

Psicoterapia:

Microanálisis de la comunicación verbal y no verbal en hechos clínicos psicoanalíticos

María Fernanda Ruiz O., María José Sandoval P.¹

Resumen

Se analizan seis fragmentos de una psicoterapia psicodinámica de larga duración, los cuales han sido definidos como "hechos clínicos" (HC). Se pretende identificar y describir algunos elementos verbales y no verbales presentes en la interacción paciente-terapeuta dentro de los segmentos pre-seleccionados del proceso.

Palabras clave: psicoanálisis, hecho clínico, microanálisis, comunicación verbal y no verbal.

Microanalysis of verbal and non-verbal communication in psychoanalytic clinical facts

Summary

Six fragments of long-term psychodynamic psychotherapy are analyzed, which have been defined as "clinical facts". It is intended to identify and describe some verbal and nonverbal elements present in the patient-therapist interaction within the pre-selected segments of the process.

Key words: psychoanalysis, clinical fact, microanalysis, verbal and nonverbal communication.

Introducción

"El psicoanálisis surgió del trabajo diario de reconocimiento de hechos, y no de especulaciones." Luquet (1987)

La palabra "hecho" proviene del latín factus, que hace referencia a "la cosa que sucede", y se entiende como algo que concierne al plano de lo observable, por lo que estaría determinado por un consenso social (Real Academia Española, 2001).

La definición de "hecho" puede cambiar cuando se sitúa a "la cosa que sucede" en un determinado contexto. Se sabe que esta "cosa que sucede" puede tener múltiples significados en diferentes culturas o épocas de la historia, y que se constituye como "hecho" cuando adquiere relevancia frente a otros acontecimientos en ese contexto en particular (Quinodoz, 1994).

Por ejemplo, en el contexto de la medicina un síntoma podría ser considerado un HC, cuando este síntoma ayuda a discernir el diagnóstico final del paciente.

Sin embargo, el mismo síntoma que en medicina se consideraba de una manera, en el contexto de la psicoterapia se podría entender de otra diferente (Quinodoz, 1994).

Freud (1914, en Quinodoz, 1994) fue pionero en considerar un significado distinto para las parálisis de las pacientes, al otorgarles una causa mental a estas patologías. Pensó que la mente podría tener influencia sobre los signos del cuerpo, pudiendo explicar los síntomas de los pacientes de manera distinta, ubicándolos dentro de un campo nuevo; el del psicoanálisis. Habló de la histeria, de las conversiones, de represión, de inconsciente, y de cómo acceder a él a través de los sueños, los lapsus y los actos fallidos. Como si éstos últimos fueran "hechos del inconsciente".

A partir de ese momento, cada teórico del psicoanálisis se ha ocupado de definir a qué atender como relevante (o como "hecho clínico") dentro de los procesos de psicoterapia y psicoanálisis. Se puede hablar de los HC – o "hechos clínicos psicoanalíticos" – dependiendo del autor (Caper, 1994; Quinodoz, 1994; Jordán-Moore, 1994; Ahumada, 1999), desde diferentes puntos de vista. No obstante, ninguno de ellos los ha descrito en términos de elementos observables dentro de la psicoterapia.

Más recientemente Dittborn e Isla (Comunicación Personal) postulan tres indicadores guías para determinar qué fragmentos constituyen un HC, en el contexto de una psicoterapia psicodinámica. Sin embargo, tampoco estos autores aclaran qué conductas verbales y no verbales observan en el terapeuta y paciente para realizar su selección, ya que éstos serían precursores de cambio psíquico.

Tal como refiere Richfield, (1954 en Ahumada, 1999) los insight efectivos deben ser *ostensivos*, es decir, resultantes de la captación observacional y directa de hechos psíquicos.

1. Psicólogas. Unidad de Psicoterapia Dinámica. Postítulo de psicoterapia psicoanalítica. Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz B.

¿Qué es un hecho clínico?

Algunos autores (Caper, 1994; Quinodoz 1994; Jordán- Moore, 1994) se centran en que deben existir ciertas condiciones o un determinado contexto para que un hecho clínico exista. Jordán-Moore (1994) define psicoanalíticos como aquellos que surgen en la relación entre dos personas en una situación particular, correspondiente a la situación analítica delimitada por el encuadre.

Por su parte, para Caper (1994) debe existir un *"aparato psicoanalítico"*, refiriéndose al psicoanálisis propiamente tal. En caso que este "aparato" tenga un buen funcionamiento, cualquier cosa que surja de ahí será un hecho psicoanalítico. Afirma que un adecuado funcionamiento de él se revela mediante la presencia de ciertos estados emocionales en los participantes de la diada: un sentimiento de intimidad compartido entre ambos, combinado con uno simultáneo de aislamiento, es decir, que cada participante se da cuenta de su propio rol en la relación. Por último, un estado emocional de conflicto que surge de la experiencia analítica.

Para que un hecho clínico psicoanalítico exista, según Quinodoz (1994), debe constituirse dentro de una relación entre analista y analizando, en la cual ambos estén inmersos en un proceso de transferencia-contratransferencia.

Por ejemplo, Quinodoz (1994) señala que el analista debe distinguir lo que le parezca *más significativo de la sesión* – lo que Bion llamó "hecho seleccionado" (Bion 1962, en Quinodoz, 1994). Sin embargo, no señala cómo proceder para seleccionar un hecho en particular.

Ahumada (1999) se pregunta "¿a qué atiende el analista durante el proceso clínico?", a lo cual contesta señalando que el terapeuta se guía mayormente por las claves no verbales de su paciente a la hora de elegir sus interpretaciones, ya que son éstas las que le imprimen una cualidad distintiva al discurso, indicando cuáles de las asociaciones son relevantes.

Es decir, en palabras de Susanne Langer (1953, en Ahumada, 1999), aquello que puede ser señalado diciendo "esto". Ahumada (1999) refiere que el HC ocurre cuando el terapeuta señala al paciente de manera patente algo que ha observado y que considera relevante dentro de la psicoterapia. El paciente así puede alcanzar un insight, al ver refutadas sus teorías inconscientes por este señalamiento manifiesto del terapeuta.

Más recientemente, Dittborn e Isla (Comunicación Personal) se preguntaron "¿cómo se hace presente y de qué forma emerge un HC?" Ellos postulan que la emergencia debe ser revelada por

paciente y terapeuta, es decir, ambos tomarían consciencia, ya sea de manera espontánea o debido a un señalamiento, de que algo ha ocurrido y eso provocaría una nueva cadena asociativa y consecuentemente un cambio en la posición subjetiva del paciente.

