



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Las tesis de Belgrano

**Facultad de Humanidades
Doctorado en Psicología Clínica**

La inferencia clínica y la elaboración de hipótesis de
trabajo de los psicoterapeutas
Estudio empírico mediante el uso de técnicas de
análisis de procesos terapéuticos

Nº 4

Andrés J. Roussos

Directora de Tesis: Dra. Adela Leibovich de Duarte

Departamento de Investigación
Octubre 2001

Resumen

El propósito de la presente tesis fue explorar aspectos relacionados con la inferencia clínica y la elaboración de hipótesis por parte de psicoterapeutas de distintas orientaciones teóricas. Se buscó investigar, si los momentos o lugares en el texto de una sesión terapéutica, señalados como relevantes por técnicas de análisis de proceso terapéutico, guardaban relación con los propuestos por terapeutas de distintas orientaciones teóricas, como referentes de su trabajo clínico sobre dicho texto. Para esto se intentó conocer cuáles eran las *marcas del discurso* propuestas por los terapeutas en el relato del paciente y cómo éstas eran tenidas en cuenta para la formulación de hipótesis clínicas.

Como estrategia de análisis, se recurrió al uso de tres técnicas que estudian el proceso terapéutico, estas fueron: el Modelo de ciclos terapéuticos [TCM] (Mergenthaler y Bucci), el Tema central de conflictos relacionales [CCRT], (Luborsky) y el Ordenamiento Q [PQS], (Jones).

A un grupo de veintiocho terapeutas se les presentó la entrevista inicial de un tratamiento psicoterapéutico, solicitándoles que, en base a ese material, formularan las hipótesis clínicas que consideraran pertinentes. Los psicoterapeutas fueron elegidos teniendo en cuenta su modelo teórico clínico, incluyéndose en el grupo catorce con formación y práctica cognitiva, y catorce con formación y práctica psicoanalítica.

Los resultados mostraron que los terapeutas provenientes de distintos marcos teóricos coinciden en forma significativa en la selección de los momentos relevantes del relato del paciente. Al formular sus hipótesis, sin embargo, muestran diferencias significativas, según el marco teórico al que adhieren.

Las tres técnicas utilizadas, se mostraron suficientemente sensibles como para registrar, tanto elementos diferenciales dentro de una sesión, como elementos interrelacionales con las hipótesis formuladas por los terapeutas de las dos orientaciones analizadas.

Agradecimientos

A mi directora de tesis, que me guió y acompañó a lo largo de todo este proceso de trabajo, a la Facultad de Humanidades y en su nombre a su Decana la Dra. Eva Muchinik, al Departamento de Investigación de la Universidad de Belgrano y a su director Carlos López Saubidet, a la Dra. Catalina Wainerman, coordinadora del taller de tesis del doctorado en Psicología Clínica y al equipo de investigación de la Dra. Leibovich de Duarte.

Un agradecimiento a la gente que me ayudó para que este trabajo llegue a finalizarse, entre ellos a Lucila Boffi Lissin, Fernando García, Dan Pokorny, Wilma Bucci, Erhard Mergenthaler, Patricia Poch, Blas Francisco Bravo, Clara López Moreno, Carlos Lac Prugent, Dora Steeman, Cecilia Juárez, María Pía Vernengo, Valeria Greco, Silvia Acosta, Cristina Schallayef y Beatriz Dorfman Lerner.

Un agradecimiento enorme a aquellos terapeutas que abrieron sus mentes y sus consultorios, para mostrarme cómo ejercer el hermoso oficio de ser y pensar como terapeuta.

Índice

Introducción	7
Antecedentes de esta investigación, contexto y escenario futuro	7
2. Estudios sobre la variable terapeuta	10
2.2 Factores objetivos y situaciones específicas de la terapia	12
2.3 Factores participantes en la variable terapeuta	12
2.4 Factores subjetivos transituacionales	12
2.5 Factores subjetivos y situaciones específicas de la terapia	13
3. Estudio sobre el proceso inferencial clínico de los terapeutas	15
3.1 Consideraciones sobre las hipótesis formuladas por los terapeutas	16
3.2 Consideraciones sobre las variables terapeuta e hipótesis clínicas.	17
4. Objetivos	18
5. Uso de técnicas de análisis de procesos terapéuticos	19
5.1 El Tema Central Relacional Conflictivo (CCRT)	19
5.2 Modelo de Ciclos Terapéuticos (TCM)	21
5.3 Ordenamiento Q para investigación en Psicoterapia (PQS)	24
6. Metodología	26
6.1 Conformación de la muestra	26
6.2 Pasos en el dispositivo de investigación	26
6.3 Consideraciones generales	27
6.4 Materiales	27
6.5 Procedimientos	28
6.6 Vinculación entre marcas e hipótesis	29
6.7 Consideraciones y limitaciones del diseño de esta investigación	29
6.8 Aspectos metodológicos de las técnicas de análisis de proceso terapéutico utilizadas	29
6.9 Procedimientos relacionados con la recolección de los datos	32
6.10 Aspectos Éticos	32
7. Análisis de los datos	33
7.1 Características generales	33
7.2 Análisis de los datos en función a las marcas propuestas por los terapeutas participantes	34
7.3 Análisis de los datos en función a las hipótesis formuladas por los terapeutas participantes	39
7.4 Vinculación entre marcas e hipótesis	43
7.5 Relación entre el Modelos de Ciclos terapéuticos (TCM) y marcas e hipótesis	45
7.6 El tema central relacional conflictivo (CCRT)	49
7.7 Ordenamiento Q (PQS)	51
7.8 Nivel de concordancia entre los terapeutas participantes y el terapeuta tratante	57
7.9 Marcos referenciales teóricos	59
7.10 Alcances y limitaciones de esta investigación	60
8. Discusión y conclusiones	61
8.1 Conclusiones sobre las marcas propuestas	61
8.2 Conclusiones sobre las hipótesis formuladas	62
8.3 Conclusión sobre el vínculo entre las marcas y las hipótesis	63
8.4 Uso de técnicas de análisis de procesos terapéuticos	65
8.5 Consideraciones sobre los marcos teóricos desde el punto de vista de las hipótesis formuladas por los terapeutas participantes	65
8.6 Consideraciones que se derivan de la segmentación de textos	66
8.7 Consecuencias relevantes de los hallazgos para la práctica clínica y para la investigación futura sobre este área	67
Referencias	68

Apéndices

Índice de Tablas y Figuras

Figura 1	Clasificación de características del terapeuta	10
Figura 2:	Fases de los TCM	23
Figura 3,	Secuencia del Modelo de Ciclo Terapéutico de Erhard Mergenthaler	24
Figura 4:	Resultado del NMMS para el patrón de marcación	35
Figura 5 ^a y 5 ^b :	Proporción de marcas por cada renglón.	36
Figura 6:	Proporción de marcas en 10 sectores	37
Figura 7	Proporción de marcas para cada marco teórico en 5 sectores	38
Figura 8:	Resultados del NMMS para el patrón de formulación de hipótesis	40
Figura 9:	Proporción de Hipótesis para cada marco teórico en 10 sectores	41
Figura 10:	Proporción de hipótesis para cada marco teórico en 5 sectores.	42
Figura 11a y 11b.	Representación gráfica del resultado del CCA	44
Figuras 12: a, b y c	Resultados de los TCM sobre la sesión estímulo	45
Figura 13	Relación entre la Actividad Referencial (CRA) y las marcas	47
Figura 14	Relación entre la Actividad Referencial (CRA) y las hipótesis	47
Figura 15	Relación entre marcas y TCM incluyendo la CRA	48
Figura 16:	Correlación entre marcas de ambos marcos teóricos en relación al CCRT.....	51
Figura 17:	Disposición gráfica de los resultados del análisis discriminante.....	54
Figura 18:	Concordancia entre el TT y los TP en base al NMMS	58
Tabla 1	Tabla descriptiva de la muestra utilizada en este estudio.	26
Tabla 2	Segmentaciones utilizadas para el análisis de los datos*	34
Tabla 3	Cantidad de marcas propuestas por los TP	35
Tabla 4	Datos descriptivos de las marcas propuestas (segmentación por renglón).....	36
Tabla 5	Estadística descriptiva de las marcas por bloques de 60 renglones (división en 10 sectores).....	37
Tabla 6	Estadística descriptiva de las marcas por bloques de 120 renglones (división en 5 sectores).....	38
Tabla 7	Cantidad de hipótesis formuladas por los TP	39
Tabla 8	Estadística descriptiva de las hipótesis por bloques de 5 renglones (datos sobre el texto completo)	40
Tabla 9	Estadística descriptiva de las hipótesis, 60 renglones (división en 10 sectores)	41
Tabla 10	Estadística descriptiva de las hipótesis por bloques de 120 renglones	42
	(división en 5 sectores).....	43
Tabla 11	Resultados del CCA para el estudio sobre vínculos entre marcas e hipótesis	43
Tabla 12	Resultados de la correlación de Pearson, TCM.	46
Tabla 13	Resultados del ANOVA para marcas e hipótesis en relación al TCM.	47
Tabla 14	Resultados de las ANOVAS para marcas e hipótesis en relación al TCM incluyendo al CRA.	48
Tabla 15	Cantidad de marcas por episodios relacionales del CCRT.....	50
Tabla 16	Cantidad de hipótesis por episodios relacionales del CCRT	50
Tabla 17	Prueba de Spearman: diferenciación entre evaluadores de distintos marcos teóricos en el Ordenamiento Q.	52
Tabla 18	Clasificación de las hipótesis en base a los ítems Q por el DA	54
Tabla 19	Items que permitieron realizar la discriminación ente marcos teóricos	55
Tabla 20 ^a	Ordenamiento de los ítems Q por el valor de un análisis factorial de la terapia psicodinámica	56
Tabla 20 ^b	Ordenamiento de los ítems Q por el valor de un análisis factorial de la terapia cognitiva	57
Tabla 21	Datos descriptivos de la concordancia entre el TT y los TP	58
Tabla 22	Influencias reconocidas por los TP en su práctica terapéutica actual	59

Capítulo 1

Introducción

La elaboración de *hipótesis* clínicas que realiza el psicoterapeuta a partir del discurso de sus pacientes, forma parte de un tema que aún no ha sido estudiado en toda su magnitud. Sin embargo, tal como fue señalado por Leibovich de Duarte (1996^a), el momento lógico en el que surgen las *hipótesis* representa un momento clave dentro de los tratamientos psicoterapéuticos. Las hipótesis son, entonces, uno de los pilares sobre los que se elaboran las estrategias que luego se desarrollan a lo largo del proceso terapéutico.

El propósito del presente estudio es explorar cuáles son las *marcas del discurso* propuestas por los terapeutas en el discurso de los pacientes y cómo estas son tenidas en cuenta para la formulación de hipótesis clínicas. Se entiende por *marcas del discurso* aquellos lugares del mismo que el terapeuta considera significativos en el discurso del paciente y que constituyen uno de los puntos de partida para la elaboración de ciertas hipótesis clínicas. En base a estos se intentará analizar y cotejar ciertas semejanzas y diferencias entre las *hipótesis* elaboradas por terapeutas de dos formaciones teóricas referidas a un mismo material clínico. Para este fin se estudiarán las estrategias de análisis de un grupo de terapeutas, en su proceso inferencial clínico y la posible relación de este análisis con la formulación de hipótesis sobre una misma sesión terapéutica*.

Este estudio es primordialmente de carácter exploratorio ya que, como menciona Franz Caspar (1998), se cuenta con escasa evidencia sobre la forma en que los terapeutas realizan el procesamiento de la información y su relación con los distintos modelos teóricos al que los mismos adhieren.

A un grupo de treinta terapeutas se les presenta a modo de estímulo, la sesión inicial de un tratamiento psicoterapéutico, solicitándoles entonces que, en base a este material, formulen las hipótesis clínicas que consideren pertinentes. Los psicoterapeutas son elegidos teniendo en cuenta su modelo teórico clínico, incluyéndose en el grupo catorce con formación y práctica cognitiva, y catorce con formación y práctica psicoanalítica.

Como una de las estrategias para el análisis de la producción de hipótesis clínicas y debido a la falta de instrumentos específicos diseñados para este fin, se recurre al uso de diversas técnicas estandarizadas que estudian el proceso terapéutico. Se seleccionan técnicas que permitan observar y caracterizar componentes de la sesión terapéutica utilizada como estímulo para la producción de hipótesis.

La presente investigación se incluye en el programa de investigación dirigido por la Prof. Dra. Leibovich de Duarte de la Facultad de Psicología, de la Universidad de Buenos Aires cuyo objetivo es el estudio del proceso inferencial clínico de los psicoterapeutas durante el proceso terapéutico¹.

Antecedentes de esta investigación, contexto y escenario futuro

A nivel internacional, como señaló Barlow (1996), tanto los actores políticos que deciden sobre los planes de salud mental, como los sistemas de provisión de dichos servicios, necesitan de estudios que expliquen de forma adecuada el contexto característico de los procesos terapéuticos y los resultados que se obtienen a través de dichos procesos. Lo mismo se plantea de forma urgente en nuestro país, en donde la necesidad de una reorganización de los recursos y la minimización de costos se han vuelto temas ineludibles para los profesionales y prestadores de este tipo de servicios. Para la obtención de explicaciones más precisas acerca del entorno específico de los procesos terapéuticos, es necesario llevar adelante investigaciones que acerquen las teorías a la práctica psicoterapéutica. Asimismo, como señala Kächele (1998), existe la necesidad, desde las instituciones que brindan servicios de atención psicoterapéutica, de dar cuenta de su eficacia clínica. Por estas razones, desde distintos ámbitos, se reclama por estudios que den cuenta de la eficacia de los diversos modelos de psicoterapia (Kächele, 1998, Alexander y Parsons, 1980).

En la última década se han realizado importantes avances en la investigación formal y sistemática del proceso terapéutico, de los que dan cuenta un gran número de publicaciones recientes. Entre otros trabajos se pueden mencionar el conocido "Blue book" de Dahl, Kächele y Thomä (1988) en donde se plantean a

* A lo largo de esta presentación aparecen ciertas palabras claves que poseen distintos sentidos según el punto al que estén haciendo referencia. Por ejemplo, la palabra terapeuta puede hacer referencia a los profesionales del área en forma general, a los participantes de la muestra, o al terapeuta tratante del caso clínico utilizado como estímulo. En cada uno de los puntos donde se utiliza este término se identificará claramente en cual de los sentidos se están usando los términos.

1. Programa titulado «Aproximación Empírica al Estudio de la Inferencia Clínica: Semejanzas y Diferencias en el Accionar Clínico de Psicoterapeutas con Diferentes Enfoques Teóricos y Niveles de Experiencia», el mismo cuenta con el subsidio de UBACYT (TP 30).

través de una serie de presentaciones, los lineamientos básicos para la investigación empírica en psicoterapia, así como también textos de otros autores que nuclean un número importante de investigaciones, entre otros; Miller, Luborsky, Barber y Docherty (1993) y Bergin y Garfield (1994).

La investigación clínica también ha estado involucrada en la polémica que existe acerca del distanciamiento entre teorías psicológicas y práctica clínica. Uno de los cuestionamientos más fuertes que se realiza a las investigaciones en psicoterapia, se centra en el tema relacionado con la falta de validez de las mismas. La pregunta acerca de si realmente se investiga qué pasa en los tratamientos terapéuticos, o si solamente se están estudiando "procedimientos teóricos", que poco tienen que ver con la práctica cotidiana, sigue siendo una de las preguntas a resolver. Este fenómeno de disociación entre lo que la teoría dice que pasa en la sesión y lo que realmente pasa, genera una brecha, no solo en los aspectos relacionados al conocimiento que se obtiene a través de las investigaciones, sino dentro del corpus de lo que Bunge (1969) llama teorías sustantivas de cada teoría.

Seligman realizó en Estados Unidos, un muy interesante y polémico análisis de una investigación basada en los resultados obtenidos a través del "Consumer Report" (Informe del consumidor), una publicación sobre productos y servicios en general, la que dedicó un número especial a los servicios en el área de la salud mental. En este análisis se denuncia que múltiples estudios se centran en aquello que supuestamente deberían hacer los terapeutas y no en lo que realmente hacen (Seligman, 1995).

Uno de los aspectos claves de la investigación que aquí se presenta, ha sido precisamente, lo que Wampold (1997) considera como el "estudiar lo que realmente pasa en la psicoterapia", es decir atender al estudio de constructos teóricos que tengan una aplicación genuina. Este autor, siguiendo el planteo de Seligman, propone observar lo que realmente hacen los terapeutas, para conocer la correspondencia entre su accionar y las técnicas pertenecientes al modelo teórico suscripto.

Si tal como afirman Kächele, Mergenthaler y Holtzer (1999: 218) la relación entre la teoría y la práctica clínica está mediatizada por las operaciones mentales del terapeuta, el estudiar dichas operaciones mentales permitiría obtener un conocimiento mayor acerca de cómo se trasladan elementos componentes del corpus teórico a la práctica terapéutica.

Sin embargo, el conocimiento existente acerca de los efectos de los procesos terapéuticos todavía es escaso; tampoco se conoce demasiado bien cuáles de los múltiples aspectos que componen un tratamiento terapéutico son específicos o inespecíficos, en relación al tipo de tratamiento indicado y a los efectos deseados en el mismo.

La búsqueda de variables que den cuenta de la efectividad de un tratamiento así como la identificación de los elementos que puedan resultar superfluos o incluso negativamente iatrogénicos, son ejes de investigación que aun no han mostrado resultados sistematizados. Para la obtención de información con estas características es necesaria la generación de múltiples programas de investigación que posibiliten el acceso a un conocimiento más detallado de lo que acontece en los procesos psicoterapéuticos.

Uno de los obstáculos, en el camino hacia la obtención de datos válidos sobre el proceso y los resultados de la psicoterapia, lo conforma la falta de procedimientos suficientemente validados que puedan dar cuenta de la sucesión de transformaciones que se dan en el paciente dentro de un proceso terapéutico. Esta preocupación acompaña a los investigadores del área desde hace varias décadas, en una muy interesante analogía Luborsky, Singer y Luborsky (1975:995) utilizaron la sentencia del pájaro Dodo en "Alicia en el país de las maravillas": "Todos ganaron y todos tienen premio", para hacerse la pregunta acerca de si todas las acciones y todos los resultados dentro de la psicoterapia resultaban igualmente válidos.

La reorganización de los recursos técnicos y humanos en el ámbito de la psicoterapia en aras de una mayor eficacia clínica, solo se podrá realizar seriamente una vez que se conozcan los elementos y los pasos necesarios y suficientes para establecer diferencias y prescribir tratamientos adecuados. Para esto, tal como plantean Beutler y Clarkin en una descripción sobre direcciones para la investigación clínica (1991:333), son necesarias líneas programáticas que marquen el rumbo de las futuras investigaciones a desarrollarse. De no lograr dar cuenta de estos elementos, se está a merced de una planificación y reorganización de los recursos basada solamente en una visión económica, o de políticas que no necesariamente tengan en cuenta, en forma prioritaria, lineamientos de Salud Mental y criterios de abordajes terapéuticos sustentados en criterios de eficacia, eficiencia y efectividad de la psicoterapia (Seligman, 1995).

Se entiende por eficacia la relación entre los objetivos propuestos y los resultados obtenidos (Fernández Alvarez, 1995), en tanto la eficiencia se relaciona con la inversión en dinero, tiempo y **sufrimiento** utilizados en lograr el bienestar subjetivo del consultante, la desaparición de los síntomas y la mejoría de su vida de relación cotidiana. (Liendo et al. 1996).

Una visión complementaria sobre estos conceptos es la que nos plantean Roth y Fonagy (1996: 13), quienes dicen que:

“... una clara distinción debe ser hecha entre el concepto de eficacia de la terapia (en donde el resultado es logrado a través de una prueba de investigación) y la efectividad clínica (en donde el resultado es producto de la terapia en su práctica rutinaria).

Las pruebas clínicas son requeridas para conformar conjuntos de criterios que permitan demostrar confiabilidad y validez. En particular, se trata de buscar un alto grado de validez interna, ésta puede ser definida como el grado en que se puede inferir una relación causal entre variables o donde la ausencia de relaciones entre variables implica la ausencia de una causa.

Si la validez interna es baja, la validez de las conclusiones estadísticas corre riesgo y los resultados del estudio podrían ser de difícil interpretación. De cualquier modo conseguir esa validez interna requiere el uso de técnicas poco vistas en la práctica cotidiana, como por ejemplo el estudio de población de pacientes diagnosticados de forma homogénea, la aleatorización en el momento de la incorporación de esos pacientes a tratamiento y el empleo extensivo de monitoreos tanto para el progreso de los pacientes como para los tipos de terapia usadas por los terapeutas.”

Esta cita de Roth y Fonagy nos da la pauta de cómo realizar acercamientos progresivos al tema de la validez interna de los estudios de eficacia en psicoterapia, para que estos estudios nos permitan llegar a resultados válidos y confiables.

La importancia de llevar adelante estudios acerca de las hipótesis que los terapeutas formulan en el proceso terapéutico, radica en el hecho de que estas hipótesis representan uno de los momentos lógicos fundamentales de su trabajo clínico. Sobre estas hipótesis se empiezan a delinear las formas de intervención de los terapeutas. La elaboración de estrategias y objetivos que se desarrollan a lo largo de la terapia tiene, entonces, en el proceso de elaboración de hipótesis clínicas, uno de sus puntos de partida.

Capítulo 2

2. Estudios sobre la variable terapeuta

Históricamente el foco de la investigación en psicoterapia se ha centrado sobre la figura del paciente, quien es considerado el actor principal y por lo tanto, el principal beneficiario del accionar del terapeuta. Pero existen otros actores en esta misma escena, como son la familia del paciente, sus grupos de pertenencia y referencia, la sociedad que lo rodea y contiene o no, los servicios encargados de proveer atención a la población y los profesionales encargados de llevar adelante esta terapia.

Cada uno de los sectores descriptos ha sido motivo de investigaciones, con el propósito de conocer su participación en las acciones tendientes al restablecimiento de la salud mental de la población afectada o a la prevención de la enfermedad mental en la población general.

En el ámbito de la investigación en psicoterapia esto se ha llevado a establecer un criterio de clasificación acorde a los actores que son estudiados en cada caso. García (1991) plantea una muy interesante taxonomía en relación a las investigaciones sobre psicoterapia, en donde, entre los múltiples ejes de análisis, se incluye la figura del terapeuta como uno de los actores, sobre los que se puede centrar la investigación.

Dado que la investigación aquí presentada se centra en la figura del terapeuta y su accionar clínico es de interés hacer una breve reseña histórica de lo que se ha investigado de manera sistemática sobre el tema.

Tal como nos muestran Beutler, Machado y Allstetter Neufeldt, (1994), en la revisión más detallada que al día de hoy se ha realizado sobre la figura del terapeuta, el estudio de las características del terapeuta se ha vuelto muchas veces un tema complejo y con resultados poco claros. Esto tiene su origen en el hecho de que este tipo de estudios necesita involucrar, de una forma u otra al paciente. Las características del terapeuta interactúan de forma compleja con las características del paciente, lo que dificulta la discriminación acerca de lo qué realmente aporta cada uno de estos actores al proceso terapéutico.

Desde que Freud comenzó a definir las características y el rol del psicoanalista, en sus textos sobre "Técnica psicoanalítica" (1911-1915), "Historia del movimiento psicoanalítico" (1914) y en su trabajo sobre "¿Pueden los legos ejercer el análisis?" (1926), numerosos trabajos de otros autores continuaron con esa tarea. Con el advenimiento de nuevos marcos teóricos que plantearon nuevas alternativas terapéuticas se generaron, a su vez, distintos puntos de vista sobre las características del psicoterapeuta.

Entre los primeros trabajos empíricos realizados sobre el tema, se pueden mencionar los de Holt y Luborsky (1952, 1955, 1957, 1958) y los de Strupp (1960), en los que se comenzó a investigar de forma sistemática el rol del terapeuta.

En un informe recientemente preparado a solicitud de la Asociación Internacional de Psicoanálisis llamado "An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis": [Una revisión a puertas abiertas sobre estudios de resultados en psicoanálisis], (IPA: 1999), tendiente a presentar sobre resultados las investigaciones empíricas que se están realizando en psicoanálisis, sólo cinco de los 55 estudios reportados se centran específicamente en la figura del terapeuta.

En el estudio sobre la variable terapeuta antes mencionado Beutler y colaboradores nos presentan los estudios tendientes a profundizar el conocimiento sobre el tema. Estos autores organizaron, los estudios existentes conforme a una taxonomía basada en dos ejes, cuyos polos son: a) características objetivas y subjetivas del terapeuta y b) rasgos trans situacionales y estados específicos de la terapia.

Figura 1. Clasificación de características del terapeuta

	Características objetivas		
	Edad Género Etnia	Background profesional Estilos terapéuticos Intervenciones terapéuticas	
Rasgos trans situacionales	Patrones de personalidad y afrentamiento Bienestar emocional Valores, actitudes y Creencias Actitudes culturales	Situaciones específicas de la terapia Atributos de influencia social Expectativas Orientación filosófica terapéutica Relaciones terapéuticas	
	Características subjetivas		

(Beutler, Machado y Alstetter Neufeldt, 1994: 231)

Esta revisión fue organizada en torno a la incidencia de la variable terapeuta sobre la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos.

A continuación se presentará cada uno de estos ejes en forma separada, a fin de desarrollar los múltiples aspectos que se encuentran involucrados en los estudios sobre la variable terapeuta.

2. 2 Factores objetivos y situaciones específicas de la terapia

2.2.1 Orientación terapéutica y background profesional

Los trabajos centrados en este tema estudian la influencia del marco teórico y de aquellos aspectos relacionados con la formación del terapeuta, como puede ser el tipo de estudios profesionales, o la experiencia del terapeuta.

Otra forma de estudiar este aspecto es a través de la representación social del rol del terapeuta. Entre los trabajos orientados de esta forma vale la pena mencionar los estudios realizados por Murs-tein y Fontaine (1993) y Orlinsky y colaboradores (1999). En nuestra región esta línea de trabajo fue abordada por Fernández Alvarez (1995, 1999). Estos estudios, tuvieron entre otros objetivos, los de intentar conocer qué profesiones son más representativas de la actividad psicoterapéutica y cuál es el imaginario social sobre el rol del psicoterapeuta.

Otro punto crucial con relación a los estudios relacionados con los marcos teóricos es aquel que trata de discriminar entre teorías y técnicas (Beutler, 1992:247), apuntando a conocer las diferencias entre los marcos teóricos de los terapeutas y los marcos teóricos de sus intervenciones (Lambert y Bergin, 1983: 258, Stuart Ablon y Jones, 1998, Leibovich de Duarte, 1992, 1996). En esta línea de trabajo se encuentran distintos estudios comparativos como el preparado por el proyecto Match (1998) en relación con los efectos logrados por tres modalidades terapéuticas distintas para el tratamiento de los pacientes con trastornos por abuso de sustancias.

Características objetivas	Background profesional. Estilos terapéuticos Intervenciones terapéuticas
	Estados específicos de la terapia

2.2.2 Estilos terapéuticos y estilos verbales-no verbales

Dentro de esta línea de estudios se encuentran aquellos que intentan conocer hasta qué punto las características personales del terapeuta, que no son consideradas como pertenecientes a modalidades de acción prescritas por los marcos teóricos, se vinculan con los resultados del tratamiento. Entre algunos de los estudios más característicos de esta línea de trabajo podemos mencionar las investigaciones de Stiles et al. (1988), Orlinsky et al. (1999), Sandell (1998), Fernández Alvarez (1998).

2.2.3 Técnicas terapéuticas

Los trabajos orientados al estudio de las técnicas terapéuticas intentan identificar aquellos factores propios de las características del terapeuta y del proceso terapéutico en sí. El principal desafío para este tipo de investigaciones, como señalan Beutler et al., se basa en distinguir entre las intervenciones prescritas por los modelos teóricos y aquéllas que son reflejo de características del terapeuta.

2.2.4 Generación de manuales

Un intento de acortar la brecha existente entre las exposiciones teóricas y lo que sucede dentro del tratamiento clínico, ha sido la manualización de los tratamientos. Los manuales son intentos de pautar con rigurosidad cuáles son las acciones lícitas dentro de un tratamiento y cómo deben ser llevadas adelante. Esta estandarización de las acciones tiene como objetivo principal incrementar la eficacia de los tratamientos. Si bien estos manuales son rechazados por algunas corrientes y escuelas psicoterapéuticas, la producción de los mismos no es privativa de una sola corriente, pudiéndose encontrar ejemplos de estos en el cognitivismo y en el psicoanálisis.

Las manualizaciones de tratamientos permiten delimitar más claramente los elementos componentes de un tratamiento, pero de ninguna forma terminan de cerrar la brecha existente entre lo que se supone que debe ocurrir y lo que realmente ocurre a lo largo de un tratamiento.

Por otro lado, tal como manifiesta Caspar (1998:127), estas estandarizaciones presentan una limitada capacidad de mejoramiento del nivel de eficacia de los tratamientos. El desafío de generar investigaciones que acerquen lo que tendría que ocurrir en una terapia con lo que realmente ocurre, nos obliga a diseñar estudios que nos permitan conocer "desde adentro" como se entrelazan todos los elementos que conforman un proceso terapéutico.

Siguiendo esta línea de trabajo, tal como señala Kazdin (1992, 1994), se deberían promover investigaciones que desarrollen manuales consistentes con el accionar técnico de los distintos marcos teóricos, generando un paquete de estrategias de tratamiento. Asimismo se debería tender a los estudios que permitan comparar y cruzar estos manuales.

2.2.5 Procedimientos terapéuticos técnicos

Uno de los puntos que ha sido estudiado en detalle está relacionado con el tipo de información que se obtiene de los pacientes. Esta información permite al terapeuta conjeturar acerca de la condición general de los mismos. Con este fin se han elaborado listados que permitan establecer clasificaciones sobre la condición del paciente, y analizar los datos según las características de la situación, sus posibles sesgos y la influencia que esta información tiene en el terapeuta que analiza estos datos (Garb, H.1998).

2.3 Factores participantes en la variable terapeuta

2.3.1 Etnia, edad y género

Estos aspectos han recibido una atención dispar por parte de los investigadores. La edad y el género han sido los factores más estudiados, tanto en lo que respecta a la edad de los terapeutas como a la diferencia de edades entre terapeuta y paciente. Lo mismo puede decirse con respecto al estudio de la variable género. Sin embargo es de destacar, que los resultados al respecto no siempre han sido homogéneos.

En relación a los estudios étnicos, América Latina parece no contar con trabajos de este tipo, lo cual resulta llamativo si consideramos las múltiples etnias que conviven en nuestra región. En Estado Unidos se pueden destacar los estudios realizados por Jones sobre los efectos terapéuticos en poblaciones afroamericanas y los estudios de López y Hernández, (1987) sobre población hispana.

Edad Género Etnia	Características objetivas
Rasgos trans- situacionales	

2.4 Factores subjetivos transituacionales

2.4.1 Personalidad y estilos de afrontamiento

Fundamentalmente estos estudios están dirigidos a asociar índices de cambio con medidas de personalidad y conceptos derivados de teorías psicológicas con índices de cambio.

El aspecto transituacional está dado por el hecho de que estos factores son constantes en la figura del terapeuta y que van a incidir en forma constante en la relación terapéutica particular que se presente con un paciente.

Patrones de personalidad y afrontamiento. Bienestar emocional	Características subjetivas

2.4.2 Bienestar emocional

Estos estudios están dirigidos a conocer la existencia (o no) de perturbaciones emocionales de los terapeutas y el tipo e intensidad de psicoterapéutico recibido por el/la terapeuta. Un aspecto que ha despertado gran interés entre los psicoanalistas, está relacionado con conocer la vinculación entre el análisis didáctico que ha recibido el terapeuta y su eficacia como terapeuta. Sandell (1998) ha realizado una serie de investigaciones sobre psicoanalistas.

2.4.3 Valores generales, actitudes y creencias, creencias religiosas

Uno de los aspectos que será ampliado en el capítulo sobre la conformación de hipótesis, es el referido al grupo de sesgos en la conformación de juicios clínicos, relacionados con prejuicios de orden racial, de género, estéticos y sociales, Todos estos son factores que influyen en la conformación de juicios clínicos (Garb, 1998: 29).

Estudios como el de Sashin y colaboradores (1975) o Hamblin y colaboradores (1993) marcan estilos de diseño distintos pero igualmente efectivos, en los que se comparan los valores que sostienen por un lado el terapeuta y el paciente y por otro estos actores con los resultados de los tratamientos terapéuticos.

Bergin y colaboradores (1989) han realizado estudios en donde el planteo principal es estudiar el grado en que las creencias religiosas del terapeuta inciden en el accionar terapéutico.

2.5 Factores subjetivos y situaciones específicas de la terapia

2.5.1 Relación terapéutica

Dentro del concepto de relación terapéutica se encuentra el de alianza terapéutica, que sin lugar a dudas, es uno de los puntos en donde la figura del terapeuta se ha visto involucrada en mayor cantidad de investigaciones.

Se puede encontrar en los últimos años un gran volumen de investigaciones y publicaciones al respecto. Entre estos estudios se pueden mencionar los trabajos de Safran (1998), Paivio y Bahr (1998), Barber et al. (1999).

A través de este tipo de estudios se apunta a conocer hasta qué grado la relación que establecen paciente y terapeuta va a influir en el desarrollo y el resultado de la terapia (Beutler et al. 1986).

	Características subjetivas
Estados específicos de la terapia	Influencia social Expectativa terapéutica Relaciones terapéuticas

2.5.2 Atributos de influencia social

Varios investigadores, en un esfuerzo por comprender los resultados terapéuticos dentro de una teoría general del cambio, han descrito las características del terapeuta como variables que potencian el poder de la influencia social. A este área de conocimiento se asocian los estudios vinculados a los conceptos de persuasión social y de la pericia auto percibida del terapeuta.

2.6 Dificultades que presentan la realización de estudios sobre la variable terapeuta

Si bien, como se ha descrito, se han encarado numerosos estudios en torno a la variable terapeuta, quedan muchas áreas de estudio que aún hoy no han sido abordadas. Como señala Caspar (1997:109), aquella información sobre el terapeuta que no es directamente asequible presenta desafíos. Caspar plantea una serie de factores que, combinados, inciden en forma directa sobre la producción de conocimientos sobre el área y dificultan su traslado a la práctica terapéutica. Estos factores son los siguientes:

- Los conceptos psicológicos tradicionales no son significativos a la hora de explicar una gran parte de los procesos que sí son relevantes en situaciones clínicas.
- Muchos conceptos teóricos, como los psicoanalíticos, no son fácilmente observables por medio de un examen y una validación empírica.
- La mayoría de los resultados obtenidos por las investigaciones referidas al procesamiento de información clínica están lejos de ser comprensibles para los terapeutas, debido al lenguaje técnico en el que se suelen presentar.
- Las investigaciones de calidad sobre procesos clínicos observables son realmente complejas pero las investigaciones sobre procesos encubiertos lo son aún más. El acceso a información correspondiente a procesos internos, está dificultado por una variedad de problemas.
- Parece haber dos vías de acceso al tema en discusión, uno presenta al procesamiento de información clínica como una tarea simple, o al menos reducible a componentes simples, por lo cual no habría problemas de realizar investigaciones en forma directa. Este proceder, manifiesta de por sí una validez clínica cuestionable. La otra vía presenta un acceso complicado al procesamiento de información clínica, la cual se muestra evasiva y difícil de captar para los clínicos y más aún para los investigadores. Este último punto de vista es probablemente el correcto, aunque tiene un efecto paralizante sobre las investigaciones que deberían estar en esta línea de trabajo.
- La combinación de todos estos factores mencionados potencia la complejidad de estas investigaciones. A estos factores planteados por Caspar se le podrían agregar al menos otros dos de características regionales:
 - La escasez de investigadores formados que trabajen sobre problemas de esta naturaleza debido, sobre todo, a la falta de tradición de investigaciones empíricas en la psicología clínica de nuestra región.
 - La falta de financiamiento para programas de investigación sobre este área, producto del hecho que, sólo dentro del ámbito académico, este tipo de estudios encuentra fuentes de financiamiento. Esto agrega una dificultad asociada al entorno, y es que para los centros académicos el acceso a la casuística clínica se encuentra limitado por no contar, en su mayoría, con centros de atención asociados

No obstante estas dificultades, existen equipos mixtos de trabajo, compuestos por miembros de centros de atención comunitaria y unidades académicas, que están llevando a cabo investigaciones en el área. Otra excepción a destacar, es el trabajo que lleva adelante la Dra. Leibovich de Duarte en su estudio sobre la inferencia clínica, en el cual la presente investigación ha encontrado una base teórica y metodológica donde sustentarse.

Capítulo 3

3. Estudio sobre el proceso inferencial clínico de los terapeutas

Como se ha dicho en la introducción de esta investigación, la relevancia de realizar un estudio sobre la conformación de *hipótesis*, se basa en el hecho de que estas hipótesis, conjuntamente con otros elementos como el background teórico del terapeuta, su estilo personal y eventos históricos, son parte clave de las operaciones lógicas sobre las que se apoyan los tratamientos psicoterapéuticos. Es decir, la conformación de juicios clínicos, la diferenciación de diagnósticos, la elaboración de estrategias, intervenciones y objetivos a desarrollar a lo largo de la terapia tiene como punto de partida este primer momento.

Bouchard, Lecomte, Carbonneau, Lalonde (1987) plantean que las inferencias de los terapeutas son el punto de partida sobre el cual se apoya la conformación de las hipótesis. Estas pueden ser definidas como una operación cognitiva (así como el contenido resultante) a través de la cual se concluye por sentido indirecto la verdad de una proposición o estado de relaciones. A esta conclusión se llega en virtud de relaciones con otros hechos, ya sea a través de un razonamiento de tipo inductivo, o a través de un razonamiento de tipo deductivo.

Más específicamente, en el área clínica, estos autores integran las categorías inferenciales como cualquier sentencia gramatical completa emitida por el terapeuta. Pueden tener la forma de una opinión directa o indirecta, en un intento de aumentar la autoexploración del paciente o el propio entendimiento, a la vez que transmiten un sentido de evidencia disponible de forma inmediata. Dentro de estas categorías, una comunicación de tipo inferencial es definida como una proposición emitida por un terapeuta que transmite un sentido sobre información inmediatamente disponible.

Holt (1988: 234) considera a las hipótesis clínicas como parte integrante de las operaciones cognitivas, conjuntamente con los sistemas de atribución, el procesamiento de información, las inferencias y los juicios clínicos.

Tal como se presenta en los objetivos, esta investigación apunta a conocer algunos de los procesos que utilizan los terapeutas para la construcción de sus hipótesis, sin intentar establecer una posible secuencia de operaciones cognitivas en relación a dichos procesos.

Las diferencias individuales en la elaboración de juicios clínicos encontrarían apoyatura en diversas características de los terapeutas (Leibovich de Duarte, 1972, 1986, 1998, Garb, 1998); Entre ellas se pueden mencionar:

- 1) Los enfoques teóricos diferentes que conforman los marcos conceptuales de los terapeutas;
- 2) Su grado o nivel de experiencia;
- 3) Diferencias interindividuales en el estilo cognitivo (Leibovich de Duarte, 1996b) y
- 4) La interacción entre las variables antes mencionadas.

Existe un amplio acuerdo con relación a la influencia que ejercen los conceptos teóricos sobre la conformación de juicios sobre la realidad observada.

Autores provenientes de polos opuestos del pensamiento científico, como pueden ser Popper, Kuhn o Feyerabend, plantean que la observación de un fenómeno va a estar directamente influida por el marco teórico que posea el observador. Cada uno de estos autores presenta una explicación distinta acerca de cómo esa mirada puede no estar representando de forma fidedigna al fenómeno observado. Mientras Popper (1972:104) se plantea que todo conocimiento está impregnado de teoría, por lo cual está construido sobre arena y solo es mejorable a través de una visión crítica del mismo, Kuhn (1990) manifiesta que nuestros conocimientos se enmarcan dentro de un paradigma que les otorga sentido, a la vez que los vuelve hasta cierto punto impermeables a un verdadero cuestionamiento, hasta que dicho paradigma no sea renovado.

