6056	69.1397	35.6695	24.4154

Anexo 19

Tabla V. Medidas descriptivas de las distribuciones de frecuencia de los terapeutas en los actos de habla.

	LI	O2	A2	FU	FG
N	109	109	109	109	109
Media			63.7092	22.0043	
Desv. tip.			10.92388	9.18653	
Asimetría	3.511	1.804	-.607	.801	1.715
Mínimo	.00	.00	20.00	4.86	1.32
Máximo	11.18	17.39	85.19	59.24	40.00
Percentiles 5	.0000	.0000	46.9048	7.9007	3.3908
10	.0000	.0000	50.9804	11.2613	3.8452
15	.0000	.0000	52.9630	12.5000	5.0014
20	.0000	.5650	54.6512	14.2045	5.7325
25	.0000	.7583	56.5341	15.5106	6.7590
30	.0000	.8772	57,5221	16.4384	7.3930
35	.0000	1.3037	58.9964	17.2538	7.9042
40	.0000	1.5625	60.6557	18.5520	8.4656
45	.0000	2.1112	62.7651	20.2772	9.1024
50	.0000	2.4390	64.1304	21.2121	10.1266
55	.0000	2.6334	65.5048	22.0932	10.4957
60	.0000	2.9412	66.9173	23.6842	10.8597
65	.1106	3.5054	68.7141	25.0731	11.4661

70	.4505	4.1237	71.0407	26.8293	11.7257
75	.6760	4.6233	72.0221	28.2909	12.2514
80	1.1111	5.3097	73.2218	29.0598	13.7725
85	1.4870	5.9017	75.8562	30.9019	16.3088

90	1.7751	6.2500	77.6699	32.7869	17.6471
95	5.000	8.8530	80.0000	38.3824	20.9572

Anexo 20

Tabla 7. 1. Valores de las diferencias entre percentiles

Diferencias entre percentiles	Valor
Entre 25 y 34	Poco relevante
Entre 35 y 53	Importante
Entre 54 y 57	Muy importante
Entre 73 y 92	Sumamente importante
Entre 93 y 98	Extraordinariamente importante