De acuerdo a esta conceptualización, y respondiendo a su pregunta, propusieron formalizar un método de identificación de estos, a través de la determinación de los indicadores discursivos que lo constituyen. Describieron tres indicadores:

El primero, lo definen como *"un momento en el cual observamos un cambio en el ritmo de la interacción paciente-terapeuta que capta la atención"*, de uno o ambos participantes de la diada analítica. Este momento corresponde a una "emergencia inesperada y sorpresiva de un estado emocional diferente al clima emocional que hasta ese momento se había desarrollado en la sesión" (Dittborn e Isla, Comunicación Personal, p.6).

El segundo indicador lo definen como un *"momento en el cual el paciente interpela al terapeuta"*. Este momento corresponde a un "movimiento inesperado y sorpresivo en relación a un momento o episodio previo de consensualidad y ausencia de tensión en la dupla paciente-terapeuta" (Dittborn e Isla, Comunicación Personal, p.7).

El tercer y último indicador lo definen como un *"momento en el cual una palabra o frase llama la atención del terapeuta y/o paciente"*. Este momento es igualmente "inesperado y sorpresivo en relación a un momento o episodio previo de consensualidad y ausencia de tensión en la dupla paciente-terapeuta" (Dittborn e Isla, Comunicación Personal, p.9).

Sin embargo, no precisan cuáles serían específicamente las señales observables – verbales y no verbales – que los llevaron a la identificación de éstos.

Tal como refiere Quinodoz (1994, p.56): "a través del concepto de hecho clínico buscamos, en primer lugar, comprender los elementos de lo que observamos en el psicoanálisis de manera que sea más fácil asignarles un lugar y por ende, hasta cierto punto "objetivarlos" para así hacerlos comunicables".

En relación a la comunicación verbal, Martínez, Tomicic y Medina (en prensa) expusieron dos dimensiones de la expresión verbal, la primera estaría enfocada en el diálogo real entre ambos participantes de la interacción, que se le llama "intercambio de diálogo". La segunda contemplaría el diálogo establecido entre múltiples voces o posiciones que el "yo" adopta en el "self", y

que se manifestarían en el discurso de cada uno de los participantes, el cual sería llamado "intercambio dialógico".

Por su parte, Bajtin y Lacan tienen una visión del "self" como plural, constituido por diversas posiciones o voces múltiples. Ellos consideran que un sujeto adopta en su discurso diferentes posiciones, las cuales posicionan al otro hablante en un lugar determinado, por lo tanto, no existiría un discurso o una palabra libre de valor o neutral (Bajtin, 1982 y Lacan, 1984; en Martínez, Tomicic y Medina, en prensa).

Asimismo, Marková (1990) refiere que la "dialogicidad" es la capacidad de la mente humana para concebir, crear y comunicarse en relación a otro. Entonces, si se considera la psicoterapia como un proceso dialógico, habría un coloquio entre diferentes voces de un mismo locutor o entre diferentes voces de los locutores (Martínez, Tomicic y Medina (en prensa).

De esta manera, los sujetos discursivos serían equivalentes a las posiciones ideológicas predominantes y consistentes, y que teóricamente corresponden a diferentes aspectos del "self" (Hermans, 1996, en Martínez, Tomicic y Medina, en prensa).

Martínez, Tomicic y Medina (en prensa, p. 60-65), identificaron en un proceso psicoterapéutico las diferentes posiciones ideológicas o *Sujetos Discursivos de una paciente y un terapeuta*. En este estudio, se identificaron por medio del *Análisis Dialógico Discursivo (ADD)*, fundamentalmente siete Sujetos Discursivos para la paciente, y para el terapeuta sólo tres. A continuación en la Tabla 1, se indicarán las diferentes posiciones ideológicas o Sujetos Discursivos de ambos participantes, y se describirán sus indicadores y características.

Por su parte, la comunicación no verbal se ha constituido, durante los últimos años, en un elemento central en la investigación de la comunicación humana, en el contexto específico de la psicoterapia. Según Sassenfeld (2010), las funciones comunicativas del lenguaje del cuerpo son fundamentales y necesarias en cualquier modo de comunicación.

Además, la expresión no verbal constituye un área de interés actual para los terapeutas contemporáneos, ya que es de suma importancia en la interacción terapéutica.

Dentro de la comunicación no verbal, la *calidad vocal* constituye un aspecto fundamental para la comprensión de la interacción terapéutica. De acuerdo con Andersen (1999, en Tomicic y cols., 2011) la comunicación no verbal resulta significativa en la transmisión de información, constituyéndose como el prin-

cipal vehículo para la comunicación a nivel relacional e interpersonal. Para este autor, los códigos vocales son los más importantes de los no verbales, ya que refuerzan o modifican lo expresado en palabras.

Por otra parte, Knoblauch (2000, 2005 en Tomicic y cols., 2011) ha señalado que la cualidad vocal de ambos participantes de la diada podría ser uno de los aspectos clave a la hora de describir los procesos de cambio en psicoterapia. Agrega que, a través de sus voces, intercambiarían significados psicológicos.

Tomicic y cols. recrearon un sistema único de codificación de Patrones de Calidad Vocal (PCV) para paciente y terapeuta, aplicable al diálogo psicoterapéutico dentro del contexto cultural chileno.

Definieron los PCV como una combinación de parámetros vocales particulares en las alocuciones de los hablantes que, en la sonoridad del habla, impresiona de una manera específica, independientemente del contenido de lo hablado (Tomicic, Chacón et al., 2009).

Los PCV descritos son seis: Reporte, Conectado, Afirmativo, Reflexión, Emocional-Expresivo y Emocional-Contenido (Tomicic y cols., 2011, p. 86). Para aquellas alocuciones que no cumplieran con los criterios de los PCV, denominaron otras tres categorías: Pausa Llena, Solapamiento y No Codificable. A continuación en la Tabla 2, se realizará una descripción de cada uno de ellos.

Objetivos

El propósito de este estudio se dirige a identificar qué indicadores de la conducta verbal y no verbal, se presentan en un HC dentro de segmentos preseleccionados de un proceso psicoterapéutico de orientación psicoanalítica en estudio.