Feyerabend (1993,1994) en lo que tal vez sea una de las posturas más críticas con relación a los planteos sobre objetividad científica, afirma que la mirada de un observador está directamente atravesada por un cristal que tiñe de color la realidad que se observa. Feyerabend homologa, en forma directa, ese cristal con los conocimientos teóricos, por lo cual, a su criterio, la ciencia debería impulsar un abandono de las vestiduras teóricas y lanzarse a una búsqueda "ingenua" del conocimiento. Todo esto para evitar el "tan temido" dogmatismo de la ciencia.

A partir de una postura menos extrema, se podría pensar en un reconocimiento del tipo de sesgo que provocan los modelos teóricos sobre la observación de los fenómenos y de esta manera realizar un planteo acerca de si estos sesgos son parte estructural de lo que estamos mirando o son parte inevitable de nuestra observación.

Esta discusión se traduce a los fines prácticos de esta investigación en un interés genuino por conocer de qué manera, el texto del material clínico al que accede un terapeuta es el que provoca la aparición y la

forma de nuestras reflexiones sobre ellos y en qué forma incide el contexto teórico desde donde se atiende al material.

La noción acerca de las diferencias que pueden aparecer en la interpretación de un material se vincula en forma directa con la noción de sesgo, destinado a conocer hasta qué punto y por qué motivos se producen apreciaciones de distinto orden sobre un mismo fenómeno.

Dentro de la consideración que se puede hacer sobre los sesgos que pueden aparecer en este proceso de producción de hipótesis, es importante analizar aquéllos que responden a factores netamente cognitivos. Estos no son propiedad única de las hipótesis clínicas, sino comunes a toda conformación de juicios. Tversky y Kahneman (1984) realizaron una enumeración de sesgos cognitivos basados en lo que ellos denominaron criterios heurísticos y a través de los cuales, realizaron una pormenorizada descripción de estos sesgos.

Un grupo de sesgos con características distintas a las ya planteadas es aquél que tiene que ver con prejuicios de orden racial, de género, estéticos, y/o sociales, que también interactúan como factores influyentes en la conformación de juicios clínicos (Garb, 1998: 29).

Sin embargo el planteo general de esta investigación no solo toma en cuenta el estudio de las diferencias sino también el estudio de las similitudes entre las hipótesis formuladas por diversos terapeutas. Se trata de conocer cuáles son los factores comunes que puedan llegar a existir entre distintas hipótesis, tratando de identificar aspectos que potencialmente actúen como identificatorios en la elaboración de las hipótesis. Estos aspectos pueden estar relacionados tanto con los aspectos descriptivos cuanto con el estilo y el contenido de las hipótesis formuladas. Esta búsqueda de configuraciones o esquemas que puedan contener la producción de hipótesis de distinto orden, constituye otro de los aspectos básicos a conocer con relación a la conformación de esas hipótesis.

Distintas estrategias de análisis nos pueden proveer un marco explicativo para aquellos factores comunes que se puedan presentar en la formulación de hipótesis. Una de estas estrategias consiste en encontrar esquemas taxonómicos externos a las hipótesis que permitan la clasificación de las mismas.

Siguiendo esta línea de trabajo, en esta investigación, se plantea el estudio de los aspectos descriptivos de las hipótesis, como pueden ser la cantidad de hipótesis, el momento en que fueron formuladas, etcétera. Esta idea se encuentra basada en los resultados obtenidos por Leibovich de Duarte (1998a), quién realizó un análisis sobre las hipótesis clasificándolas en simples y complejas según la cantidad de unidades temáticas que incluyesen las mismas. En esa investigación, que estudió el proceso inferencial clínico en psicoanalistas, se captó que existe una diferencia estadísticamente significativa en relación al uso de hipótesis simples por parte de los psicoanalistas de menos experiencia y de mayor complejidad por parte de los psicoanalistas con mayor experiencia.

Otra posibilidad es encontrar elementos subyacentes, propios de esas hipótesis, que nos permitan plantear factores comunes de clasificación. Un ejemplo de esta segunda postura es el de Brook (1992), quién plantea que tanto las concepciones etiológicas, diagnósticas y pronósticas, cuanto las acciones propias de la intervención terapéutica se encuentran influidas por la Psicología del sentido común. De esta manera se llega a unificar criterios disímiles de percepción de un mismo fenómeno a través de una visión primaria y general que permanece vigente en el accionar de distintos modelos teóricos. El sentido común actuaría según Brook, como el factor aglutinante del proceso inferencial y de las acciones de los terapeutas.

3.1 Consideraciones sobre las hipótesis formuladas por los terapeutas

La presente investigación trata de delimitar en qué medida un mismo material clínico funciona como disparador de hipótesis similares, a la vez que estudia ciertos aspectos de dichas hipótesis. Se trata de detectar la existencia de patrones recurrentes, tanto internos como externos, para la conformación de las hipótesis. Fundamentalmente se realiza un rastreo de los aspectos descriptivos que rodean a la conformación de dichas hipótesis y de los subrayados sobre el texto clínico, que acompañan a esas hipótesis. Los aspectos descriptivos que se estudian en este trabajo son:

- El tiempo de formulación de esas hipótesis, es decir, en qué momento de la sesión las formula cada terapeuta.
- La frecuencia con la que las hipótesis son formuladas, acorde a los distintos momentos del texto estímulo y
- Con qué frecuencia son subrayadas las marcas en el discurso;
- La cantidad de hipótesis formuladas a partir del material clínico presentado y
- La cantidad de marcas propuestas por los terapeutas.

No se plantea como objetivo de esta investigación establecer si son acertadas o no las consideraciones realizadas por los terapeutas, sino delimitar la forma de presentación y algunos aspectos de la caracterización del material obtenido a través de las marcas propuestas y de las hipótesis.

El estudio sobre la conformación de hipótesis clínicas posibilita comenzar a conocer sobre qué tipo de unidades se estructuran las primeras estrategias de un tratamiento psicoterapéutico, ya que realmente es poco lo que conocemos sobre las características de las mismas. Hasta ahora el estudio de esta instancia lógica, que se presenta en el encuentro del terapeuta con el paciente y su problemática, estuvo fundamentalmente orientada a procesos diagnósticos (Holt, 1978, Leibovich de Duarte, 1989) destacándose en esta línea los trabajos realizados por Garb (1998), quién realizó un exhaustivo análisis sobre la validez y la confiabilidad de juicios clínicos y de las decisiones asociadas a estos, con la excepción, como ya se señaló, de las investigaciones sobre proceso inferencial clínica en que este proyecto está inserto.

La realización de evaluaciones sobre la personalidad del paciente, su psicopatología, la formulación de casos, la predicción de comportamiento y el establecimiento de planes de tratamiento se basan en la elaboración de los juicios clínicos. Para Garb la noción de juicio clínico es más amplia que la de hipótesis clínicas, las cuales conformarían solo una parte de estos juicios.

Garb ha estudiado en detalle el tipo de información recolectada para establecer conjeturas acerca de la condición general de los pacientes, considerando desde listados que apuntan a establecer una taxonomía sobre dicha condición, hasta algunos estudios más profundos en donde se analizan estos datos, a partir de sus posibles sesgos e influencias en el terapeuta.

Uno de los puntos que se intenta explorar en esta investigación es la incidencia, en el encuentro del terapeuta con su paciente, de los pre-conceptos o expectativas previas, (Holt, 1978). Este tipo de expectativas cobran una importancia especial, ya que pueden provocar que el terapeuta “encuentre”, por lo general sin percatarse, lo que está buscando sin un fundamento suficiente. . En psicoanálisis se han estudiado estos fenómenos a través de los trabajos que apuntan en dirección a los puntos ciegos contratransferenciales (Thomä et al., 1986) Dentro de las teorías psicológicas cognitivas, son de destacar los estudios sobre sesgos planteados por Tversky y Kahneman (1984) quienes han presentado en forma organizada un esquema vinculado a las áreas en donde estos sesgos se desarrollan.

Realizar estudios acerca de cómo se realizan estos procesos confirmatorios o de falsación nos permite “entender como los terapeutas integran la información, ya que pueden ignorar datos que no apoyen a sus hipótesis, pueden interpretar evidencia ambigua para apoyar las mismas y/o no considerar evidencia disponible cuando esta aliente hipótesis alternativas” (Garb, 1998:186).

3.2 Consideraciones sobre las variables terapeuta e hipótesis clínicas.

Si tal como plantean Crits Christoph y Mintz (1991), ocurriera que la magnitud de los beneficios en los procesos terapéuticos está más asociada con la identidad del terapeuta que con el tipo de psicoterapia que el terapeuta practica, el poder detectar sesgos propios y característicos de los terapeutas, posibilitaría obtener más datos sobre los elementos activos de los procesos psicoterapéuticos (más específicamente en el terapeuta).

Independientemente de que esto en realidad sea así, conocer sobre la construcción de hipótesis permite re-pensar sobre cómo los marcos teóricos generan un contexto para la inclusión de las hipótesis.

Todos estos objetivos son impensables en tanto no haya investigación acerca de la conformación de las hipótesis, en su vínculo con los aspectos propios de la figura y el rol terapeuta. Esta conjunción de factores, es un campo aún poco estudiado, y que requiere ser abordado en forma organizada a través de investigaciones empíricas.

Como parte de, y en concordancia con, el programa de investigación dirigido por la Prof. Dra. Leibovich de Duarte titulado “Aproximación Empírica al Estudio de la Inferencia Clínica: Semejanzas y Diferencias en el Accionar Clínico de Psicoterapeutas con Diferentes Enfoques Teóricos y Niveles de Experiencia”, este trabajo pretende avanzar en el esbozo de una explicación amplia sobre la conformación de las hipótesis clínicas, de manera tal que permita un esclarecimiento de esta temática.

Capítulo 4

Objetivos

Objetivo general

Explorar cuáles son las marcas propuestas por los terapeutas al examinar el discurso de los pacientes y cómo son tenidas en cuenta para la formulación de sus hipótesis clínicas acerca de dicho discurso.

Objetivos específicos

- a) Explorar la relación entre las marcas del discurso y las hipótesis formuladas por terapeutas de diferente orientación teórica sobre una sesión psicoterapéutica, apuntando a conocer si:
 - existen diferencias significativas entre las marcas que proponen en el discurso de un paciente terapeutas cognitivos y psicoanalistas.
 - existen diferencias significativas entre las hipótesis que formulan en relación a una misma sesión terapéutica psicoanalistas y terapeutas cognitivos.
 - existe asociación entre marcas e hipótesis según marcos teóricos.En base a estos análisis, se trató de explorar cómo se articulan marcas e hipótesis, observando si:
 - existen diferencias significativas entre terapeutas cognitivos y psicoanalistas en las marcas que proponen, y si estas, se asocian con diferencias significativas en la formulación de hipótesis.
- b) Estudiar si existe relación entre elementos señalados por técnicas de análisis de procesos terapéuticos, las marcas propuestas y las hipótesis formuladas por terapeutas con relación a una sesión terapéutica.

De esta forma se busca conocer si los momentos o lugares en el texto de una sesión terapéutica, señalados como relevantes por técnicas de análisis de procesos terapéuticos, guardan relación con los propuestos por terapeutas de distintas orientaciones teóricas como referentes de su trabajo clínico sobre dicho texto.

Consideraciones sobre los objetivos de esta investigación

Como fue mencionado en la presentación, esta investigación posee características exploratorias. Esto se encuentra relacionado con la falta de estudios determinantes con relación al rol de los terapeutas (Beutler, 1994) y a la escasez de datos que permitan relacionar en forma clara la influencia del marco teórico sobre el accionar de los mismos. Estas características provocan que la presente investigación no constituya solamente un fin en sí mismo, sino que, como menciona Dankhe, (1986:412), apunte “a determinar tendencias, buscar relaciones potenciales y establecer el matiz de investigaciones posteriores más rigurosas”.

Esta investigación se caracteriza por ser un estudio de proceso, o más específicamente, un estudio sobre uno de los elementos que conforman el proceso terapéutico, el de las hipótesis que genera el terapeuta. Este hecho lo diferencia claramente de los estudios de resultado, cuyo foco de estudio se encuentra sobre los efectos finales de la psicoterapia.

Capítulo 5

Uso de técnicas de análisis de proceso terapéuticos

Acorde al interés de explorar la forma en que distintos terapeutas trabajan sobre un mismo material clínico, se intentó conocer que aspectos del texto del paciente resultaron pregnantes para los terapeutas.

En esta investigación se analizaron, entonces, distintos textos. Por un lado, el texto de la primera sesión de un tratamiento psicoterapéutico, que sirve como estímulo para que los terapeutas realicen su trabajo clínico. Por otro, los textos que se configuran los terapeutas participantes a partir de las marcas propuestas y de las hipótesis formuladas sobre la sesión psicoterapéutica. Se intenta de esta forma vincular estos distintos textos, para conocer si existen características comunes entre los mismos.

Debido a la falta de instrumentos específicos diseñados para el estudio de las hipótesis, se recurrió al uso de algunas de las técnicas estandarizadas y que estudian el proceso terapéutico. La idea de utilizar tales herramientas, surge de la necesidad de analizar tanto el discurso de la paciente cuanto el de los terapeutas participantes, contando las técnicas de este tipo con elementos claros y distinguibles que permitieron encontrar indicadores en los textos. Un punto a tener en cuenta es que cada una de estas técnicas fue diseñada con objetivos distintos a los que se plantean en esta investigación, por lo cual, las mismas serán utilizadas a fin de obtener datos que en algunos casos, a los fines específicos de las técnicas, no son relevantes, pero que resultan claves para esta investigación.

Las técnicas de análisis de procesos terapéuticos utilizadas para este fin fueron:

- El Tema Central Relacional Conflictivo (Core Conflictual Relationship Theme, CCRT-), (Luborsky, et al. 1994b).
- El Modelo de Ciclos Terapéuticos (TCM) (Mergenthaler 1996a, Bucci 1997).
- El ordenamiento Q (PQS) (Jones-1985).

A continuación se presentan brevemente las tres técnicas de análisis de procesos terapéuticos que se utilizaron en esta investigación.

5.1. El Tema Central Relacional Conflictivo (Core Conflictual Relationship Theme, CCRT)

El CCRT¹ es una técnica diseñada para el estudio de procesos terapéuticos. Su objetivo principal es la localización de los temas que se repiten con mayor frecuencia dentro del discurso de los pacientes. Se parte del supuesto de que los componentes más reiterados de los episodios relacionales son indicadores del área en la que se encuentran en cada paciente sus conflictos centrales.

El origen de la medida CCRT se remonta al año 1975 cuando su creador, Lester Luborsky, comenzó a realizar un ejercicio que consistía en revisar las sesiones de los pacientes tratando de investigar cuál era la pauta central de relaciones que ellos establecían. Comprendió entonces que la mayoría de sus inferencias clínicas surgían al escuchar las narraciones de las interacciones de los pacientes con el terapeuta y con otras personas (Luborsky L., Popp, Luborsky, E.; Mark, 1994a).

Comenzó a concentrarse especialmente en los aspectos recurrentes de las interacciones relatadas por los pacientes y notó que su formulación de la pauta central de relación contenía tres componentes básicos: lo que el paciente desea de otras personas (Deseo [W]), cómo reaccionan esas otras personas hacia el paciente (Reacción del Otro [RO]) y cómo reacciona el paciente ante las reacciones del otro (Reacción del sujeto o Reacción del self [RS]). La conjunción de estos tres elementos conformaban entonces episodios, denominados "episodios relacionales" (ERO), en donde el paciente señalaba su patrón relacional nuclear.

Luborsky comprendió que este Patrón Central de Relaciones estaba muy cercano al concepto de Transferencia de Freud. Esta cercanía de conceptos, le permitió basar su desarrollo en aspectos teóricos previamente trabajados por Freud. En su libro *Understanding Transference* [Comprendiendo la Transferencia] (Luborsky y Crits-Christoph, 1990), Luborsky y sus colaboradores presentan veintidós observaciones de situaciones concretas realizadas por Freud, acerca de la transferencia. Cada una de estas observaciones fue entonces comparada con el grupo de evidencia obtenida a través de la aplicación del método CCRT a una amplia muestra de sesiones.

Para el estudio de los modos de relación sujeto-otro se pueden considerar cuatro fuentes que dan lugar a pautas relacionales, participan en su mantenimiento. Se entiende por pauta a una modalidad o forma de relacionarse del paciente con los otros.

Estas pautas son:

- El aprendizaje de la pauta relacional de los padres.
- La persistencia de deseos para gratificar ciertos impulsos.
- La necesidad de continuar repitiendo aspectos traumáticos de las pautas relacionales
- La necesidad de manejar los conflictos con el estilo de la pauta relacional.

El material empírico en que se basó el estudio original, fue una muestra de setenta y tres pacientes del "Centro Penn para tratamiento e investigación en Psicoterapia", con sede en Pennsylvania, Estados Unidos.

El CCRT fue la primera técnica de estudio de procesos terapéuticos que fue sometida a estudios de validez y confiabilidad. A través de estos estudios se pudo establecer el alto grado de validez y confiabilidad que presenta esta técnica en sus evaluaciones. Su éxito y difusión condujeron a la creación de nuevos métodos que pudiesen estudiar desde distintos ángulos el proceso terapéutico. En este momento se contabilizan más de quince, lo cual posibilita la realización de estudios comparativos entre ellos potenciando la posibilidad de análisis de los mismos. (Luborsky, Lester y Barber, 1994, Sammons y Siegel, 1998, López Moreno, 1997a).

Actualmente el método CCRT es la técnica sistematizada más utilizada para el estudio del proceso terapéutico, con más de cien investigaciones en curso en diversos lugares del mundo.

5.1.1 Datos generales sobre el método*

El material clínico que se utiliza en investigación para la aplicación de esta técnica es la transcripción verbatim de las sesiones grabadas de pacientes en tratamiento. Es a través de estas narrativas como se busca comprender las pautas relacionales básicas conscientes e inconscientes del sujeto. Estos textos constituyen la base de datos que el CCRT utiliza.

Hasta el momento en que Luborsky y sus colaboradores desarrollaron esta técnica, las narrativas, nunca habían sido tomadas como una unidad dentro de la terapia. Tampoco se habían explorado sus características descriptivas, tal como la frecuencia, la extensión y la variedad de personas a las que se refieren. Como ya se señaló, lo que se busca, a través del estudio de estas narrativas, es comprender las pautas relacionales básicas conscientes e inconscientes del sujeto, pautas que no operan en forma independiente sino a través de combinaciones complejas.

A modo de ejemplo, uno de los primeros estudios realizados en los que se aplicó esta técnica, se propuso investigar el grado de predicción de cambios en la alianza terapéutica en función de la precisión de las interpretaciones, desde el comienzo hasta el final del tratamiento. Sus resultados mostraron que la precisión de la interpretación -si es consistente con los temas relacionales centrales que se formulan con el enfoque CCRT- está asociado con una alianza positiva posterior. (Crits-Christoph, Barber, Kurcias, 1993).

5.1.2 Pasos en la aplicación del método

Se identifican, se señalan y se nominan los Episodios Relacionales (ER). Un Episodio Relacional es un fragmento de la narrativa del paciente, donde expresa su relación con otro o consigo mismo, relato que generalmente tiene un principio, un desarrollo y un final, y que constituye en sí mismo una unidad discreta. El discurso de un paciente, entonces, incluye momentos en donde muestra, a través de estos episodios, de su pauta relacional y momentos del relato sin episodios, que pueden contener o no, sus componentes (W, RO y RS) pero de forma aislada

Una vez localizados todos los episodios relacionales de la sesión, se separan en ellos las unidades de pensamiento. Estas son oraciones completas (contienen sujeto, verbo y predicado) con sentido unívoco, que forman parte del episodio total.

Luego se trata de encontrar el tipo de componente que contiene cada una de estas unidades de pensamiento. Los componentes son: Deseo, necesidad o intención (W), Reacción del Otro (RO) y Reacción del Sujeto a la reacción del otro (RS). A su vez, estos componentes se diferencian en expresados y no expresados, positivos y negativos, esperados y no esperados.

Se nominan los deseos de acuerdo a las palabras del paciente, tolerándose en algunos casos un mínimo nivel de inferencia, hecho que debe ser debidamente consignado.

Con los componentes mencionados se confeccionan lo que se denominan "categorías standards", hechas en base a una reformulación de los términos del paciente. Esto permite caracterizar su relato. Estas categorías se logran a través del acuerdo de los jueces participantes.

Se asigna un puntaje a cada episodio relacional de acuerdo al grado de completud del mismo. La escala va de 1 a 5, siendo 2.5 el puntaje para considerar computable un episodio relacional. Posteriormente se cuenta la frecuencia de aparición de los componentes y se procede a la formulación del CCRT.

En este paso se anota la frecuencia con que aparece cada tipo de componente, los más frecuentes se combinan para conformar el CCRT del paciente un ejemplo de esto se encuentra es la evaluación que en esta investigación se realiza sobre la sesión estímulo utilizada (Apéndice V). En esta tarea intervienen dos grupos de jueces entrenados. El primero de los grupos que evalúa el texto extrae de las sesiones los episodios relacionales, mientras que el segundo grupo analiza la planilla del CCRT.

Es recomendable que los jueces cuenten con una mínima información sobre el paciente: edad y sexo e información complementaria sobre la relación que el paciente tiene con las personas que se mencionan en la sesión (amigo, novia, hermano, etc.). Todo esto se consigna brevemente en el texto de la sesión.

5.1.3 Particularidades que presenta la técnica

1) Tipo de la unidad de análisis:

Las divisiones episódicas realizadas por CCRT son de carácter natural, es decir toman elementos propios del contenido del texto del paciente; los evaluadores generan entonces distintos bloques "naturales" sobre los cuales se realiza el análisis. Esto presenta una serie de características que pueden ser tanto ventajosas como desventajosas, ya que si bien evitan que se imponga una segmentación externa al relato y por lo tanto arbitraria, esta modalidad de acción hace que los episodios sean unidades de análisis con una capacidad de comparación entre si limitada, ya que no siempre reúnen las mismas condiciones.

2) Rango temporal:

Esta técnica trabaja con un marco de tiempo "natural". Esto se basa en la suposición de que este hecho facilita la captura de los procesos de cambio, no introduciendo factores externos como fragmentaciones arbitrarias externas al material.

5.2. Modelos de Ciclos Terapéuticos (TCM)

5.2.1 Marco teórico

El "Modelo de Ciclos Terapéutico" (TCM) (Mergenthaler, 1996^a Bucci, 1997) y el proceso de Actividad Referencial (Bucci, 1997) fueron desarrollados respectivamente por Erhard Mergenthaler en la Universidad de Ulm (Alemania) y Wilma Bucci, de la Universidad de Adelphi (EE.UU.). Fueron diseñados para el estudio de procesos psicoterapéuticos a través de la detección de los momentos y sesiones claves de los mismos. Estos puntos claves son definidos como situaciones clínicamente importantes, ya que constituyen puntos de quiebre dentro de la sesión o del tratamiento, necesarios para lograr el cambio en el actuar del paciente (Mergenthaler, 1996^a).

La identificación de los eventos lingüísticos, los cuales en este modelo se asocian con la detección de los momentos o sesiones claves del tratamiento, se logra a través de la lectura de las mediciones arrojadas por los parámetros tenidos en cuenta por el modelo. El TCM, logra la medición de tales índices mediante la asistencia de un software, entre los software propuestos por el autor de esta técnica se encuentran el Text Analysis System (TAS) (Mergenthaler, 1992) que trabaja sobre plataforma Unix y el CM (Mergenthaler, 1998) que trabaja sobre plataforma Windows. Estos programas permiten establecer y definir los parámetros específicos en los que puede basarse el análisis del discurso. En esta investigación se utilizó el TAS como software de análisis.

Los requisitos para ese análisis le son planteados al sistema a través de la inclusión de parámetros de acción, denominados diccionarios. Tales parámetros son potencialmente ilimitados, dado que pueden variar de acuerdo al modelo teórico-práctico desde el cual son diseñados. En el caso de los TCM se establecen tres parámetros fijos de análisis: el Tono Emocional (ET), el lenguaje de abstracción (AL) y la Actividad Referencial computarizada (CRA). Estos parámetros son medidos por el TAS mediante diccionarios técnicos, estos son: el Diccionario de Emoción, el Diccionario de Abstracción y el Diccionario de Actividad Referencial.

Los diccionarios técnicos son aquellos que conectan el vocabulario de un texto con los intereses teóricos del observador. Se definen como: un *listado de palabras* con un *sistema categorial*. En sí son el componente formal del modelo de análisis de texto asistido por computadora. Entre la gran cantidad de diccionarios que se han creado para el análisis general de textos en estos últimos años, podemos citar el "Lasswell Value Dictionary", el "Harvard Psycho-Sociological Dictionary" y el "Regressive Imagery Dictionary".(Bradley y Rockwell, 1997).

Los principios básicos para la confección de los diccionarios son lo que Mergenthaler denomina como la *perspectiva de la marca* (1985). Esta es definida como un conjunto de indicadores de la presencia de ciertos rasgos lingüísticos (tal como palabras que marcan partes del código del lenguaje o conjuntos de sufijos que indican la presencia de conceptos o contenidos específicos). Entonces, las palabras que el paciente usa en las sesiones se convierten en indicadores de momentos específicos del proceso terapéutico.

Los diccionarios nunca son exhaustivos dado que no toman todas las expresiones posibles de cada estilo a analizar sino una muestra de las mismas. En el proceso de "recorte" del lenguaje que supone la

elaboración de un diccionario existen numerosas perspectivas posibles de selección de palabras. Estas abarcan la forma en que se confeccionan los mismos, mediante la utilización de criterios cerrados establecidos por investigadores o abiertos en donde se toma la opinión de legos, y el grado de inclusividad de los mismos.

Una vez confeccionados los diccionarios, es necesario establecer la forma de introducción del material clínico al sistema. El TCM solo toma en cuenta los eventos lingüísticos del discurso del paciente, dejando de lado la comunicación gestual y la presencia de tonos vocales, así como todo aspecto que no responda al lenguaje de tipo verbal. El texto obtenido mediante la grabación de la entrevista terapéutica es transcrito e introducido al sistema mediante la utilización de ciertas reglas de transcripción estandarizadas por Mergenthaler y Gril (1996^b).

Cuando los textos ya han sido introducidos en la computadora, el TCM utiliza el TAS o el CMs aplicándolos sobre el material clínico para lograr la selección y el conteo de palabras presentes en un texto. Estas palabras se encuentran previamente tipificadas en cada uno de los diccionarios. De modo que el programa procesa el texto y determina un porcentaje de palabras para cada uno de los diccionarios. Los tres porcentajes resultantes se computan en proporción al total de palabras presentes en el texto. Una vez obtenidos estos porcentajes, estos datos nos permiten confeccionar un esquema gráfico que representa la forma en que se distribuyen esos porcentajes a lo largo del texto analizado (ver figura 12 a, b y c) representando así, la distribución de los tres estilos lingüísticos definidos por el CM. Para realizar esta tarea, el sistema fragmenta el discurso del paciente en bloques de ciento cincuenta palabras cada uno. Esta cantidad de palabras obedece a la proporción mínima necesaria para que el sistema realice el análisis de cada uno de los estilos lingüísticos.

Este modelo abarca tanto el análisis del discurso del paciente como el del terapeuta, representando gráficamente los estilos lingüísticos del paciente (Figura 1), la proporción del discurso perteneciente a paciente y a terapeuta (Figura 2) y el análisis conjunto del texto del terapeuta y el paciente (Figura 3).

A continuación se describen los estilos lingüísticos que contempla el TCM (Mergenthaler, 1996^a; Bucci, 1993).

5.2.2 Tono emocional

La variable "Emoción" incluye aquellas palabras que revelan un estado emocional o afectivo en el hablante, capaz también de provocar emoción en el que escucha. El motivo de la selección de esta variable radica en que el fenómeno de la emoción es considerado como un aspecto central en casi todos los tipos de psicoterapias.

Si bien la emoción puede ser experimentada y expresada en forma fisiológica, mental e incluso verbal, el CM solo se atiene a los indicadores de la emoción que pueden ser detectados en una transcripción. Por esta razón el concepto de emoción es entendido como el "tono emocional de un texto" (Anderson, Mc.Master, 1986). Es decir, se utiliza la expresión "tono emocional" y no "emoción" para diferenciarlo de los correlatos fisiológicos, ya que no necesariamente coinciden con éstos. Cabe aclarar que, en este caso, el análisis del tono emocional no refleja la valencia del sentimiento pero sí mide la densidad con que en un texto se presenta este tipo de lenguaje.

Debido a la importancia central de la emoción dentro del proceso psicoterapéutico, se asume que la presencia del tono emocional es un prerequisite necesario para la aparición de los momentos clave. Pero esto no es suficiente ya que es fácil hallar momentos en los que un alto nivel de emoción no es acompañado por un insight y no producen cambio terapéutico alguno. Por lo tanto, es necesaria la incorporación de otra variable: el lenguaje de abstracción.

5.2.3 Lenguaje de abstracción.

La variable "abstracción" es entendida como el constructo que lleva al desarrollo del entendimiento y la percepción (Piaget, 1980). Asimismo se define el concepto de "abstracción reflexionante" como "el mecanismo central que conduce a la adquisición de nuevas estructuras" (Schneider, 1983).

Por otro lado, desde un punto de vista lingüístico, la abstracción es definida como la habilidad de construir términos abstractos a partir de conceptos concretos realizando una operación de transformación morfológica (ej.: tierno, ternura). Ambas variables interactúan conformando cuatro configuraciones que, combinadas, constituyen lo que Mergenthaler (1996a) denomina un Ciclo Terapéutico.

5.2.4 La Actividad Referencial medida por computadora (CRA).

Esta variable se refiere al grado en que un esquema emocional de tipo subsimbólico, que comprende representaciones de eventos e imágenes, es capturado en palabras. Para la conceptualización y medición

de la Actividad Referencial, Wilma Bucci (1992) estableció cuatro escalas, desarrolladas para evaluar el grado en que la emoción y fantasía se expresan en palabras. Estas son: Concreción, Especificidad, Claridad y Presentación de imágenes. Estas escalas son el producto de la realización de estándares derivados de críticas literarias y poéticas, como también de investigaciones psicolingüísticas y cognitivo-experimentales.

Las medidas se basan en las características de lenguaje expresivo y evocativo, y su significación en diferentes situaciones del discurso. La Actividad Referencial varía en el transcurso del proceso terapéutico, manteniendo niveles bajos cuando el paciente no ha integrado aún la experiencia a una forma lingüística y, elevándose cuando esta integración se concreta.

La CRA, es una medida de lenguaje que modela la Actividad Referencial a través del uso de computadoras. Permite acceder a una representación gráfica de sus ciclos tal y como se produce en las sesiones terapéuticas (Figura 12, a, b y c), de modo que permite la detección de esquemas emocionales en el transcurso del proceso terapéutico (Sammons & Siegel, 1998). De esta forma la CRA se computa en base a dos listas de palabras separadas: A) Alta Actividad Referencial que consiste en el tipo de palabras que la gente probablemente usa para describir imágenes y eventos concretos y específicos; B) Baja Actividad Referencial, integrada por palabras asociadas con un mayor nivel de abstracción y un lenguaje de tipo general no específico. Finalmente, se computan ambas escalas por separado y luego se deriva el nivel de Actividad Referencial como diferencia entre los dos puntajes.

La CRA se incorpora como un elemento externo a los modelos de Ciclos terapéuticos y se lo usa en conjunción con las fases que se producen a lo largo de los ciclos señalados por Mergenthaler.

5.3.5 Fases

La dimensión cuantitativa de la abstracción y del tono emocional, permite diferenciar al menos cuatro clases de lo que este modelo denomina "Patrones o configuraciones de Emoción-Abstracción". Dichas configuraciones reciben los nombres de Relax, Reflexión, Vivencia y Conexión. El modelo de Ciclos Terapéuticos deriva de una secuencia temporal específica de estas cuatro configuraciones que consiste en cinco fases: Relax, Vivencia, Conexión, Reflexión y Relax. Las mismas se describen a continuación

Fase I: Configuración A Relax: indica el momento en que el paciente presenta un bajo tono emocional y un bajo lenguaje de abstracción. El paciente habla acerca de temas no manifiestamente conectados a los síntomas o temas centrales, y por lo general se centra más en describir que en reflexionar. Es un estado al cual el paciente vuelve cada vez que lo siente necesario, para prepararse física y psíquicamente para un nuevo paso dentro del proceso terapéutico.

Fase II: Configuración C Vivencia: caracterizado por un bajo lenguaje de abstracción y un alto tono emocional. El paciente se encuentra en un estado de vivenciamiento emocional. Puede suceder que esté relatando temas conflictivos y vivenciando estos emocionalmente.

Fase III: Configuración D: Conexión: el paciente presenta un alto lenguaje de abstracción y de tono emocional. Los pacientes encuentran un acceso emocional a temas conflictivos luego de haber podido reflexionar acerca de ellos. Este estado señala un momento clínicamente importante, un momento-clave. Los pacientes que no tienen éxito en conectar emoción y abstracción durante el proceso terapéutico, no tienen mayores probabilidades de mejorar

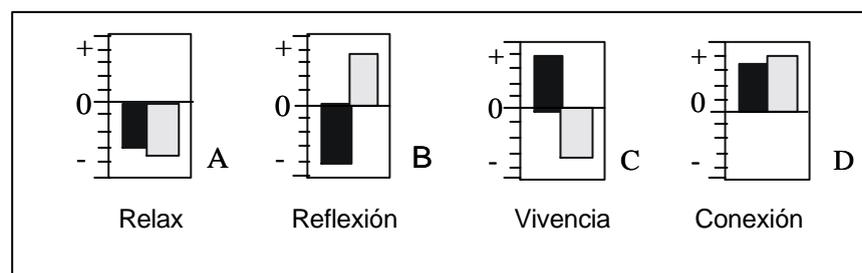
Fase IV: Configuración B Reflexión: implica un alto lenguaje de abstracción y un bajo tono emocional.

El paciente presenta su discurso con altos montos de abstracción sin intervención de la emoción. Esto puede deberse a la acción de mecanismos de intelectualización como una expresión defensiva.

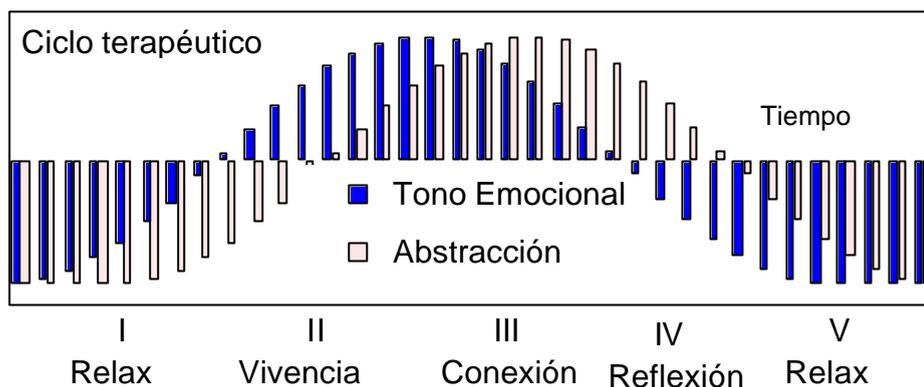
Fase V: Configuración A: Relax: bajo tono emocional y bajo lenguaje de abstracción. Una vez que el estado de reflexión concluye, reaparece la pauta de relajación dando lugar al comienzo de un nuevo ciclo terapéutico.

Descripción de la forma de representación gráfica de fases del modelo de ciclos terapéuticos

Figura 2: Fases del TCM



Fuente: Mergenthaler (1996: 1307).

Figura 3: Secuencia del Modelo de Ciclo Terapéutico de Erhard Mergenthaler

Fuente: Mergenthaler (1996b: 1308)

5.3.6 Particularidades que presenta la técnica

1) Tipo de la unidad de análisis:

El análisis que realiza esta técnica se basa en frecuencias de palabras, recurriendo a una fragmentación arbitraria (bloques de ciento cincuenta palabras) externas al material. Es decir, no se trabaja con un marco de tiempo "natural", como por ejemplo toma el Ordenamiento Q, que será presentado a continuación. Esta introducción de un factor externo puede incorporar cierto grado de dificultad para la captura de los momentos claves. Esta fragmentación presenta cierta labilidad, ya que cualquier modificación que sufra la estructura que genera esta segmentación lo vuelve inestable, perdiendo las características estilísticas que antes presentaba. Ej. Un corrimiento de bloques puede llevar a que un episodio caracterizado como con alto tono emocional y de abstracción pierda esa calidad.

2) Dominio del contenido:

La construcción de los diccionarios utilizados para el análisis del caso estímulo en esta investigación, se realizó partir de una combinación de palabras producto del análisis de cientos de casos acumulados de otras investigaciones (Roussos, et al. 1998). En la construcción de estos diccionarios, participaron centros de investigación de otros países (Universidad de Salamanca, España, Universidad de la República, Uruguay, Universidad de Adelphi, E.E.U.U.).

5.3. Ordenamiento Q para investigación en Psicoterapia (PQS)*

El método de orden Q para investigación en Psicología fue creado por Stephenson (1953) y más tarde desarrollado por Block (1961). El objetivo de este método es posibilitar una descripción cualitativa de un evento a través del ordenamiento de una serie ítems que mencionen características de dicha situación.

Un set Q consiste entonces en un conjunto de ítems, cada uno de los cuales describe una característica o un aspecto psicológico o conductual de un individuo o una situación. El contenido específico de los ítems depende de los objetivos particulares de la investigación. No existe un set Q standard. El objetivo de esto es proveer un conjunto de elementos que capturen, de la manera más exhaustiva posible, las dimensiones de variación crítica entre distintos casos en estudio.

En el área de la investigación en psicoterapia, la técnica Q original fue inicialmente utilizada para realizar investigaciones sobre resultados de la misma. Pero a pesar de su éxito en otras áreas de la psicología, como los estudios de la personalidad o de desarrollo, nunca llegó a aplicarse sistemáticamente en investigación en psicoterapia.

En los últimos años, se construyó el Método Q para el Proceso Psicoterapéutico (PQS) (Jones, 1985). El mismo es utilizado para describir procesos terapéuticos psicodinámicos, evaluar la relación entre proceso y resultados y analizar la naturaleza del cambio a través del tiempo. Se parte del concepto de que "El instrumento central de investigación en los modelos naturalísticos observacionales han sido los estudios de casos clínicos" (Jones y Windholz, 1990:986). Siguiendo esta línea de pensamiento este desarrollo toma como "materia prima" para la descripción del proceso terapéutico las sesiones pertenecientes a estos procesos.

5.3.1 Pasos para la aplicación de la técnica

Luego de estudiar el material relevante (ej. en esta investigación: Primera entrevista de un tratamiento terapéutico) un evaluador procede a realizar el ordenamiento de los ítems de acuerdo al grado que caracte-

rizan el material en estudio. Convencionalmente los ítems Q son impresos separadamente en tarjetas ya que esto facilita la manipulación de los ítems hasta alcanzar el ordenamiento deseado (para una visión más detallada de los ítems que componen esta técnica se presenta una lista de los mismos en el apéndice VII).

Las tarjetas son agrupadas en nueve pilas que conforman un continuum que va desde "Menos característico" (categoría 1) a "Más característico" (categoría 9). La pila del medio (categoría 5) es usada para los ítems evaluados "neutros o irrelevantes". El número de tarjetas puestas en cada pila constituye una distribución normal (van desde 5 en las pilas de los extremos hasta 18 en la del medio, la categoría neutral), requiriendo que los jueces sobre cada ítem realicen múltiples evaluaciones de tal modo que tengan conocimiento de la totalidad de los ítems como requisito previo a su distribución. Esto evita efectos de halo negativo y/o positivo atenuando la influencia de los sets de respuesta.