En orden de describir estos indicadores, se proponen dos objetivos específicos: primero, en episodios pre-seleccionados como HC, identificar los diferentes Sujetos Discursivos (SD) en los que se sitúa la paciente y el terapeuta. Segundo, dentro del mismo campo de estudio, identificar los Patrones de Calidad Vocal (PCV) de ambos participantes.

Método

El diseño de la investigación es de tipo exploratorio-descriptivo, y de enfoque cualitativo.

Muestra

La unidad muestral considerada fueron 6 segmentos definidos como HC de una psicoterapia de orientación psicodinámica de larga duración, que se llevó a cabo con una dupla terapeuta hombre-paciente mujer.

Tabla N°1

Sujetos Discursivos de la Paciente y Terapeuta

Sujetos Discursivos de la Paciente

Sujeto Discursivo	Huellas Discursivas	Caracterización y enunciadores
1. La Sacrificada	1. Pronominales + atributos predicativos - me necesitas - yo me salté etapas - yo no me iría sin ellos - yo tuve que ser mamá de mis hermanos	Posición de frustración ante la vida de la falta de goce, de sacrificio por los demás, "Me sacrifico para que otros disfruten y crezcan tranquilos". Predomina la rabia y la depresión como afectos principales.
2. La Vigilada y Coartada	1. Pronominales + atributos predicativos - Me vigilan - Me coartan - No soy escuchada - Me dijo - Soy coartada 2. Presencia de otros locutores - marido - familia del marido	Posición que ve a los otros como responsables de su situación. Los otros la vigilan y no le permiten ser independiente, "me controlan, me interrogan dura y enérgicamente". No la escuchan y no la ayudan, sino que la "tiran para abajo", la hacen sentir de "menor categoría". En esto también participa el terapeuta. Predomina la rabia y la ansiedad.
3. La Responsable de su vida	1. Pronominales + atributos predicativos - lo que yo pienso - lo que quiero - a mí me gusta - conmigo misma - ya soy así y me tienen que aceptar	Posición que reconoce su responsabilidad en los problemas, como también su deseo de cambio y su responsabilidad y capacidad para hacerlo. Los otros, incluido el terapeuta, la pueden ayudar, proteger, estimular en este cambio. Predomina la esperanza y el optimismo. Es una posición básicamente dialógica, que considera voces contrarias y dialoga con ellas.
4. La Independiente y Desconfiada	1. Pronominales + atributos predicativos - no siento nada por nadie - los demás no son confiables - la gente es toda igual - a usted que le va a importar	Posición que sostiene la idea de que no necesita a nadie y no le importan los demás. Y que ella tampoco le interesa a los otros. Desde esta posición no necesita la terapia y el terapeuta le parece poco confiable. Aquí predomina la rabia, la desconfianza o la desconexión emocional. "Puedo hacer mi vida completamente sola". En los demás no se puede confiar, pues "siempre tienen otra cara que oculta algo". Es una posición eminentemente monológica, en cuanto desde su lugar sólo hay una lectura del otro.
5. La Culpable	1. Pronominales + atributos predicativos - soy culpable - tengo que pagar - tengo que rendir penitencia - estoy pagando 2. Presencia de otros locutores: - marido - ella misma con otra voz	Posición que la sitúa en el lugar de ser la culpable de algo. Las cosas que le ocurren son parte del castigo. La terapia es parte del castigo. Aquí el afecto predominante es la angustia. "Tengo que pagar mis delitos, tengo que recibir un castigo por las culpas de mi familia"
6. La muerta en vida (Zombie)	1. Pronominales + atributos predicativos - Yo no se como - No tengo incentivo - No sé para qué hago las cosas - No puedo	Posición que mira la vida con pasividad y con la idea que el camino es imposible. De este lugar es imposible a proyectarse a nada, no hay salida, es una vida monótona que no va a ninguna parte, necesita que otros la orienten y le digan qué hacer. Es una posición monológica de inmovilidad. Los afectos principales son lo depresivo, la desesperanza, el miedo y el desamparo. "La terapia no sirve para mí, porque no tengo solución, soy así y no voy a cambiar". "Así es mi personalidad y no hay nadie que pueda hacer nada al respecto".
7. La Achorada	1. Pronominales + atributos predicativos - Me gustaría que me dijera - A usted le pasa - Quiero saber quién es usted - Quiero saber hasta cuándo	Posición de búsqueda de simetría en la relación terapéutica. Voz que aparece a veces con rabia o a veces divertida. Posición desde la que tiende a interpelar a otro, hacerle bromas o confrontarlo frente a una situación. "Quiero saber con quién estoy tratando, quién es mi doctor". "Es mi derecho a saber"

Tomicic, A., Martínez, C., Chacón, L., Guzmán, M. y Reinoso, A. (2011)

Sujetos Discursivos del Terapeuta

Sujeto Discursivo	Huellas Discursivas	Caracterización y enunciadores
1. El Profesor	1. Pronominales + atributos predicativos - Yo le dije - Yo diría que cuando alguien - Cuando un paciente - Lo que yo le estoy diciendo - Lo que yo le estoy explicando - El método que tenemos acá - ¿Me explico? - Digamos - Lo llamamos así aquí	Posición que mira la vida desde la autoridad del que sabe la verdad de las cosas y enseña. Se apoya en la teoría o en explicaciones sobre la técnica de la psicoterapia. Desde esta posición describe los hechos, constata situaciones, interroga retóricamente e interpreta. "Esto que le ocurre aquí, le ocurre en otras partes, usted tiene un estilo o un patrón de comportamiento independiente de mí;" parece que usted se molestó conmigo". Constituye una posición básicamente monológica que no integra otras voces o posiciones propias del paciente.
2. El Propositivo	1. Pronominales + atributos predicativos - Yo creo que - Pienso yo que - Usted me transmite que - A lo mejor no he sido - ¿Qué cree usted? - ¿Qué le hace sentir?	Posición que mira la vida del otro desde la auténtica ignorancia y de la honesta curiosidad por saber. Se apoya en lo dicho o transmitido por el otro. Desde esta postura describe los hechos, pregunta auténticamente y propone otras perspectivas del otro. Busca mayor diálogo y convoca a la creación conjunta de respuestas. Constituye una posición básicamente dialógica, es decir, busca integrar diversas voces o posiciones propias del paciente.
3. El Sensitivo	1. Pronominales + atributos predicativos - Esto que yo estoy sintiendo - Estas sensaciones que usted - Me emocionó lo que usted - Su voz suena - A mí me llega	Posición que sostiene la importancia de la experiencia sensorial y emocional en el aquí y ahora de encuentro con el otro. Desde esta posición enfatiza sensaciones corporales, muestra elementos no verbales, sus emociones y devela sus sentimientos. Es una posición de apoyo de las otras voces y es más dialógica o monológica según la función que esté ejerciendo en el contexto discursivo del momento.

Tomicic, A., Martínez, C., Chacón, L., Guzmán, M. y Reinoso, A. (2011)

Tabla N°2
Descripción de los Patrones de Calidad Vocal (PCV)

Reporte	Imprime al habla la cualidad de <i>lo conocido</i> , de desafección respecto de lo dicho y/o de cierta distancia emocional. Suena como si el hablante estuviese reportando, contando o indagando un contenido sin participación afectiva. En este patrón lo central es la impresión en el oyente de un habla desafectada.
Conectado	Imprime al habla la cualidad de estar orientada hacia un otro y de estar siendo elaborada en el mismo momento de su emisión. En este patrón lo central es la impresión en el oyente de un habla elaborativa y orientada al otro.
Afirmativo	Imprime al habla la cualidad de certeza y convicción. Suena como si el hablante estuviese aleccionado o instruyendo al oyente, o como si estuviese muy comprometido o convencido de lo dicho. En este patrón lo central es la impresión en el oyente de un habla segura e instructiva.
Reflexión	Imprime al habla la cualidad de estar orientada hacia <i>uno mismo</i> (el propio hablante). Suena como si el hablante estuviese en conexión con su mundo interno o en un diálogo consigo mismo. En este patrón lo central es la impresión en el oyente de un habla ensimismada.
Emocional Expresivo	Imprime la cualidad de afección y/o de que el habla está fuertemente cargada de emocionalidad. Suena la emoción del hablante (alegría, rabia, tristeza, miedo, etc.) En este patrón lo central es la impresión en el oyente de un habla emocionada, independiente del tipo de emoción.
Emocional Contenido	Imprime la cualidad de afección y/o de que el habla está fuertemente cargada de emocionalidad. Sin embargo, en este caso no suena la emoción del hablante, sino que al oyente lo impresiona un esfuerzo de contención de la <i>emoción</i> . En este patrón lo central es la impresión de sofocamiento y control que evita el desborde emocional.

Tomicic, A., Martínez, C., Chacón, L., Guzmán, M. y Reinoso, A. (2011)

La psicoterapia tuvo lugar en una sala de espejo unidireccional y fue observada por un grupo de psicólogos y psiquiatras. Conató con un número de 120 sesiones, entre el año 2005 y 2009. Terapeuta y paciente consintieron que la psicoterapia fuera video-grabada y que posteriormente el material obtenido fuese utilizado para fines docentes o de investigación.

La paciente era una mujer de 37 años, y el terapeuta era un hombre de 50 años con una vasta experiencia clínica y entrenamiento psicoanalítico formal. Ella consulta debido a sintomatología depresiva y numerosos conflictos interpersonales.

Su historia terapéutica incluye hospitalización psiquiátrica y dos intentos de suicidio. La hipótesis diagnóstica al inicio del tratamiento fue un trastorno límite de la personalidad basado en el Eje II del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 1994).

Procedimiento

La selección de los episodios definidos como HC, estuvo a cargo de dos evaluadores externos calificados, los cuales poseían una concepción acerca de lo que es un HC, y se guiaron en base a los indicadores mencionados anteriormente de Dittborn e Isla (Comunicación Personal). Los episodios fueron tomados de diferentes períodos del proceso psicoterapéutico, dos sesiones del inicio, dos intermedias y dos del final, para que la muestra diera cuenta del proceso lo más general y ampliamente posible.

Los segmentos fueron extraídos de las sesiones número 12, 22, 53, 62, 100 y 115.

Para comenzar, se observaron y se transcribieron los episodios seleccionados, con el fin de analizarlos más profunda y ciertamente. En cada versión se definió un número de turnos de habla, correspondientes a cada locutor: paciente y terapeuta. Luego, se revisaron las grabaciones y se analizaron las transcripciones de los episodios seleccionados, para estudiar las conductas verbales y no verbales de la paciente y del terapeuta.

Se estudió la conducta verbal de ambos por medio de un microanálisis del discurso analítico. Y por su parte, las conductas no verbales se examinaron a través del comportamiento vocal que caracterizó sus discursos. Para esto se utilizaron diferentes instrumentos de investigación, con objeto de medir o codificar las variables estudiadas.

Para el análisis de la conducta verbal en los segmentos designados como HC se aplicó el método de Análisis Dialógico Discursivo (ADD) (Martínez, Tomicic, Medina, en prensa). Y para la observación de la conducta no verbal, se utilizó el Manual de

Entrenamiento y Procedimiento para la codificación de Patrones de Calidad Vocal (PCV) (Tomicic, Martínez, Chacón, Guzmán, 2011).

Para reconocer los Sujetos Discursivos o Posiciones Dialógicas de la paciente y el terapeuta, previamente consignados en Martínez, Tomicic y Medina (en prensa), se revisaron las transcripciones de los diferentes episodios de HC, identificando en los diferentes segmentos de habla, los siguientes indicadores:

1. Las "huellas discursivas" con que se identifican los diferentes Sujetos Discursivos de cada hablante. Para dicha identificación, se reconocieron en el discurso los "pronominales y los atributos predicativos".
2. La presencia de otros locutores en el discurso de la paciente, diferentes al hablante (por ejemplo, su marido o la familia de su marido). Los "enunciadores nucleares" específicos que caracterizaron ideológicamente ese sujeto discursivo en ambos participantes. Para llevar a cabo la codificación de los PCV, se definieron cuatro pasos (Tomicic, Martínez, et al. 2011), a seguir:
 1. Se escuchó de una sola vez cada episodio analizado, con el propósito de familiarizarse con el timbre de voz de los participantes.
 2. Se escuchó desde el inicio cada episodio analizado, leyendo el texto turno por turno de habla, y se realizó una segmentación preliminar, considerando cambios o quiebres en la calidad vocal, dados por cambios en algún parámetro vocal (por ejemplo, cambios en la velocidad, el volumen o el ritmo).
 3. Se escuchó desde el inicio cada episodio analizado, turno por turno de habla y segmento por segmento definido, y se realizó una codificación preliminar, considerando la descripción fenomenológica de los PCV. Este paso permitió confirmar, descartar o precisar la segmentación realizada en el paso anterior.
 4. Se escuchó desde el inicio cada episodio analizado, turno por turno de habla, y se corroboró o descartó la presencia del PCV codificado en el paso 3, considerando la percepción auditiva de los parámetros de calidad vocal principales y secundarios, y se dirimió en el caso de considerar más de un PCV por segmento.