El método de orden Q es clasificado como un método excluyente, es decir que los ítems son ordenados dentro de un mismo y único caso. Se puede entonces plantear enunciados a modo de pregunta o descriptivos en relación a la situación de un paciente, como puede ser, Ej.: ¿Es este paciente más reflexivo que impulsivo?

De esta manera, el método Q provee un modo para capturar la unicidad y singularidad de cada caso, así como también permite la evaluación de las similitudes y diferencias entre un caso y otro.

Los ítems de las clasificaciones han sido escritos para que las formulaciones que se deriven de ellos sean compatibles con diferentes puntos de vista teóricos. Este hecho hace viable la utilización de esta técnica en la presente investigación, a la vez que cuenta con antecedentes de investigaciones comparativas previas realizadas por el autor de la técnica.

5.3.2 Desarrollo del PQS: aplicación y entrenamiento

El PQS utiliza un lenguaje y un procedimiento de evaluación que tiene como objetivo la descripción exhaustiva, en términos clínicamente relevantes, de la interacción paciente-terapeuta en una forma que sea apta para la comparación y el análisis cuantitativos. El instrumento fue diseñado para ser aplicado a material registrado a través de audio o video como así también sobre transcripciones de sesiones o tratamientos psicoterapéuticos.

Se ha elaborado un manual (Jones, 1985) que detalla las instrucciones para realizar la clasificación Q y provee los ítems y sus definiciones como así también ejemplos operativos, todo esto con el objetivo de minimizar potenciales variaciones en las interpretaciones de los ítems.

Como se explicó anteriormente, los ítems Q están asociados con aspectos conductuales y lingüísticos que pueden ser fácilmente identificados. Por ej.: no se le pide al evaluador que identifique la presencia o ausencia de mecanismos de defensa sino que identifique cuando el terapeuta realiza o no una interpretación sobre un mecanismo de defensa.

5.3.3 Particularidades que presenta la técnica

1) Tipo de la unidad de análisis:

Se refiere al grado de generalidad o especificidad del material a ser examinado. La unidad elegida, ya sea una manifestación verbal o una fase del tratamiento, depende del constructo central de la investigación. Algunos estudios eligen unidades más específicas, ej.: tono vocal del paciente, mientras que otras optan por unidades más amplias, ej.: la producción de un paciente en una o varias sesiones terapéuticas.

2) Rango temporal:

Al contrario de otros tipos de análisis (especialmente aquellos realizados por las otras técnicas usadas en esta investigación) que se basan en frecuencias, porcentajes o proporciones de tiempo, la metodología Q ordena o evalúa no un pequeño segmento sino la sesión terapéutica completa. Es decir, se trabaja con un marco de tiempo "natural". Esto se basa en la suposición de que esto facilita la captura de los procesos de cambio, no introduciendo factores externos como fragmentaciones arbitrarias externas al material.

3) Dominio del contenido:

Los ítems incluidos en el PQS representan una selección empírica a partir de una combinación de cientos de ítems acumulados por otras mediciones de procesos realizadas por los creadores de estas técnicas. También, un panel de jueces clínicos construyó nuevos ítems para este diseño. La versión final del orden Q describe un amplio rango de fenómenos psicoterapéuticos en el dominio del proceso terapéutico.

4) Nivel de interferencia

Un problema que surge cuando una investigación se mueve de los niveles de análisis particulares a los generales, tiene que ver con la necesidad de confiar en juicios inferenciales. El PQS resuelve esto, al establecer una serie de ítems con contenidos definidos que gobiernan el uso de la inferencia. Además los mismos ítems se refieren solo a aspectos lingüísticos y conductuales. En el caso de esta investigación, no se realizan inferencias sobre la situación de la paciente, sino que se la utiliza solamente como un elemento descriptor que se compara con las hipótesis vertidas por los terapeutas que conforman la muestra.

Capítulo 6. Metodología

6.1 Conformación de la muestra

6.1.1 Características de la población participante

La muestra utilizada en esta investigación es de carácter intencional no probabilística. Los sujetos participantes de esta investigación son treinta psicoterapeutas residentes en la ciudad de Buenos Aires pertenecientes a distintas orientaciones teóricas (autorrotulación), catorce con formación y práctica cognitiva y catorce con formación y práctica psicoanalítica. La conformación de esta muestra tiene como objetivo seleccionar informantes calificados en función al problema planteado.

6.1.2 Criterios de inclusión en el estudio

El rango de edades osciló entre los veintiséis y los setenta y dos años y los años de experiencia como terapeutas entre los seis meses y los cuarenta y tres años.

En consideración a que esta muestra será parte de una muestra mayor, perteneciente al proyecto antes mencionado, dirigido por Leibovich de Duarte, que incluirá también terapeutas sistémicos, y en donde la variable experiencia terapéutica juega un papel importante, la muestra se subdividió en catorce terapeutas junior, cada uno de ellos con menos de diez años de práctica como psicoterapeutas y catorce terapeutas senior con más de veinte años de experiencia como terapeutas.

Se intentó mantener lo más homogéneo posible todo lo referente a la formación de los terapeutas, recurriéndose entonces sólo a terapeutas con formación de posgrado en su orientación. De este modo, se restringió la convocatoria a profesionales pertenecientes a centros de formación de reconocido prestigio en la ciudad de Buenos Aires, para que quede asegurado un mínimo de conocimientos teóricos referentes a cada marco . .

6.1.3 Diseño muestral

	Psicoanalistas	Terapeutas cognitivos	Total
Terapeutas Junior	7	7	14
Terapeutas Senior	7	7	14
Total	14	14	

Tabla 1: Tabla descriptiva de la muestra utilizada en este estudio.					
	Media	Desvío standard	Max	Min	N
Psicoanalistas					16
Años de experiencia	18,12	13,17	43	3	—
Cognitivos					14
Años de experiencia	14.64	9.39	34	3	—

6.2 Pasos en el dispositivo de investigación

I Material clínico utilizado*

- a) Sesión inicial de un tratamiento psicoterapéutico (audio registro)
- b) Transcripción verbatim de la sesión.

II Procedimientos

Con todos los terapeutas participantes (de aquí en adelante TP) se siguieron los mismos pasos.

- a) Presentación de la consigna.
- b) El/La TP escucha de la sesión audio grabada.
- c) Simultáneamente lee la transcripción verbatim de la sesión.
- d) Subraya todas aquellas partes del texto que, a su criterio, se consideren relevantes, es decir propone sus marcas.
- e) Detiene la cinta cada vez que tiene, en referencia al material, un indicio, una hipótesis, un comentario o una posible intervención y la formula.

f) Continúa escuchando la cinta, repitiendo el paso e) cada vez que lo considere necesario.

III Cuestionarios sobre el material clínico trabajado

- a) Cuestionario 1: Se responde a las preguntas de la entrevista semi estructurada (Apéndice II). Q
- b) Cuestionario 2: Indica la incidencia que diferentes autores tienen en su trabajo clínico (Apéndice IV).
- c) Cuestionario 3: Selecciona, de una lista de objetivos terapéuticos, los cinco que considera más relevantes, a la vez que comenta acerca de la utilización de recursos técnicos ajenos a su marco teórico (Apéndice III).Q

IV Análisis del texto de la sesión estímulo mediante el uso de las siguientes técnicas de análisis de procesos terapéuticos

- a) El tema central relacional conflictivo (CCRT)
- b) Modelo de Ciclos Terapéuticos (TCM)
- a) Ordenamiento Q

V Análisis de las hipótesis formuladas por los TP

- a) Análisis de los aspectos descriptivos (momento de formulación-frecuencia).
- b) Evaluación del contenido de las hipótesis acorde a los ítems del ordenamiento Q.

Se pueden diferenciar claramente dos momentos de la entrevista, el primero luego de la presentación de la consigna en donde los TP se encuentran con el material clínico, a la vez que exponen sus hipótesis sobre el mismo, con una duración aproximada de una hora y cuarto. El segundo consiste en la respuesta a tres cuestionarios con una duración total aproximada de 30 minutos. La utilización de estos cuestionarios obedece sólo en forma parcial a los intereses propios de esta tesis, estando parte de estas encuestas vinculadas con el proyecto llevado adelante por Leibovich de Duarte. Los puntos de estos cuestionarios o los análisis específicos de los datos, relevantes para esta tesis serán señalados posteriormente.

Cada uno de estos puntos será ampliado a continuación a lo largo de este capítulo.

6.3 Consideraciones generales

Como ya fue señalado, en esta investigación, se apunta a conocer la forma en que múltiples lecturas sobre una misma sesión, se relacionan con los análisis realizados por algunas de las técnicas estandarizadas de estudio de proceso terapéutico. Los terapeutas, a través de sus subrayados y sus hipótesis, realizan su aproximación clínica a la sesión, mientras que las técnicas de análisis de procesos terapéuticos utilizadas en esta investigación, ofrecen un abordaje desde otra perspectiva acerca del mismo texto estímulo.

La intención de vincular los análisis realizados por cada una de las técnicas de análisis de procesos terapéuticos sobre la sesión estímulo con las hipótesis producidas sobre ese mismo texto, tiene su origen en investigar hasta qué punto se pueden rastrear, elementos de la sesión destacados por técnicas objetivas y estandarizadas, en los dichos de los terapeutas.

Existe una diferencia clara entre el tipo de resultados que obtiene cada una de las técnicas utilizadas en este estudio y el proceso de formulación de una hipótesis por parte de un terapeuta. Mientras que las técnicas estandarizadas utilizadas en este estudio, tienen una serie de limitaciones en relación a lo que dicen sobre el texto, limitaciones que le son impuestas por los objetivos y los pasos que las conforman, la producción de hipótesis por parte de los terapeutas que formaron parte de esta muestra, no tuvo limitación alguna en relación a la cantidad, los momentos de formulación o el contenido de dichas hipótesis. De esta forma se comparan dos evaluaciones realizadas en contextos distintos, en lo que se refiere a la libertad de acción, pero que se encuentran describiendo a un mismo referente, la sesión clínica.

La desgrabación de la sesión estímulo se realizó en forma literal (verbatim), no utilizándose a lo largo de la etapa de relevamiento de información, estandarización alguna en su transcripción. Para el análisis posterior de la sesión estímulo se siguieron los pasos de estandarización pertinentes a cada método utilizado.

El formato del texto de la sesión utilizada es exactamente igual para las treinta entrevistas, esto se relaciona con la necesidad de mantener el estímulo estable para todos los participantes, ya que luego se iban a analizar esos textos trabajados por los terapeutas.

6.4 Materiales

6.4.1 Aspectos relacionados con la selección de la sesión estímulo

La sesión que les fue presentada a los terapeutas reúne una serie de condiciones; las cuales están relacionadas con el tipo de vocabulario empleado en la misma y la técnica de entrevista utilizada en este caso*.

Las intervenciones del terapeuta tratante (TT) presentaron un vocabulario técnico neutro, esto quiere decir que no se usaron palabras pertenecientes a un marco teórico determinado. La sesión estuvo orientada a pedir información sobre la situación del paciente, no pudiéndose identificar por la sola escucha o lectura el tipo de orientación teórica del TT. La elección de esta sesión en particular tuvo como objetivo entonces, permitir a los terapeutas participantes trabajar con una sesión poco sesgada por lineamientos teóricos impuestos por el TT.

Para corroborar que el material podía ser usado indistintamente por terapeutas de distintas corrientes, el mismo fue dado a leer a dos terapeutas senior, uno de cada corriente participante en este estudio y que no formaron parte de la muestra de esta investigación. No se le dieron datos acerca del marco teórico del TT y al finalizar la lectura y la escucha de la sesión estímulo, se les realizó una serie de preguntas.

Estas apuntaban a conocer si:

- Podían distinguir el modelo teórico del TT
- El material les resultaba inteligible
- Los lineamientos impuestos a esta entrevista por el TT les otorgaba datos suficientes como para formular hipótesis sobre la situación del paciente.

Ambos terapeutas manifestaron no poder precisar el modelo teórico del TT y declararon que el material resultaba inteligible desde su modalidad de trabajo y que poseía datos suficientes como para trabajar sobre el mismo.

La decisión de utilizar una primera entrevista obedece a razones relacionadas con la calidad y la cantidad de información que se registra en ella, las que pueden sintetizarse en los siguientes puntos:

- Por ser la primera entrevista, no hay información anterior acerca del paciente, por lo que los terapeutas participantes de este estudio estuvieron en condiciones similares a las del TT. La excepción fundamental a este punto está relacionada con toda aquella información correspondiente a los aspectos visuales e interaccionales, lo cual conforma una limitación de este estudio.
- A lo largo de la primera entrevista se suele realizar la solicitud de información más exhaustiva, provocando esto que apareciese una gran cantidad de material de tipo referencial, que no se suele obtener en una sesión posterior del tratamiento. Por otra parte, siguiendo los resultados de la elaboración que se ha realizado sobre esta temática (Leibovich de Duarte 1998^b), se considera que la primer entrevista es el punto clave por donde comenzar un estudio sobre la producción de hipótesis de los terapeutas.

6.5 Procedimientos

6.5.1 Consigna:

La consigna que se utilizó para la presentación del material dice así:

PRESENTACIÓN

En esta investigación nos proponemos estudiar cómo los psicoterapeutas analizan el material clínico de los pacientes. Tratamos de llegar del mejor modo posible a conocer cómo es la instancia de construcción de las inferencias clínicas adentrándonos en el proceso introspectivo del terapeuta. Para ello le proponemos escuchar el material grabado de la primera entrevista de un proceso psicoterapéutico, y le pedimos que trate de escucharlo del modo más parecido a lo que hace habitualmente con un paciente.

Escuche la cinta.

A medida que vaya escuchando el material y siguiéndolo en el texto, marque todo aquello que considere relevante, o pueda parecerle significativo, aunque no pueda comprender su significado o fundamentarlo en ese momento.

Cuando considere que llegó a formular su primera hipótesis detenga el grabador para dar cuenta de ella. Haga lo mismo cada vez que considere que tiene una nueva hipótesis para formular.

Si uno o más de los fragmentos o pasajes del material le sugieren intervenciones que usted formularía, proceda cada vez deteniendo el grabador y por favor esbócelas. Sus intervenciones pueden coincidir o no con las intervenciones efectuadas por el terapeuta que va a escuchar en la sesión.

Si le parece necesario relacionar materiales de distintos segmentos de la sesión, hágalo indicando la relación siguiendo la numeración de los párrafos, por ejemplo cinco y veinte etc.

6.5.2 Presentación del material a los terapeutas participantes

La doble presentación del material (en forma escrita y también a través de su registro en audio) estuvo orientada a la obtención de datos que permitiesen estudiar la relación entre los sectores relevantes de la sesión (marcas) y las hipótesis presentadas.

Los sujetos participantes de este estudio asistieron de manera individual a una sesión de trabajo en la que escucharon y leyeron un mismo material clínico de una primera entrevista de psicoterapia. La idea fue mostrar un único y común estímulo disparador de hipótesis para todos los terapeutas.

Se les solicitó a los TP que informasen sobre las hipótesis que este material les sugiriese y que subrayasen en la transcripción de la sesión las palabras o sectores del texto del paciente, que les resultaran significativas.

6.6 Vinculación entre marcas e hipótesis

Como ya fue planteado, uno de los objetivos de esta investigación es tratar de encontrar la forma en que se vinculan los elementos seleccionados por los TP como relevantes en la sesión estímulo (marcas) con la formulación de hipótesis sobre ese mismo material clínico. Una diferencia clave entre estos dos elementos radica en el hecho de que, mientras el material subrayado responde a un lugar específico del texto y hace referencia a un contenido unívoco del mismo, las hipótesis pueden hacer referencia a momentos distintos de la sesión que no necesariamente correspondan con el contenido del momento en que fueron formuladas.

Para poder realizar un análisis cruzado sobre las marcas y las hipótesis, se tuvo en cuenta el momento de aparición de cada uno de estos eventos. Observándose entonces, si se presentaba un fenómeno de contigüidad entre marcas e hipótesis o si había alguna distancia estable, a modo de patrón constante, entre las marcas y las hipótesis. Para este último objetivo, fue necesario considerar que el terapeuta pudo haber tenido en cuenta un cúmulo de material del paciente antes de formular su hipótesis. Es decir, que las hipótesis pudiesen estar asociadas a más de un fragmento del material y por ende a más de una marca propuesta por el TP.

Estos análisis se realizaron para cada marco teórico por separado, comparando:

- a) el bloque donde fue formulada una hipótesis con las marcas que pudiesen estar subrayadas en ese mismo bloque, fenómeno de contigüidad (retardo=0) y
- b) el bloque donde fue formulada una hipótesis con las marcas que pudiesen estar subrayadas en ese bloque y/o los cuatro bloques anteriores, fenómeno de retardo, (retardo=5).

De esta forma, se intentó conocer la posible existencia de una distancia sistemática a modo de patrón de retardo, entre la elección de las marcas y la formulación de las hipótesis de los terapeutas. Es decir, que las marcas y las hipótesis de los terapeutas, en lugar de encontrarse temporalmente cercanas dentro de la sesión, se presentasen luego de un tiempo determinado, conformando de esta forma un patrón sistemático que pudiese dar cuenta de un tiempo de procesamiento de la información, abstracción y generalización de los datos que el terapeuta fuese realizando.

6.7 Consideraciones y limitaciones del diseño de esta investigación

Como se indica en el capítulo referido al estudio sobre el proceso inferencial clínico de los terapeutas, toda investigación genera una desnaturalización del contexto propio de una sesión terapéutica. Esto provoca una amenaza a la validez externa de la investigación, nada asegura, en este caso, que las hipótesis que los terapeutas han generado dentro de la entrevista tengan las mismas características que aquellas que se pudieran formular en un encuentro "on line" con el paciente. Sin embargo este dispositivo de investigación permite establecer una situación de trabajo, que se asemeja al momento de elaboración de hipótesis por parte de los terapeutas.

El formato de la entrevista utilizada permitía al terapeuta proponer marcas y formular hipótesis al mismo tiempo o no, según él/ella lo considerase necesario. No se encontraban necesariamente relacionadas una acción de la otra. ya que, como se señaló, para la formulación de una hipótesis se detenía la presentación de la sesión clínica y luego se la retomaba acorde a las indicaciones de los entrevistados.

Como ya se señaló, el diseño general de la investigación perteneciente a esta tesis en lo referente al proceso inferencial de los terapeutas forma parte de la investigación de Leibovich de Duarte y colaboradores (1997, 1998^a, 1999^a, 1999^b). Se realizaron las modificaciones necesarias para la incorporación de las técnicas de análisis de procesos terapéuticos y para la realización de los análisis correspondientes a los objetivos específicos de esta tesis.

6.8 Aspectos metodológicos de las técnicas de análisis de proceso terapéutico utilizadas

Las técnicas de análisis de procesos terapéuticos, que se utilizaran en esta investigación (CCRT, TCM y PQS), las cuales ya han sido presentadas, fueron seleccionadas para la presente investigación debido a su capacidad para caracterizar una sesión terapéutica en su totalidad o bien fragmentos de ella. Como se explicará a continuación, para la utilización de las mismas, en algunos casos se dejó de lado el objetivo específico para el cual fueron creadas.

El uso de técnicas que consideran el material verbatim perteneciente a un tratamiento terapéutico, permite confrontar la formulación de hipótesis vertidas por los terapeutas participantes con criterios externos

estandarizados. Ej.: Las fragmentaciones que realiza el CCRT sobre la base de episodios relacionales puede permitir establecer puntos fijos en la sesión del paciente, lo cual posibilita estudiar, entre otras cosas, si las hipótesis brindadas por los terapeutas aparecen simultáneamente, si son posteriores o si no tienen relación temporal alguna con estos episodios.

Es necesario aclarar que en alguno de los casos los constructos teóricos sobre los que se construyeron estas técnicas pueden no coincidir con los de los terapeutas participantes, ej.: el CCRT es una técnica construida sobre la base de los conceptos de transferencia y relaciones objetales pertenecientes al modelo psicoanalítico, conceptos teóricos que los terapeutas cognitivos pueden no mencionar en forma directa en sus hipótesis. Pero, como el fin de esta investigación no es confrontar formulaciones teóricas sino la selección de marcas con la formulación de hipótesis, el origen teórico de estas técnicas fue considerado como no relevante a los fines de esta investigación.

6.8.1 El Tema Central Relacional Conflictivo (CCRT)

Esta técnica, como ya fue señalado, está orientada a identificar la configuración principal de relaciones enunciadas en el discurso por los pacientes. Esto se realiza mediante la localización de los temas que se repiten con mayor frecuencia dentro del discurso del paciente. El supuesto presente en la técnica es que los componentes más reiterados de los episodios relacionales señalan dónde se encuentran los conflictos centrales de cada paciente.

Como ya se ha señalado el CCRT es tal vez la técnica de estudios de procesos terapéuticos con mayor desarrollo y aplicación en la investigación en Psicoterapia. Este desarrollo ha resultado en una mayor sofisticación y una mayor especificidad de la técnica, lo que ha implicado una complejización de la técnica y de los resultados a los que se puede arribar con la misma, tal como se desprende del informe realizado por Kächele y colaboradores (1999).

En el marco de la presente investigación, esta técnica se utilizó para constatar si las hipótesis generadas por los TP coinciden con los episodios detectados por el CCRT. Se observó esta posible relación tanto en los aspectos descriptivos de las hipótesis, como puede ser el momento de su formulación (coincidencia o precedencia temporal de las hipótesis con los episodios) como en los aspectos de contenidos relacionales (coincidencia de las temáticas).

Para el presente estudio se convocó a un equipo de evaluadores expertos en CCRT. Ninguno de los terapeutas pertenecientes al equipo de CCRT forma parte de la muestra de TP en esta investigación. El CCRT realizado sobre la sesión estímulo no presenta modificación alguna sobre la técnica original.

6.8.2 El ordenamiento Q (PQS)

Como fue explicado, el PQS es un instrumento multidimensional diseñado para la descripción y cuantificación de sesiones terapéuticas. Permite objetivar las impresiones y las formulaciones derivadas de una gran cantidad de datos clínicos y al mismo tiempo, resume los datos por medio de una batería de 100 ítems que describen varios aspectos del proceso analítico: las actitudes, conductas o experiencia del paciente; las acciones y actitudes del terapeuta; y la naturaleza de su interacción.

Existen varios trabajos en los cuales se utilizan los ítems del PQS para el estudio discriminatorio de los modelos psicoterapéuticos que son considerados en esta investigación (Jones y Pulos, 1993^b, Stuart Ablon y Jones, 1998). Estos trabajos muestran la ductilidad que posee el esquema de ítems pertenecientes al orden Q y su plasticidad para la obtención de información discriminante.

En esta investigación se utiliza los ítems pertenecientes al ordenamiento Q en diferentes formas:

1) A través de su formato clásico para la descripción de un caso por jueces, tal como ha sido descrita en el capítulo sobre el Ordenamiento Q. Para la evaluación de la sesión estímulo presentado a los TP, acorde al formato original del PQS se convocó a cuatro terapeutas, dos de cada orientación teórica participante en esta investigación. En base a la evaluación realizada por estos jueces se conformó un ordenamiento descriptivo de la sesión estímulo.

2) También se utilizaron los ítems del PQS para describir e intentar discriminar las hipótesis de los terapeutas y luego realizar una comparación con otros aspectos de esas mismas hipótesis (Ej. momentos de su formulación en la entrevista).

3) Se realizó un estudio adicional, el cual consistió en la comparación de los resultados obtenidos a través del PQS en la evaluación de las hipótesis de los TP con los resultados obtenidos en un estudio intitolado "Cómo los prototipos de los clínicos de un tratamiento correlaciona con los resultados terapias cognitivo comportamentales y psicodinámicos". (Stuart Ablon y Jones, 1998).

En dicho estudio los autores presentaron una metodología para identificar cuáles son los elementos que distintos marcos teóricos consideran que inciden en el proceso terapéutico.

Como primer paso, en el estudio de Stuart Ablon y Jones, dos paneles de expertos (psicoanalistas y

terapeutas cognitivos) desarrollaron prototipos de los objetivos de la terapia, utilizando las cien tarjetas del PQS. En base a esto cada panel de expertos conformó un set de ítems correspondientes a las características específicas de su modelo teórico. Como segundo paso, se midió el grado en que los tratamientos terapéuticos, llevados adelante por terapeutas de las líneas teóricas, se asemejaban a los prototipos previamente armados.

Las listas correspondientes a las características prototípicas de objetivos de cada marco teórico según los ítems del PQS obtenidos en esa investigación fueron comparadas con listas generadas por la evaluación de las hipótesis de los TP según los mismos ítems.

El objetivo de esta comparación fue conocer si los objetivos señalados por los terapeutas norteamericanos como prototípicos de cada marco teórico pueden identificarse con las hipótesis que formularon los TP cognitivos y psicoanalistas en la investigación sobre la formulación de hipótesis.

6.8.3 El Modelo de Ciclos Terapéuticos (TCM)

Como se señaló en la página 41 el TCM estudia los momentos y las sesiones claves de los procesos terapéuticos y los momentos de insight de un discurso.

Para la realización de este estudio a la desgrabación y transcripción de la entrevista se le aplicaron las reglas de estandarización indicadas por Mergenthaler (1996^a).

Esta técnica fue utilizada para analizar el grado de coincidencias entre aquellos segmentos del texto señalados por los TP como relevantes, el momento en que formularon sus hipótesis y la evaluación que realizó el TCM tanto en términos de fases, cuanto en cada uno de los estilos lingüísticos que lo componen. De esta forma se intentó explorar en que momentos los terapeutas propusieron mayor cantidad de marcas y/o formularon mayor cantidad de hipótesis. Por ejemplo, se exploró si en los momentos en que el discurso del paciente se encuentra en una fase de conexión (indicador de insight) y con un grado elevado de Actividad Referencial (RA) se formulan una mayor cantidad de hipótesis.

Con el uso de esta técnica se intenta establecer si ciertos parámetros establecidos por el TCM, como pueden ser los momentos claves de una sesión, actúan como disparadores de hipótesis en los terapeutas.

6.8.3.a Estudios sobre los marcos referenciales teóricos

Uno de los aspectos claves para poder explorar el fenómeno de la producción de hipótesis en terapeutas de distinta orientación teórica, es conocer hasta que punto los terapeutas que conforman la muestra estudiada son representativos de sus marcos teóricos. Una baja representatividad de los mismos redundaría en datos con poca validez.

Sin embargo es imposible determinar con exactitud hasta qué punto la adherencia a un modelo teórico es completa, esto sin tener en cuenta, las variantes que sobre una misma rama teórica existen, ni la disparidad de formas en las cuales los conceptos teóricos son trasladados a la práctica. Para controlar esta variable, se establecieron dos criterios de inclusión (página 53). El primero es el de la autorrotulación, a través del cual el terapeuta define su pertenencia a un marco teórico. El segundo criterio, es el de la pertenencia a una institución de formación de post grado. Este último punto permite corroborar que existe una formación teórica en común de todos aquellos terapeutas de un mismo grupo.

Para tratar de obtener mayor información con relación al marco teórico de los terapeutas participantes, se confeccionó un listado de autores que se presentó a todos los TP. Se les preguntó sobre el grado de influencia que estos autores tenían en su terapéutica actual (ver apéndice IV). Esta idea estuvo inspirada en un trabajo de Hamilton (1996) quién, para estudiar similitudes y disimilitudes en conceptos teóricos dentro del psicoanálisis elaboró un cuestionario con autores psicoanalíticos de distintas corrientes e hizo que un grupo de psicoanalistas seleccionara aquellos que influían en su formación. En este caso se realizó una listado de autores integrada por representantes de tres marcos teóricos, el psicoanalítico, el cognitivo y el sistémico. Se incorporaron autores que hubiesen realizado aportes teóricos propios. También se le agregó un espacio para la incorporación de nuevos autores a elección del TP.

Si bien el tipo de información obtenida por este listado, no da cuenta con seguridad de la formación teórica de los terapeutas, sí permite agruparlos por adhesión teórica e identificar a los terapeutas que denuncian una práctica clínica con influencias disímiles a los de su marco teórico, así como también establecer si el sistema de autorrotulación resulta efectivo con relación a otra forma de autodescripción.

6.8.3.b Nivel de concordancia entre los terapeutas participantes y el terapeuta tratante

El objetivo de este estudio fue conocer hasta qué punto el accionar del TT, a través de sus intervenciones en la sesión pudiese estar guiando a los terapeutas para la formulación de sus hipótesis, o, si alguno de los marcos teóricos tenidos en cuenta en esta investigación se muestra influido en mayor medida por el accionar del terapeuta TT. De suceder este fenómeno, las conclusiones obtenidas en base al análisis descriptivo

referido a la cantidad y ubicación de las hipótesis en el relato, no reflejarían aspectos propios de los TP o de sus marcos teóricos sino de la secuencia impuesta por el TT. La única conclusión posible frente a tal situación, sería que un experimento, como el diseñado para esta investigación, no permitiría acceder a información de los TP, sino simplemente a su permeabilidad frente a las intervenciones del TT. Este hecho amenazaría la validez de los resultados obtenidos usando como "materia prima" las hipótesis formuladas por los TP.

6.9 Procedimientos relacionados con la recolección de los datos

El análisis de la información que se realiza en esta investigación, se basa tanto en el análisis de la sesión estímulo cuanto en el análisis del material que proporcionan las hipótesis vertidas por los psicoterapeutas entrevistados. El procedimiento de recolección de los datos se realizó, primero, desgrabando verbatim cada una de las entrevistas realizadas con los terapeutas participantes; segundo, indicando en qué momentos, en el texto de la sesión estímulo, se habían suscitado las interrupciones para la formulación de hipótesis.

6.10 Aspectos Éticos

En esta investigación se siguieron las normativas referentes a aspectos éticos en la investigación, planteadas por el "Código de ética" de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires (APBA, 1993), en sus puntos; 6.1, Docencia y Capacitación profesional, 6.3, Investigación.

Cabe destacar que dicho código ético guarda absoluta compatibilidad con las normativas al respecto planteadas por la American Psychological Association en las mismas temáticas (A.P.A., 1992) y a la legislación nacional existente (Ley Nacional, 1995).

También fueron utilizados en el planteo ético de esta investigación los conceptos vertidos por Leibovich de Duarte acerca de la formulación metodológica de investigaciones en el área de la salud mental (Leibovich de Duarte, 1994^a).

Tanto el paciente como el terapeuta tratante de la entrevista terapéutica utilizada debieron completar un consentimiento por escrito autorizando el uso de ese material con fines científicos. (Modelo de consentimiento informado).

Capítulo 7. Análisis de los datos

7.1 Características generales

En esta sección, se desarrolla el análisis de los datos obtenidos en los distintos momentos de esta investigación las entrevistas a los TP. Este análisis incluye diferentes pruebas estadísticas, las cuales son descriptas brevemente al final del capítulo.

7.1.2 Consideraciones

La mayor parte de los análisis de datos realizados en esta investigación son de tipo cuantitativo. En conjunto con los datos descriptivos básicos se utilizaron técnicas multivariadas, lo que permitió la exploración de los datos en su conjunto, yendo más allá del uso de medias por terapeuta o por marco teórico. De esta forma, se pudo obtener un mayor caudal de información al tener en cuenta la variabilidad natural de los datos. Sundbom y colaboradores (1999) consideran que el uso de técnicas con estas características es altamente adecuado para este tipo de investigaciones, en las que se analizan una cantidad dada de sujetos conjuntamente con múltiples variables asociadas. No obstante esto, las técnicas multivariadas para el análisis de datos aún no han sido masivamente aprovechadas en las investigaciones sobre psicoterapia.

A lo largo del apéndice XI donde se reseñan los métodos del tratamiento estadístico de la información se comentará con detalle cada técnica que sea utilizada para el análisis de las relaciones entre marcas e hipótesis. Las técnicas estadísticas utilizadas en esta investigación involucran una serie de supuestos relacionados con el tipo de distribución que poseen los datos, con la variación que presentan los mismos y con la independencia de las unidades muestrales. Previo a la ejecución de cada una de las pruebas se comprobó el cumplimiento de los respectivos supuestos.

Los programas específicos de computadora utilizados serán detallados en el apéndice XI junto a la descripción de cada uno de las pruebas estadísticas utilizadas.

Una consideración especial merece el hecho de que en la consigna presentada a los terapeutas se menciona la posibilidad de enunciar posibles intervenciones que los TP hubiesen realizado de haber estado en esa situación terapéutica. Sin embargo, la formulación de estas intervenciones nunca fue independiente de las hipótesis sobre las que se basaban dichas intervenciones. Por este motivo y al no ser parte de los objetivos de esta investigación, no se hace mención en este análisis de dichas potenciales intervenciones.

7.1.3 Pautas o patrones en las marcas según el marco teórico

Se realizaron diferentes análisis de los datos, utilizando distintas segmentaciones del texto, con el objeto de explorar cual de estas segmentaciones se ajustaba con mayor precisión para una comprensión acabada de los datos. El interés principal, estuvo centrado en indagar la existencia de patrones en la naturaleza del texto subrayado, según el marco teórico de los TP.

Se considera, entonces, "patrón" a la cantidad y lugar de subrayados en el texto estímulo, buscando en este caso la existencia de regularidades acorde a cada marco teórico.

7.1.4 Segmentaciones de la sesión estímulo utilizadas en este estudio

Para poder llevar adelante un análisis de carácter formal sobre los elementos presentes en un texto, fue necesario realizar sobre el mismo una división que permita generar unidades de análisis comparables (Mergenthaler 1996c:). Sin embargo, como Jones ha señalado, toda segmentación implica una arbitrariedad sobre el texto analizado, que puede derivar en la pérdida de representatividad de los resultados (Jones, 1990).

Existen distintos criterios para establecer tipos de segmentación para el análisis de los textos. Para realizar el análisis de los datos obtenidos, se exploraron diferentes tipos de segmentación con el fin de conocer cuál de estas segmentaciones permitía obtener resultados lo más representativos posibles. Por lo tanto, las diferencias y similitudes entre ambos marcos teóricos, en los aspectos que se relacionan con el lugar en el texto y la cantidad de marcas propuestas e hipótesis formuladas, fueron estudiadas con diferentes escalas. Cada modalidad de segmentación utilizada es señalada oportunamente a lo largo de esta sección.

Para clarificar que segmentaciones se utilizaron en este estudio se presenta a continuación una tabla con los tipos de segmentaciones utilizadas y sus características.

Tabla 2			
Segmentaciones utilizadas para el análisis de los datos*			
Unidad de segmentación	Característica	Utilizada para analizar	Tipo
1 Renglón	Unidad mínima	Marcas	Arbitraria
2 Bloques de cinco renglones		Marcas e hipótesis	Arbitraria
3 Bloques de ciento cincuenta palabras.	Utilizada por el TCM	Marcas, hipótesis y fases de los TCM sus componentes (ET, AL y CRA)	Arbitraria
4 Bloques de sesenta renglones	Resultado de la división del texto en diez sectores.	Marcas e hipótesis	Arbitraria
5 Bloques de ciento veinte renglones.	Resultado de la división del texto en diez sectores.	Marcas e hipótesis	Arbitraria
6 Episodios relacionales	Utilizada por el CCRT	Marcas, hipótesis y elementos del CCRT (W, RO y RS)	Natural

* Como ya fue señalado, para el uso del PQS no se realiza una segmentación de la sesión.

Las tres primeras escalas presentadas en esta tabla pueden denominarse escalas “micro”, ya que se toman como unidades de análisis pequeñas porciones de texto”, estas unidades pueden poseer sentido completo o no.

Las unidades “micro” de análisis utilizadas en esta investigación son:

- Cada renglón del texto que haya sido subrayado por los TP, incluyendo al menos una palabra o el renglón en su totalidad, esta unidad solo se uso para el análisis de las marcas.
- Bloques de cinco renglones para el análisis de las hipótesis y el análisis de las marcas en conjunto con las hipótesis. Se consideró que bloques de cinco renglones representaban la menor unidad de texto en la cual cobraba sentido este tipo de asociación, ya que, como será discutido más adelante, el tamaño de las unidades a utilizarse influye en la posibilidad de observación de pautas sistematizadas de marcación e formulación de hipótesis1.
- También es usada una segmentación por cantidad de palabras, siguiendo la modalidad de los TCM (ver página 43), conformándose bloques de ciento cincuenta palabras que son analizados a lo largo de este capítulo.

El segundo grupo de escalas utilizadas son de carácter “macro”, ya que las unidades de análisis son sectores de mayor tamaño, por ejemplo bloques de sesenta o de ciento veinte renglones, los cuales son el resultado de la división del texto en diez o cinco partes iguales.

Un criterio distinto, con relación al tipo de fraccionamiento de los textos utilizado en este trabajo, se basa en dos modalidades de segmentación. Una de primera modalidad de tipo arbitraria, como la realizada en base a la división por renglones, por bloques de cinco renglones, o por bloques de ciento cincuenta palabras utilizada por el TAS en el TCM. Una segunda modalidad de segmentación es aquella que tiene en cuenta el contenido de la sesión, para realizar la división de sectores, la cual se denomina división en segmentos naturales, en esta investigación este tipo de segmentación es utilizado a través de la división episódica del CCRT.

Un punto intermedio entre estos criterios de segmentación, sería el de la partición del texto en diez o cinco sectores de igual longitud. Si bien mantiene la arbitrariedad de corte, los sectores incluirían unidades de sentido dentro de sí mismos y mostrarían de forma más representativa los distintos momentos de la sesión, como pueden ser la presentación, el desarrollo y el desenlace de historias dentro de la sesión.

7.2 Análisis de los datos en función a las marcas propuestas por los terapeutas participantes

El primer análisis realizado fue el que permitió establecer la cantidad de marcas propuestas por todos los TP que participaron de la muestra. La cantidad de marcas propuestas fue la siguiente:

Tabla 3		
Cantidad de marcas propuestas por los TP		
	Total de Marcas propuestas	N*
Psicoanalistas	1761 renglones	16
Terapeutas cognitivos	1388 renglones	14
Total de TP	3149 renglones	30

Las medias, los desvíos y los coeficientes de desviación de estos datos serán presentados a continuación.

*Cantidad de terapeutas

7.2.1 Organización de los datos para su análisis

En base a la sesión estímulo subrayada por los TP, se confeccionó una matriz en donde las columnas representaron a los TP (N=30) y las filas a cada renglón del texto (N=600). Los valores posibles de cada celda fueron: "1" cuando el TP marcó una o más palabras de un renglón o "0" cuando no lo hizo (Ver Matriz M1 en Apéndice X).

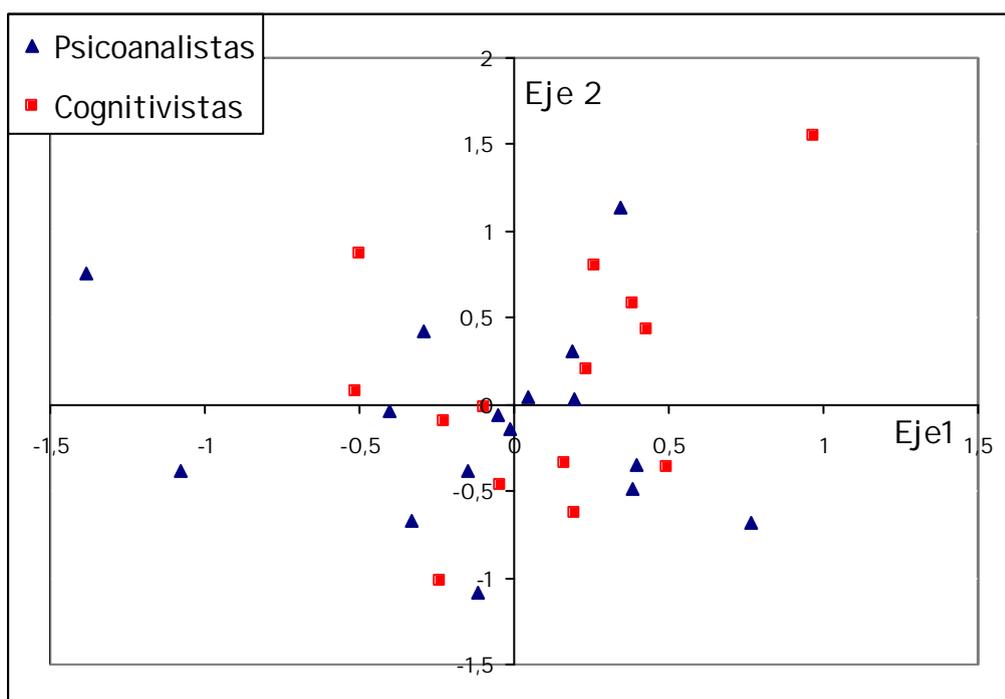
7.2.2 Análisis exploratorio de los datos referido las marcas

Con el objeto de observar las diferencias en el patrón de marcación de los TP provenientes de los distintos marcos teóricos, se realizó un análisis exploratorio de los datos, a partir de la matriz M1. Para esto se utilizó la técnica estadística multivariada de "escaleo múltiple no métrico" [Non Metric Multi Scaling] (NMMS) utilizando el coeficiente PHI como índice de similitud.

En la figura 4 se observa que espacialmente no existe un agrupamiento neto de los TP de cada marco teórico de acuerdo al patrón de marcación. Es decir no hay una segregación espacial entre los TP de acuerdo a su marco teórico. Esto se debe a que la cantidad y el lugar de las marcas propuestas presenta mayor variación entre TP de un mismo marco teórico que entre TP de distintos marcos teóricos. Por lo tanto se puede suponer la existencia de algún factor no estudiado que actúe sobre los terapeutas al momento de discernir cuáles son los fragmentos importantes del texto.

De existir un agrupamiento entre los TP de cada marco teórico, esa variación se hubiese reflejado en la figura 4 mediante una separación entre las representaciones de las marcas según al marco teórico de los terapeutas.

Figura 4: Resultado del NMMS para el patrón de marcación



7.2.3 Estudio de los patrones de subrayado según diferentes unidades de análisis

7.2.3.a) Unidad de análisis: renglón

En la tabla 3 se presenta el estudio estadístico descriptivo de los datos utilizando como unidad de análisis cada renglón. Los psicoanalistas presentan, en promedio, mayor cantidad de renglones marcados que los TP cognitivos. Sin embargo, el coeficiente de variación es demasiado alto para ambos marcos teóricos como para suponer una tendencia.

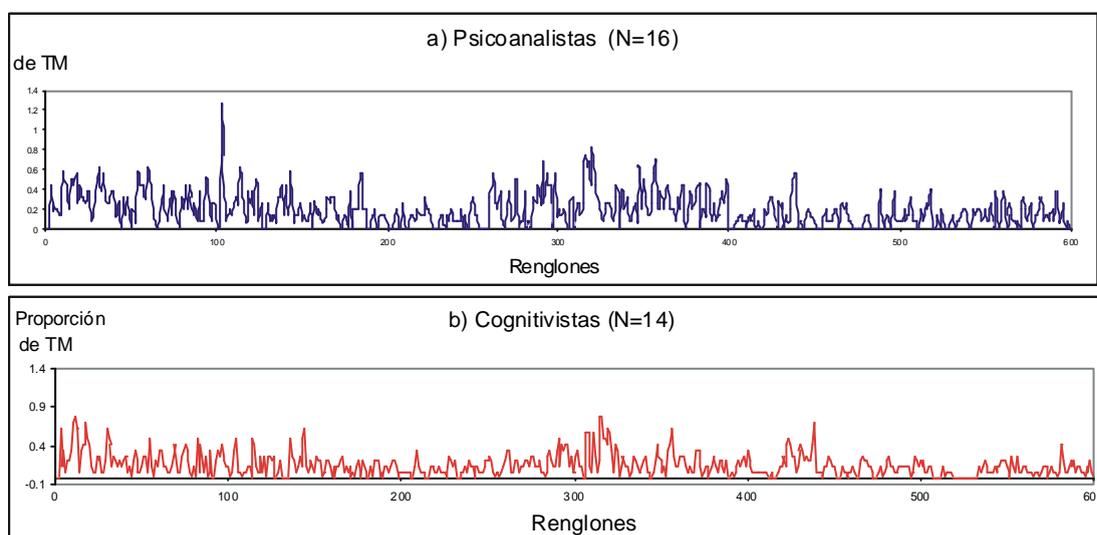
Datos descriptivos de las marcas propuestas (segmentación por renglón)				
Marcas	Media	Desvío Estándar	Coefficiente de variación	N
Total de terapeutas	104,73	69,00	65,88%	30
Psicoanalistas	110,66	66,48	60,41%	16
Terapeutas cognitivos	99,14	73,26	73,90%	14

El coeficiente de variación se calculó como el desvío estándar dividido la media por cien.

Con el fin de estudiar si las diferencias observadas en las tablas 3 y 4 eran significativas se realizó un análisis de varianza de un factor, utilizando como variable de estudio la proporción de renglones marcados por los TP y el marco teórico como criterio de clasificación. Este análisis mostró que las diferencias no son significativas ($F: 0,167$ $P: 0,686$) debido especialmente a la alta variación entre los TP de un mismo marco teórico.

En las figuras 5a y 5b se muestra gráficamente la proporción de marcas en cada renglón para cada marco teórico.

Figura 5^a y 5^b. Proporción de marcas por cada renglón.



Como se puede observar en las figuras 5^a y 5^b, la escala de análisis utilizada, al ser demasiado pequeña, no permite la visualización de un patrón general. Por lo tanto, no se pueden observar tendencias claras, ya sea de aumento o disminución, de las marcas propuestas en las distintas partes del texto.

Se realizó una correlación no paramétrica (Kendall Tau) entre las marcas de los TP cognitivos y psicoanalistas, con la intención de estudiar diferencias o similitudes en los renglones propuestos como importantes. Este análisis mostró una correlación significativa ($K \text{ tau} = 0,491$ $P = 0,001$ $N = 600$) señalando que los TP de ambos marcos teóricos consideran lugares similares del texto como material relevante del paciente.

7.2.3.b) Unidad de análisis: por bloques de 60 renglones (texto dividido en 10 sectores).

Tabla 5				
Estadística descriptiva de las marcas por bloques de 60 renglones (división en 10 sectores)				
Marcas	Media por sector	Desvío estándar	Coefficiente de variación	N
Total de terapeutas	10.47	9.14.	87.28%	30
Psicoanalistas	11.10	9.04	82,17%	16
Terapeutas cognitivos	9.91	9.21	92,91%	14

El coeficiente de variación se calculó como el desvío estándar dividido la media por cien.

En la tabla 5, a partir de esta nueva segmentación, se puede observar una distribución diferente de las marcas de los TP. Esta segmentación mostró que los psicoanalistas marcaron más cantidad de renglones por sector que los terapeutas cognitivos. Sin embargo, se evidenció una alta variabilidad entre TP ambos marcos teóricos.

Para estudiar las diferencias entre marcas se realizó un ANOVA modelo II (diseño de bloques), se utilizaron como criterios de clasificación los marcos teóricos y los distintos sectores del texto.

Este análisis mostró diferencias significativas entre ambos marcos teóricos (F: 4,121 P: 0,044) y entre sectores (F:16,561 P: 0,001). Sin embargo la interacción entre marco teórico y sectores no resultó significativa.

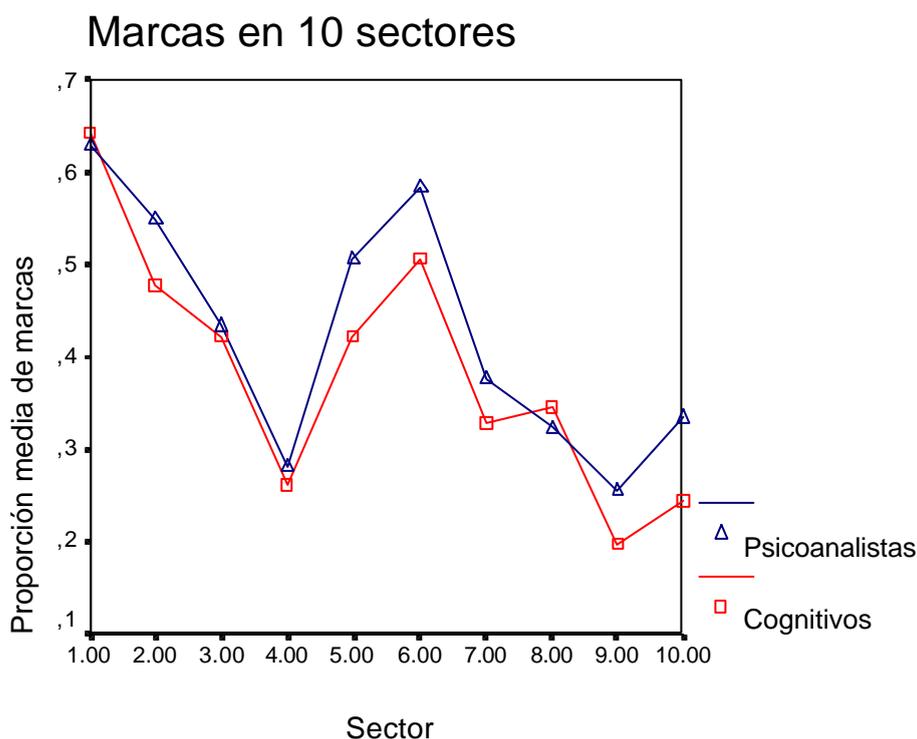
En todos los sectores los TP provenientes del marco teórico psicoanalítico señalaron mayor cantidad de texto (Figura 7).

A diferencia de lo observado en las figuras 5a y 5b, en las cuales la unidad de análisis corresponde a un renglón, al utilizar una segmentación de bloques mayores se puede observar claramente los aumentos o disminuciones de marcas acorde a los distintos momentos de la sesión.

En la figura 6, se observa que algunos sectores promueven en forma significativa la marcación de mayor cantidad de texto por parte de ambos marcos teóricos y otros promueven una menor cantidad, no diferenciándose los marcos teóricos en la elección de los lugares de marcación.

Ente los lugares más marcados se encuentran la primer parte del texto estímulo, correspondiente a los bloques 1 y 2 (primeros 120 renglones) y entre los bloques 5 y 6. También se puede observar una abrupta disminución en el bloque 4, coincidente con el momento en que la paciente se encuentra relatando un episodio que fue caracterizado por los TP como teniendo características obsesivas.

Figura 6: Proporción de marcas en 10 sectores



7.2.3.c) Unidad de análisis: por bloques de 120 renglones (texto dividido en 5 sectores)

Tabla 6
Estadística descriptiva de las marcas por bloques de 120 renglones
(división en 5 sectores)

Marcas	Media por sector	Desvío estándar	Coefficiente de variación	N
Total de terapeutas	20,95	16,71	79,79%	30
Psicoanalistas	22,01	16,63	75,11%	16
Terapeutas cognitivos	19,83	16,86	85,02%	14

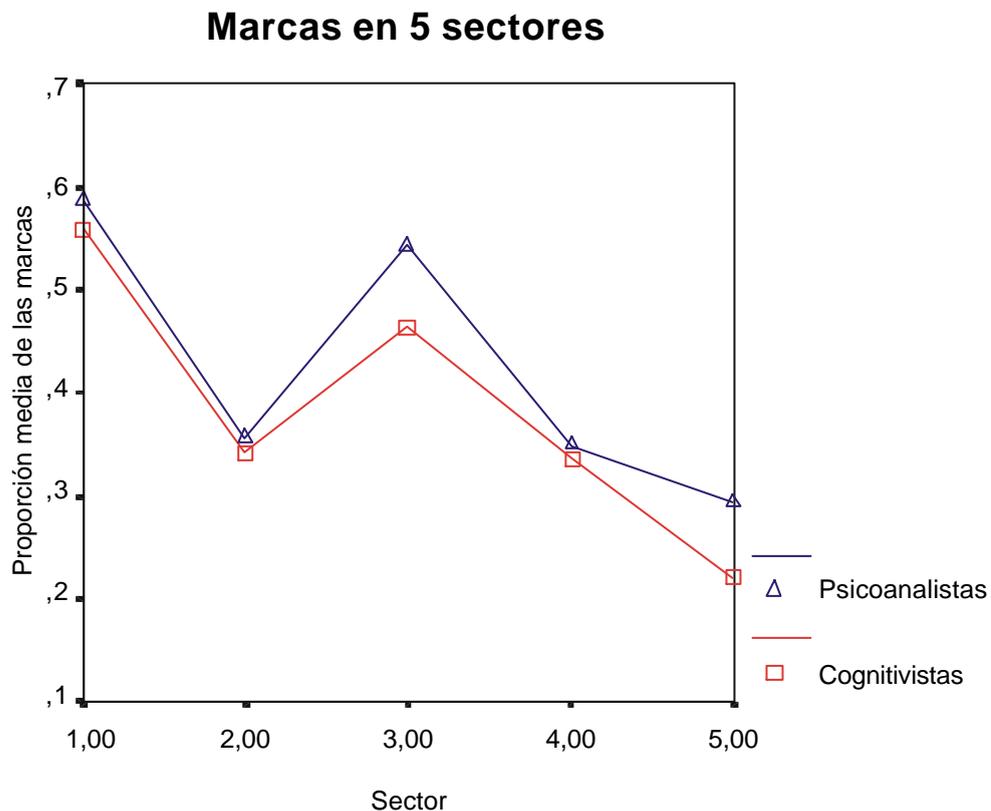
El coeficiente de variación se calculó como el desvío estándar dividido la media por cien.

Con esta segmentación, se continúa observando la tendencia general a marcar más renglones por sector en el grupo psicoanalítico que en el grupo cognitivo. También se puede observar una mayor variación dentro del grupo de los terapeutas cognitivos.

Se realizó un análisis similar al del punto anterior, teniendo en cuenta esta nueva segmentación del texto. Este análisis mostró diferencias significativas entre sectores ($F:29,417$ $P: 0,001$) y entre ambos marcos teóricos ($F: 3,867$ $P: 0,05$), con mayor proporción de marcas por parte de los psicoanalistas. Sin embargo, nuevamente la interacción entre marco teórico y sector no resultó significativa, por lo tanto ambos marcos teóricos coinciden en la elección de los sectores de marcación.

En la figura 7 se observan dos grandes picos en donde el marcado del texto fue mayor. Estos picos se corresponden con los picos de la figura 6 correspondiente a la división en 10 sectores.

Figura 7: Proporción de marcas para cada marco teórico en 5 sectores



7.2.4 Resumen de los resultados obtenidos sobre marcas en base al análisis descriptivo de los datos

Los análisis descriptivos realizados sobre las marcas mostraron que no existe diferencia significativa en la elección de los renglones subrayados por los terapeutas psicoanalíticos y los terapeutas cognitivos. Con respecto a la cantidad, solo se observaron diferencias significativas entre marcos teóricos con la segmentación de diez sectores, evidenciándose en los terapeutas psicoanalistas una mayor cantidad de marcas por sector.

7.3 Análisis de los datos en función a las hipótesis formuladas por los terapeutas participantes

Tabla 7		
Cantidad de hipótesis formuladas por los TP		
	Hipótesis	N
Psicoanalistas	227	15*
Terapeutas cognitivos	192	14
Total de TP	419	29

Las medias, los desvíos y los coeficientes de desviación de estos datos serán presentados a continuación.

* Debido a una falta de exactitud en ciertos datos, uno de los TP, proveniente del marco teórico Psicoanalítico, no es tenido en cuenta en todos aquellos análisis que incluyen la formulación de las hipótesis. Sin embargo los datos provenientes de sus marcas, han sido tenidos en cuenta cuando se analizaban estos elementos por separado.

7.3.1 Organización de los datos para su análisis

Para construir la matriz representativa de los datos provenientes de las hipótesis de los TP se consideraron las detenciones de la grabación del discurso estímulo, señalándose este evento y asociándolo al lugar del texto donde se produjo esta detención.

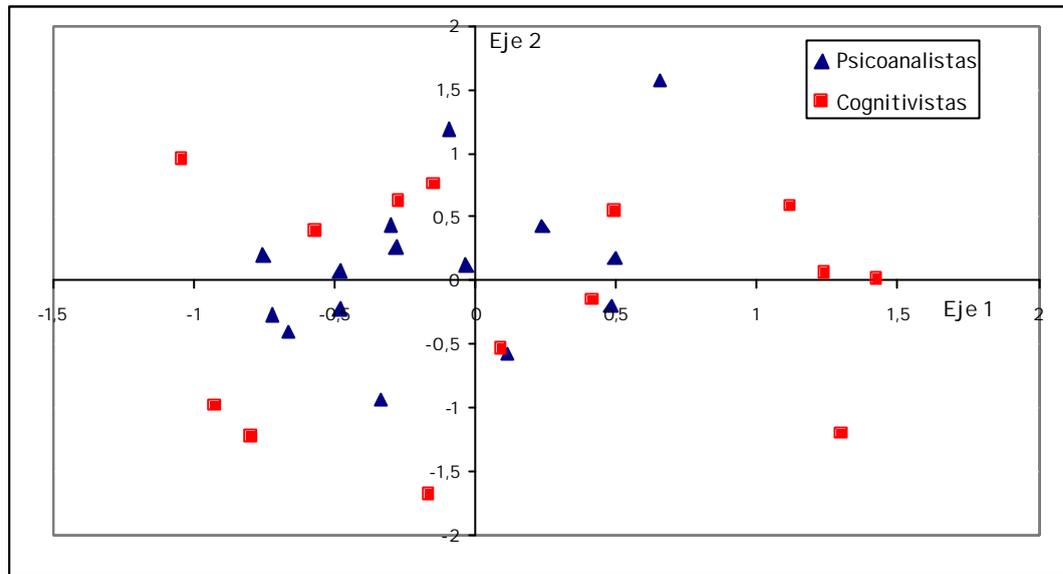
Con estos datos se construyó otra matriz en la cual las columnas representaron a los TP (N=29) y las filas a bloques de cinco renglones (N=120). Los valores posibles de las celdas fueron: «1» si el TP enunció una hipótesis en ese bloque o «0» si no lo hizo (Ver Tabla H1 en Apéndice IX).

7.3.2 Análisis exploratorio de los datos referidos a las hipótesis

Con el objeto de observar la existencia de diferencias en el patrón de formulación de las hipótesis por los TP provenientes de los distintos marcos teóricos, se realizó un análisis exploratorio de los datos a partir de la matriz H1. Para esto se usó nuevamente un NMMS, utilizando el coeficiente PHI como índice de similitud.

En la Figura 8 se observa que, por la cantidad y el momento de formulación de las hipótesis no se pueden diferenciar espacialmente grupos nítidos pertenecientes a cada uno de los marcos teóricos. Es decir, al igual que en el caso de las marcas, la cantidad y el lugar de hipótesis formuladas presenta igual o mayor variación entre TP de un mismo marco teórico que entre TP de distintos marcos teóricos.

De existir un agrupamiento entre los TP de cada marco teórico, esa variación se hubiese reflejado en la figura 4 mediante una separación entre las representaciones de las marcas según al marco teórico de los terapeutas.

Figura 8: Resultados del NMMS para el patrón de formulación de hipótesis

7.3.3 Estudio de los patrones de formulación de hipótesis según diferentes unidades de análisis

7.3.3.a) Unidad de análisis: 5 renglones

En la tabla 8 se presenta el estudio estadístico descriptivo de los datos con la unidad de análisis por bloques de 5 renglones. Se observa que en promedio los TP psicoanalistas tienden a formular mayor cantidad de hipótesis, con menor variación entre los mismos.

Tabla 8				
Estadística descriptiva de las hipótesis por bloques de 5 renglones (datos sobre el texto completo)				
Hipótesis	Media	Desvío estándar	Coefficiente de variación	N
Total	14,45	6,81	47,11%	29
Psicoanalistas	15,13	6,28	41,48%	15
Terapeutas cognitivos	13,71	7,50	54,67%	14

El coeficiente de variación se calculó como el desvío estándar dividido la media por cien.

Con el fin de estudiar si las diferencias observadas en la tabla 8 eran significativas, se realizó un análisis de varianza de un factor utilizando como variable la proporción de bloques en los que los TP de cada marco teórico formularon hipótesis. Este análisis mostró que las diferencias no son significativas ($F: 0,307$ $P: 0,584$) (Tabla 1, apéndice IX).

Se realizó una correlación no paramétrica (Kendall Tau) entre los TP cognitivos y psicoanalistas con la intención de estudiar diferencias o similitudes con relación a los bloques donde formularon sus hipótesis. Este análisis mostró una correlación significativa ($K \text{ tau} = 0,371$ $P = 0,001$ $N = 120$) señalando que hay una coincidencia entre los bloques seleccionados por los TP de ambos marcos teóricos para formular sus hipótesis.

7.3.3.b) Unidad de análisis: por bloques de 60 renglones (texto dividido en 10 sectores)

Tabla 9				
Estadística descriptiva de las hipótesis, 60 renglones (división en 10 sectores)				
	Media	Desvío	Coficiente	N
Total	1,45	1,29	88,98%	29
Psicoanalistas	1,51	1,31	86,86%	15
Terapeutas cognitivos	1,30	1,25	91,46%	14

El coeficiente de variación se calculó como el desvío estándar dividido la media por cien.

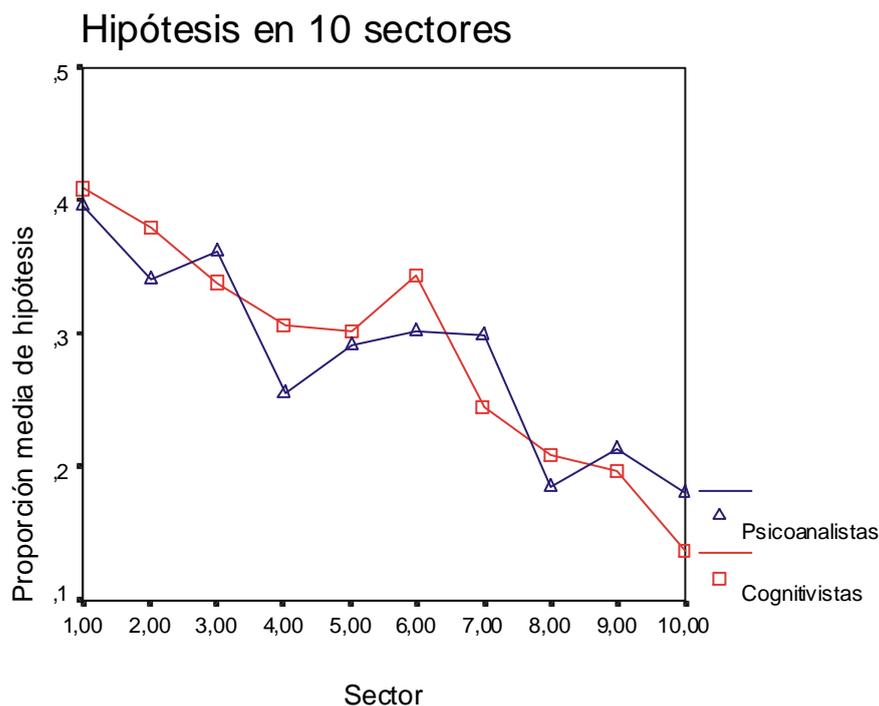
En la tabla 9 se observa que los TP procedentes del marco teórico cognitivo tienden a formular menor cantidad de hipótesis por sectores que los TP psicoanalistas, sin embargo, con mayor variabilidad entre los mismos.

Para estudiar las diferencias en la cantidad de hipótesis formuladas, se realizó un ANOVA modelo II (diseño de bloques) utilizando como criterios de clasificación los marcos teóricos y los distintos sectores del texto como bloques. En este caso, los datos tuvieron que ser transformados para lograr la normalidad y homocedácea necesaria para realizar el análisis de varianza paramétrico. Teniendo en cuenta que se trabajó con proporciones, promedio de terapeutas que enunció hipótesis en cada sector, se eligió la transformación, $Y = \arcsen \sqrt{X}$. (Sokal y Rohlf, 1995).

Este análisis sólo mostró diferencias significativas entre sectores del texto estímulo ($F: 4,482$ $P: 0,001$). Los TP de ambos marcos teóricos señalaron cantidades similares de hipótesis en los mismos sectores, no diferenciándose entre sí por la elección de los lugares de formulación de las hipótesis (Tabla III apéndice IX).

En la figura 9, se observa que algunos sectores promueven en forma significativa la formulación de mayor cantidad de hipótesis por parte de ambos marcos teóricos, a la vez que otros promueven una menor cantidad. Se puede observar, para ambos marcos teóricos, que al comienzo de la sesión se formulan una mayor cantidad de hipótesis, para luego ir descendiendo progresivamente la cantidad de hipótesis formuladas a lo largo de la entrevista.

Figura 9: Proporción de Hipótesis para cada marco teórico en 10 sectores



7.3.3.c) Unidad de análisis: por bloques de 120 renglones (texto dividido en 5 sectores)

Tabla 10				
Estadística descriptiva de las hipótesis por bloques de 120 renglones (división en 5 sectores)				
Marcas	Media por sector	Desvío estándar	Coefficiente de variación	N
Total	2,90	2,21	76,53%	29
Psicoanalistas	3,63	2,23	73,67%	15
Terapeutas cognitivos	2,74	2,20	80,14%	14

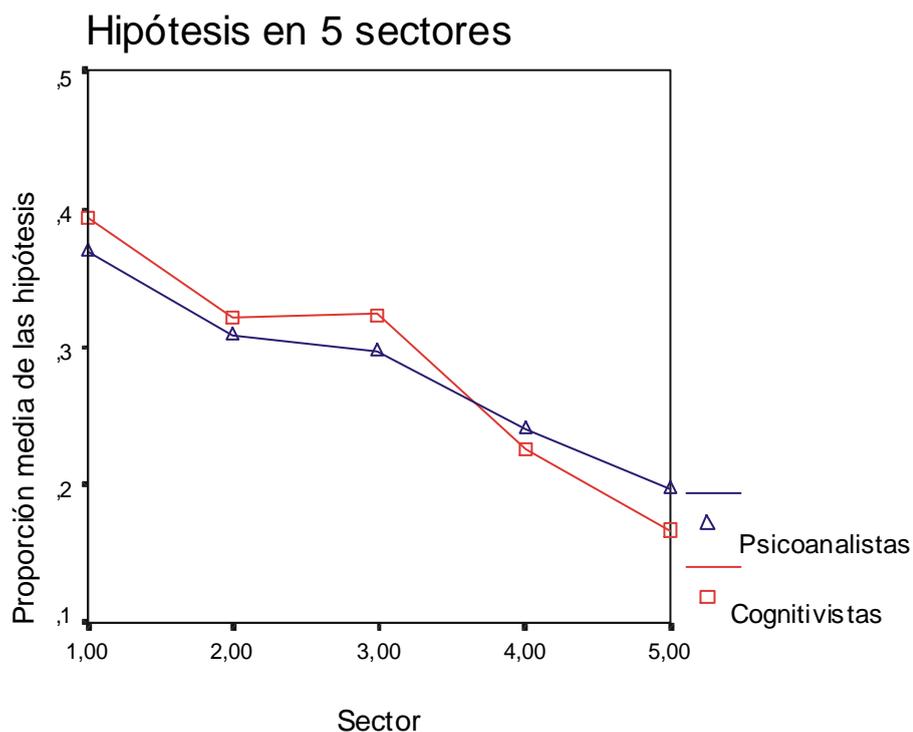
El coeficiente de variación se calculó como el desvío estándar dividido la media por cien.

Al igual que en el caso anterior, una segmentación más amplia permitió observar claramente que los TP cognitivos formularon menor cantidad de hipótesis por sector. Esta segmentación permite observar mayor variación entre la cantidad de hipótesis formuladas por sector.

Se realizó un análisis de varianza similar al del punto anterior, teniendo en cuenta esta nueva segmentación del texto. Se encontraron resultados similares a los descriptos anteriormente en la segmentación de diez sectores ($F= 8,967$ $P= 0,001$) (Tabla IV, Apéndice IX)

En la figura 10 se observa la misma secuencia de producción de hipótesis, con gran cantidad de hipótesis al principio de la sesión y una significativa menor cantidad al final de la misma ($F= 4,455$ $P= 0,001$). Por lo tanto, algunos sectores promueven en forma significativa la formulación de una mayor cantidad de hipótesis por partes de ambos marcos teóricos y otros promueven una menor cantidad.

Figura 10: Proporción de hipótesis para cada marco teórico en 5 sectores.



7.3.4 Resumen de los resultados obtenidos sobre hipótesis, en base al análisis descriptivo de los datos

Los análisis descriptivos realizados sobre las hipótesis mostraron que no existe diferencia significativa entre los terapeutas de los distintos marcos teóricos en la cantidad y el momento en que fueron formuladas.

Se puede observar una cantidad significativamente mayor de hipótesis formuladas al principio de la sesión con respecto a la cantidad que se formulan al final de la misma.

7.4 Vinculación entre marcas e hipótesis

7.4.1 Organización de los datos para su análisis

Para poder realizar los análisis comparativos entre las marcas y las hipótesis, la matriz M1 de marcas tuvo que adecuarse a los bloques de cinco renglones. De esta forma se creó una matriz, M2 (Apéndice IX) en la que los valores posibles de las celdas fueron «1», cuando el TP marcó en por lo menos uno de los cinco renglones considerados en ese bloque o «0» cuando el no lo hizo. (Ver Tabla M2 en Apéndice IX).

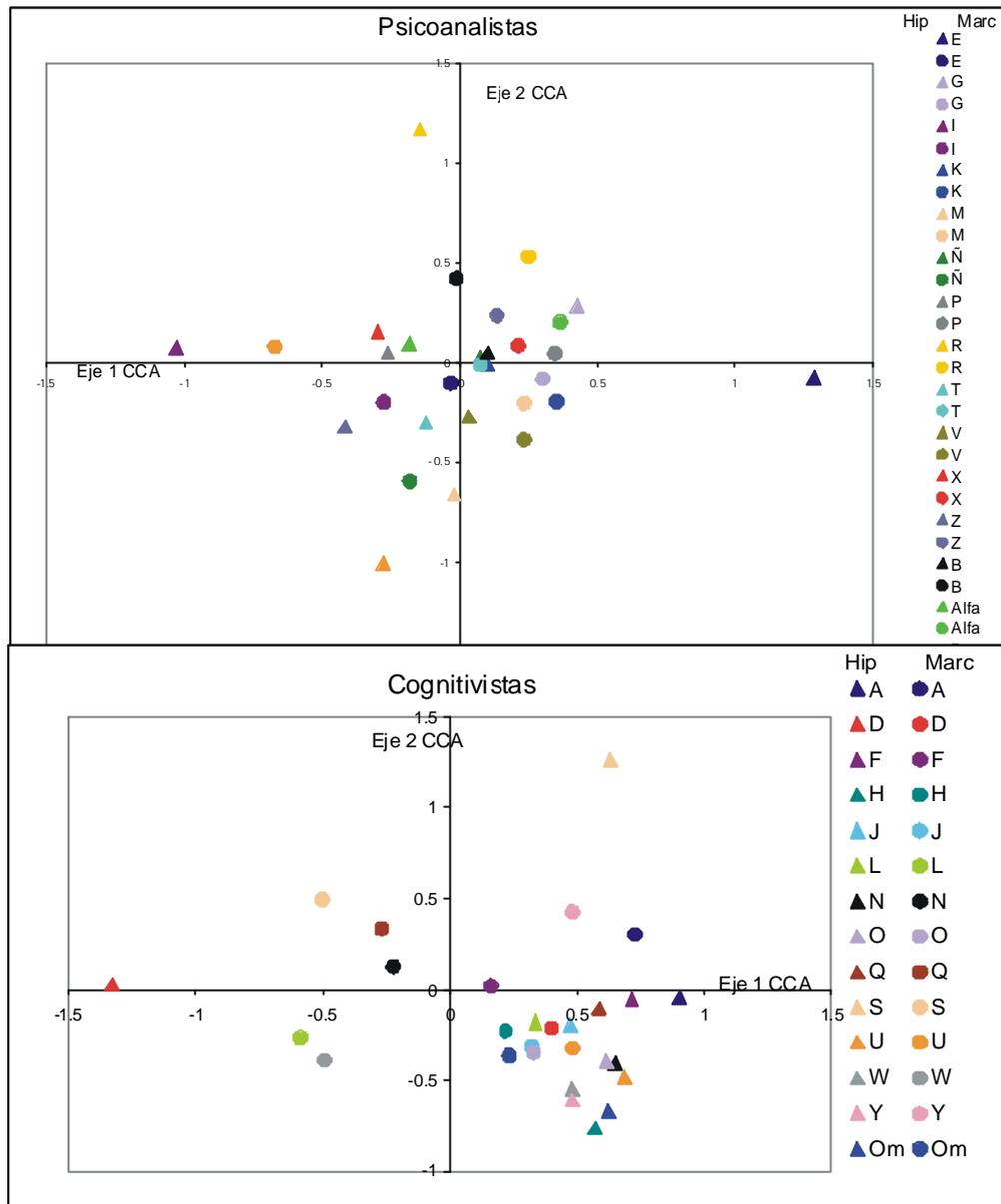
7.4.2 Análisis exploratorio de los datos referidos a los vínculos entre marcas e hipótesis

Se realizaron Análisis Canónicos de Correspondencia (CCA) con el fin de relacionar los lugares donde se realizaron las marcas con los lugares donde se formularon las hipótesis. De esta forma se vincularon los elementos seleccionados sobre el texto estímulo por el TP con su producción de inferencias acerca de dicho texto. Estas, si bien se refieren al texto estímulo, no poseen la misma cualidad que las marcas al ser producto del TP y no del texto del paciente. Por lo tanto marcas e hipótesis son producciones independientes que se intenta vincular a través de estos análisis.

Estos análisis se realizaron para cada marco teórico por separado, comparando, el bloque donde fue formulada una hipótesis con las marcas que pudiesen haber sido propuestas en ese mismo bloque.

Tabla 11					
Resultados del CCA para el estudio sobre vínculos entre marcas e hipótesis					
	Suma de autovalores	Correlación Marcas-hipótesis		Significancia (Prueba de Montecarlo)	
		Eje 1	Eje 2	Eje 1	Total
Psicoanalistas	5,13	0,65	0,57	0,79	0,69
Terapeutas cognitivos	6,38	0,90	0,74	0,01*	0,01*

En la tabla 11 se observa que el análisis solo fue significativo para los TP del marco teórico cognitivo, quienes presentaron las correlaciones más altas entre el lugar de marcación y el de formulación de hipótesis. Este análisis nos está señalando que los lugares donde el texto es marcado tienen una alta probabilidad de ser los mismos donde se formulan las hipótesis.

Figura 11a y 11b. Representación gráfica del resultado del CCA

En estas figuras se ve gráficamente el resultado del CCA. En general las distancias observadas entre las hipótesis y las marcas son mayores en la figura “a” de los psicoanalistas que en la figura “b” de los cognitivistas. Por otro lado en la figura “a” se puede observar una mayor cantidad de TP para los cuales sus hipótesis se encuentran de un lado del eje principal (Eje 1), en los valores positivos y las marcas del lado de los valores negativos.

Posteriormente para los TP psicoanalistas, cuyo primer análisis del CCA no dio significativo (Tabla 11), se realizó un análisis similar pero vinculando las hipótesis formuladas en un bloque con las marcas de ese bloque y los de los cuatro bloques anteriores. De esta forma se estudió si en los psicoanalistas era necesaria una acumulación mayor de información para poder formular una hipótesis de trabajo. Sin embargo, este análisis tampoco presentó resultados significativos (Tabla V, Apéndice X).

7.4.3 Resumen de los resultados obtenidos sobre la vinculación de las marcas con las hipótesis.

Los terapeutas cognitivos mostraron una correspondencia significativa con relación a la forma en que vinculan sus marcas y sus hipótesis, es decir, se puede observar una relación de tipo espacial entre marcación y formulación (Figura 11b). En cambio para los psicoanalistas no ha sido posible relacionar estas dos acciones.

7.5 Relación entre los modelos de ciclos terapéuticos (TCM) y marcas e hipótesis

7.5.1 Resultados de los TCM sobre la sesión estímulo

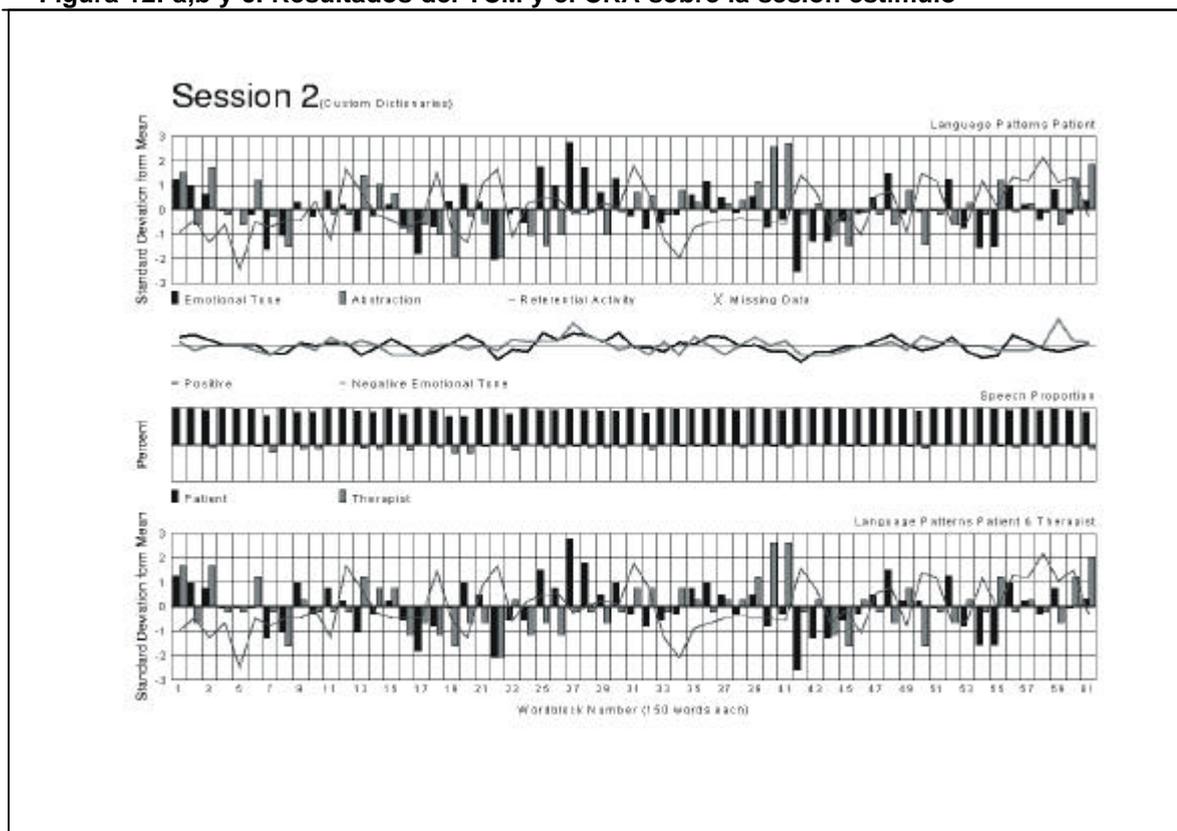
En base a los datos obtenidos por el análisis del texto a través de los TCM se construyeron las siguientes gráficas. Los datos de las mismas serán utilizados en las comparaciones que posteriormente se realizan en este estudio.