Luego de haber recolectado la información requerida, se realizó un análisis descriptivo de frecuencia de datos, y se codificaron los resultados buscando recurrencias y omisiones.

Resultados

Sujetos Discursivos

Se codificó un total de 58 Sujetos Discursivos en la paciente (SDP), en el total de los episodios de "hechos clínicos". Se en-

contró que el Sujeto Discursivo más predominante corresponde a "La Responsable de su vida" (41%) seguido de "La Vigilada y Coartada" (22%). (Ver Gráfico 1).

Respecto de los dos episodios iniciales, se codificó un total de 21 SDP, siendo los más frecuentes "La Responsable de su vida" (43%) y "La Achorada" (33%).

Además, en los episodios del período intermedio, se codificaron 16 SDP, de los cuales 50% corresponden a "La Vigilada y Coartada" y un 25% a "La Muerta en Vida".

Por último, en los episodios finales de la psicoterapia, se codificaron 21 SDP. De éstos, un 52% corresponde a "La Responsable de su vida" y un 29% a "La Vigilada y Coartada". (Ver Gráfico 2).

Gráfico N°1
Sujetos Discursivos de la Paciente en Total de Episodios de Hechos Clínicos

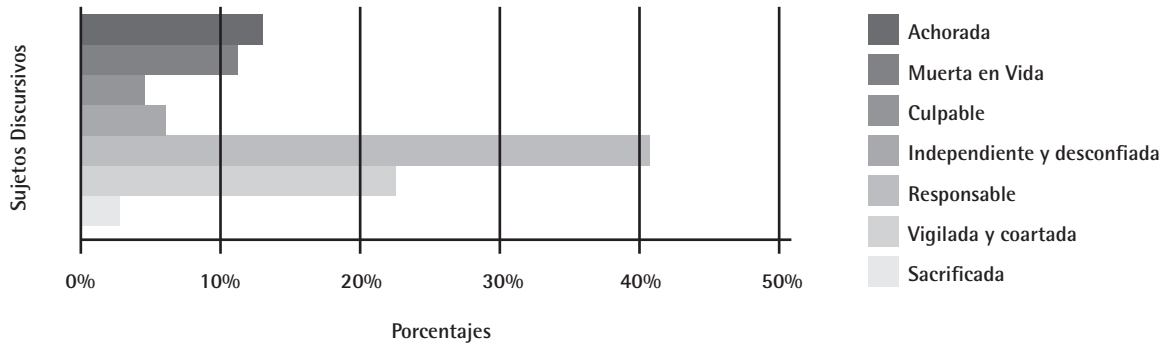
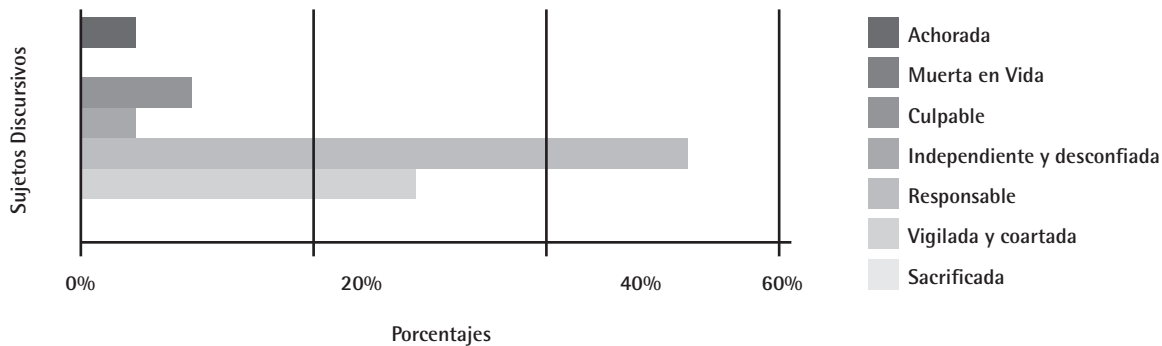


Gráfico N°2
Sujetos Discursivos de la Paciente en Episodios de Hechos Clínicos del Período Final de la Psicoterapia



Por otra parte, se codificó un total de 68 Sujetos Discursivos del terapeuta (SDT), a lo largo de todos los episodios de "hechos clínicos", siendo el más predominante "El Propositivo" (72%) y el menos recurrente fue "El Profesor" (12%) (Ver Gráfico 3).

Respecto de los dos episodios iniciales, se codificó un total de 24 SDT siendo los más frecuentes "El Propositivo" (67%) y "El Profesor" (29%).

Por otra parte, en los episodios del periodo intermedio, se codificaron 15 SDT, de los cuales 80% corresponden a "El Propositivo", un 13% a "El Profesor" y un 7% a "El Sensitivo"

Por último, en los episodios finales de la psicoterapia, se codificaron 29 SDT. De éstos, un 72% corresponde a "El Propositivo", un 24% a "El Sensitivo" y un 3% a "El Profesor" (ver Gráfico 4).

Gráfico N°3
Sujetos Discursivos del Terapeuta en Episodios de Hechos Clínicos del Período Final de la Psicoterapia