Paciente: Claudia Edad: 19

Figuras 12: a, b y c Resultados de los TCM sobre la sesión estímulo

En la primera figura podemos observar el análisis realizado sobre lo hablado por el paciente a lo largo de la sesión. La segunda figura muestra la proporción de lo hablado, por el paciente y por el terapeuta en forma separada, mientras que la tercera figura representa lo hablado por paciente y el terapeuta conjuntamente.

Figura 12: a,b y c. Resultados del TCM y el CRA sobre la sesión estímulo



7.5.2 Organización de los datos para su análisis

Se reorganizó la información para poder relacionar los datos demarcados en bloques de cinco renglones (matrices M2 y H1) (de marcas y de hipótesis), con las variables de los TCM organizados en bloques de 150 palabras, tal como se requiere para el análisis de los TCM (página 43). Para esto, se tomaron como unidad de análisis los bloques de 150 palabras. De esta forma, se calculó la cantidad de bloques de cinco renglones que se incluían en los bloques de 150 palabras. A partir de esto, se calculó la proporción de TP de un mismo marco teórico que subrayaron o formularon hipótesis en la nueva unidad de análisis, obteniéndose así cuatro variables: marcas e hipótesis de los psicoanalistas y marcas e hipótesis de los terapeutas cognitivos.

Los datos de los TCM utilizados corresponden a la figura 12 c ya que es la que incluye tanto el discurso del paciente como al del TT, coincidiendo con el texto estímulo recibido por los TP que incluía ambos discursos.

Las marcas e hipótesis de los terapeutas cognitivos y de los psicoanalistas fueron estudiadas junto a las tres variables del Modelo de Ciclos Terapéuticos (TCM), el tono emocional (ET), el lenguaje (AL) y la CRA mediante correlaciones de Pearson. El objetivo planteado fue tratar de observar si estas variables por separado se vinculaban con la elección de marcas y la formulación de hipótesis.

7.5.3 Correlación de los TCM con las marcas y las hipótesis

Tabla 12							
Resultados de la correlación de Pearson, TCM.							
		CRA	AL	ET	Marc. Cogn.	Marc. Psicoan.	Hipótesis Cogn.
Marc.	Cognitivos	-0,395 P:	0,282 P: 0,028	0,107 P: 0,413			
	Psicoanalist.	-0,327 P:0,010*	0,299 P:0,019*	-0,010 P:0,937	0,810 P: 0,001**		
Hipót.	Cognitivos	-0,289 P:0,024*	-0,023 P:0,859	0,125 P:0,337	0,424 P: 0,001*	0,426 P: 0,001*	
	Psicoanalist.	-0,025 P:0,847	0,189 P:0,145	0,025 P:0,847	0,208 P:0,107	0,326 P:0,010*	0,520 P:0,001*

* $p < .05$, ** $p < .01$ (en todos los casos $N=61$)

Estas correlaciones se establecen entre las distintas variables y los bloques de 150 palabras.

En la tabla 12 se puede observar que la Actividad Referencial computarizada (CRA) presenta una correlación negativa y significativa con las marcas y las hipótesis de los terapeutas cognitivos y los psicoanalistas respectivamente. Esto quiere decir que los momentos donde el paciente se expresaba con un alto nivel de Actividad Referencial coincidía con una baja cantidad de marcas e hipótesis de los TP de ambos marcos teóricos, mientras que un bajo nivel de Actividad Referencial se asociaba con una gran cantidad de marcas propuestas y una alta cantidad de hipótesis formuladas.

Siguiendo con la exploración de la relación entre la CRA y las hipótesis formuladas, se hicieron correlaciones entre estas variables con un bloque de retraso, (es decir se correlacionó la CRA de un bloque con las hipótesis formuladas en el bloque siguiente), con dos bloques de retraso, con tres bloques de retraso y con cinco bloques de retraso.

El objetivo de este análisis fue observar si en algún momento la correlación negativa se transformaba en una correlación positiva, buscando conocer si un alto índice de Actividad Referencial precedía a la formulación de las hipótesis. En ninguno de estos casos se encontró tal correlación positiva, llegando sólo a observarse una pérdida de significatividad en la correlación cuando la CRA se confrontó con las hipótesis con cinco bloques de retraso.

El lenguaje de abstracción mostró una correlación positiva con las marcas de los TP de ambos marcos teóricos, no así con la formulación de las hipótesis (Tabla 12). Esto da cuenta de que los momentos de mayor abstracción por parte del paciente, fueron considerados por los TP como los momentos significativos del relato. El tono emocional no mostró correlación alguna con las marcas o las hipótesis de los TP de ambos marcos teóricos.

También se observó la correlación entre marcas e hipótesis de un mismo marco teórico y entre marcos teóricos. Las marcas de los TP de cada marco teórico presentaron una correlación positiva con las hipótesis formuladas dentro de ese marco (Tabla 12). Sin embargo, las marcas de los psicoanalistas también presentaron una correlación positiva con las hipótesis formuladas por los TP cognitivos. Además también se encontró una alta correlación entre las hipótesis formuladas por los TP cognitivos y los psicoanalistas, estas correlaciones se pueden observar en forma gráfica en la figura 13 y 14.

Figura 13 Relación entre la Actividad Referencial (CRA) y las marcas

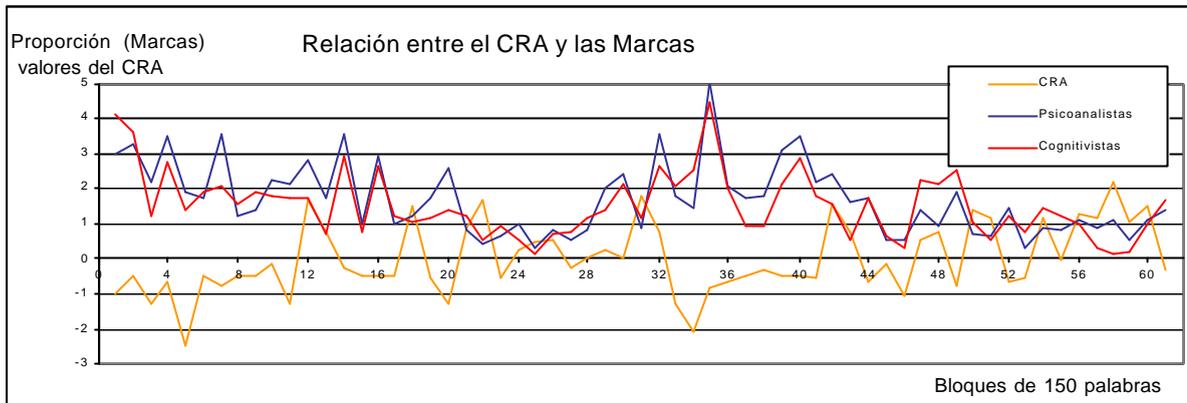
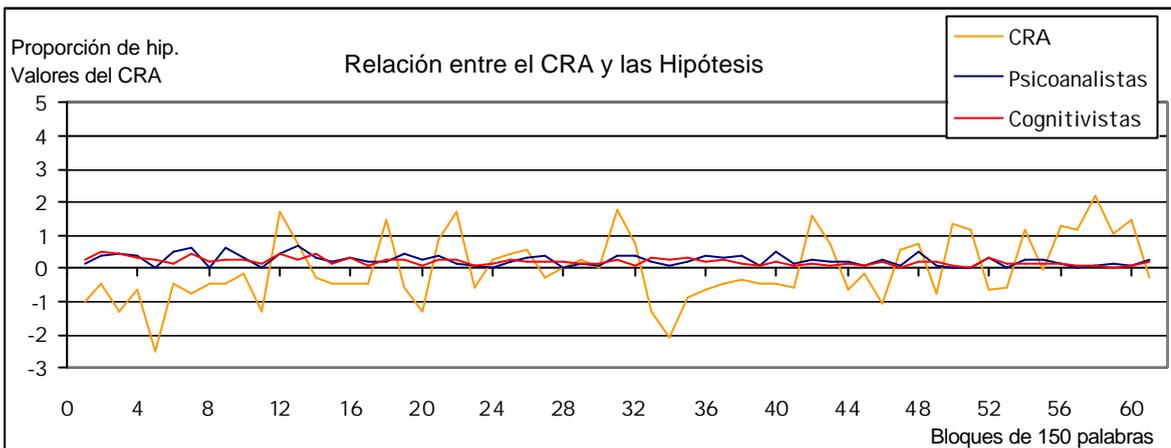


Figura 14 Relación entre la Actividad Referencial (CRA) y las hipótesis



Como se explicó en el capítulo referente a los Modelos de Ciclos terapéuticos (TCM) la conjunción de tono emocional (ET) y lenguaje de abstracción (AL) conforman las fases del ciclo terapéutico. Por esta razón se intentó identificar si alguna de estas fases diferenciaban a los marcos teóricos por cantidad de marcas o de formulación de hipótesis. Para esto se realizaron dos ANOVAS de dos factores, una para marcas y otra para hipótesis. Los factores considerados en este caso fueron, marco teórico y las fases de los TCM.

Ninguna de estas ANOVAS mostró diferencias significativas entre marcos teóricos o entre fases (Tabla 13).

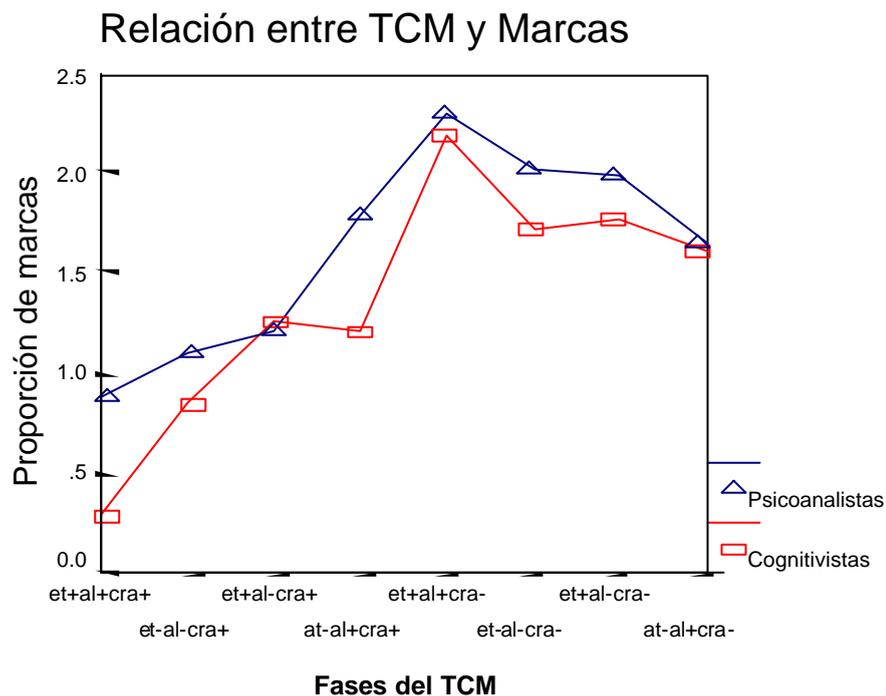
Tabla 13		
Resultados del ANOVA para marcas e hipótesis con relación al TCM.		
Factores	F	Significancia
Marcas		
Marco teórico	0,988	0,322
Fases TCM	1,921	0,130
Marco teórico x fase	0,124	0,946
Hipótesis		
Marco teórico	1,603	0,208
Fases TCM	0,308	0,820
Marco teórico x fase	1,332	0,268

A las cuatro fases originales de los TCM se le añadió la CRA, obteniéndose ocho nuevas combinaciones. Se corrieron nuevamente las ANOVAS cuyos resultados se muestran en la tabla 14.

Tabla 14		
Resultados de las ANOVAS para marcas e hipótesis en relación al TCM incluyendo al CRA.		
Factores	F	Significancia
Marcas		
Marco teórico	1,222	0,271
Fases TCM y CRA	3,398	0,003*
Marco teórico x fase	0,159	0,992
Hipótesis		
Marco teórico	0,699	0,405
Fases TCM y CRA	1,632	0,134
Marco teórico x fase	0,591	0,762

En la tabla 14 se observa que existe una diferencia significativa en la cantidad de marcas de las distintas fases, siendo significativamente mayor la fase conexión con alta Actividad Referencial (ET+ AL+ CRA —), con respecto a todas las posibilidades con CRA+, esto se puede observar gráficamente en la figura 15.

Figura 15 Relación entre marcas y TCM incluyendo la CRA



Escalas de evaluación clínica de los mecanismos de defensa

Este instrumento evalúa el uso y las características de los mecanismos de defensas predominantes en un sujeto.

A través de un conjunto de escalas intenta establecer criterios que determinen la probabilidad y frecuencia con la que un sujeto hace uso, en una entrevista, de ciertos mecanismos de defensa. Éstas se evalúan a partir del relato del paciente y su interacción con el entrevistador. Sin embargo, no es éste último el que realiza las mediciones, sino que, la aparición probable o definitiva de un mecanismo de defensa dado, es determinado por un conjunto de observadores-evaluadores. Los cuales tiene acceso a los datos a través de desgrabaciones de la entrevista o por registro de video.

El uso correcto de estas escalas requiere que los evaluadores realicen una continua verificación de los conceptos implícitos de la misma y su sustentación. Este diseño permite hacer evaluaciones tanto cualitativas como cuantitativas del uso de mecanismos. A través de dicho procedimiento de análisis, se puede llevar a cabo un ordenamiento jerárquico de las defensas en siete grupos ubicados según su grado de madurez.

Posiblemente este resultado se deba a la importante correlación negativa encontrada entre el CRA y las marcas de ambos marcos teóricos, tal como se señaló en la tabla 12.

7.5.4 Resumen de los resultados que vinculan marcas e hipótesis con el TCM.

- La Actividad Referencial presenta una correlación negativa y significativa con las marcas y las hipótesis de los terapeutas de ambos marcos teóricos.
- El lenguaje de abstracción mostró una correlación positiva con las marcas de los terapeutas de ambos marcos teóricos, no así con la formulación de las hipótesis.
- Las fases que plantea el TCM y el tono emocional (ET) no mostraron relación alguna con las marcas y las hipótesis de los terapeutas participantes en esta investigación.

7.6 El Tema central relacional conflictivo (CCRT)

7.6.1 Resultados del CCRT sobre la sesión estímulo

Como ya se señaló, se realizó el análisis del texto estímulo de la paciente, según los criterios establecidos por Luborsky para la técnica CCRT.

El análisis de la sesión estímulo realizado por el equipo de expertos en esta técnica, permitió detectar en el paciente 19 episodios relacionales, de los cuales 13 fueron con otras personas y 6 consigo mismo. También se pueden señalar 6 espacios sin episodios de relación dentro de la sesión. En las tablas 15 y 16 se puede observar el detalle de los episodios relacionales vinculados con las marcas propuestas y las hipótesis formuladas por los TP.

El CCRT característico de la paciente cuyo material ha sido utilizado en esta investigación es:

Deseo sentirme bien y cómoda (cluster 7), los otros se oponen y están en contra (cluster 5), me siento decepcionada y deprimida (cluster 7).

En el apéndice V se encuentra el análisis del CCRT completo de la sesión estímulo, en el apéndice VI se puede observar la primer carilla de la sesión y una ejemplificación de la división episódica realizada sobre el texto.

7.6.2 Organización de los datos para su análisis

Para poder relacionar los datos de marcas e hipótesis, organizados en bloques de cinco renglones (matrices M2 y H1), con los episodios del CCRT, (considerando en este caso, tanto los episodios relacionales con otros [ERO's] cuanto los episodios relacionales con el self [ERS's] y los espacios sin episodios), de esta forma se reorganizó la información.

Para cada episodio se identificó el bloque de cinco renglones en el cual se iniciaba y el bloque en cual terminaba. A partir de esto, se generaron nuevas variables que representan la proporción de TP de un mismo marco teórico que subrayaron o formularon hipótesis en esta unidad de análisis, obteniéndose así cuatro variables: marcas e hipótesis de los psicoanalistas y marcas e hipótesis de los terapeutas cognitivos.

También se conformó una tabla en donde se detallan cuántas marcas se propusieron (Tabla 15) y cuántas hipótesis se formularon por episodio relacional (Tabla 16).

Tabla 15**Cantidad de marcas por episodios relacionales del CCRT**

N = 19 (cantidad de episodios)

Episodio	Objeto	Cognitiv.	Psicoan.	Total
1	Self	73	65	138
2	Madre	50	66	116
3	Self	69	103	172
4	Self	48	75	123
5	Amigos	67	77	144
6	Madre	12	20	32
7	Amigos	17	16	33
8	Amigos	38	80	118
9	Novio	89	111	200
10	Self	100	147	247
11	Self	28	21	49
12	Self	14	13	27
13	Novio	32	43	75
14	Flia	32	39	71
15	Madre	193	241	434
16	Padres	75	116	191
17	Madre	46	94	140
18	Novio	111	127	238
19	Padres	74	94	168

En esta tabla no aparecen señalados los segmentos del texto que quedaron fuera de los episodios relacionales.

Tabla 16**Cantidad de hipótesis por episodios relacionales del CCRT**

N = 19 (cantidad de episodios)

Episodio	Objeto	Cognitiv.	Psicoan.	Total
1	Self	4	2	6
2	Madre	7	6	13
3	Self	15	13	28
4	Self	6	14	20
5	Amigos	11	16	27
6	Madre	2	1	3
7	Amigos	2	0	2
8	Amigos	6	8	14
9	Novio	15	21	36
10	Self	22	26	48
11	Self	8	8	16
12	Self	2	4	6
13	Novio	7	4	11
14	Flia	4	4	8
15	Madre	23	24	47
16	Padres	8	15	23
17	Madre	6	8	14
18	Novio	20	16	36
19	Padres	8	9	17

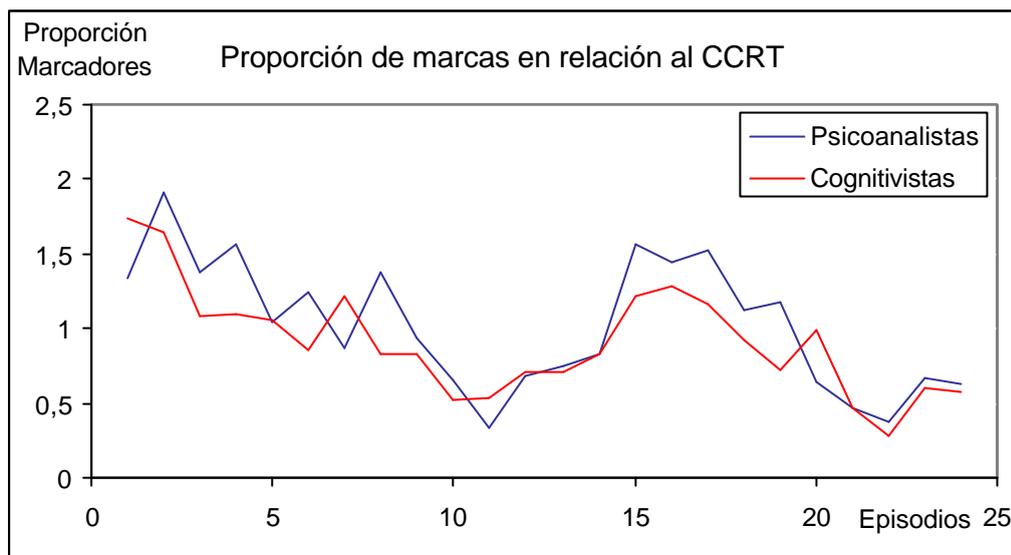
En esta tabla no aparecen señalados los segmentos del texto que quedaron fuera de los episodios relacionales.

7.6.3. Marcas e hipótesis vinculadas a los episodios del CCRT

Con las variables antes planteadas (marcas e hipótesis de los psicoanalistas y marcas e hipótesis de los terapeutas cognitivos) se realizaron correlaciones de Pearson, considerando todos los episodios relacionales.

Las marcas de los TP cognitivos se correlacionaron significativamente con las marcas de los TP psicoanalíticos ($r: 0,798$ $P: 0,001$ $N=24$) (Figura 15). No se encontró correlación alguna entre las hipótesis de ambos marcos teóricos. Los TP cognitivos presentaron una correlación entre las marcas y las hipótesis ($r:0,519$ $P: 0,009$ $N=24$), no así los TP psicoanalíticos.

Figura 16: Correlación entre marcas de ambos marcos teóricos en relación al CCRT



Para ver si los distintos episodios del CCRT promovían distinta cantidad de marcas o hipótesis, se realizó un ANOVA de un factor para cada variable (marcas e hipótesis de los psicoanalistas y marcas e hipótesis de los terapeutas cognitivos), en todos los casos los ANOVA arrojaron resultados no significativos, al 5%. Sin embargo, en el caso de los TP cognitivos, existiría una tendencia a formular más hipótesis durante los episodios que durante la ausencia de los mismos ($F: 2,700$ $P: 0,090$ $N=24$) (Tabla VII, apéndice X).

7.6.4 Resumen de los resultados que vinculan marcas e hipótesis con el CCRT.

Los terapeutas cognitivos muestran una tendencia a producir sus hipótesis durante los episodios relacionales por sobre aquellos fragmentos del texto que no incluyen episodios, esta tendencia no aparece en los terapeutas psicoanalistas.

7.7 Ordenamiento Q (PQS)

El Ordenamiento Q fue utilizado de dos maneras distintas, una en su modalidad habitual y una segunda en donde se tomaron en cuenta solo los ítems del PQS.

El procedimiento habitual del PQS, fue utilizado para el análisis del texto estímulo presentado a los TP. Un procedimiento alternativo fue empleado para evaluar el contenido de las hipótesis formuladas por los TP.

7.7.1 Procedimiento Q Standard

El ordenamiento Q standard para la sesión estímulo fue realizado por cuatro jueces, dos de cada uno de los marcos teóricos. Estos datos fueron analizados mediante una correlación de Spearman. Los resultados muestran una correlación significativa entre los jueces psicoanalistas y los jueces cognitivos entre sí, es decir, que existe similitud entre las descripciones de todos los jueces que participaron de este estudio, como se indica en la tabla 17.

Tabla 17				
Prueba de Spearman: diferenciación entre evaluadores de distintos marcos teóricos en el Ordenamiento Q.				
Terapeutas	Cognitivo A	Cognitivo B	Psicoanalista A	Psicoanalista B
Cognitivo B	0,420**			
Psicoanalista A	0,541**	0,518**		
Psicoanalista B	0,450**	0,466**	0,682**	

** P < .01

7.7.2 Utilización de los ítems del PQS

La utilización de los ítems del PQS tuvo como objetivo analizar el contenido de las hipótesis vertidas por los TP, intentando establecer una posible diferenciación entre las hipótesis formuladas por los terapeutas en función a su pertenencia a distintos marcos teóricos.

Para esta evaluación se seleccionaron al azar doce de las treinta entrevistas realizadas, seis correspondientes a cada marco teórico estudiado. Esta evaluación se realizó simplificando las nueve posibilidades de clasificación que plantea la técnica original para cada uno de los cien ítems (ver página 50) llevándolas a solo tres posibilidades para cada una de las hipótesis formuladas por los terapeutas, las posibilidades fueron: 1) presencia característica de la temática planteada por el ítem en la hipótesis del TP, 2) ausencia de la temática planteada por el ítem en la hipótesis del TP, 3) presencia de lo opuesto a la temática planteada por el ítem en la hipótesis del TP.

Para poder llevar adelante un análisis de estas características se realizó una serie de modificaciones a la consigna original de la técnica. Estas variaciones están basadas en el hecho de que el fenómeno a analizar, en lugar de ser un encuentro terapéutico, son los comentarios que sobre el mismo se realizan. Por lo cual allí donde la consigna del orden Q indica la presencia o ausencia de alguna característica en el TT, se lo trasladaba a los dichos de los TP.

Se les solicitó a cuatro jueces, que no habían participado en ninguno de los pasos de esta investigación, que evaluaran cada hipótesis vertida por los terapeutas de acuerdo a los 100 ítems del PQS.

Estos evaluadores, desconocían la orientación teórica de los terapeutas cuyas hipótesis estaban analizando. Su tarea fue señalar la presencia de las temáticas en las hipótesis acorde a cada ítem del PQS.

Para esta evaluación se les presentó a los jueces modo de ejemplo lo siguiente:

A continuación se presenta un ejemplo de cómo deben ser evaluadas las hipótesis producidas por los TP acorde a los ítems correspondientes al ordenamiento Q:

Hipótesis del Terapeuta:

“Creo que esto da otro dato de esta chica aparte de que ahora me estoy dando cuenta que es absolutamente monocrorde, y hace una crónica, *es como si estuviera leyendo una historia clínica de otra persona porque no hay nada muy emocional en ella puesta, ella tiene una grave dificultad en conectarse con sus emociones*, parece que acá en este accidente que ahora va a contar, ahí se dio cuenta que lo quería, pero lo importante es que formalmente todo esté bien todo esté prolijo y todo esté bajo ciertos cauces, si estás bien peinado te amo, ella habla de lo diferente pero en realidad lo que busca es la repetición del igual, cosa que probablemente le de tranquilidad, pero *ella no se puede conectar al mismo tiempo con las emociones y creo que mucho menos expresarlas*, otra vez hace una cosa de paralización del beso, esas son las muestras de lo pegoteada que es y todas las muestras de cariño que puede dar, asimila cosas que son de distinto tenor, y vuelvo otra vez, 19 años y acá de sexualidad no hablamos nada.”

En este caso se evalúa:

- **El ítem 56:** “el paciente discute las experiencias como si estuvieran lejanas de sus sentimientos”, **como positivo** Ej.: “.. **es como si estuviera leyendo una historia clínica de otra persona porque no hay nada muy emocional en ella puesta, ella tiene una grave dificultad en conectarse con sus emociones**”

- **El ítem 97:** “El paciente es introspectivo, explora en seguida sus pensamientos y sentimientos más íntimos” **como negativo**. Ej.: “.. **ella no se puede conectar al mismo tiempo con las emociones y creo que mucho menos expresarlas..**”

• **El ítem 81:** “El terapeuta enfatiza los sentimientos del paciente para ayudarlo a experimentarlos más profundamente” como *neutro*. **Dado que no fue un tema abordado no se presenta aquí ningún ejemplo.**

Se confeccionaron tablas donde los jueces consignaron la evaluación de las hipótesis brindadas por cada terapeuta (ver apéndice VIII). Como ya se señaló, a cada hipótesis se le asignó un valor de uno a tres, para cada ítem del ordenamiento Q. El valor “uno” se asignó cuando la evaluación mostraba una relación negativa con relación al sentido de la tarjeta, el valor “dos” cuando era neutra y el valor “tres” en el caso de que el contenido de la hipótesis coincidiera con el de los ítems.

Los datos obtenidos se utilizaron para estudiar la diferencia de las hipótesis provenientes de distintos marcos teóricos y para el estudio comparativo entre los resultados obtenidos con el ordenamiento Q y el estudio realizado por Stuart Ablon y Jones.

7.7.3 Estudio de distinción de los marcos teóricos de acuerdo al contenido de las hipótesis

Para estudiar si los ítems Q permiten una diferenciación entre las hipótesis formuladas por los TP de cada marco teórico, y conocer cuáles son los ítems Q que podrían influir en esa diferenciación, se realizó un análisis de discriminante (DA).

7.7.3.a) Organización de los datos para el análisis de discriminante

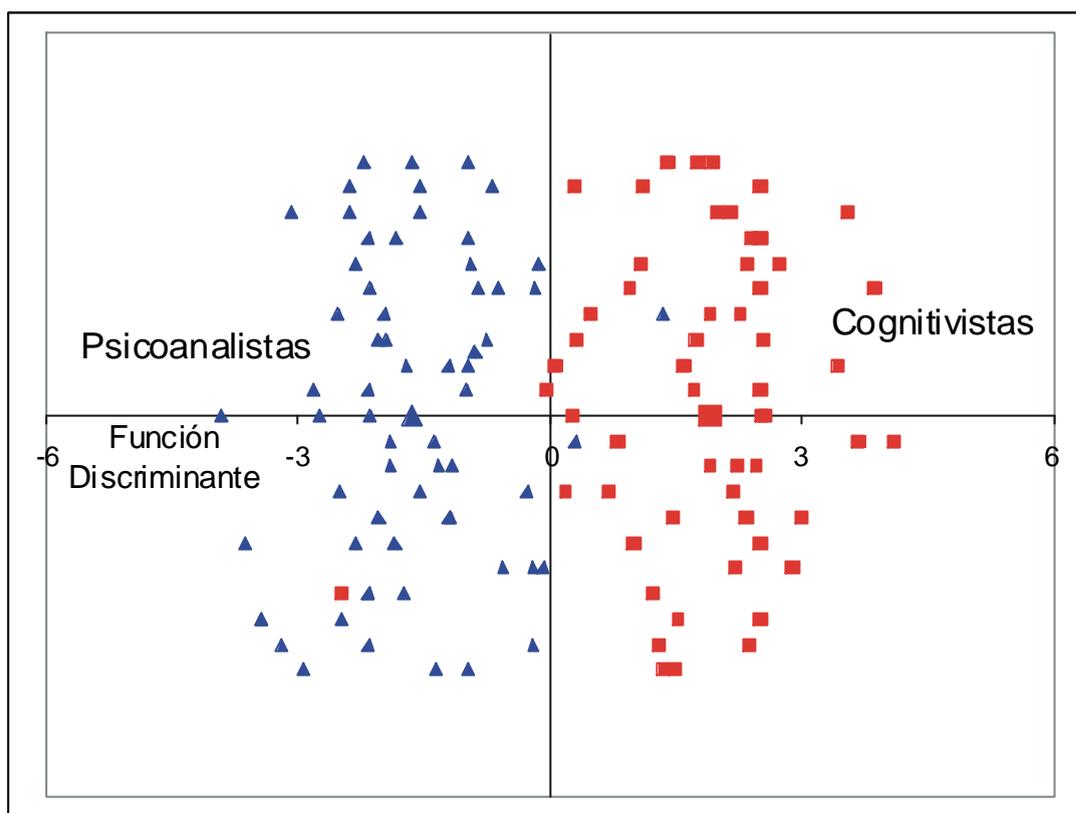
En base a la evaluación realizada por 4 jueces, sobre las hipótesis de 12 de los TP, se armaron matrices de datos. Para cada marco teórico, las hipótesis clasificadas por los ítems Q fueron relacionadas con el bloque en el cual fueron formuladas por los TP. Se construyó una matriz en la cual, las columnas correspondieron a los ítems Q y las filas a los bloques en donde al menos un TP había formulado una hipótesis (matriz Q1 apéndice IX).

Cada celda de esta matriz representa la proporción de TP que formularon una hipótesis en ese bloque y que recibió una evaluación positiva en ese ítem. Se considera una evaluación positiva, cuando el juez clasifica al contenido del ítem presente en el texto, ya sea como característico del discurso o como poco característico (lo opuesto). En tanto, una evaluación negativa se refiere a la ausencia por neutralidad del contenido de ese ítem en la hipótesis. Las dos matrices resultantes se adosaron, incorporando una nueva columna indicando el marco teórico del cual provenía cada fila de la matriz.

7.7.3.b) Diferenciación de las hipótesis de cada marco teórico mediante los ítems Q

Este análisis mostró que el contenido y el estilo de las hipótesis clasificadas según los criterios del ordenamiento Q, puede caracterizar en forma taxativa a las hipótesis de cada uno de los marcos teóricos participantes en este estudio. Como se ve en la figura 17, las hipótesis formuladas por los psicoanalistas se ubican claramente sobre la izquierda de la figura, mientras que las pertenecientes a los TP cognitivos se presentan hacia la derecha de la misma. Esta separación entre ambos marcos teóricos es significativa al 98,5%. (Correlación Canónica = 0,873; P = 0, 015).

Cabe aclarar que la disposición bi-dimensional que presenta la figura 17 es solo a fines gráficos, ya que es la abscisa la que representa a la única función discriminante de este análisis. La ordenada fue construida artificialmente de forma tal de facilitar la visualización de los gráficos.

Figura 17: Disposición gráfica de los resultados del análisis discriminante

En la tabla 18 se puede observar que, de las 121 hipótesis clasificadas, aproximadamente el 95% de las mismas fueron clasificadas por la función discriminante, en el mismo marco teórico al cual pertenecen.

Tabla 18			
Clasificación de las hipótesis en base a los ítems Q por el DA			
Grupo de origen	Grupo predicho por el análisis		N= 121*
	Psicoanalistas	Cognitivos	
Psicoanalistas	63 (96,9 %)	2 (3,1 %)	65 (100 %)
Cognitivos	3 (5,3 %)	54 (94,7 %)	57 (100 %)

* Bloques en donde se formularon hipótesis.

En la siguiente tabla (Tabla 19) se presentan los diez ítems que diferenciaron con mayor claridad cada uno de los dos marcos teóricos. Estos ítems se asociaron con el marco teórico correspondiente de acuerdo al valor de correlación con el eje discriminante. Es decir aquellos que presentaron un valor positivo quedaron asociados con el marco teórico cognitivo mientras que los ítems con valores negativos quedaron asociados con el marco teórico psicoanalítico (ver figura 12).

Tabla 19

Ítems que permitieron realizar la discriminación ente marcos teóricos

Item N°	Psicoanalistas	Valor	Item N°	Cognitivos	Valor	
1	67	El terapeuta interpreta los deseos, sentimientos o ideas que son rechazados o inconscientes.	0,18	30	Los diálogos se centran sobre temas cognitivos, por ej. sobre ideas o sistemas de creencias.	0,13
2	9	El terapeuta es distante, indiferente.	-0,17	89	El terapeuta actúa para fortalecer las defensas.	0,13
3	11	Se abordan los sentimientos y experiencias sexuales.	-0,15	4	Se dialoga sobre las metas de tratamiento del paciente.	0,13
4	93	El terapeuta es neutral	-0,13	33	El paciente habla de sentimientos de querer estar cerca de alguien o necesitar a alguien.	0,12
5	44	El paciente se siente cauto o suspicaz (vs. Confiado y seguro).	-0,13	58	El paciente se resiste a examinar pensamientos, reacciones o motivaciones relacionadas con los problemas.	0,10
6	68	Son diferenciados activamente los significados reales vs. los fantasiosos de las experiencias vividas.	-0,11	29	El paciente habla sobre querer estar separado o distante.	0,10
7	46	El terapeuta se comunica con el paciente en un estilo claro, coherente.	-0,11	99	El terapeuta cuestiona el punto de vista del paciente.	0,09
8	79	El terapeuta comenta los cambios de humor o estado afectivo del paciente.	-0,11	17	El terapeuta ejerce activamente control sobre la interacción	0,08
9	80	El terapeuta muestra una experiencia o un suceso desde una perspectiva diferente.	-0,11	48	El terapeuta fomenta la independencia de acción u opinión en el paciente	0,08
10	21	El terapeuta hace comentarios sobre si mismo.	-0,11	66	El terapeuta reasegura forma directa	0,08

7.7.3.c) Resumen de los resultados sobre la distinción de los marcos teóricos de acuerdo al contenido de las hipótesis.

Los resultados obtenidos en este estudio, permiten diferenciar claramente entre aquellas hipótesis formuladas por terapeutas cognitivos y terapeutas psicoanalíticos. El análisis de contenidos, que se realizó en base a los ítems planteados por el Ordenamiento Q, permitió detectar los ítems que discriminaron la formulación de ambos marcos teóricos. Estos ítems resultaron estar claramente asociados con las concepciones básicas de cada uno de los marcos teóricos (tabla 19).

7.7.4 Comparación entre los resultados obtenidos con el ordenamiento Q y el estudio realizado por Stuart Ablon y Jones

7.7.4.a) Organización de los datos para su análisis

Para esta comparación se utilizaron nuevamente las evaluaciones realizadas por los jueces en base al ordenamiento Q, sobre las hipótesis producidas por los TP, pero se las organizó en forma diferente para la comparación con los datos del estudio de Stuart Ablon y Jones (1998).

En esta ocasión, para cada ítem Q se calculó la proporción de hipótesis de TP de cada marco teórico en las cuales este ítem resultaba positivo. Se consideró una evaluación positiva, cuando el juez clasificó al contenido del ítem presente en el texto, ya sea como característico del discurso o como poco característico (lo opuesto). En tanto, una evaluación negativa se refirió a la ausencia por neutralidad del contenido de ese ítem en la hipótesis.

Posteriormente, para cada ítem Q se calculó la diferencia entre las proporciones de la cantidad de hipótesis con evaluación positiva de cada uno de los marcos teóricos. Estas diferencias se ordenaron de mayor a menor, señalando que marco teórico presentaba la mayor proporción a su favor. A partir de esto, se generaron dos listas, una con los veinte primeros ítems para los TP psicoanalistas y otra con los diez primeros ítems para los TP cognitivos. Esta diferencia en la cantidad de ítems se debe a que los TP cognitivos presentaron una menor cantidad de ítems característicos para su marco teórico.

De la tabla que presentaba la evaluación de las hipótesis de 12 de los TP, se extractaron aquellos ítems que coincidiesen con los presentados en la lista de Stuart Ablon y Jones. Para su presentación gráfica se los incluyó resaltados en negrita sobre las tablas originales que estos autores norteamericanos habían confeccionado (Tablas 20a y 20b).

Tabla 20a:	
Los 20 ítems más característicos de una terapia psicodinámica	
Ítems	Ítems
90	Se comentan los sueños y fantasías del paciente.
93	El terapeuta es neutral.
36	El terapeuta señala el uso de maniobras defensivas por parte del paciente (por. ej. anulación y denegación)
100	El terapeuta establece conexiones entre la relación terapéutica y otras relaciones.
6	El terapeuta es sensible a los sentimientos del paciente, armoniza con él; es empático.
67	El terapeuta interpreta los deseos, sentimientos o ideas que son rechazados o inconscientes.
18	El terapeuta transmite una sensación de aceptación no crítica.
32	El paciente alcanza un nuevo entendimiento o "insight".
98	La relación terapéutica es un tema de la sesión.
46	El terapeuta se comunica con el paciente en un estilo claro, coherente.
50	El terapeuta dirige la atención hacia los sentimientos considerados por el paciente como inaceptables
11	Se abordan los sentimientos y experiencias sexuales.
82	La conducta del paciente durante la sesión es reformulada por el terapeuta de un modo previamente no reconocido explícitamente.
35	La imagen de sí mismo es un foco abordado.
91	Los recuerdos o reconstrucciones de la infancia y de la niñez son temas de discusión.
92	Los sentimientos y las percepciones del paciente se vinculan a situaciones o a conductas del pasado.
62	El terapeuta identifica un tema recurrente en la experiencia o conducta del paciente.
3	Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente.
79	El terapeuta comenta los cambios de humor o estado afectivo del paciente.
22	El terapeuta se centra en los sentimientos de culpabilidad del paciente.

Stuart Ablon y Jones (1998:76)

Las partes resaltadas en negrita en las tablas 20a y 20b indican cuales fueron los ítems que, en la evaluación de las hipótesis producidas por los terapeutas en esta investigación, estuvieron en forma proporcional más presentes en cada marco teórico.