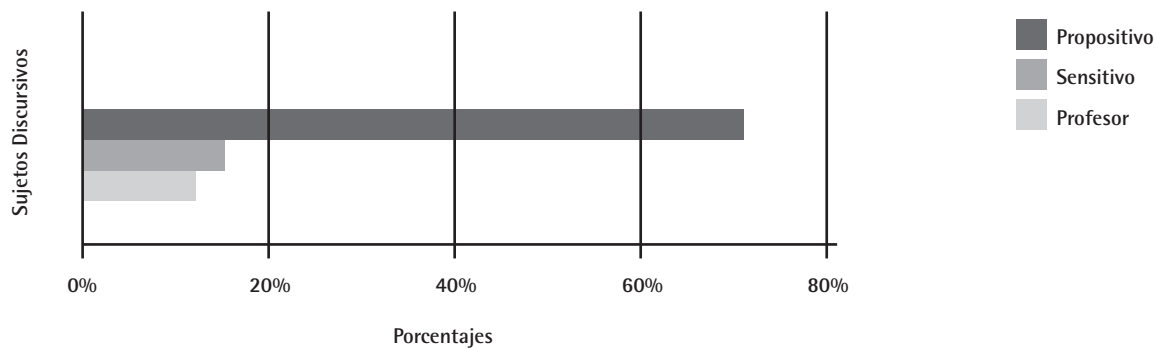
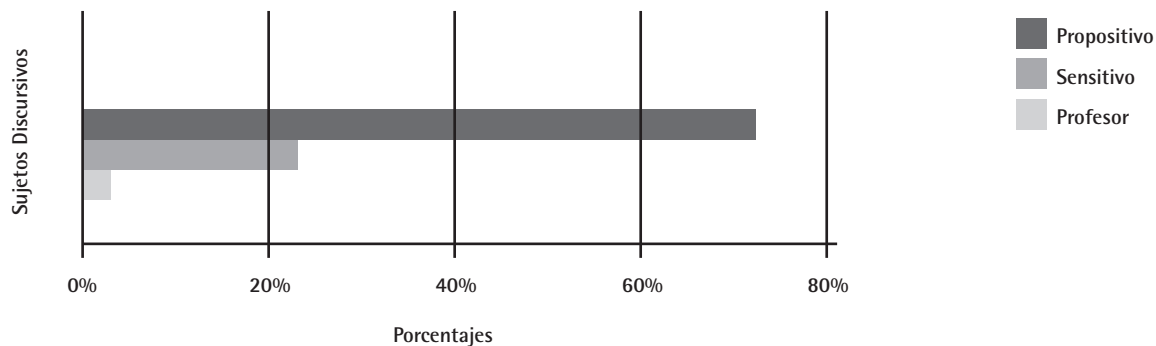


Gráfico N°4
Sujetos Discursivos del Terapeuta en Episodios de Hechos Clínicos del Período Final de la Psicoterapia



Patrones de Calidad Vocal

Dentro de la totalidad de los episodios de "hecho clínico", se contaron 204 *turnos de habla de paciente y terapeuta*, dentro de los cuales se encontraron 256 diferentes segmentos, divididos en 220 Patrones de Calidad Vocal (PCV) y 36 Categorías de Exclusión de PCV ("Solapamiento", "Pausa Llena" y "No Codificable").

De la totalidad de PCV de *paciente y terapeuta*, el más predominante fue "Conectado" (37%), seguido de "Afirmativo" (28%) y "Emocional-Expresivo" (18%) (Ver Gráfico 5).

Si se considera el total de PCV de la paciente, se encontraron 3 más frecuentes, "Emocional-Expresivo" (34%), "Reflexión" (27%) y "Conectado" (25%), (Ver Gráfico 6)

Gráfico N°5

Patrones de Calidad Vocal de Paciente y Terapeuta en Episodios de Hecho Clínicos

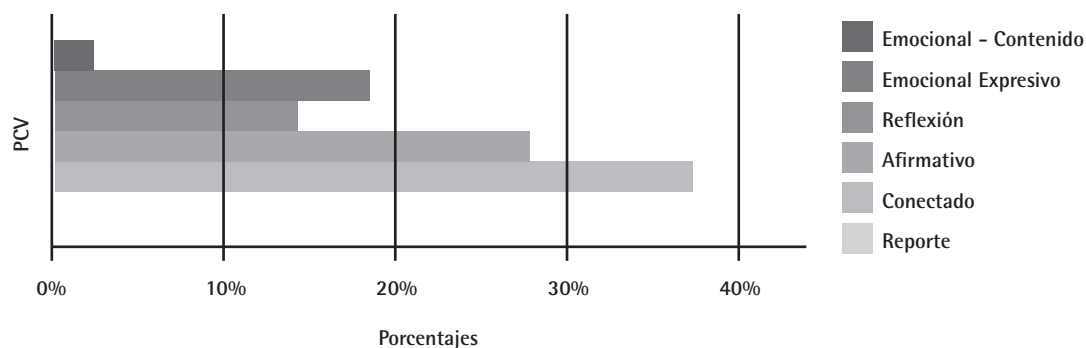
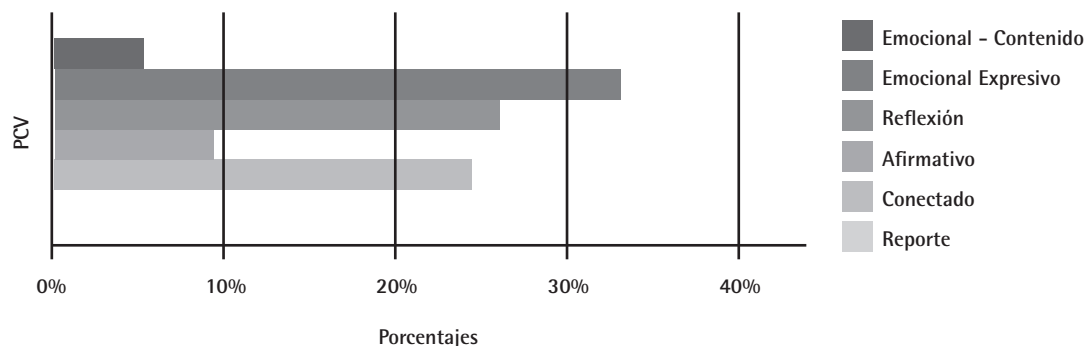


Gráfico N°6

Patrones de Calidad Vocal de Paciente en Episodios de Hecho Clínicos



Luego, considerando el total de PCV del terapeuta, se encontraron sólo 2 predominantes: "Conectado" (51%) y "Afirmativo" (47%).

Al considerar los dos episodios de "hecho clínico" del inicio, se observa en la paciente, por un lado, una predominancia de "Emocional-Expresivo" (39%), acompañado de "Reflexión" (24%) y "Conectado" (20%),

Por otro lado, dentro de estos mismos episodios, en el terapeuta se observan sólo 2 PCV: "Conectado" (60%) y "Afirmativo" (40%), estando ausentes los restantes.

Si se consideran los episodios del periodo intermedio de la psicoterapia, los resultados de la paciente incluyen un 39%

de "Reflexión", 29% de "Emocional-Expresivo" y un 18% de "Conectado".