Tabla 20b

Los 20 ítems más característicos de una terapia cognitiva

Items	Items	Puntaje
38	Hay discusión sobre actividades específicas o tareas, para que el paciente intente efectuar fuera de la sesión.	
30	Los diálogos se centran sobre temas cognitivos, por. ej. sobre ideas o sistemas de creencias.	
4	Se dialoga sobre las metas de tratamiento del paciente.	
85	El terapeuta anima al paciente para que intente nuevas formas de comportarse con los demás.	
17	El terapeuta ejerce activamente control sobre la interacción	
45	El terapeuta adopta una actitud de apoyo.	
23	El diálogo tiene un foco específico.	
31	El terapeuta pide más información o elaboración.	
69	Se enfatiza la situación de vida actual o reciente del paciente.	
27	El terapeuta da consejos y orientaciones explícitos (vs. los aplaza, incluso cuando es presionado para darlos).	
80	El terapeuta muestra una experiencia o un suceso desde una perspectiva diferente.	
86	El terapeuta se muestra con confianza en sí o seguro de sí mismo (vs. inseguro o defensivo).	
37	El terapeuta se comporta como si fuera un maestro (es didáctico).	
73	El paciente está comprometido con la terapia.	
57	El terapeuta explica los criterios que existen tras su técnica o su enfoque de tratamiento.	
88	El paciente saca a colación temas y material significativos.	
72	El paciente comprende la naturaleza de la terapia y lo que se espera de él.	
95	El paciente se siente ayudado.	
28	El terapeuta percibe el proceso terapéutico adecuadamente.	
48	El terapeuta fomenta la independencia de acción u opinión en el paciente.	

Stuart Ablon y Jones (1998:76)

Las partes resaltadas en negrita indican cuales fueron los ítems que, en la evaluación de las hipótesis producidas por los terapeutas en esta investigación, estuvieron en forma proporcional más presentes en cada marco teórico.

7.7.4.c) Comparación de los datos de los dos estudios

La evaluación de las hipótesis formuladas por los psicoanalistas fue la que presentó mayor cantidad de coincidencias con las listas de Stuart Ablon y Jones. Se pueden observar 10 ítems en común dentro de los primeros 20 ítems categorizados por cada estudio. En el caso de los TP cognitivos solo se pueden observar dos ítems en concordancia.

La significancia de estas coincidencias fue estudiada mediante un modelo neutro, que mostró para los TP psicoanalistas que la coincidencia entre los ítems de ambas tablas no es debida al azar con una probabilidad mayor al 99%. Para los TP cognitivos no podemos descartar el azar en las dos coincidencias halladas, si bien es interesante observar que estos dos ítems se presentan en los primeros puestos de ambas listas.

Cabe aclarar que de los cien ítems pertenecientes al ordenamiento Q solo un grupo de ellos se ajustan a la descripción del caso estímulo, con lo cual la no aparición de algunos de estos ítems, no estaría caracterizando a los marcos teóricos sino al caso utilizado, ejemplo de esto es el ítem que aparece en el primer puesto de la tabla de los terapeutas cognitivos de Stuart Ablon y Jones, que debido a su contenido nunca podría haber sido evaluado en las hipótesis presentada por los TP. Esta aclaración resultaría también válida en el caso de las tablas de los psicoanalistas.

7.8 Nivel de concordancia entre los terapeutas participantes y el terapeuta tratante

Se realizó un grupo de análisis para comprobar hasta que punto el accionar del TT podía estar guiando a los TP para la formulación de sus hipótesis. Esto podría suceder a través de las intervenciones del TT en la

sesión, ya que las mismas podrían provocar que los TP eligiesen esas interrupciones del relato del paciente para formular las hipótesis del caso.

Para explorar la existencia de algún tipo de concordancia entre los bloques donde formularon las hipótesis los TP y aquellos en los que el TT realizó algún tipo de intervención, se utilizaron dos pruebas estadísticas: i) el Test de Homogeneidad de χ^2 con la cantidad de bloques y ii) un NMMS con el coeficiente PHI como índice de similitud, con la cantidad y ubicación de las formulaciones.

7.8.1 Homogeneidad entre cantidad de hipótesis

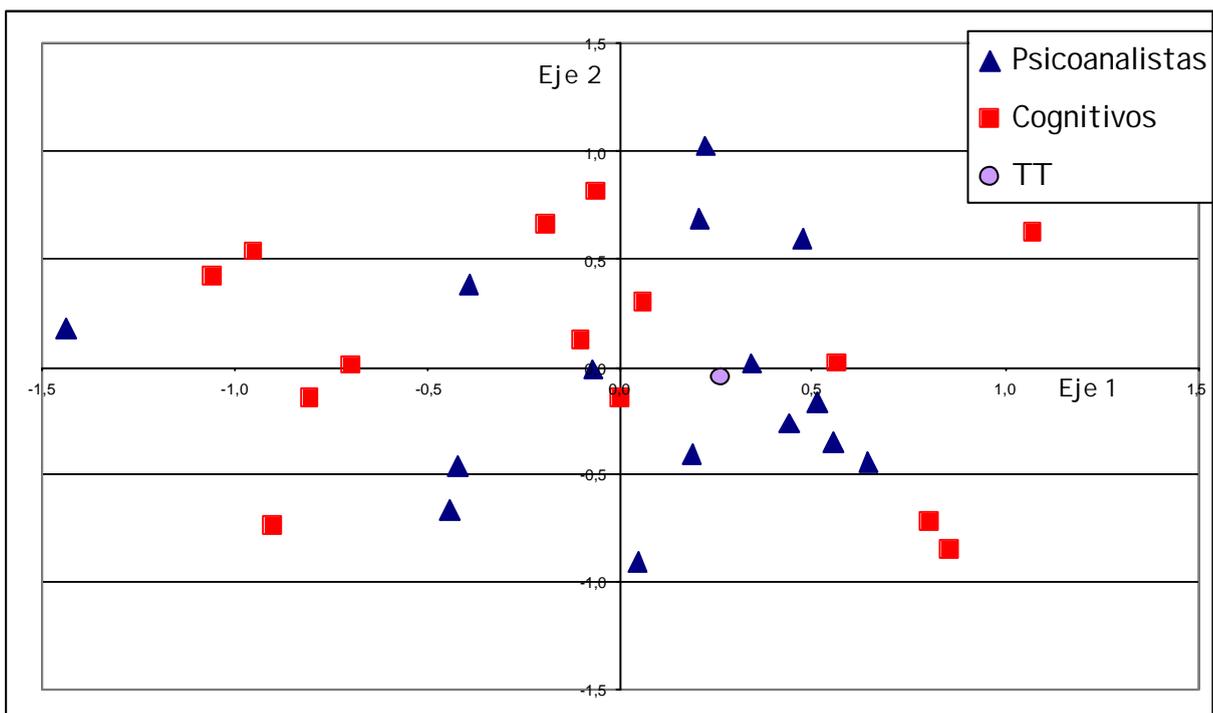
La prueba de χ^2 mostró que no existe homogeneidad entre la cantidad de hipótesis formuladas por los TP de ambos marcos teóricos incluidos en este estudio y la cantidad de intervenciones realizadas por el TT ($\chi^2 = 35,3$, $\chi^2_{(gl:2)} = 9,21$, $P < 0,01$). En la Tabla 21 se presentan los valores medios de bloques en los que los TP de ambos marcos teóricos formularon hipótesis y el TT intervino.

Tabla 21			
Datos descriptivos de la concordancia entre el TT y los TP			
N=30			
	Cognitivos	Psicoanalistas	TT
N	14	15	1
Media	13,71	15,10	48,00
Error estándar	2,00	1,62	—

7.8.2 Distribución de las hipótesis en la sesión

El NMMS mostró gráficamente que no existe una tendencia de ninguno de los marcos teóricos a agruparse en función a la cantidad y lugar de intervenciones del TT. De haber sucedido que los TP de algún marco teórico estuviesen más influidos por las intervenciones del TT, esto se habría visto gráficamente con una concentración de los puntos representativos de ese marco alrededor del punto correspondiente al TT (Figura 18).

Figura 18, Concordancia entre el TT y los TP en base al NMMS



7.8.3 Resumen de los resultados sobre la concordancia entre los terapeutas participantes y el terapeuta tratante

Los resultados obtenidos muestran que no existe una tendencia de los terapeutas de ninguno de los dos marcos teóricos a agruparse en función a la cantidad y lugar de intervenciones del terapeuta tratante. De esta forma se puede descartar que la influencia de las intervenciones del terapeuta tratante en la elección de los momentos y la cantidad de hipótesis formuladas.

7.9 Marcos referenciales teóricos

7.9.1 Análisis de discriminante

Se analizaron los datos obtenidos a partir de la presentación del listado de autores, el uso de este listado tuvo como objetivo indagar el tipo de influencia teórica reconocida por los TP en su práctica clínica actual.

Se realizó un análisis de discriminante. Este análisis mostró que efectivamente los grupos de TP se diferencian significativamente en las influencias que reconocen (correlación canónica= 0,999 P=0,001) según su marco teórico. Todos los TP de un marco teórico fueron identificados como pertenecientes a ese mismo marco por la función discriminante. Estos resultados permiten considerar que la autorrotulación utilizada para identificar a los TP de cada orientación, conjuntamente con la selección de un tipo de formación específica para los participantes de esta muestra, fueron métodos eficaces para obtener sujetos homogéneamente representativos de cada marco teórico.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en este estudio.

Tabla 22													
Influencias reconocidas por los TP en su práctica terapéutica actual													
Autor N=29 Cognitivos=14 Psicoanalistas=15	No conozco su obra		No incide nada		Incide poco		Incide algo		Incide en gran medida		Incide mucho		
	?	C	?	C	?	C	?	C	?	C	?	C	
Ackerman, N.	8	0	4	6	1	1	1	6	1	0	0	1	
Aulagnier, P.	0	4	4	7	2	2	3	1	4	0	2	0	
Balint M.	1	2	3	3	5	5	4	3	2	1	0	0	
Bandura, A.	11	0	2	1	1	1	1	2	0	6	0	4	
Beck, A.	9	0	3	1	3	0	0	3	0	5	0	5	
Bion, W.	1	0	3	6	2	3	3	4	5	0	1	1	
Bleger, J.	1	0	2	7	3	3	4	2	1	1	4	1	
Bowlby J.	5	0	5	0	3	0	0	1	1	6	1	7	
Freud, S	T. de los												
	instintos												
	0	0	0	4	2	5	3	3	2	2	8	0	
	1ra tópica												
	0	0	0	3	1	3	1	5	4	3	9	0	
	2da tópica												
	0	0	0	1	0	5	0	6	5	2	10	0	
Garma, A.	4	3	6	9	1	2	2	0	1	0	1	0	
Goldfried, M.	13	2	0	0	1	1	1	6	0	4	0	1	
Green, A.	1	2	4	6	5	2	2	4	1	0	2	0	
Guidano, V.	14	0	0	0	0	0	1	2	0	9	0	3	
Hartmann, H.	3	0	7	4	2	7	0	1	2	2	1	0	
Kernberg, O.	0	0	3	6	4	5	3	1	3	2	2	0	
Klein, M.	0	0	4	8	2	3	3	1	5	1	1	1	
Kohut, H.	1	0	3	1	2	2	6	8	2	2	1	1	
Lacan, J.	0	0	6	10	2	1	5	2	1	1	1	0	
Lieberman, D.	2	2	2	6	3	2	6	1	1	3	1	0	
Mahler, M.	1	0	7	7	1	2	4	2	1	3	1	0	
Mahoney, M	10	0	3	0	1	3	1	3	0	4	0	4	
Meichenbaum, D.	12	2	2	1	0	1	1	6	0	3	0	1	
Meltzer, .D.	0	2	7	10	1	0	4	2	2	0	1	0	
Minuchin, S.	5	0	5	3	2	3	2	2	0	6	1	0	
Pichon Rivière, E.	1	0	1	5	3	3	5	4	1	2	4	0	
Racker, H.	2	1	5	9	2	1	2	0	2	1	2	2	
Safran, J.	12	1	1	0	0	0	3	2	0	5	0	5	
Selvini Palazzoli, M.	9	0	3	3	1	3	1	5	1	1	0	2	
Sullivan H.	4	0	7	4	3	1	0	3	0	3	1	3	
Winnicott D.	0	0	1	0	2	2	3	4	6	4	3	4	

Se puede observar en esta tabla que algunos autores, como Bowlby o Winnicott, de origen psicoanalítico, tienen una gran influencia sobre los terapeutas cognitivos que participaron en esta investigación.

Si bien el análisis detallado de estos resultados trasciende los objetivos específicos de esta investigación*, vale la pena agregar algunos datos que enriquezcan la información proporcionada y permitan obtener conclusiones más claras en términos generales. Estos datos a su vez, serán vinculados a otros resultados de esta investigación permitiendo esto una discusión más amplia sobre la información obtenida.

Los autores que caracterizaron en mayor grado a los psicoanalistas fueron:

S. Freud, P. Aulagnier, D. Meltzer, O. Kernberg, M. Klein, J. Bleger, A. Green, J. Lacan, H. Bion. El orden de presentación es acorde a la posición que obtuvieron según el análisis de discriminante llevado a cabo.

Los autores que caracterizaron en mayor grado a los cognitivos fueron:

V. Guidano, A. Bandura, J. Safran, M. Mahoney, J. Bowlby, A. Beck, M. Goldfried, D. Meichenbaum, N. Ackerman, S. Minuchin.

Los autores que no fueron incluidos en el algoritmo al hacer el análisis (no pasaron el nivel de tolerancia mínimo, requerido por esta prueba) fueron:

Por ser citado por ambos grupos: D. Winnicott y E. Pichon Riviere (con alta influencia en ambos grupos) y H. Sullivan y M. Selvini de Palazzoli (con baja influencia en los TP).

Se realizó un segundo análisis de los datos para conocer si alguno de los tres grupos de autores seleccionados para esta lista no presentaba influencia en los TP en los marcos teóricos participantes en esta investigación.

Para esto se realizó un análisis no paramétrico de Kruskal Wallis. El mismo mostró que, para los TP cognitivos, los tres grupos de autores influyen en alguna medida en su práctica terapéutica ($KW= 2,78$ $p=0,249$). En contraste, los TP psicoanalíticos reconocen prácticamente solo la influencia de autores de la misma orientación teórica, manifestando no conocer a autores provenientes de otras corrientes ($KW= 21,372$ $p=0,001$).

7.10. Alcances y limitaciones de esta investigación

Como todo trabajo que propone un recorte sobre su objeto, a fin de poder llevar adelante una observación externa y por lo tanto delimitada, esta investigación sufre la pérdida del encuadre natural donde se desarrolla el fenómeno que pretende estudiar. En esta investigación las hipótesis que plantean los terapeutas participantes, pierden el entorno natural del proceso terapéutico donde normalmente se desarrollan. Por lo tanto, la "situación de laboratorio" saca de su contexto natural al elemento que pretende ser observado.

Sin embargo este tipo de diseños de réplicas, a través de las cuales se pretende generar unidades posibles de ser comparadas, sigue dando la posibilidad de obtener información contrastable y sobre la que se puede establecer niveles de confiabilidad y validez. Si bien la comprensión de esas hipótesis en su totalidad, sólo es posible dentro del proceso terapéutico, resulta comprensible la forma en que este elemento surge, siempre y cuando se respete la unión indivisible que existe entre las hipótesis del terapeuta del proceso en donde estas se desarrollan. Los terapeutas participantes en esta investigación dieron prueba de ello al señalar y solicitar continuamente más datos sobre el devenir del tratamiento, no sólo en términos de confirmación de sus propias hipótesis sino también como herramientas que posibilitasen sus operaciones cognitivas.

En base a esta consideración las generalizaciones presentadas a lo largo de las conclusiones de este trabajo tienen limitaciones que han de ser respetadas a la hora de enunciar las conclusiones de este estudio. Ya que la forma en que los terapeutas cumplieron la consigna varía y esa variación puede no estar relacionada en forma unívoca con la forma de producción de hipótesis en una situación clínica.

Otro punto a ser tenido en cuenta, previo a la presentación de las conclusiones es el relacionado con el tamaño de la muestra. Ya que el mismo impide hacer generalizaciones acerca de toda la población de terapeutas o diferenciaciones taxativas en relación con los accionares de los distintos marcos teóricos. Las conclusiones de esta investigación intentarán representar el espíritu exploratorio que se mantuvo a lo largo de todo su desarrollo, tratando de abonar nuevas áreas que resulten fértiles en la producción de estudios que si puedan realizar generalizaciones sobre el accionar de los procesos terapéuticos.

Capítulo 8: Discusión y conclusiones

En el capítulo anterior se presentaron y se analizaron los resultados obtenidos a lo largo de esta investigación, a partir de estos resultados se desprenden conclusiones relacionadas con los distintos objetivos que dieron lugar a este trabajo.

Como ya fue mencionado, se investigó acerca de los distintos elementos del proceso de construcción de hipótesis clínicas, para esto se estudiaron, por un lado las marcas que representaron los distintos lugares de la sesión que fueron señalados como relevantes por los terapeutas, las hipótesis formuladas acerca de esa sesión y la vinculación entre esas marcas y las hipótesis.

El planteo de las conclusiones de esta investigación intentará seguir en forma detallada la estructura general de esta investigación, es decir, primero se presentarán y discutirán todos aquellos puntos relacionados con las marcas propuestas por los terapeutas, luego los puntos sobre la formulación de hipótesis, luego el vínculo entre las marcas y las hipótesis, para finalizar con la discusión acerca del uso de técnicas de análisis de procesos terapéuticos y los aspectos generales de la elaboración de hipótesis clínicas.

8.1 Conclusiones sobre las marcas propuestas

A lo largo de esta investigación se intentó conocer la posible existencia de diferencias significativas entre psicoanalistas y cognitivos en las marcas que propusiesen en el discurso de un paciente.

La consigna presentada a los terapeutas participantes, con relación a las marcas en el texto decía lo siguiente: "A medida que vaya escuchando el material y siguiéndolo en el texto, marque todo aquello que considere relevante, o pueda parecerle significativo, aunque no pueda comprender su significado o fundamentarlo en ese momento".

Con estas directivas se obtuvo una cantidad de información que permitió establecer las convergencias y divergencias entre las marcas señaladas por los diferentes terapeutas. Se observó que la cantidad de marcas propuestas por los terapeutas de los dos marcos teóricos estudiados no presentara diferencias estadísticas significativas (ver Tabla 4). Como se señaló anteriormente, una marca consiste en una o más palabras subrayadas por el terapeuta en un renglón.

Los terapeutas prestaron atención y consideraron relevantes, sectores similares del discurso del paciente. Subrayaron, en términos generales, las mismas partes del texto. También se encontró, como se observa en la tabla 12 o en las Figuras 6 y 7, que existe una correlación estadísticamente significativa entre las marcas pertenecientes a los dos marcos teóricos. Esto significa que, si bien los psicoanalistas y los cognitivos se basan en diferentes teorías, observan los textos de manera similar. Por este motivo, se puede suponer que el marco teórico de los terapeutas no determina cuántos ni cuáles sectores han de ser considerados más relevantes en el discurso del paciente.

Un fuerte sustento a estas conclusiones se observa con la técnica de Modelos de Ciclos Terapéuticos (MCT), ya que la misma señala una correlación positiva significativa entre el "lenguaje de abstracción" (AL) y las marcas propuestas por los terapeutas participantes. Esto quiere decir que, cuanto mayor es el AL del paciente, más marcas se proponen. En los momentos de bajo AL, los terapeutas proponen menor número de marcas.

Otro importante indicador de que los terapeutas de los dos marcos teóricos estudiados proponen marcas similares, reside en la correlación negativa que dichas marcas tienen con la Actividad Referencial (CRA) que mostró el paciente en la sesión estímulo (Tabla 12). Las conclusiones sobre este punto se ampliarán en el momento de tratar el vínculo entre marcas e hipótesis.

El siguiente ejemplo muestra un fragmento de la sesión estímulo que analizado con el TCM aparece con alto nivel de AL. Este fragmento fue elegido por la mayoría de los terapeutas como relevante.

"... ella es, como siempre a cara de perro cuando dice esas cosas, o lo dice con desagrado, no plantea las cosas como "mira, me gustaría tal cosa" o "te conviene tal otra" no ella, para ella es como que (fin del bloque 40) me está dando una orden y cuando me dice "mirá" si yo le digo "te gusta, te parece bien" y ella si no le gusta no me lo dice bien, me lo dice como que, con un rechazo totalmente a lo que yo planeé o a lo que a mi se me ocurrió o a lo que tengo ganas de decir, mi papá es más blando en ese sentido, inclusive en la relación con mamá yo creo que el es más sensible, ella es más dura, cuando discuten o se pelean siempre él es el que busca, el que se siente más afectado por, por la parte afectiva y no sé y mamá por otras cosas por actitudes que él pueda tener en cuanto a cosas de vida, no, no en cuanto a la relación directa (Fin del bloque 41) con él a cosas si obraste bien para tal trabajo, si te dedicaste, si fuiste perseverante en tal cosa..."

8.2 Conclusiones sobre las hipótesis formuladas

Otro de los objetivos de esta investigación, fue detectar si existían diferencias significativas entre psicoanalistas y terapeutas cognitivos en las hipótesis formuladas sobre una misma sesión terapéutica.

Las hipótesis formuladas por los terapeutas se analizaron de dos maneras diferentes: una descriptiva, que tomó en cuenta la cantidad y el momento de la sesión en la que se formularon, y otra evaluativa que implicó el examen del contenido de dichas hipótesis, de acuerdo con los ítems del Ordenamiento Q (PQS).

En la forma descriptiva de análisis no se encontraron diferencias entre los terapeutas de los dos marcos teóricos. Si bien la cantidad de hipótesis formuladas por los terapeutas de ambos marcos teóricos no es la misma (227 en los psicoanalistas y 192 en los terapeutas cognitivos), esta diferencia no es estadísticamente significativa. Los momentos de la sesión en los que se formularon esas hipótesis tampoco pueden ser discriminados por los marcos teóricos de los terapeutas enunciantes (Figura 8). Es decir, que la cantidad y lugar de aparición de las hipótesis, no permite distinguir el marco teórico desde el que se formularon.

Con relación a los aspectos evaluativos y, contrariamente a lo ocurrido con los aspectos descriptivos, el marco teórico de los terapeutas cobra relevancia significativa a la hora de discriminar el estilo y el contenido de las hipótesis. De esta forma, a partir de estos últimos, pueden distinguirse, con un alto margen de seguridad, el marco teórico desde el cual se formularon las hipótesis (Tabla 17).

La relevancia del Ordenamiento Q en la presente investigación fue notoria, ya que fue el instrumento que permitió diferenciar taxativamente la producción de hipótesis de los terapeutas de uno y otro marco teórico. Los ítems que permitieron tal discriminación (Tabla 19) se corresponden en forma bastante precisa, con la conceptualización teórica sustentada por cada uno de los dos tipos de terapeutas analizados. Esto muestra que, los terapeutas formulan sus hipótesis según los preceptos que corresponden a su orientación teórica de trabajo.

Para ejemplificar, se puede observar que los ítems del ordenamiento Q más representativos de las hipótesis de los psicoanalistas fueron: "el terapeuta interpreta los deseos, sentimientos o ideas rechazadas o inconscientes" (ítem 67), "se abordan los sentimientos y experiencias sexuales" (ítem 11), "el terapeuta es neutral" (ítem 93). Mientras que para los terapeutas cognitivos, los ítems más representativos fueron: "los diálogos se centran sobre temas cognitivos, por ejemplo, sobre ideas o sistemas de creencias" (ítem 30), "el terapeuta actúa para fortalecer las defensas" (ítem 89), "se dialoga sobre las metas del tratamiento del paciente" (ítem 4). Como se ve, gran parte de los ítems que aparecen en esta Tabla se adscriben de forma clara a conceptos claves de cada uno de los marcos teóricos. Vale la pena recordar que los evaluadores de las hipótesis desconocían el marco teórico del terapeuta que las había enunciado.

Aun cuando el PQS fue diseñado originariamente para el análisis de las sesiones terapéuticas como un todo y no para la captación de elementos distintivos intrasesión, resultó ser un dispositivo altamente eficaz y sensible para el análisis particularizado de las hipótesis.

Un dato interesante surge del hecho de que habiendo sido utilizado el PQS en su forma standard, para analizar en forma directa el contenido de la sesión, no aparecieran diferencias entre los terapeutas de distintos marcos teóricos (Tabla 16). Esto podría significar, que solo una vez que ha sido interpretada una situación aparece una diferencia proveniente del marco teórico del terapeuta. Es decir resulta necesario que medie una hipótesis y no una descripción para que el marco teórico se vuelva relevante.

El Tema central conflictivo-relacional (CCRT) ha sido utilizado en esta investigación para captar algunos elementos distintivos de la elección de marcas y la formulación de hipótesis. La división de la sesión en Episodios relacionales, tal como prescribe la técnica original (Luborsky, 1990), (ver página 35), ha permitido observar, en los terapeutas de orientación cognitiva, una tendencia a formular sus hipótesis en los momentos en que el paciente presenta un Episodio relacional (página 103). Este resultado, si bien estadísticamente débil, indicaría que para estos terapeutas, los eventos que resultan relevantes para la conceptualización clínica son aquellos en los que el paciente interactúa con otros o consigo mismo.

En los psicoanalistas, tanto los Episodios relacionales cuanto los momentos del relato del paciente carentes de tales Episodios, brindaron la misma oportunidad de formular hipótesis.

Una vez más se puede observar que, cuando se realiza algún tipo de análisis de contenido (en este caso el contenido es el discurso del paciente), se encuentra una diferencia en la formulación de hipótesis de ambos tipos de terapeutas.

Este resultado es coherente con los que se presentarán con relación al marco referencial teórico de los terapeutas. Los terapeutas cognitivos se declararon influidos por autores tales como Safran, Guidano o Bowlby, que suscriben planteos teóricos claramente interpersonales.

Se encuentra planificado para un próximo estudio, fuera de esta tesis, la exploración de la incidencia de cada uno de los componentes del CCRT (W, RO y RS, página 35), en la formulación de las hipótesis.

Todos los hallazgos recién señalados muestran que hay dos etapas diferentes en el proceso de generación de una hipótesis. Una primera etapa es la de selección de la información, en esta investigación repre-

sentada por las marcas propuestas por los terapeutas en el discurso del paciente. Y una segunda etapa en la que, finalmente, se formulan las hipótesis.

En la primera etapa, el marco teórico no parece tener primacía por sobre los sesgos cognitivos y/o los sistemas de creencias generales del terapeuta. Si bien el marco teórico puede interactuar con estos factores, no hay evidencia de que, a la hora de proponer marcas, tenga relevancia por sí solo.

En la segunda etapa, referida al proceso de formulación de hipótesis, el marco referencial teórico del terapeuta incide de tal manera que las hipótesis formuladas resultan diferentes y distinguibles entre sí en ambos tipos de terapeutas. Esto es entendible si se considera que los marcos teóricos, al ser teorías explicativas de una realidad específica, contribuyen a la conceptualización de las hipótesis.

Es decir, que el marco referencial teórico tiñe los modos de interpretar la realidad.

8.3 Conclusión sobre el vínculo entre las marcas y las hipótesis

Tras haber presentado las conclusiones sobre las marcas y las hipótesis por separado, se plantea como un punto clave para esta investigación, tratar de mostrar si las marcas se encuentran asociadas de alguna forma con las hipótesis de los terapeutas. La importancia de esta asociación, radica en el hecho, de que si se logra establecer el vínculo entre esos elementos aislados (marcas) con las hipótesis, se empezará a configurar y a detallar el proceso de abstracción que permite al terapeuta conocer a su paciente.

El tipo de vínculo que se estudio entre las marcas y las hipótesis es solo descriptivo. Es decir, se observó si las marcas se correspondían en cantidad y lugar de elección con la cantidad y momento de formulación de cada hipótesis. Otra vía de acceso fundamental para la comprensión del vínculo entre marcas e hipótesis, es el estudio de contenido de ambas marcas e hipótesis. Este estudio está siendo llevado adelante en la investigación en curso de Leibovich de Duarte y colaboradores (1999).

Dentro de los diferentes estudios planteados a lo largo de esta investigación, han surgido datos que permiten señalar algunas características distintivas de cada marco teórico en lo que respecta a cómo se asocian las marcas propuestas con la formulación de hipótesis. De esta forma se pudo mostrar que existe un nivel de asociación entre marcas e hipótesis y que esta asociación varía entre marcos teóricos.

Los terapeutas cognitivos presentan un alto grado de consistencia en lo que se refiere a los aspectos descriptivos de selección de marcas y la correspondencia de las mismas con la cantidad de hipótesis y el momento en el texto donde estas fueron enunciadas (ver figuras 11^a, 11^b). Es decir, una vez que estos terapeutas encontraron información relevante configuraron en forma inmediata sus hipótesis, generándose entonces una fenómeno de contigüidad entre sus marcas y sus hipótesis (Figura 11^b). En otros términos, se podría decir que para los terapeutas cognitivos es mayor la asociación entre marcas y aspectos descriptivos de las hipótesis.

En el caso de los psicoanalistas este fenómeno de contigüidad solo se presenta cuando el texto es analizado en sectores de mayor tamaño (por lo menos más de sesenta renglones).

Una de las posibles explicaciones sobre estos resultados, puede ser la modalidad de entrenamiento que reciben los terapeutas de estos dos marcos teóricos. En los centros de formación cognitiva de nuestro medio, se tiene como práctica usual, la utilización de grabaciones de sesiones terapéuticas, con el fin de invitar a los terapeutas en formación a que emitan opiniones sobre la situación del paciente, inclusive opiniones tempranas, como la opinión que se puede dar luego de los primeros cinco minutos de sesión. De esta forma los terapeutas cognitivos, se encuentran entrenados para presentar conjeturas sobre la situación del paciente, con una pequeña cantidad de información asociada a las mismas.

Una de las ideas que fue descartada en este estudio se refiere a la posible existencia de una distancia sistemática a modo de patrón de retardo, entre el señalamiento de las marcas y la enunciación de las hipótesis por parte de los psicoanalistas. Es decir, que las marcas y las hipótesis de los terapeutas psicoanalíticos tuviesen algún modo recurrente de relacionarse que permitiese conformar una pauta. Pero a diferencia de lo que pasa con los terapeutas cognitivos, en donde esa pauta se encuentra temporalmente cercana en la sesión, se buscó la posible existencia de un tiempo determinado de retardo, que conformase un patrón sistemático en donde luego de un tiempo de prestar atención al discurso del paciente (más extenso que en el caso de los terapeutas cognitivos), los psicoanalistas estuviesen listos para formular sus hipótesis. Esta asociación, como se puede observar en los resultados de la tabla V, apéndice X, quedó descartada al no existir una distancia determinada entre el momento que señalan sucesos relevantes y el momento en que enuncian sus hipótesis estos terapeutas.

Como ya fue señalado, pero es importante remarcarlo, los episodios relacionales, detectados por el CCRT en el discurso del paciente, resultan ser los lugares donde los terapeutas cognitivos tienden a formular una mayor cantidad de hipótesis y donde la asociación entre hipótesis y marcas es estadísticamente significativa.

Todos los datos obtenidos apuntan a destacar un mayor grado de organización, en lo que hace a la asociación entre la selección de marcas y la enunciación de las hipótesis por parte de los terapeutas cognitivos en relación con los psicoanalistas.

Una de las preguntas que queda abierta luego de arribar a estos resultados apunta a conocer si esta diferencia entre terapeutas cognitivos y psicoanalistas se relaciona con el contenido que toman en cuenta y mencionan en sus hipótesis. Por ejemplo, resultaría de interés indagar si las hipótesis de los terapeutas cognitivos están más referidas a episodios puntuales e inmediatos con relación al contenido de sus marcas, que las hipótesis de los psicoanalistas. Estas hipótesis, por su parte, podrían estar asociadas a una visión holística de carácter más general con relación a la situación del paciente.

Otro de los vínculos establecidos entre las marcas propuestas y las hipótesis formuladas se dio a través de la Actividad Referencial (CRA).

Según Bucci (1992) un nivel bajo de Actividad Referencial (CRA) en el discurso de un sujeto es indicador de que el paciente aún no ha integrado, a nivel lingüístico, la experiencia que está relatando. Se observa que se produce integración experiencia-lenguaje cuando el nivel de Actividad Referencial se eleva. Con relación a esta definición, uno de los resultados más llamativos en este estudio es aquel que vincula la Actividad Referencial con la selección de marcas y la formulación de hipótesis de los terapeutas participantes. Esta vinculación se encuentra reflejada de forma altamente significativa en una correlación negativa (Tabla 12). Esto indica que los terapeutas participantes proponen poca cantidad de marcas y/o enuncian pocas hipótesis cuanto mayor es la Actividad Referencial del paciente. En tanto, que en los momentos de mayor intervención por parte de los terapeutas participantes, se registra una menor Actividad Referencial.

Esta correlación negativa se mantiene a lo largo de todo la actividad realizada por los terapeutas sobre el material del paciente. Esta relación así formulada rige tanto para los terapeutas cognitivos cuanto para los psicoanalistas. Es decir, el marco teórico no parece determinar la correlación existente entre la Actividad Referencial, la selección de marcas y la enunciación de hipótesis.

A continuación se presenta, a modo de ejemplo, un fragmento de la sesión estímulo, que obtuvo un puntaje bajo en su nivel de Actividad Referencial.

“Paciente: ... antes de irme. y. en casa como mis papás duermen en el comedor en un sofá cama, entonces en mi habitación comparto con mi mamá el placard, son dos placares uno para cada una y en la de mi hermano, mi hermano con mi papá y... y estoy como obligada a que mi mamá entra a la pieza y tenga sus cosas también, ella es bastante ordenada pero así y todo como que no me satisface que ella, aunque (Fin del bloque 19) sea por diez minutos deje la cartera, con las cosas tiradas arriba de la cama, ella va a venir después la va a ordenar lo va a dejar, pero no, no.

Terapeuta: qué haces cuando, suponete, ella deja la cartera?

Paciente: y ahora no mucho por que si no nos empezamos a pelear, porque ella me dice, “si ya voy, ya la voy a sacar, para un momento, recién llego” pero. eh si no se la corro yo trato de ordenársela yo con tal de que salga de mi vista eso así desordenado.

Terapeuta: qué te pasa cuando hay algo fuera de lugar, fuera de tu lugar, no? del lugar que vos le otorgas a las cosas? qué te pasa a vos adentro?

Paciente: me pongo loca.

Terapeuta: qué es ponerse loca?

Paciente: bueno, mi hermano me pide prestadas las cosas y yo le digo: bueno, yo te presto todo pero (Final del bloque 20) las cosas a su lugar” y si me las deja fuera de lugar puedo armar un escándalo. en mi casa dicen que soy una histérica cuando me pongo así, pero me pone mal o siento que si hay una cosa tirada y hay veces que está la pieza ordenada y yo la miro desde la puerta para ver si está bien y yo siento...”

Este fue un sector muy subrayado por los terapeutas y que fue interrumpido para la formulación de hipótesis. Estos resultados dan pie a la realización de estudios que continúen explorando de una forma más detallada hasta qué punto la falta de Concreción, Especificidad, Claridad y Presentación de imágenes, elementos objetivos de la Actividad Referencial en el discurso del paciente, son puntos clave en la generación de conjeturas por parte de los terapeutas. Para ello habría que combinar distintos textos estímulos a fin de conocer si esta correlación se mantiene para distintos pacientes.

Tomando en cuenta lo que señalan Leibovich de Duarte y sus colaboradores, (1998b) con relación a que los terapeutas prestan atención a las disonancias y a las recurrencias en el relato del paciente, estos resultados muestran que, cuando el relato del paciente presenta disonancias asociadas a la pérdida de precisión, los terapeutas encuentran allí señales significativas para su análisis. Esto no significa que los momentos de mayor Actividad Referencial, con una mayor integración en el material presentado por el paciente, no sean tenidos en cuenta para la producción de hipótesis. Ya que si bien, como se puede ver en la tabla 13 y en la figura 14, los sectores de baja Actividad Referencial fueron más subrayados y en ellos se enunciaron una mayor cantidad de hipótesis, el contenido de estas hipótesis incluye tanto elementos de los

sectores de baja Actividad Referencial cuanto elementos presentes en los sectores de alta Actividad Referencial.

Los espacios de alta Actividad Referencial parecerían ser el lugar es que el terapeuta empieza a encontrar elementos que le permiten configurar la situación general del paciente, aunque no sean señalados como los indicadores relevantes en el discurso que analiza.

A continuación se presenta como ejemplo, una hipótesis producida por uno de los terapeutas participantes, esta hipótesis fue enunciada en un momento en que la paciente se encontraba hablando con bajo nivel de Actividad Referencial, pero en su contenido se hace mención a uno de los sectores con más alta Actividad Referencial del relato de esta paciente:

“Acá yo me preguntaría qué pasa con la sexualidad porque resulta bastante significativo eso de que “me tiró arena, me puso arena en el corpiño de la malla y yo no soportaba la arena ahí” parecería que hay bastante represión de la sexualidad por la manera en que tiene al hablar de la escena cómico-amorosa, cómico-erótica, con el novio, se cuida mucho y utiliza un lenguaje muy prolijo. Aparte le desarmó lo que tenía perfectamente armado y se volvió loca, era esperable eso. Por suerte el novio parece que es paciente y la aguanta.”

En base a estos resultados se puede concluir que marcas e hipótesis se encuentran relacionadas tanto en la cantidad cuanto en su momento de producción. También se pueden encontrar elementos externos que parecen vincular a las marcas y a las hipótesis, tal el caso de la Actividad Referencial, que influyó en ambos aspectos, mostrando que pueden existir factores comunes subyacentes que provocan una mayor o menor producción de hipótesis.

8.4. Uso de técnicas de análisis de procesos terapéuticos

Uno de los objetivos específicos planteados en esta investigación fue el de estudiar si existe relación entre elementos señalados por técnicas de análisis de procesos terapéuticos, las marcas y las hipótesis enunciadas por terapeutas en relación a una sesión terapéutica.

Las técnicas estandarizadas de análisis de procesos terapéuticos utilizadas en este estudio fueron, el Modelo de Ciclos Terapéuticos (MCT), el Tema Central Relacional Conflictivo (CCRT) y el Ordenamiento Q (PQS). Todos estos instrumentos se mostraron suficientemente sensibles como para registrar, tanto elementos diferenciales dentro de una sesión, como elementos interrelaciones con las hipótesis formuladas por los terapeutas de las dos orientaciones analizadas. Este hecho queda claro al observar el tipo de concurrencia entre el producto de dichas técnicas (diseñadas originalmente con otros objetivos) y la libre producción de hipótesis de los terapeutas que participaron en este estudio.

La posibilidad de utilizar técnicas de estas características, para el estudio de elementos de elementos del proceso terapéutico, se convierte en un hecho. Una segunda y muy interesante opción es la de diseñar instrumentos para el estudio de procesos, pero utilizando como base a estos diseños que ya cuentan con un muy interesante “know how” acerca del tipo de resultados esperables. Simplificando y acortando los plazos para la construcción de los instrumentos necesarios.

8.5 Consideraciones sobre los marcos teóricos desde el punto de vista de las hipótesis formuladas por los terapeutas participantes

La presente investigación, en tanto se propuso comparar la formulación de hipótesis de terapeutas provenientes de distintos marcos teóricos, debió realizar estudios que diesen cuenta del grado de pertenencia de los terapeutas a esos marcos teóricos. Como ya fue indicado, se les presentó a los terapeutas participantes una lista de autores y se les solicitó que indicasen cuáles de ellos incidían en su práctica terapéutica actual. Los resultados obtenidos a partir de este procedimiento (Tabla 22 y página 121), muestran que, mientras los psicoanalistas reconocieron estar influenciados en su práctica terapéutica actual, solo por autores psicoanalíticos, los terapeutas cognitivos, reconocieron una amplia variedad de influencias teóricas, señalando a Bowlby, un autor proveniente del marco teórico psicoanalítico, como teniendo una mayor influencia en su práctica, que la ejercida por Beck, uno de los más importantes autores cognitivos. También se puede resaltar la influencia que reconocieron los terapeutas cognitivos de otros autores psicoanalíticos como Winnicott o Freud.

En búsqueda de una explicación para estos resultados expuestos, se rastreó parte de la bibliografía cognitiva que se encuentra traducida al castellano. De esta búsqueda surgió, que Guidano, Safran y Mahoney, todos ellos señalados como autores de gran influencia entre los terapeutas cognitivos, citan en su obra a Bowlby. También autores cognitivos argentinos, ya sea porque tomen en forma directa conceptos de la obra de Bowlby, o porque se diferencien de lo expuesto por este autor, utilizan sus conceptos como puntos

de referencia.

Otra posible explicación se relaciona con un fenómeno característico de la formación de los terapeutas en nuestro país. Mientras que los psicoanalistas realizaron mayormente su formación dentro de dicha línea teórica, los terapeutas cognitivos, sobre todo los de más experiencia, por lo general poseen una formación anterior propia del marco psicoanalítico; esto se debe fundamentalmente a una evolución social de los paradigmas predominantes en el accionar psicoterapéutico de nuestra ciudad.

El psicoanálisis fue la primera práctica psicoterapéutica en desarrollarse en nuestro medio, desarrollándose luego técnicas terapéuticas derivadas de este marco teórico, como las propuestas de terapias breves o terapias psicodinámicas. No fue hasta la década del sesenta que profesionales, en forma aislada, presentaron propuestas terapéuticas alternativas y solo a partir de la década de ochenta comenzaron a aparecer nuevos centros de atención y formación organizados, con un número representativo de terapeutas enrolados en los mismos, que propusieron distintas modalidades terapéuticas.

La multiplicidad de influencias teóricas que manifiestan los terapeutas cognitivos, también parece asociarse a otro fenómeno expuesto en el estudio comparativo realizado con un trabajo de Stuart Ablon y Jones (1998), quienes mediante la utilización del Ordenamiento Q, hicieron una clasificación sobre objetivos de tratamientos terapéuticos para terapeutas cognitivos y psicoanalistas.

A través de los Ítems Q, se compararon las tablas de Stuart Ablon y Jones con la evaluación de las hipótesis de algunos de los terapeutas participantes en esta investigación. Para esto se confeccionaron listas con los ítems Q (Apéndice VIII) y con ellas distintos jueces evaluaron las características de las hipótesis formuladas.

Como resultado de esta comparación, se pudo observar que sólo los terapeutas psicoanalíticos de esta muestra coincidieron con sus pares Norteamericanos. Uno podría pensar que los terapeutas cognitivos argentinos, ya sea por una herencia de la hegemonía psicoanalítica o por una mayor distancia con las líneas de pensamiento conductistas (principalmente constructivistas), hechos no necesariamente independientes, recibieron una influencia diferente en sus marcos referenciales que la de sus pares angloparlantes.

Como ya se señaló es notable la influencia de las posturas interpersonales en las influencias reconocidas por los terapeutas cognitivos. Los resultados expuestos en la tabla VII, apéndice X, podrían ser entendidos desde esta postura, ya que la predilección por formular hipótesis en los sectores del texto en donde el paciente presentó episodios relacionales, por sobre aquellos sin episodios de relación, podría ser un indicador de cómo estos terapeutas abordan un material clínico. Esta influencia interpersonal, haría que los momentos en el discurso de un paciente, que contuviesen elementos de relaciones con otros, se volvieran material relevante para los terapeutas cognitivos.

Resultaría interesante profundizar en una investigación de tipo transcultural, que permitiese conocer, no solo desde una perspectiva teórico conceptual, sino desde la práctica clínica, las similitudes y diferencias en el abordaje de un material clínico, para intentar averiguar, el tipo de influencias que existe sobre un mismo marco teórico, pero en distintos países. Para esto se podría recurrir a algunos de los procedimientos utilizados en esta investigación.

8.6. Consideraciones que se derivan de la segmentación de textos

Como se menciona en el análisis de los datos, a lo largo de esta investigación se manejaron múltiples niveles de segmentación (página 73) con el objeto de estudiar la sesión estímulo, cotejando esta, con las marcas propuestas y las hipótesis de los terapeutas. La menor unidad de segmentación que se tuvo en cuenta para analizar la vinculación entre las marcas propuestas por los terapeutas y la formulación de sus hipótesis clínicas, fue el bloque de cinco renglones, que en esta situación puntual, resultó ser la segmentación que brindó mayor información. La información extraída a través de la segmentación del discurso, es lo que permitió establecer una correspondencia entre ambos marcos teóricos, de hecho en muchos aspectos estableció esa correspondencia, por ejemplo en las marcas propuestas (Tabla 12 o figura 13),

Cuando las unidades de análisis son demasiado pequeñas, la representación gráfica de la secuencia, tanto de subrayado como de formulación de hipótesis, muestra un trazado con tal acumulación de picos y valles que vuelve indiscriminable todo patrón de diferenciación posible. La cantidad de información proporcionada por las unidades de cinco renglones al análisis global del texto, resulta estar saturada de información. Esta unidad resulta entonces, demasiado pequeña para establecer un "patrón espacial", es decir, esta segmentación no permite que quede esbozada una pauta general de marcado o de formulación de hipótesis (Figura 5 a y b).

El efecto señalado llevó a explorar diferentes unidades de segmentación a lo largo del análisis de los datos a fin de descubrir un posible patrón general de marcado o de formulación de hipótesis.

Queda en evidencia la necesidad de adecuar los criterios de segmentación, de los discursos a analizar, con los objetivos de cada investigación y con las características de las técnicas que se estén utilizando.

Este punto se vuelve clave a la hora de intentar obtener datos relevantes con relación al objeto de estudio. El uso de una segmentación incorrecta puede provocar pérdida de información, como ocurrió con el estudio presentado en esta investigación (Figuras 5^a y 5b), pérdida que solo fue subsanada cuando se efectuó una segunda segmentación adecuada (Figuras 6 o 7). Este tipo de errores puede llegar a distorsionar los resultados obtenidos creando falsas imágenes del objeto analizado. Por su parte, el uso de una segmentación adecuada a los objetivos del análisis, permite la obtención de información y resultados más fehacientes con relación al objeto a estudiarse.

Es importante reiterar que el concepto de segmentación correcta o incorrecta está totalmente sujeto a los objetivos y a los instrumentos utilizados en un estudio determinado, por lo que no es posible afirmar que existe, en términos genéricos, la segmentación correcta.

8.6. Consecuencias relevantes de los hallazgos para la práctica clínica y para la investigación futura sobre este área

Los resultados obtenidos en esta investigación presentan diversas posibilidades de aplicación en distintas áreas. Principalmente en el entrenamiento de terapeutas y las investigaciones sobre eficacia en psicoterapia.

Los centros de formación clínica podrían beneficiarse con la posibilidad de incorporar técnicas que les proporcionen indicadores objetivos acerca de la forma en la que, evalúan el material clínico los terapeutas que se encuentran en formación. De esta manera se podría conocer si los terapeutas en formación están reconociendo los elementos considerados como relevantes en una situación terapéutica determinada, y si a ese señalamiento se le otorga un análisis adecuado desde un determinado marco teórico. Queda abierto, a partir de los resultados de esta investigación, un estudio que posibilite establecer pautas sobre el tipo de material a ser relevado y sobre la forma de hipótesis deseadas por cada marco teórico.

El área de la investigación sobre eficacia en psicoterapia, puede ser otra de las potenciales usuarias de este tipo de resultados ya que estas investigaciones, como se ha mencionado en la introducción de esta investigación, requieren deslindar en forma fehaciente, las características específicas de cada tipo de tratamiento que se esté comparando, así como conocer las características de los terapeutas a cargo de dichos tratamientos. Esto se debe a la necesidad de conocer si los buenos o malos resultados obtenidos en un estudio, obedecen a las características propias de los tratamientos o a una incorrecta aplicación de los mismos.

El tipo de estudios realizados en esta investigación, posibilitaría conocer hasta que punto un terapeuta elabora hipótesis acorde al marco teórico que se intenta contrastar, a la vez, que posibilita el seguimiento del proceso terapéutico en lo que se refiere a la formulación de estrategias acordes al proceso en estudio.

Esta investigación, intentó ser un aporte a nuestra comprensión de los pacientes y de la incidencia de nuestros marcos teóricos en nuestra práctica. Tratando de conocer, cómo estos aspectos guían, ocultan o construyen nuestro acercamiento hacia la información. Tratando de repensar esa frase que dejo olvidada Macedonio Fernández, en la que decía "Las cosas tienen una constante: estorbar, y una momentánea: servir. Tal vez, a nuestra memoria y a nuestro conocimiento le ocurran exactamente lo mismo."

Referencias

- Alexander, J. y Parsons B. (1980). *Intervención comportamental corta con familias de delincuentes en terapia del comportamiento, fundamentos técnicas y aplicaciones*, Biblioteca de Psicología, Ardila. Cap. 23. DDB. Bilbao.
- APA, American Psychological Association (1992): Ethical Principles of Psychologist and Code of Conduct. *American Psychologist*, 47, 1597-1628.
- Anderson, Mc.Master. (1986). "Modeling emotional tone in stories using tension levels and categorical states". *Computer and the Humanities*, 20, 3-9.
- APBA. (1993). *Código de Ética de las Asociación de Psicólogos de Buenos Aires*. Punto 6.03.
- Barber, J. Luborsky, L. Crits Christoph, P. Thase, M. Weiss, R. Frank, A. Onken, L. Gallop, R. (1999). "Therapeutic Alliance as a Predictor of Outcome in Treatment of Cocaine Dependence". *Psychotherapy Research*. 9 (1). 54-73.
- Barlow, D. (1996). Health Care Policy, Psychotherapy Research, and the Future of Psychotherapy. *American Psychologist*. Vol. 51. No. 10. 1050-1058.
- Begon, M. Harper, J. L. Townsend C. R. (1996) *Echology. Individuals populations and communities*. Third edition. Blackwell Science, Oxford, XII. P.1068.
- Bergin, A. y Jensen, J. (1989). Religiosity of psychotherapy: A National Survey. *Psychotherapy Research*. 27, 3-7.
- Bergin, A. & Garfield, S.(compil.) (1994): *Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change*. New York: J. Wiley. (4^o edition).
- Beutler, L. Crago, M. y Arizmendi, T. (1986). Therapist variables in Psychotherapy process and outcome. En Garfield S. y Bergin, A. (compil.) *Handbook of Psychotherapy and behavior change*. 3rd ed. Pp. 257-310.
- Beutler, L. y Clarkin J. (1991). Future Research Directions. En Beutler L. y Crago, M. (compil.) *Psychotherapy Research, an international Review of Programmatic Studies*. Capítulo 43, 329-334. American Psychological Association, Washington D.C.
- Beutler, L. (1992). El estado actual y las contribuciones de la investigación en Psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. V I, pp. 203-214.
- Beutler, L. Machado, P. y Allstetter Neufeldt, S. (1994) Therapist variables en A. Bergin & S. Garfield, (eds): *Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change*. New York: J. Wiley. (4th edition).
- Block, J. (1961). *The Q sort method in personality assesment and psychiatric for studying behavior change*. New York. Pergamon.
- Bouchard, M. A. Lecomte, C. Carbonneau, H. Lalonde F. (1987). Inferential communications of expert psychoanalytically oriented, gestalt and behavior therapist. *Canadian Journal of behavioral Science* 19. 3.
- Bradley, Rockwell. (1997). *What is the history of computer text analysis*, disponible en WEB: [www: http://tacweb.humanities.ncmaster.ca/tacweb/doc/catahist.htm](http://tacweb.humanities.ncmaster.ca/tacweb/doc/catahist.htm)
- Brook, A. (1992) Psychoanalysis and Commonsense Psychology, **The Annual of Psychoanalysis** 20, pp. 273-305 o disponible en WEB: [www: www.carleton.ca/~abrook/PSA-CM.htm](http://www.carleton.ca/~abrook/PSA-CM.htm).
- Bucci, W. (1992) *Scoring Referential Activity, Instruction for use Transcripts of Spoken Narrative Texts*, Ulm, Ulmer Textbank.
- Bucci. W.(1993) The development of emotional meanig in free asocciation: A multiple code theory. En: A. Wilson y J. Gedo (compil.): *Hierarchical Concepts in Psychoanalysis*. New York, The Guilford Press.
- Bucci, W. (1997). *Psychoanalysis and Cognitive Science: a Multiple Code Theory*. New York: Guilford Press.
- Bunge, M, (1969). *La investigación científica, su estrategia y su filosofía*. Ariel, Barcelona.
- Caspar, F. (1997). "What goes on in Psychotherapist's mind?". *Psychotherapy Research*, 7 (2), 105-125.
- Criscy, J. (1983). Introducción a la teoría práctica de la teoría numérica, Monografía número 26, serie de Biología. Organización de los Estados Americanos, Buenos Aires.
- Crits-Christoph, P y Mintz. M. (1991). "Implications of therapist effects for the design and analysis of comparative studies of psychotherapies, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 20-26.
- Crits-Christoph, P. Barber, J. Kurcias, P. Julie, S. (1993) "The Accuracy of Therapists Interpretations and the Development of the Therapeutic Alliance. *Psychotherapy Research*, V. 3, (1), 25-35.
- Dahl, H. Kächele, H. y Thomä, H. (compil.) (1988). *Psychoanalytic Process Research Strategies*. New York: Springer-Verlag.
- Dankhe, G. L. (1986). Investigación y comunicación. En C. Fernández Collado y G. L. Dankhe (compil.), *La comunciación humana, ciencia social*. México: Mc Graw Hill, 385-454.

- Fernandez Alvarez, García, F. (1995). Creencia sobre la extinción y eficacia de la Psicoterapia en la población general de la ciudad de Buenos Aires. Compilado por J. P. Jiménez en: *Investigación en Psicoterapia*. Corporación de promoción universitaria. Santiago de Chile.
- Fernández Alvarez, H. García, F. Scherb, Elena. (1998). The Research Program at Aigle. *Journal of Clinical Psychology*. V. 54 N 3. 343-359.
- Fernández Alvarez, H. (1999). *La Psicoterapia vista por los médicos*. Nuevohacer, Buenos Aires.
- Feyerabend, P. K. (1993). *Por qué no Platón?*. (1980). En camino hacia una teoría del conocimiento dadaísta, Tecnos Madrid.
- Feyerabend, P. K. (1994). *Contra el método, esquema de una teoría anarquista del conocimiento*. (1970). Cap. XII, Planeta. Buenos Aires.
- Freud, S. (1910) "Sobre el análisis profano". O.C. Buenos Aires: Amorrortu editores. T. XI.
- Freud, S. (1911-1915) "Técnica Psicoanalítica". O.C. Buenos Aires: Amorrortu editores. T. XII.
- Freud, S. (1926) "Historia del movimiento psicoanalítico". O.C. Buenos Aires: Amorrortu editores. T. XIX.
- Garb, H. (1998). *Studying the Clinician, Judgement Research and Psychological assessment*, APA, Washington.
- Hamilton, V. (1996). *The analyst's Preconscious*. New Jersey: The Analytic Press.
- Hamblin, D. Beutler, L. Scogin, F. y Corbishley A. (1993). Patient Responsiveness to therapist values and outcome in group cognitive therapy. *Psychotherapy Research* 3 (1) 36-46.
- Luborsky, L. Popp, C., Luborsky, E. y Mark, D. (1994a). "The Core Conflictual Relationship Theme". *Psychotherapy Research*, Vol.4, pp. 172-183.
- Holt, R. R. y Luborsky, L. (1952). Research in the selection of Psychiatrists. *Bulletin of the Menninger Clinic*. V 16, 125-135.
- Holt, R. R. y Luborsky, L. (1955). Research in the selection of Psychiatrists. The selection of candidates to psychoanalytical training. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. V. 3, 666-681.
- Holt, R. R. y Luborsky, L. (1957). Implications for Research of the selection of Psychiatrists Residence. *Journal of Clinical and Experimental Psychopathology*. V. 18, 166-176.
- Holt, R. R. y Luborsky, L. (1958). *Personality patterns of psychiatrists*. New York: Basic Books.
- Holt, R. R. (1978): "Clinical judgement as a disciplined inquiry". En: R. R. Holt: *Methods in Clinical Psychology*. (1978) New York: Plenum Press. pp.38-54.
- Holt, R.. (1988). "Judgment, inference and reasoning in clinical perspective". In: D. Turk & P. Salovey (compil.) (1988): *Reasoning, Inference and Judgment in Clinical Psychology*. New York: Free Press.
- IPA (1999) *An open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis*. Editor P. Fonagy .IPA. London. Disponible en WEB: <http://www.ipa.org.uk>
- James F. y McCulloch, Ch. (1990). Multivariate Analysis in Ecology and systematics *Panacea or Pandora's Box?*. Annual Review Ecology and Systematics, 21:129-66.
- Jones E. E. (1985). *Manual for the psychotherapy Process Q-sort*. Berkeley.
- Jones, E. E. y Windholz, M. (1990). The Psychoanalytic Case Study: Toward a method for Systematic Inquiry. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 38. 183-192.
- Jones, E. E. (1993^a). Introduction to special section on single-case research in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 61: 371-372.
- Jones, E. E. y Pulos, S. M. (1993^b). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 61 (2) 306-316.
- Jones, E. (1997). *La clasificación -Q para la valoración del proceso de la psicoterapia*, PPQS, Monografía técnica abreviada realizada por A. Avila-Espada y J. Vidal-Didier, Universidad de Salamanca. España.
- Kächele, H. (1998). *Como investigar en Psicoanálisis*. Conferencia dictada en el Primer Encuentro Latinoamericano sobre investigación empírica en Psicoanálisis, organizada por la Asociación Psicoanalítica Argentina. Buenos Aires.
- Kächele, H. (1991). *Investigación en Psicoanálisis*. Conferencia en la Asociación Psicoanalítica Argentina, el 5/8/91.
- Kächele, H. Mergenthaler, E. y Hölzer, M. (1999). The analyst's vocabulary en *Psychoanalysis on the move, The work of Joseph Sandler*. Compilado por P. Fonagy, A. Cooper, R. Wallerstein. 217-229. The New Library of Psychoanalysis. Reutledge. London.
- Kazdin, A. (comp.) (1992) *Methodological Issues and Strategies in Clinical Research*. Washington: American Psychological Association.
- Kazdin, A. (1994) Methodology, design and evaluation in psychotherapy research. En: A. Bergin & S. Garfield (eds) (1994) *Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change*. New York: J. Wiley. (4th edition).

- Kuhn, C. (1990). *La estructura de las revoluciones científicas*. Cap. 1. Fondo de Cultura económica. Buenos Aires.
- Lambert, M. J. & Bergin, A. E. (1983). Therapist characteristics and their contribution to psychotherapy outcome. In C. E. Walker (compil.), *The Handbook of Clinical Psychology*. (Vol. 1 pp. 205-241). Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
- Leibovich de Duarte, A. (1972). *Divergent Production Abilities and Memory Style*. (*Creativity and Memory*). New York University. Dissertations Abstracts International, 33/11/b, 5508. University Microfilms International, Order N°: AAD73-11687.
- Leibovich de Duarte, A. (1986) *Aspectos psicológicos de la creatividad*. Cuaderno N° 2, Fac. de Arquitectura y Urbanismo, UBA.
- Leibovich de Duarte, A. (1989) "El problema del juicio clínico". Departamento de publicaciones de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Publicación N° 176.
- Leibovich de Duarte, A. (1992) "*Exploración de algunas características del proceso de inferencia clínica en psicoanálisis*". Trabajo presentado en el 1er. Encuentro Latinoamericano, Society for Psychotherapy Research, Mendoza.
- Leibovich de Duarte, A. (1994a), Problemas Eticos en la Investigación Psicológica. Libro de las *Primeras Jornadas de Investigación en Psicología*. Secretaría de Investigaciones Facultad de Psicología, UBA pp.41-46.
- Leibovich de Duarte, A. (1994b) "*Inferencia Clínica y Psicoterapia*". Trabajo presentado en el III Foro sobre Investigación en Psicoterapia. Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano-Aiglé. Buenos Aires.
- Leibovich de Duarte, A. (1996a): "Variaciones entre Psicoanalistas en el Proceso Inferencial Clínico". Investigaciones en Psicología. *Revista del Instituto de Investigaciones*, Facultad de Psicología, UBA. 1 (1) 27-38.
- Leibovich de Duarte, A. (1996b): "Diferencias individuales en el proceso inferencial clínico". *Anuario de Investigaciones*, 4, 249-261, Fac. de Psicología, UBA.
- Leibovich de Duarte, A. (1998a), *Estudio sobre la inferencia en el proceso terapéutico*, Informe final. UBACyT PS49.
- Leibovich de Duarte, A. (1998b). "Proceso inferencial clínico de los psicoanalistas Trabajo presentado en el "29th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research", Snowbird, Utah. EE.UU.
- Leibovich de Duarte, A. Kaufman, S. Huerin, V. Torricelli, F. Pissinis, G. Rutztein, G., Roussos, A. (1999a) ¿Cómo piensan un material clínico diferentes psicoanalistas?, trabajo presentado en XXVII Congreso Interamericano de Psicología, Caracas, Venezuela, Junio.
- Leibovich de Duarte, A. (1999b) Conferencia presentada en la Sociedad Argentina de Psicoanálisis. *Más allá de la información dada: Cómo construimos nuestras hipótesis clínicas*.
- Ley Nacional (1995) 23.277/85: Reglamentación. *Boletín Oficial* N° 28.294. *Primera Sección*. (19/12/95).
- Liendo, E. Macchi, R. Ramos Mejía, G. Marino, S. Roussos, A. (1996). *Investigación y evaluación de la psicoterapia a través de la narrativa. Desviación, melodramatización, inversión en la comunicación*. Documento de trabajo. Serie Programa de Formación en Investigación de Docentes Auxiliares, N° 1.
- López Moreno, C.M. y Schalayeff, C. (1997a). "Nuevos aportes al estudio de la técnica psicoanalítica". XXV Congreso y XXXV Symposium de APA. Buenos Aires.
- López Moreno, C. Schalayeff, C. Dorfman Lerner, B. Greco, N. Lezica, A. Roussos, A. (1997b). "*The wishes and the others in the borderline patients: Study on borderline narratives focused on CCRT's_RO's*", Trabajo presentado en el 28th. Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research. Summary book, page. 101. Geilo, Noruega.
- Luborsky, L. Singer, B. y Luborsky, L. (1975). Comparative studies of of psychotherapies. *Archives of General Psychiatry*. 32, 995-1008.
- Luborsky, L y Crits-Christoph, P. (1990) *Understanding Transference. The Core Conflictual Relationship Theme Method*. Cap. 6, 8, 18, 19. New York. Basic Books, Inc. Publishers.
- Luborsky, L. Popp, C., Luborsky, E. y Mark, D. (1994a). "The Core Conflictual Relationship Theme". *Psychotherapy Research*, vol.4, pp. 172-183.
- Luborsky, L and Barber, J. P. (1994b), Perspectives on seven transference-related measures applied to the interview with Ms. Smithfield. *Psychotherapy Research*, No. 4, pag. 152/54.
- Luborsky, L. Diguier, L , Kächele, H. Dahlbender, R, Waldinger, R. Freni, S. Krause, R. Frevert, G. Bucci, W. Drouin, M. S. Fischmann, T. Seganti, A. Wischmann, T. Hori, S. Azzone, P. Pokorny, D. Staats, H. Zobel, H. Brin, Stephen Soldz, G. Anstadt, T. Schauenburg, H. Benninghoven, B. Stigler, M. Tchesnova, I. (1999). *A Guide to the CCRT's Methods, Discoveries and Future*. Disponible en WEB: <http://sip.medicin.uni-ulm.de/Psychotherapie/ccrtframe.html>, Ulm University. Germany.

- Match (1998). Therapist effects in three treatments for alcohol problems. *Psychotherapy Research*, 8 (4) 455-474.
- Mergenthaler, E. (1985) *Computer Science applied in the field of Psychoanalysis*, Heidelberg New York: Springer.
- Mergenthaler E. (1992). *TAS/C user manual*. Ulm, Germany: Ulmer Textbank.
- Mergenthaler, E. (1996^a) "Emotion-Abstraction Patterns in verbatim protocols: A new way of describing psychotherapeutic processes." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1306-1315.
- Mergenthaler E. y Gril S. (1996^b). "Descripción de las reglas para la transcripción de sesiones psicoterapéuticas", *Revista de Clínica Psicológica*. Buenos Aires. Aigle.
- Mergenthaler, E. (1996c). Computer-Assisted Content Analysis. *Nachrichten Spezial*. 3-32. Zuma. Manheim.
- Mergenthaler, E. (1998), CM, release 1999. Disponible en WEB: <http://sip.medizin.uni-ulm.de/Informatik/index.html>.
- Miller, N. E. y Luborsky, L., Barber, J.P. y Docherty, J.P. [comp] (1993). *Psychodynamic Treatment Research. A Handbook for Clinical Practice*. New York Basic Books.
- Montgomery D. C.1991. *Design and Analysis of Experiments*. 3rd.Edition J. Wiley and Sons. New York.xvii + 650 pp.
- Murstein, B. y Fontaine, P. (1993). The Public's Knowledge About Psychologists and Other Mental Health Professionals. *American Psychologist*. Vol. 48, No. 7, 839-845.
- Orlinsky, D. Hansruedy Ambuhl, M. Ronnestad, H. Davis, J. Gerin, P. Davis, M. Willutsky U.Botermans J. F. Dazord, A. Cierpka M. et al. (1999). Devolpments of Psychotherapist: Concepts, questions, and methods of a collaborative international Study. *Psychotherapy Research*. 9(2) 127-153.
- Paivio,S. y Bahr, L. Interpersonal Problems, Working Alliance, and Outcome in Short Term Experiential Therapy. *Psychotherapy Research*. 8 (4) 392-407.
- Piaget, P. (1980). *Investigaciones sobre la abstracción reflexionante: la abstracción del orden y las relaciones espaciales*, Conclusiones, 249-257. Huemul. Buenos Aires.
- Palmer, M. (1999) *Distance-based Ordination Methods*, Disponible en WEB: <http://www.okstate.edu/artsci/botany/ordinate/distance.htm>.
- Popper, C. (1972). *Conocimiento objetivo*. Cap. 2, p. 104. Tecnos, Madrid.
- Roth A. y Fonagy, P. (1996). *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. The Guilford Press, NY-London.
- Roussos, A. Acosta, S. Juarez, C. y Noguera, T. (1997). *Introducción a las técnicas de investigación sobre procesos terapéuticos asistidos por computadora*, Documento de trabajo, Serie Proyectos Coordinados, N°1 Universidad de Belgrano.
- Safran, J. y Muran, C. (1998). *The Therapeutic Alliance in Brief Psychotherapy*. APA books.
- Sammons, M. y Siegel, P. (1998). Una comparación de Frames con el CCRT y la CRA. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. Vol. VII, 131-145.
- Sandell, R., Blomberg, A., Lazar, A., Schubert, J., Carlsson J., Broberg, J. (1998). *As time goes by. Long-term outcome of psychoanalysis and long-term psychotherapy*. Invited paper at the First Latin American Research Conference, International Psychoanalytical Association. September Buenos Aires, Argentina.
- Sashin, J. Eldred, S y Van Amerongen, S. (1975) A Search For Predictive Factors In Institute Supervised Cases: A Retrospective Study Of 183 Cases From 1959–1966 At The Boston Psychoanalytic Society And Institute. *Int. Journal of Psycho-Analysis.*, 56:343 359.
- Schalayeff, C. (1994). "Conceptos básicos sobre Investigación empírica en Psicoanálisis. El método CCRT" - Presentación en la Asociación Psicoanalítica Argentina. Buenos Aires.
- Schneider, H. (1983). *On The Way To a New Understanding of The Psychotherapeutic Process*. Bern, Switzerland: Huber.
- Siegel, S. (1990). *Estadística no paramétrica: aplicada a las ciencias de la conducta*. Cap. 8 p. 215. Trillas. México D.F.
- Sokal R. y Rohlf F. 1980. *Introducción a la Bioestadística*. Editorial Reverté S. A. Barcelona. XIII + 362.
- Sokal R. y Rohlf F. 1995. *Biometry*. 3rd. Edition.W. H. Freeman and Co. XIX. p. 887 New York.
- SPSS for Windows (1997).Release 8.0.0. Chicago Illinois, SPSS inc.
- StatSoft, Inc. (1996). *STATISTICA for Windows [Computer program manual]*. Tulsa, OK: StatSoft, Inc., Tulsa, OK 74104, email: info@statsoftinc.com.
- StatSoft, Inc. (1997). *Electronic Statistics Textbook*. Tulsa, OK 74104. Disponible en WEB: <http://www.statsoft.com/textbook/stathome.html>.

- Stephenson, W. (1953). *The study of behaviour: Q-Technique and its methodology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Stiles, W. Shapiro, D. y Firht-Cozen, J. (1988). *Verbal response mode use in contrasting psychotherapies: A within subjects comparison*. *JCP*, 56, 727-733.
- Stuart Ablon, J. y Jones E. (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*. 8 (1) 71-83.
- Strupp, H. (1960). *Psychotherapist's in action: Explorations of the Therapist's Contribution to the Treatment of Process*. New York: Grune and Stratton.
- Sundbom E. Binzer, M. y Kullgren, G. (1999). Psychological Defense Strategies According to the Defense Mechanism Test Among Patients with Severe Conversions Disorders. *Psychotherapy Research*. 9 (2) 184-198.
- T.A.S. (1998). Text Analysis System, Unix operative system. Release Version 2.4 1998, Klinikum, Ulm.
- Tenenhaus, M. y Young, F. (1985). An analysis and synthesis of multiple correspond analysis, optimal scaling, dual scaling, homogeneity analysis and other methods for quantifying categorical multivariate data. *Psychometrika*. Vol. 50, (1). 91-119.
- Ter Brak, C. (1988). *Groep Landbouwwiskunde*, Canoco a fortran program for canonical community ordination. GLW. Ministerie van Landbow en Visserij. Wageningen. Netherlands.
- Thomä, H. Jimenez, J. P. Kächele. H. (1986). *Conceptos sobre transferencia*. Revista del Psicoanálisis, APA. T 43 V.6 1237-1245.
- Turk & P. Salovey (eds) (1988) : *Reasoning, Inference and Judgment in Clinical Psychology*. (p 233-251). New York : Free Press.
- Tversky, A. y Kahneman, D. (1984). Juicio en situación de incertidumbre: heurísticos y sesgos. En *Lecturas de Psicología del pensamiento*. M. Carretero y J. A. García compil. Madruga, Cap. 13. Madrid.
- Wampold, B. (1997). Methodological Problems in identifying efficacious psychotherapies, *Psychotherapy Research*, 7 (1), 21-43.

Apéndices

Apéndice I: Ficha de datos del terapeuta participante

TERAPEUTA N°:

Edad:

Sexo:

Profesión:

Años de ejercicio en la profesión:
(y/o recibido)

Institución psicoterapéutica a la que pertenece:

Ambito en el que se desempeña:

Tipo de formación:

Línea teórica con la que se identifica:

Apéndice II': Cuestionario sobre los marcadores y las hipótesis

Por favor, le solicitamos que nos brinde esta información adicional referida al trabajo que usted realizó sobre el material del paciente.

Cuando aparezca una escala numerada a la derecha, por favor, señale aquel valor que represente mejor su opinión, cuanto mayor sea el valor señalado mayor debería ser su acuerdo con ese comentario.

Ejemplo: 1= Bajo valor del enunciado

5= Alto valor del enunciado

1) El material que usted subrayó en el texto ha sido:		
a- indicio suficiente para sus hipótesis	si	no
b- indicio parcial para sus hipótesis	si	no
c- no sabe pero le pareció importante para sus hipótesis	si	no

2) Sus hipótesis fueron:		
a- cercanas a los datos.	si	no
b – especulativas.	si	no
c – corazonada o intuición.	si	no

3) ¿Qué nivel de confianza le otorga a sus hipótesis?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

4) En qué grado las evidencias fueron tomadas en cuenta debido a:					
a- la recurrencia temática en el material.	1	2	3	4	5
b- la recurrencia de palabras en el material.	1	2	3	4	5
c- la presencia de: simbolismos	1	2	3	4	5
d - ambigüedades	1	2	3	4	5
e - contradicciones	1	2	3	4	5
f - significados metafóricos	1	2	3	4	5
g - referencias somáticas	1	2	3	4	5
h. - equivocaciones al hablar	1	2	3	4	5

5) En qué grado sus hipótesis se plantearon					
a- desde la experiencia con otros pacientes.	1	2	3	4	5
b- desde la presunción diagnóstica/ pronóstica.	1	2	3	4	5
c- por la relevancia que le otorga el terapeuta tratante.	1	2	3	4	5

6) Cree usted que su marco teórico influyó					
a.- en la atención selectiva a los datos	1	2	3	4	5
b – en la interpretación de los datos	1	2	3	4	5
c – en el sostén de sus hipótesis a lo largo de la entrevista	1	2	3	4	5
d.- otras: explique	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

7) Cuánto le prestó atención a los siguientes aspectos:					
a – al contenido de la sesión.	1	2	3	4	5
b – al tono afectivo de la sesión.	1	2	3	4	5
c – a los silencios de la sesión.	1	2	3	4	5
d – al tipo de lenguaje del paciente	1	2	3	4	5
e – al efecto que produjo en usted el material del paciente	1	2	3	4	5
f - a los supuestos con que se maneja el paciente	1	2	3	4	5

8) En qué grado sus intervenciones hubieran sido diferentes a las del terapeuta tratante,					
a – en lo relacionado a su contenido.	1	2	3	4	5
b – en lo relacionado a su modo de enunciación	1	2	3	4	5
c – en lo relacionado a su «timing».	1	2	3	4	5
d – otros, ¿cuáles?	1	2	3	4	5

9) ¿Se le ocurre alguna intervención que Ud. hubiera hecho? Señale en que momento					

10) En qué grado hubiese necesitado conocer los siguientes datos del paciente?					
a- filiación.	1	2	3	4	5
b - historia vital.	1	2	3	4	5
c – otros. ¿Cuáles?	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

11) En qué grado privilegió Ud. los siguientes aspectos del material?					
a- aspectos diagnósticos.	1	2	3	4	5
b- aspectos pronósticos.	1	2	3	4	5
c- aspectos vinculares.	1	2	3	4	5

³ 12) ¿Cuáles considera Ud. que fueron los temas fundamentales de este paciente en la sesión presentada?

13) ¿Desde qué rol escuchó el material?					
a – la perspectiva del terapeuta.	1	2	3	4	5
b – la de supervisor.	1	2	3	4	5
c – la de admisor.	1	2	3	4	5
d – la de paciente	1	2	3	4	5
e – sin un rol específico					

⁴ 14) ¿Qué sentimientos despertó en usted el material?

15) ¿Se le ocurre alguna sugerencia que pueda contribuir a enriquecer esta investigación?

Apéndice III: Logros

¿Cuáles considera que son los logros más importantes a los que espera que sus pacientes accedan?⁵

Señale los 5 más importantes

- Posibilidad de sentir y expresar afectos plenamente
 - Posibilidad de abordar de manera efectiva situaciones problemáticas
 - Posibilidad de lograr una autoestima adecuada
 - Posibilidad de conocer y comprender sus propias motivaciones y conductas
 - Posibilidad de reforzar su identidad
 - Posibilidad de resolver los conflictos de relación con usted como terapeuta
 - Posibilidad de enfrentar situaciones de pérdida y elaborar duelos
 - Disminución de sus síntomas
 - Posibilidad de integrar aspectos excluidos o disociados de su persona
 - Posibilidad de mejorar su capacidad reflexiva y anticipatoria
 - Posibilidad de enriquecer la calidad de sus relaciones interpersonales
 - Posibilidad de enriquecer su sexualidad
 - Posibilidad de conocer y comprender sus propios recursos y limitaciones
 - Otros, ¿cuáles? _____
-

En su práctica, ¿ha recurrido a la utilización de recursos técnicos provenientes de modelos psicoterapéuticos diferentes al suyo?

Si la respuesta es positiva, ¿cuáles? _____

Respecto al uso de dichos recursos técnicos, ¿cree que los colegas con los que comparte su modelo teórico –técnico

- lo criticarían
- lo aprobarían
- no sé

Apéndice IV.: Marco teórico referencial

Por favor señale en qué grado los siguientes autores inciden en su práctica terapéutica actual

Autor	No conozco su obra	No incide nada	Incide poco	Incide algo	Incide en gran medida	Incide mucho
Ackerman, N.						
Aulagnier, P.						
Balint M.						
Bandura, A.						
Beck, A.						
Bion, W.						
Bleger, J.						
Bowlby J.						
Freud, S.						
Teoría de los instintos						
1ra tópica						
2da tópica						
Garma, A.						
Goldfried, M.						
Green, A.						
Guidano, V.						
Hartmann, H.						
Kernberg, O.						
Klein, M.						
Kohut, H.						
Lacan, J.						
Liberman, D.						
Mahler, M.						
Mahoney, M						
Meichenbaum, D.						
Meltzer, .D.						
Minuchin, S.						
Pichon Riviere, E.						
Racker, H.						
Safran, J.						
Selvini Palazzoli, M.						
Sluzky, C.						
Sullivan H.						
Winnicott D.						
Otros, Cuáles?						

			no perdió amigos (3) 3 no dice nada (8) 2 se amarga (22) 7 no disfruta (20) 7
#6 Madre	(w) ser entendida (1) 6	no se da cuenta (2) 5 la tranquiliza (13) 6 la alienta a que la pase bien (13) 6	habla con la madre (7) 1
#7 Amigas	(w) que la tranquilicen (13) 5	tratan de ayudarla (13) 6	habla con amigas (7) 1 siente que están en contra (23) 7
#8 Amigos	(W) que no la carguen (14) 4 (w) sentirse bien en grupo (31) 7	se alían entre sí (17) 5 la dejan de lado (17) 5	a solas con alguien se siente bien (29) 3 siente que los demás se ponen en contra (23) 7 cuando está a solas con uno siente que es maravillosa (18) 5 siente que la culpa es de otra (6) 2 cuando está con una está bien (18) 5 siente que hay intrusos (8) 2 se siente mal (23) 7
#9 Novio	(W) ser ayudada (13) 3 saber, controlar (10) 2 tener todo ordenado (19) 2 cambiar, ser más tranquila (30) 7 (w) ser querida (3) 6	la carga (4) 5 la desvaloriza (6) 5 es de cargar (4) 5 le hace notar las cosas (13) 6 trata de tranquilizarla (11) 8 ayuda (13) 6	puede hablar con él (7) 1 se siente mal (22)
#10 Self	(w) que todo esté en orden (19) 2 que todo esté en orden (19) 2 que todo esté organizado (19) 2 (w) sentirse cómoda (31) 7		hace listas (14) 5 ordena (14) 5 se angustia (19) 6 se pone loca (13) 6 desordenan (18) 6 mal, incómoda (22) 7 está incómoda (22) 7 temor a que le roben (13) 6 cómoda cuando no lleva nada en las manos (12) 5
#11 Self Pasado	(w) controlar la casa (19) 2 (w) comer (13) 3 no comer (14) 4		no puede controlar (12) 5 molestia (21) 7 sintió que estaba todo sucio (12) 5 malestar (21) 7

# 12 Self	estar impecable (24) 7		molestia (21) 7 temor a estar desprolija (14) 5 incómoda (21) 7
#13 Novio	estar impecable (24) 7 llegar a la fiesta perfecta (21) 7 no gritar, no enojarse (23) 1 ser más controlada (21) 7	la abraza (30) 7 la hace enojar (17) 5 la ayudó (13) 6 no le gusta que le griten (23) 1	rechaza (11) 4 enojo (21) 7 se controla (14) 5
#14 Familia	(w) que no griten (14) 4	gritan (27) 3 no se da cuenta (2) 5	no soporta (21) 7
\$15 Madre	quiere que la ayuden (13) 3 (W) que no opine (18) 2 ganas de estar en la casa (10) 4 (w) ser aceptada por la madre (2) 6 ser aprobada (2) 6 sentir que logra cosas (22) 8	orgullosa (26) 2 estricta (26) 2 no escucha (2) 5 se ocupa de la flia. (11) 8 se preocupa (11) 8 se ocupa (11) 8 ayuda, cuida (11) 8 opina sobre sus decisiones (20) 2 que salga (21) 7 que sea como los demás (17) 5 le planeó la vida (26) 2 no acepta al novio (17) 5 que tenga un novio mejor (17) 5	se siente mala (25) 8 disgusto (21) 7 se siente con vida normal (14) 5 siente que no puede conformar a la madre (26) 7 siente que no la aprueban (23) 7 hace lo que quiere (15) 5
#16 Padres	(w) ser entendida (1) 6 (w) ser aceptada por la madre (2) 6	le da ideas (1) 6 aconseja (11) 8 alienta a que viva su vida (13) 6 ayuda (9) 7 madre da órdenes (24) 1 rechaza (4) 5	se siente entendida (2) 3 ayudada (9) 1 pregunta si le gusta (9) 1
#17 Madre	(W) tener una conversación tranquila (8) 5 (w) hablar en forma amable (3) 6 (w) que la madre acepte que se equivocó (2) 6	habla con dureza (26) 8 habla con vehemencia (24) 1 tratar de ganar la discusión (30) 2 no pide disculpas (2) 5	se siente mal (22) 7 le golpea (21) 7 trata de ganar la discusión (12) 5 no pide disculpas (25) 8
# 18 Novio	(w) llevarse bien (14) 4 quiere todo rápido (19) 2 (w) que tenga las cosas en orden (19) 2 (w) que él estudie (19) 2	habla con ella (11) 2 ayuda (13) 6 le pide foto (3) 8 la quiere forzar a ir al agua (20) 2 la hace reflexionar (13) 6 tranquilo (23) 1 no hace la transferencia del auto (23) 1 no estudia (23) 1 la ayuda a desacelerarse (13) 6	se siente bien (28) 3 habla con él (7) 1 trata de resolver las cosas (14) 5 se siente bien (28) 3 no quiere (11) 4 se enoja (21) 7 se pone mal (21) 7 hiperkinética (27) 8 le hace el trámite (9) 1 insiste para que estudie (12) 5 la pasa bien con él (20) 3

#19 Novio	(W) que él esté arreglado (19) 2 sorprenderlo (22) 8	le reclama (3) 8 la siente indiferente (9) 7 se arregla (18) 6	lo mimó (9) 1 no sabe qué le pasa (12) 5 le pide que se arregle (7) 1 se arregla para él (9) 1
#20 Novio Pasado	acompañarlo (12) 8 estar con él (12) 8 hacer algo por él (12) 8	se accidentó (10) 3 se lastimó un ojo (16) 3	se une a él (9) 1 lo acompaña (9) 1 sufría con él (22) 7 sufría (22) 7 se va de viaje (15) 5 lo llama por tel. (7) 1

Los números entre paréntesis representan a los standard, y los número a su continuación representan los clusters de agrupamiento propuestos por el CCRT.