Considerando los mismos episodios, se encontró en la terapeuta presencia de sólo 3 PCV. A saber: "Afirmativo" (54%), "Conectado" (42%) y por último "Reflexión" (4%)

Finalmente, al tomar en cuenta los dos episodios del final, se observó en la paciente 3 PCV en una proporción similar. Entre ellos, "Emocional- Expresivo" (34%), "Conectado" (30%) y "Reflexión" (30%) (Ver Gráfico 7).

Mientras que al considerar estos mismos episodios en el terapeuta, se encontró nuevamente predominancia de 2 PCV, con un 51% de "Afirmativo" y un 44% de "Conectado", y un escaso 4% de "Emocional-Expresivo" (ver Gráfico 8).

Gráfico N°7
Patrones de Calidad Vocal de Paciente en Episodios de Hecho Clínicos del Periodo de la Psicoterapia

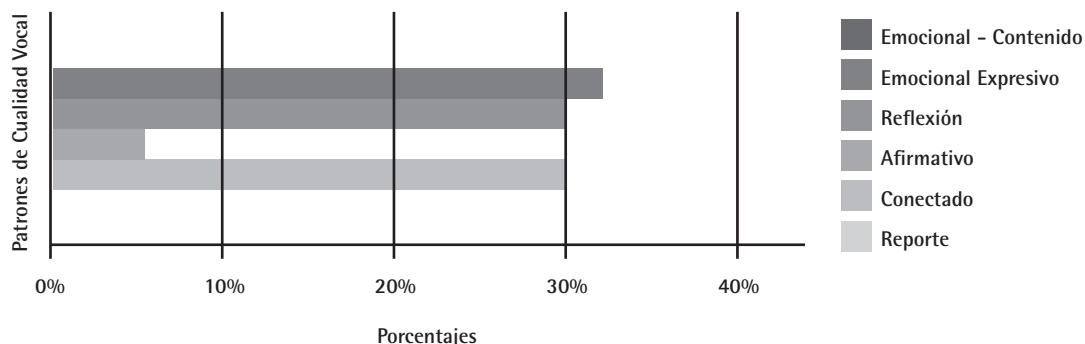
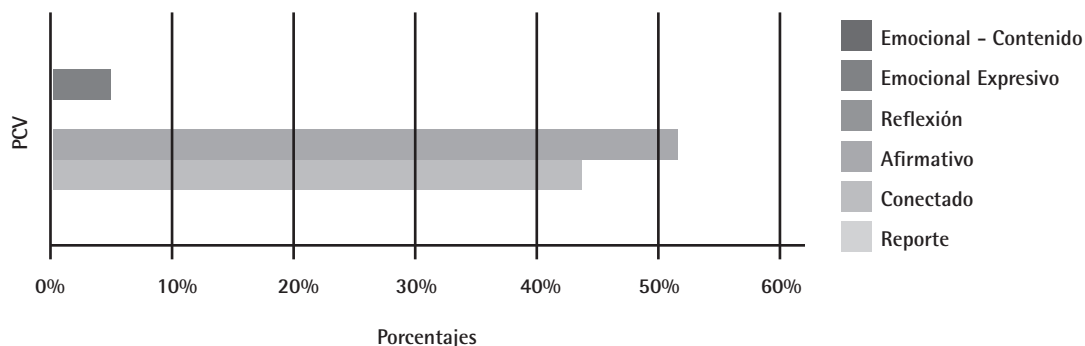


Gráfico N°8
Patrones de Calidad Vocal de Terapeuta en Episodios de Hecho Clínicos del Periodo de la Psicoterapia



Discusión

El primer objetivo del estudio tuvo el sentido de *identificar las diferentes posiciones discursivas en las que se sitúa la paciente y el terapeuta* en episodios pre-seleccionados como HC. Una vez determinados estos mecanismos discursivos, estos resultados sirvieron de material para determinar cuáles son los indicadores de las conductas verbales de paciente y terapeuta.

Respecto de la paciente, llama la atención que su Sujeto Discursivo (SD) más frecuente en todos los episodios de HC corresponde a "La Responsable de su vida". Considerando a este SD como una "posición que reconoce su responsabilidad en los problemas, como también su deseo de cambio y su responsabilidad y capacidad para hacerlo" (Martínez, Tomicic y Medina, en prensa, p. 60-65), parece interesante, al pensar en el HC como precursor de cambio psíquico, ya que la paciente aparecería como deseosa y dispuesta a cambiar siendo "Responsable de su vida".

Por su parte, en el terapeuta se encontró una predominancia de SD "El Propositivo".

Podría ser llamativo este resultado considerando a ésta como una "posición que mira la vida del otro desde la auténtica ignorancia y de la honesta curiosidad por saber. Se apoya en lo dicho o transmitido por el otro. Desde esta postura describe hechos, pregunta auténticamente y propone otras perspectivas al otro" (Martínez, Tomicic y Medina, en prensa, p. 60-65). Esto coincide con el concepto de Hecho propuesto por Ahumada (1999), en donde señala que el hecho debe ser ostensivo, es decir, incluir el señalamiento y descripción de hechos por parte del terapeuta.

Si se consideran los episodios del inicio y final de la psicoterapia, los resultados son similares a los de la totalidad de episodios. Los más recurrentes en terapeuta y paciente en estos períodos corresponden a los SD "El Propositivo" y "La Responsable de su vida", respectivamente.

Aquí, el terapeuta "busca mayor diálogo y convoca a la creación conjunta de respuestas", mientras la paciente se encuentra en una posición que considera que "los otros, incluido el terapeuta, la pueden ayudar, proteger, estimular el cambio", predominando la esperanza y el optimismo (Martínez, Tomicic y Medina, en prensa, p. 60- 65). Este hallazgo en la comunicación verbal de ambos parece llamativo, a la luz del concepto de HC, ya que ambos participantes parecen estar alineados con un objetivo común, promover el cambio psíquico, logrando el *insight* a través de una búsqueda de diálogo y apertura hacia el otro.

Los elementos de comunicación verbal encontrados en los episodios centrales o intermedios del proceso, difieren de los

hallados en el inicio y final. En este período se observó mayor preponderancia de "La Vigilada y Coartada" en la paciente, manteniendo la mayor recurrencia de "El Propositivo" en el terapeuta.