CCRT característico de la paciente*

Deseo sentirme bien y cómoda (cluster 7), los otros se oponen y están en contra (cluster 5), me siento decepcionada y deprimida (cluster 7).

Descripción del caso estímulo desde el CCRT

1. A lo largo del primer episodio la paciente habla sobre si misma, manifestando su deseo de empezar una terapia para poder expresarse y porque tiene ganas de saber qué le está pasando. Este, es un episodio de relación con ella misma (ERS), en el que cuenta lo que le ocurre; se siente mal y a veces, tonta, siente dificultad para expresarse, expresa estar deprimida y con bronca.

2. En el siguiente episodio relacional completo (ERO) (Un episodio completo contiene el Deseo, D, La respuesta del otro, RO y la respuesta de si mismo, RS), la primer asociación que hace es con la madre, expresando su necesidad de independizarse, de tener una vida propia, manteniendo ideas propias y sintiéndose diferente. Según dice, la madre no promueve dicha diferenciación, sino que por el contrario, le dice siempre lo que tiene que hacer. La paciente algunas veces reacciona ante esto sintiéndose segura de sí misma, chocando con la madre, y otras sintiéndose mal o sintiendo que la madre tiene razón. Aquí aparece la primer relación con otro (RO), frente a las reacciones de la madre a sus necesidades aparece una división del afecto, esto se ve en el hecho de que "algunas veces choca con la madre y otras siente que ésta tiene razón".

3. Tanto en el tercero como en el cuarto Episodio Relacional (ER) (se refiere a sí misma. Mientras que en el tercero el deseo es de sentirse bien, "engancharse" con gente de su edad y encontrar su lugar, siendo su reacción ante esto depresiva; por otro lado se siente tonta, mal con los demás, mal en grupo, se siente mal por pavadas, se queda atrás, y siente que todos están en su contra;

4. En el cuarto episodio vuelve a manifestar su interés por saber que le pasa y por sentirse integrada y expresa, además que se siente fuera de lugar, Cuenta acerca de sus reacciones pasadas: cuando sentía que todos estaban en su contra, cómo se sintió bien siendo líder y por qué no se enganchó. En estos episodios se ve nuevamente su necesidad de entender lo que le pasa y a la vez la aparición de angustia depresiva frente a situaciones vividas como difíciles.

5. Luego de esto pasa a otro ERO orientado a los amigos, donde los deseos predominantes son tomarse las cosas más a la ligera, pasarla bien, no hacerse problema, tener amigos y disfrutar. Lo primero que expresa sobre la reacción de los demás es que la cargan, pero luego se ve que los otros también tienen reacciones positivas hacia ella, ya que la llaman, y los amigos se ocupan de ella. Por su parte, ella reacciona cargando a los demás, y tomándose las cosas demasiado en serio, en momentos le parece terrible, siente que lo que le dicen es más pesado, que se hace mucho problema, no dice nada, se amarga y no disfruta, sin embargo no perdió amigos.

6. Al igual que en el segundo episodio en el sexto aparece la madre, esta vez el deseo es ser entendida, lo cual aparentemente la madre no hace (entenderla), pero por otro lado la tranquiliza y ella adopta una actitud más activa y le habla. Tal como se mencionó en el segundo episodio parecería que hay una división del afecto en la relación con la madre

7. En el séptimo ERO, que es con las amigas, el deseo es que la tranquilicen, su percepción es que las amigas tratan de ayudarla y que habla con ellas, sin embargo siente que están en su contra. Si bien no es lo que predomina, se muestra mínimamente el aspecto depresivo en la reacción del self.

8. El deseo de que no la carguen y de sentirse bien en grupo (este deseo corresponde al cluster predominante) aparece en el siguiente ERO en relación a los amigos. Las reacciones de los otros que aquí aparecen (dejarla de lado, aliarse con los demás, ponerse en su contra) concuerdan con el cluster determinante. En cuanto a la reacción del self comienza diciendo que cuando está a solas con alguien se siente bien, inmediatamente toma un tono depresivo y expresa que siente que los demás se ponen en su contra, aunque cuando está a solas con uno sólo de los amigos siente que esto no es así y que ella es maravillosa; luego intenta quitarse la responsabilidad por sentirse mal en grupo diciendo que la culpa es de los otros, y explicando que cuando está con uno está bien, nuevamente responsabiliza a los demás ya que siente que hay intrusos y finalmente vuelve a deprimirse, a sentirse mal. La reacción del self "sentirse mal" aparece intensamente a lo largo de los distintos EROS.

9. El ERO siguiente se refiere al novio, al cual antes no se había mencionado. En este caso, si bien el deseo de ser ayudada está presente, los deseos predominantes parecen estar más relacionados con tener el control, saber, tener todo ordenado, y poder cambiar para ser más tranquila. También aparece el deseo de ser querida, el cual está relacionado con el deseo de sentirse bien, cómoda y aceptada. La reacción del novio se presenta como similar a la de los demás; la carga, la desvaloriza y le hace notar las cosas. En segundo lugar aparece que también trata de tranquilizarla y que la ayuda. En cuanto a la reacción de ella, menciona que se puede hablar con él, pero que de todas formas se siente mal.

10. El ERO diez se trata de un episodio con el self en el que nuevamente se observan fuertes aspectos de control y el cluster determinante de sentirse cómoda. La paciente expresa su deseo de que todo esté en orden, organizado y de sentirse cómoda. Las reacciones del self frente a estos deseos demuestran un intento por satisfacerlos a través del orden, el armado de listas, sin embargo cuando no lo logra se angustia, se pone loca, arma escándalo si los demás desordenan, y se siente mal, incomoda. La necesidad de control se observa en el temor a que le roben y en que se siente cómoda cuando no lleva nada en las manos, o sea cuando tiene todo controlado. Cuando tiene deseos de control y estos son satisfechos se siente cómoda, pero cuando esto no es así, aparece angustia, depresión y enojo.

11. Algunas de las características que aparecen en el décimo ERO, se repiten en relación al self pasado en el ERO siguiente: el deseo es controlar y la reacción es de molestia, malestar y sentimiento de que todo está sucio al no poder lograrlo. También se ve en este ERO el deseo de comer, no comer y de controlar la ingesta de alimentos, la queja es que por no poder mantener el control, hay sentimientos depresivos.

12. El ERO doce corresponde al self presente, ante el deseo de estar impecable reacciona con molestia, temor a estar desprolija e incomodidad. Se trata de la necesidad de ser tenida en cuenta, de sentirse cómoda; del temor a estar desprotegida, desordenada, en definitiva del deseo de controlar y de lo que sucede cuando esto no es posible.

13. En el ERO siguiente vuelve a estar presente el control como tema importante, en este caso se trata de un episodio con el novio en el que ella desea llegar perfecta a la fiesta, no gritar ni enojarse y ser más controlada. Las reacciones del novio son de dos tipos; la abraza y la ayuda y por otro lado la hace enojar y pone distancia al decirle que no le gusta que le griten. Ante esto ella primero reacciona rechazando al otro, luego con enojo para finalmente lograr un equilibrio y controlarse.

14. El ERO número catorce es sobre la familia. El deseo es que no griten, al parecer la familia grita mucho y no se da cuenta de que lo hace, la reacción del self que es lo que predomina en este ERO es de intolerancia frente a estos hechos, no los soporta.

15. El ERO quince es con la madre. La paciente manifiesta su deseo de que la ayuden, de ser aceptada por la madre, de ser aprobada, de sentir que logra cosas y de sus ganas de estar en la casa. Dice que la madre es orgullosa, estricta, que no escucha, que opina sobre sus decisiones, que se preocupa y se ocupa de la familia, que ayuda y cuida, que le planeó la vida, le dice que salga y se opone a la persona a la que la paciente quiere, no acepta al novio, le dice que tenga un novio mejor. Ante esto la paciente reacciona sintiéndose mala, disgustada, siente que no puede conformar a la madre, que ésta no la aprueba, sin embargo siente que su vida es normal y que hace lo que quiere.

16. En el ERO con los padres, que es el siguiente, el deseo es que estos la ayuden, que no opinen, que la madre la acepte, que la aprueben, quiere sentir que logra cosas, y tiene ganas de estar en la casa. La reacción de los padres es darle ideas, aconsejarla, la alientan a que viva su vida, la ayudan, la madre también le da órdenes y la rechaza. En este caso no aparece esa tendencia depresiva probablemente porque tiene una buena relación con el padre se siente entendida y ayudada.

17. El ERO diecisiete es nuevamente con la madre, quiere tener una conversación tranquila, hablar en forma amable, que la madre acepte que se equivocó. La reacción que ella siente por parte de la madre es que habla con dureza, con vehemencia, trata de ganar la discusión, y no pide disculpas, a consecuencia de esto ella se siente mal, se siente golpeada por lo que la madre dice, y adopta una postura similar a aquélla tratando de ganar las discusiones y no pidiendo disculpas.

18. En el ERO siguiente se ve que su deseo en relación al novio es el de llevarse bien, quiere todo rápido, que él tenga las cosas en orden y que estudie; él reacciona hablando con ella, ayudándola, la hace reflexionar, la ayuda a desacelerarse, por otro lado no cede a sus expectativas de control: la quiere forzar a jugar con él, no hace la transferencia del auto, y no estudia. En este caso ella se siente bien, habla con él, y lo pasa bien, sin embargo ante la imposibilidad de lograr todo con rapidez rechaza al novio, se enoja, se pone mal, hiperkinética, insiste para que estudie y lo ayuda.

19. En el ERO siguiente, que también es con el novio, expresa su deseo de que él esté arreglado y de sorprenderlo, dice que él le reclama, la siente indiferente y se arregla. Ella no sabe qué le pasa, y reacciona mimándolo, le pide que se arregle y se arregla para él.

20. El último ERO es con el novio en el pasado, ella siente deseos de estar con él, y de hacer algo por él. El se lastimó un ojo y ella reacciona acompañándolo, sufriendo con él, se va de viaje y lo llama por teléfono.

Apéndice VI: Primer página de la sesión estímulo analizada por el CCRT.

T:
Claudia

C:

E:
1º ENTREVISTA

ERS 1 (Self) P : Bueno, en realidad va a ser la tercera vez que voy a empezar una terapia, las primeras veces no me sentí a gusto con, con la persona con la que lo estaba haciendo, porque *me costaba mucho expresar lo que me pasaba*, (W, St.9, C.5) no, no me sentía ... este ...tranquila, cómoda como para hablar con mis términos o contar todas las cosas que necesitaba, más que nada, es más, hay veces *he sentido más ganas de empezar una terapia que otras* (RS, St.21, C.1). Hay veces que *decía no, no, no necesito, no tengo ganas de ir* (W, St.3, C.29) y hay veces que era terrible, *quería empezar, aunque sea con otra persona, probar algo para... poder hablar de muchas cosas* (W, St.29, C.3). Ehh más que nada...no sé el...*tengo muchos bajones, muchas.. depresiones temporarias* (RS, St.22, C.7). De golpe *me siento muy mal.. ehh.. más que nada conmigo misma* (RS, St.22, C.7), tengo días en que, en que *tengo bronca* (RS, St.21, C.7) siento que no puedo hacer nada *que me insulto, que soy una tarada, que no sirvo, que todo me sale mal* (RS, St.17, C.6) y bueno hay días que está bien, pero cuando me vienen estos bajones es ahí *cuando tengo ganas de empezar a ver que pasa porqué* (W, St.21, C.1) *me siento así* porque, me hace muy mal.

ERO 2 (Madre) .. este.. *con mamá* a veces me pasa que, que *tengo ganas de golpe de.. de.. de estar sola de poder hacer mis cosas no depender de ella* (W, St.1, C.23) y bueno *hay veces que me siento segura*, (RS, St.14, C.5) no? con todo lo que ella me pueda decir como que no podría vivir sin ella... pero al mismo tiempo *quiero tener mi propia vida* (W, St.23, C.1), entonces *tengo muchos choques con ella también* (RS, St.11, C.4) y siento que todo lo que ella me dice es de mayor peso de lo que yo pueda pensar, no puedo mantener a veces mis propias ideas y *no quiero hacer todo lo que ella me diga*, (RO, St.20, C.2) me da bronca, como que no quiero hacerle caso en todo quizás a propósito quizás no, pero, *me da bronca a veces que quizás tenga razón* (RS, St.1, C.1) entonces *trato de buscar algo para hacer lo opuesto a lo que me dice* (W, St.28, C.1) y bueno cuando me dice cosas que tiene razón y las hago *me siento mal* (RS, St.22, C.7) por no tener mis propias ideas o estar convencida de lo que yo decidí o lo que me propuse.. este.. más que nada es eso lo que me hace a veces tambalear.

T : Eso es lo que te genera los bajones?

En itálica se señalan aquellas frases que resultaron paradigmáticas para señalar los deseos (W), las respuestas del otro (RO) y las respuestas del self (RS) del paciente.

Apéndice VIII: Items del ordenamiento Q

Items Q

ÍTEM 1 El paciente verbaliza sentimientos negativos (p. ej. crítica, hostilidad) hacia el terapeuta (vs. comentarios de aprobación o admiración)

ÍTEM 2 El terapeuta llama la atención sobre la conducta no verbal del paciente, p. ej. postura corporal, gestos.

ÍTEM 3 Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente.

ÍTEM 4 Se examinan las metas de tratamiento del paciente.

ÍTEM 5 El paciente tiene dificultades para entender los comentarios del terapeuta.

ÍTEM 6 El terapeuta es sensible a los sentimientos del paciente, armoniza con él; es empático.

ÍTEM 7 El paciente está ansioso o tenso (vs. calmado y relajado).

ÍTEM 8 El/la paciente está preocupado/a o contrariado/a por su dependencia del terapeuta (vs. cómodo con la dependencia o deseando dependencia)

ÍTEM 9 El terapeuta es distante, indiferente (vs. involucrado e implicado afectivamente).

ÍTEM 10 El paciente busca una mayor intimidad con el terapeuta.

ÍTEM 11 Se abordan los sentimientos y experiencias sexuales.

ÍTEM 12 Ocurren silencios durante la hora de sesión.

ÍTEM 13 El paciente está animado o excitado.

ÍTEM 14 El paciente no se siente comprendido por el terapeuta.

ÍTEM 15 El paciente no inicia temas; es pasivo.

ÍTEM 16 Se habla sobre las funciones corporales, síntomas físicos o salud.

ÍTEM 17 El terapeuta ejerce activamente control sobre la interacción (p. ej. estructurando y/o introduciendo nuevos temas).

ÍTEM 18 El terapeuta transmite una sensación de aceptación no crítica. (NOTA: La ubicación en la dirección de lo "no característico" indica desaprobación, falta de aceptación.)

ÍTEM 19 Hay una cualidad erótica en la relación terapéutica.

ÍTEM 20 El paciente es provocativo, pone a prueba los límites de la relación terapéutica. (NOTA: "No característico" implica que el paciente se comporta de una manera sumisa.)

ÍTEM 21 El terapeuta hace comentarios sobre sí mismo.

ÍTEM 22 El terapeuta se centra en los sentimientos de culpabilidad del paciente.

ÍTEM 23 El diálogo tiene un foco específico.

ÍTEM 24 Los conflictos emocionales del terapeuta se entrometen en la relación.

ÍTEM 25 El paciente tiene dificultades para comenzar la sesión.

ÍTEM 26 El paciente experimenta un afecto molesto o perturbador (doloroso).

ÍTEM 27 El terapeuta da consejos y orientaciones explícitos (vs. los aplaza, incluso cuando es presionado para darlos).

ÍTEM 28 El terapeuta percibe el proceso terapéutico adecuadamente.

ÍTEM 29 El paciente habla sobre querer estar separado o distante.

ÍTEM 30 Los diálogos se centran sobre temas cognitivos, p. ej. sobre ideas o sistemas de creencias.

ÍTEM 31 El terapeuta pide más información o elaboración.

ÍTEM 32 El paciente alcanza un nuevo entendimiento o "insight".

ÍTEM 33 El paciente habla de sentimientos de querer estar cerca de alguien o necesitar a alguien.

ÍTEM 34 El paciente culpa de las dificultades a los demás o a fuerzas externas.

ÍTEM 35 La imagen de sí mismo es el foco de análisis.

ÍTEM 36 El terapeuta señala el uso de maniobras defensivas por parte del paciente (p. ej. anulación y denegación)

ÍTEM 37 El terapeuta se comporta como si fuera un maestro (didáctico).

ÍTEM 38 Se considera actividades específicas o tareas para que el paciente intente efectuar fuera de la sesión

ÍTEM 39 Hay una cualidad competitiva de la relación.

ÍTEM 40 El terapeuta efectúa interpretaciones que se refieren a personas presentes en la vida real del paciente

ÍTEM 41 Se examinan las aspiraciones o ambiciones del paciente.

ÍTEM 42 El paciente rechaza (vs. acepta) los comentarios y observaciones del terapeuta.

ÍTEM 43 El terapeuta sugiere el significado de la conducta de otros.

ÍTEM 44 El paciente se siente cauto o suspicaz (vs. confiado y seguro).

ÍTEM 45 El terapeuta adopta una actitud de apoyo.

ÍTEM 46 El terapeuta se comunica con el paciente en un estilo claro, coherente.

ÍTEM 47 Cuando la interacción con el paciente es difícil, el terapeuta se adapta en un esfuerzo para mejorar las relaciones.

ÍTEM 48 El terapeuta fomenta la independencia de acción u opinión en el paciente.

ÍTEM 49 El paciente experimenta sentimientos conflictivos ambivalentes acerca del terapeuta.

ÍTEM 50 El terapeuta dirige la atención hacia los sentimientos considerados por el paciente como inaceptables (p. ej. enojo, envidia, o excitación).

ÍTEM 51 El terapeuta trata con condescendencia, o protectoramente al paciente.

ÍTEM 52 El paciente se apoya en el terapeuta para solucionar sus problemas.

ÍTEM 53 El paciente se preocupa de lo que el terapeuta piensa de él.

ÍTEM 54 El paciente es claro y organizado en su forma de expresarse.

ÍTEM 55 El paciente expresa expectativas favorables sobre la terapia.

ÍTEM 56 El paciente cuenta las experiencias como si estuvieran lejanas de sus sentimientos. (NOTA: Valorar como neutral si afecto y significación son manifiestos y son acordes.)

ÍTEM 57 El terapeuta explica los criterios que existen tras su técnica o su enfoque de tratamiento.

ÍTEM 58 El paciente se resiste a examinar pensamientos, reacciones o motivaciones relacionadas con los problemas.

ÍTEM 59 El paciente se siente inadecuado e inferior (vs. efectivo y superior).

ÍTEM 60 El paciente tiene una experiencia catártica. (NOTA: Clasificar como no característico si la expresión emocional no es seguida de una sensación de alivio.)

ÍTEM 61 El paciente se siente tímido y avergonzado (vs. no cohibido y seguro).

ÍTEM 62 El terapeuta identifica un tema recurrente en la experiencia o conducta del paciente.

ÍTEM 63 Las relaciones interpersonales del paciente son un tema de importancia

ÍTEM 64 Las relaciones de amor o románticas son temas abordados en la sesión.

ÍTEM 65 El terapeuta clarifica, replantea o reformula las comunicaciones del paciente.

ÍTEM 66 El terapeuta reasegura en forma directa. (NOTA: Situar en el lado no característico si el terapeuta tiende a abstenerse de reasegurar directamente.)

ÍTEM 67 El terapeuta interpreta los deseos, sentimientos o ideas que son rechazados o inconscientes.

ÍTEM 68 Son diferenciados activamente los significados reales vs. los fantasiosos de las experiencias vividas.

ÍTEM 69 Se enfatiza la situación de vida actual o reciente del paciente.

ÍTEM 70 El paciente lucha por controlar sus sentimientos o impulsos.

ÍTEM 71 El paciente se autoculpa; expresa vergüenza o culpa.

ÍTEM 72 El paciente comprende la naturaleza de la terapia y lo que se espera de él.

ÍTEM 73 El paciente está comprometido con la terapia.

ÍTEM 74 Se utiliza el humor.

ÍTEM 75 Se debate la terminación de la terapia.

ÍTEM 76 El terapeuta sugiere que el paciente acepte la responsabilidad de sus problemas.

ÍTEM 77 El terapeuta es falto de tacto.

ÍTEM 78 El paciente busca la aprobación, el afecto o la simpatía del terapeuta.

ÍTEM 79 El terapeuta comenta los cambios de humor o estado afectivo del paciente.

ÍTEM 80 El terapeuta muestra una experiencia o un suceso desde una perspectiva diferente.

ÍTEM 81 El terapeuta enfatiza los sentimientos del paciente para ayudarlo a experimentarlos más profundamente.

ÍTEM 82 La conducta del paciente durante la sesión es reformulada por el terapeuta de un modo previamente no reconocido de forma explícita.

ÍTEM 83 El paciente es demandante.

ÍTEM 84 El paciente expresa sentimientos de enojo o agresivos.

ÍTEM 85 El terapeuta alienta al paciente para que intente nuevas formas de comportarse con los demás.

ÍTEM 86 El terapeuta se muestra con confianza en sí o seguro de sí mismo (vs. inseguro o defensivo).

ÍTEM 87 El paciente es controlador.

ÍTEM 88 El paciente plantea temas y material significativos.

ÍTEM 89 El terapeuta actúa para fortalecer las defensas.

ÍTEM 90 Se consideran los sueños y fantasías del paciente.

ÍTEM 91 Los recuerdos o reconstrucciones de la infancia y de la niñez son temas de análisis.

ÍTEM 92 Los sentimientos y las percepciones del paciente están relacionados a situaciones o a conductas del pasado.

ÍTEM 93 El terapeuta es neutral.

ÍTEM 94 El paciente se siente triste o deprimido (vs. feliz o animado).

ÍTEM 95 El paciente se siente ayudado.

ÍTEM 96 Se trata el tema del horario de las sesiones, o los honorarios.

ÍTEM 97 El paciente es introspectivo, explora en seguida sus pensamientos y sentimientos más íntimos.

ÍTEM 98 La relación terapéutica es un foco de la sesión.

ÍTEM 99 El terapeuta cuestiona el punto de vista del paciente (vs. convalida las percepciones del paciente).

ÍTEM 100 El terapeuta establece conexiones entre la relación terapéutica y otras relaciones.

Apéndice IX: Tabla de evaluación de las hipótesis según los ítems del Ordenamiento Q

Por favor lea atentamente cada una de las hipótesis del texto que le fue asignado y luego evalúe el grado de representatividad de cada uno de estos ítems que aparecen en la primer columna de este formulario.

En caso de que el ítem se encuentre representado de forma positiva, como característico de la hipótesis analizada, por favor asígnele un tres.

En caso de que el ítem se encuentre representado de forma neutra, sin peso alguno en la hipótesis analizada, por favor asígnele un dos.

En caso de que el ítem se encuentre representado de forma negativa como lo opuesto a los que se enuncia en la hipótesis analizada, por favor asígnele un uno.

Ítems del Ordenamiento Q	Número de hipótesis							#
	1	2	3	4	5	6	7	
<u>ÍTEM 1</u> El paciente verbaliza sentimientos negativos (p.ej. crítica, hostilidad) hacia el terapeuta (vs. comentarios de aprobación o admiración)								
<u>ÍTEM 2</u> El terapeuta llama la atención sobre la conducta no verbal del paciente, p.e. postura corporal, gestos.								
<u>ÍTEM 3</u> Los comentarios del terapeuta están orientados a facilitar las verbalizaciones del paciente.								
<u>ÍTEM 4</u> Se dialoga sobre las metas de tratamiento del paciente.								
<u>ÍTEM 5</u> El paciente tiene dificultades para entender los comentarios del terapeuta.								
<u>ÍTEM 6</u> El terapeuta es sensible a los sentimientos del paciente, armoniza con él; es empático.								
<u>ÍTEM 7</u> El paciente está ansioso o tenso (vs. calmo y relajado).								
<u>ÍTEM 8</u> El/la paciente está preocupado/a o contrariado/a por su dependencia del terapeuta (vs. Cómodo con la dependencia o deseando dependencia)								
<u>ÍTEM 9</u> El terapeuta es distante, indiferente (vs. involucrado e implicado afectivamente).								
<u>ÍTEM 10</u> El paciente busca una mayor intimidad con el terapeuta.								
<u>ÍTEM 11</u> Se abordan los sentimientos y experiencias sexuales.								
<u>ÍTEM 12</u> Ocurren silencios durante la hora de sesión.								
<u>ÍTEM 13</u> El paciente está animado o excitado.								
<u>ÍTEM 14</u> El paciente no se siente comprendido por el terapeuta.								

Apéndice X: Ejemplo de las principales matrices generadas

Marcadores:

Matriz M1. por renglón

Renglón	Psi TM1	Cog TP 2	Psi TP 3	Cog TP 4	Psi TP 5	Cog TP 6	Psi TP 7	Cog TP 8	Psi TP 9	Cog TP 10
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1
4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
5	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
9	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
10	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1
11	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0
12	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
13	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
14	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0
.
.
.
596	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1
597	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1
598	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
599	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
600	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0

Matriz M2. por bloques de 5 renglones

Bloque	Psi TM1	Cog TP 2	Psi TP 3	Cog TP 4	Psi TP 5	Cog TP 6	Psi TP 7	Cog TP 8	Psi TP 9	Cog TP 10
1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1
2	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1
3	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1
.
.
.
120	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1

Hipótesis:

Matriz H1. por bloques de 5 renglones

Bloque	Psi TM1	Cog TP 2	Psi TP 3	Cog TP 4	Psi TP 5	Cog TP 6	Psi TP 7	Cog TP 8	Psi TP 9	Cog TP 10
1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
2	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0
3	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1
.
.
.
120	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0

Ordenamiento Q

Matriz Q1

TP	Blq	Hipót	ITEM 1	ITEM 2	ITEM 3	ITEM 4	ITEM 5	ITEM 6	ITEM 7	ITEM 8	ITEM 9	ITEM 10
Psi	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1
Psi	5	2	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0
Psi	23	3	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1
	
	
	
Cog	117	n-1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0
Cog	120	n	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1

Apéndice XI

Tabla I					
ANOVA Marcas (5 sectores)					
Fuente de error	Suma de Cuadrados	Grados de libertad	Cuadrado Medio	F	Significancia
SECTOR	3,227	4	0,807	29,417	0,000
MT	,106	1	0,106	3,867	0,050
SECTOR * MT	5,106E-02	4	1,276E-02	,465	0,761
Error	6,307	230	2,742E-02		
Total	49,163	240			

Tabla II					
ANOVA Marcas (10 sectores)					
Fuente de error	Suma de Cuadrados	Grados de libertad	Cuadrado Medio	F	Significancia
SECTOR MARCO	3,835	9	0,426	16,561	0,000
TEÓRICO	0,106	1	0,106	4,121	0,044
SECTOR* MARCO	8,972E-02	9	9,969E-03	0,387	0,940
Error	5,660	220	2,573E-02		
Total	49,163	240			

Tabla III					
Hipótesis (5 sectores) Transf {acrsen (sqrt (y))}					
Fuente de error	Suma de Cuadrados	Grados de libertad	Cuadrado Medio	F	Significancia
SECTOR MARCO	1,284	4	0,321	8,967	0,000
TEÓRICO	4,908E-04	1	4,908E-04	0,014	0,907
SECTOR * MT	3,06E-02	4	7,646E-03	0,214	0,931
Error	8,232	230	3,579E-02		
Total	30,193	240			

Tabla IV					
Hipótesis (10 sectores) Transf {acrsen (sqrt(y))}					
Fuente de error	Suma de Cuadrados	Grados de libertad	Cuadrado Medio	F	Significancia
SECTOR MARCO	1,468	9	0,163	4,482	0,000
TEÓRICO	4,908E-04	1	4,908E-04	0,013	0,908
SECTOR * MT	7,316E-02	9	8,129E-03	0,223	0,991
Error	8,005	220	3,639E-02		
Total	30,193	240			

Tabla V

CCA Psicoanalistas, Evaluación del vínculo entre marcas e hipótesis con 5 bloques de retardo		
Primer eje		
	Valor propio	0.18
	F	2.66
	P	0.79
Todo el análisis		
	Traza	0.82
	F	0.93
	P	0.69

Tabla VI

Modelo de Ciclos terapéuticos (ET AW CRA) y Marco Teórico					
Fuente de error	Suma de Cuadrados	Grados de libertad	Cuadrado Medio	F	Significancia
ET AW CRA	0,269	7	3,844E-02	1,632	0,134
MARCO TEÓRICO	4,908E-04	1	4,908E-04	0,013	0,908
ET AW CRA *					
MT	7,316E-02	9	8,129E-03	0,223	0,991
Error	8,005	220	3,639E-02		
Total	30,193	240			

Tabla VII

ANOVA Formulación de hipótesis durante episodios del CCRT					
Fuente de error	Suma de Cuadrados	Grados de libertad	Cuadrado Medio	F	Significancia
Episodios Cognitivos	1.382E-02	2	6.909E-03	2.700	0,090~
Episodios Psicoanalistas	2.958E-03	2	1.479E-03	.210	0,812
Error	4.046	21	.193		
Total	4.243	23			

Apéndice XII

Técnicas estadísticas utilizadas

Breve descripción de las mismas

ANOVA: Análisis de la Varianza

Este método desarrollado por R. A. Fisher es una prueba para estudiar si dos o más medias de un muestreo, de una variable determinada, podrían pertenecer a una misma población de datos. Alternativamente, podríamos concluir que si estas medias difieren entre sí más allá de cierto valor, el muestreo se habría realizado en poblaciones diferentes. En estadística, "población" se refiere a la totalidad de observaciones individuales sobre las cuales se hacen inferencias, las cuales existen dentro de un área de muestreo claramente especificada, limitada en espacio y tiempo. "Variable" es la propiedad real medida sobre la unidad de análisis (Sokal y Rohlf, 1980).

Las unidades de análisis pueden clasificarse de acuerdo a diferentes criterios o "factores".

Cuando se realiza un **Análisis de la Varianza de un factor**, las unidades de análisis se clasifican por un sólo criterio. El objetivo del análisis es comprobar, con una determinada probabilidad asociada, si las medias de las observaciones provenientes de cada clase de esa clasificación difieren lo suficiente como para ser consideradas distintas. En este estudio, un ejemplo sería dividir por marco teórico al estudiar la enunciación de hipótesis por parte de los TP.

El **Análisis de Varianza de dos factores** tiene en cuenta dos criterios distintos. Las unidades de análisis se agrupan en clases que representan las diferentes combinaciones posibles de estos dos criterios. A estas combinaciones posibles se las denomina **interacción** entre los dos factores. El objetivo principal de este análisis es el estudio de esta interacción. Si esta resulta significativa con una cierta probabilidad, indica que ciertas combinaciones de los factores presentan valores de la variable a estudiar diferentes (mayores o menores) que otras y no tiene sentido estudiar cada factor por separado. En el caso en que la interacción resulte no significativa, los resultados obtenidos para cada factor son similares a los que se llegaría al realizar independientemente dos ANOVA de un factor.

La realización de un ANOVA requiere que los datos cumplan con una serie de supuestos:

- * Muestreo al azar
- * Independencia de las observaciones individuales
- * Normalidad
- * Homocedácea

Los dos primeros están relacionados directamente con el diseño experimental del cual provienen los datos.

Existen varias pruebas para chequear la normalidad (los datos deben ajustarse a una distribución de probabilidades de Gauss). En este estudio se utilizó la prueba no paramétrica de Bondad de Ajuste de Kolmogorov-Smirnov con la modificación de Liliefors para datos provenientes de una muestra.

La homocedácea se refiere a que cada clase de cada factor utilizado debe presentar una dispersión similar de los datos estandarizados. En este estudio se utilizó la prueba de Levene para confirmar la existencia de este supuesto (Sokal y Rohlf, 1995).

Análisis no paramétrico de Varianza

El análisis de varianza rangos de Kruskal Wallis, es una prueba extremadamente útil, para decidir si k muestras independientes son de poblaciones diferentes. Naturalmente los valores de las muestras difieren un poco. Estas diferencias pueden deberse a simples variaciones aleatorias o a genuinas diferencias de poblaciones (Siegel, 1990:215).

Esta técnica no depende de una distribución de los datos (como el caso de la ANOVA con la normal), y por lo tanto tiene una menor potencia para detectar diferencias. Esta técnica primero ranquea de menor a mayor los datos y luego utiliza en sus algoritmos el valor del rango en lugar del dato original (Sokal y Rohlf, 1995). Esta prueba es equivalente a realizar una ANOVA con los rangos en lugar de los datos originales (Montgomery, 1991)

Escaleo muti dimensional no métrico (Non-Metric Multidimensional Scaling NMMS)

El NMMS es una técnica originada dentro del ámbito de la psicometría, que permite realizar análisis exploratorios de los datos y hacer una descripción de los mismos sin transformaciones previas, posibilitando el descubrimiento de relaciones no lineales y representándolos en forma gráfica (James y McCulloch, 1990).

La utilización de una técnica como el NMMS posibilita la presentación espacial de tipo panorámico de los datos. Si bien tiene similitudes con el Análisis de Componentes Principales (PCA), se diferencia de este pues las distancias que establece no son reales, ya que no se obtienen de los datos en forma directa, sino a través de un ordenamiento de menor a mayor que se realiza sobre los mismos. Por otro lado, el PCA utiliza datos continuos mientras que los datos obtenidos en esta investigación son de tipo binario (0 y 1, por presencia y ausencia).

Análisis canónico de correspondencia (CCA)

Es una técnica de ordenamiento que permite relacionar dos conjuntos de datos (Ter Brak, 1988), en esta investigación, marcadores e hipótesis formuladas. Este análisis puede ser tanto exploratorio como confirmatorio.

El análisis canónico de correspondencia es una combinación de técnicas de ordenamiento (promedios recíprocos) y de regresión múltiple. En general, las técnicas de ordenamiento suelen necesitar una correlación entre los ejes obtenidos y una variable externa para explicar los resultados encontrados (ordenamiento indirecto). En el caso del CCA, el modelo de correlación está insertado en el ordenamiento. Como resultado de esto, los ejes del ordenamiento son en realidad las varianzas explicadas por las variables pertenecientes al conjunto de datos utilizados para la correlación. Ter Brak y Prentice (1988) y Jongman et al. (1987) presentan una ampliación de los aspectos teóricos sobre los que se basaron los desarrollos de esta técnica.

Análisis discriminante (DA)

El análisis discriminante es una técnica que permite clasificar y ordenar los datos entre dos o más grupos alternativos. De antemano, estos grupos deben ser propuestos como distintos y los datos referentes a los mismos, deben corresponder a uno u a otro grupo (criterio excluyente). Esta técnica tiene carácter exploratorio y predictivo.

El objetivo de esta técnica es encontrar combinaciones lineales de las variables que pueden separar distintos grupos. La cantidad de combinaciones lineales (ejes del discriminante) es $k-1$, siendo k la cantidad de grupos. Si bien, formalmente no requiere de ningún supuesto, la utilización del mismo es más apropiada cuando los datos por grupos poseen dispersiones similares, (James y McCulloch, 1990).

Modelo nulo o neutro

El objetivo de esta técnica es demostrar que el patrón observado no está generado meramente por azar. Los modelos neutros, también llamados modelos nulos, son utilizados en una gran variedad de investigaciones científicas, ya que son una importante herramienta para la construcción y puesta a prueba de hipótesis nulas. Estos modelos mantienen el esquema original del sistema y reasignan los componentes del mismo al azar. Se basan en que está sería la forma en que se presentarían los datos en ausencia del fenómeno estudiado. Por lo tanto, si los datos originales se diferencian significativamente de la hipótesis nula (generada por el modelo neutro), esta última es rechazada y la acción del fenómeno estudiado es inferido fuertemente (Begon et al. 1996).

Como los modelos neutros dependen del sistema a estudiar, a continuación se describirá el modelo neutro desarrollado para esta investigación que, a su vez, servirá de ejemplo para comprender mejor esta técnica de uso poco frecuente hasta el momento en el área de la Psicología

El análisis realizado en esta investigación apuntó a averiguar cual es la probabilidad de que una hipótesis tenga cero en el ítem y cual que tenga tres o uno. En esta fase en particular se consideró solo la evaluación del ítem, sin tener en cuenta que figure como positiva o negativa.

Con estas probabilidades, se generaron 19 copias de las matrices de cada TP, donde el valor correspondiente a la hipótesis j para ítem i del terapeuta k se designa al azar (en este caso con 92 % de probabilidad de que sea un 0 y 8% de que sea un uno (referido a tres ó uno). Estas probabilidades se calcularon a partir de los datos originales.

Cada conjunto de diecinueve matrices con los k terapeutas se lo trató como al conjunto original, es decir, se calculó para cada ítem en cuantas hipótesis de cada marco teórico aparecieron, luego se sacó la proporción y se calculó el módulo de la diferencia. Con esta diferencia se hizo un ranking con los ítems característicos para cada marco teórico y se compararon los diez primeros puestos con la respectiva lista de Stuart Ablon y Jones (1998:76,77)

Mediante un test de t (para cada marco) se comprobó la diferencia, encontrada entre los datos originales y el modelo neutro, en la cantidad de coincidencias entre las dos listas.