Aquí, la paciente se presenta como responsabilizando a otros de su situación; sintiendo que los otros, incluido el terapeuta, la vigilan y no le permiten ser independiente, predominando la rabia y la ansiedad (Martínez, Tomicic y Medina, en prensa). Se desconocen los motivos de esta variación, pero se puede hipotetizar que podría estar relacionado con el momento de la psicoterapia. Sería interesante para futuras investigaciones buscar otras variables que puedan explicar esta divergencia en los resultados, con el fin de obtener una hipótesis más precisa acerca de este fenómeno.

En segundo lugar, el objetivo fue *identificar los patrones de cualidad vocal de ambos participantes*, en el mismo campo de estudio. Una vez asignados los PCV, estos resultados sirvieron de material para determinar cuáles son los indicadores de las conductas no verbales de paciente y terapeuta que se presentan en un "hecho clínico".

Un hallazgo que parece concordante con la definición, corresponde al Patrón de Cualidad Vocal más preponderante en ambos participantes y en la totalidad de episodios. Éste corresponde a "Conectado", en el cual "lo central es la impresión en el oyente de un habla elaborativa y orientada al otro..." (Tomicic y cols., 2011, p. 86). En congruencia con este resultado, Caper (1994) enfatiza que para hablar de la existencia de HC, se deben presentar ciertos estados emocionales de la díada, uno de ellos es un sentimiento de intimidad compartido entre ambos.

Según Dittborn e Isla (Comunicación Personal, p.6), el HC se caracteriza por una "emergencia inesperada y sorpresiva de un estado emocional diferente al clima emocional que hasta ese momento se había desarrollado en la sesión". En congruencia a esta descripción, se encontró que ninguno de los participantes obtuvo "Reporte" durante la totalidad de episodios considerados en este estudio. Esto parece relevante porque el "Reporte" es un patrón que "imprime al habla la cualidad de lo conocido, de desafección respecto de lo dicho y/o de cierta distancia emocional...". A su vez, el PCV más frecuente de la paciente en el total de los episodios fue "Emocional-Expresivo", el cual "imprime la cualidad de afección y/o de que el habla está fuertemente cargada de emocionalidad..." (Tomicic y cols., 2011, p. 86). Por lo tanto, se encontró una convergencia entre un estado emocionalizado de la paciente y los episodios de HC.

Por otra parte, no se encontró una secuencia significativa de los PCV de paciente y terapeuta en relación a los diferentes mo-

mentos de la psicoterapia, ya que en los episodios del inicio, el PCV más recurrente en la paciente fue "Emocional-Expresivo", y en el terapeuta fue "Conectado". En los episodios intermedios el PCV más frecuente de la paciente fue "Reflexión", y el del terapeuta fue "Afirmativo". Y por último, en los episodios del final, el más frecuente en la paciente fue "Emocional-Expresivo", y en el terapeuta "Afirmativo".

Luego de todos los resultados expuestos en el presente estudio, se sugiere continuar con una línea investigativa en relación a identificar la secuencia de aparición de los SD y PCV en cada episodio de HC, para conocer más profundamente la interacción entre ambos participantes del proceso psicoterapéutico en estudio. Así, se podría definir si existe o no un patrón de indicadores verbales y no verbales presentes en episodios de HC.

Una limitación de este trabajo, es que no se contó con la observación de episodios de contraste del mismo proceso de psicoterapia. Por lo tanto, no fue posible concluir si los indicadores encontrados serían propios de los episodios de HC, sino más

bien, se logró concluir cuáles de ellos estaban presentes en dichos episodios.

Otra limitación es que no se contó con episodios de HC extraídos de otros procesos psicoterapéuticos, por lo tanto, los resultados obtenidos podrían ser exclusivos de una diada en particular y no generalizables a otras.

Fue una ventaja, para llevar a cabo este estudio, contar con material audiovisual de un proceso de psicoterapia psicodinámica de larga duración, ya que permitió realizar este microanálisis.

Finalmente, parece importante agregar que los resultados encontrados permiten inspirar a otros clínicos e investigadores a seguir planteándose preguntas respecto de su quehacer y promover la investigación en un campo difícil de explorar. Por otra parte, tal vez si más profesionales de la salud mental fueran tan osados como el propio Freud, y tan desvergonzados como para exponer el material audiovisual de las psicoterapias que llevan a cabo ante el análisis de "la ciencia", la psicología y la psiquiatría se enriquecerían enormemente.

Bibliografía

1. Ahumada, J.L. (1999). Descubrimientos y refutaciones: el psicoanálisis clínico como lógica de la indagación. *Psicoanálisis APdeBA - Vol. XXI - Nº 3 - 391-415*
2. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington, D.C
3. Bajtín M.M. (1982) *Estética de la creación verbal*. Siglo veintiuno editores.
4. Caper, R. (1994). What is a Clinical Fact? *The International Journal of Psycho-Analysis*, 75, 904-913.
5. Dittborn, J. e Isla, R. (Comunicación Personal). Hechos Clínicos como Precursores de Cambio Psíquico en Psicoterapia Psicoanalítica: Formalización de un sistema para su observación.
6. Jordan-Moore JF. Intimacy and science: the publication of clinical facts in psychoanalysis. *Int J Psychoanal.* 1994 Dec;75 (Pt 5-6):1251-66.
7. Lacan, J., "El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como ella nos es revelada en la experiencia psicoanalítica" en *Escritos*. México: Siglo XXI, vol. 1, 1984.
8. Martínez, C., Tomicic, A. y Medina, L. (En Prensa). Dialogic discourse analysis of psychotherapeutic dialogue: microanalysis of relevant psychotherapy episodes. *International Journal of Dialogic Science*.
9. Markova, I. 1990. A three step process as a unit of analysis. En I. Markova y K. Foppa. (Eds.), *The Dynamics of dialogue*. Hertfordshire: Harvester Wheatsheaf
10. Quinodoz, J-M. (1994). Clinical Facts or Psychoanalytic Clinical Facts? *The International Journal of Psycho-Analysis*, 75, 963-976.
11. Real Academia Española, (2001). *Diccionario de la Lengua Española*.
12. Sassenfeld, A. (2010). La dimensión no-verbal implícita en la psicoterapia de adultos. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina* En: www.apra.org.ar/pdf/_Sassenfeld.pdf.
13. Tomicic, A., Martínez, C., Chacón, L., Guzmán, M. y Reinoso, A. (2011). Patrones de Cualidad Vocal en Psicoterapia: Desarrollo y Estudio de Confiabilidad de un Sistema de Codificación. *Psyche*, 20(1), 77-93