

ANÁLISIS POLIÉDRICO DE UNA ENTREVISTA: EL CASO LAURA

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

Giuseppe Nicoló
III Centro Psicoterapia Cognitiva, Roma

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

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

0. INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

1. EL ANÁLISIS TEXTUAL

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

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

1.1. LA ENTREVISTA

1.1.1. Contexto de producción:

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

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

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

1.1.2. El texto

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

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

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

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

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

ENTREVISTA

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

usted dice, ¿no? En general intentamos focalizar, y es algo que a usted le es muy útil, los puntos de nuestro encuentro que nos parecen más importantes ¿no?

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

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

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

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

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

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

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

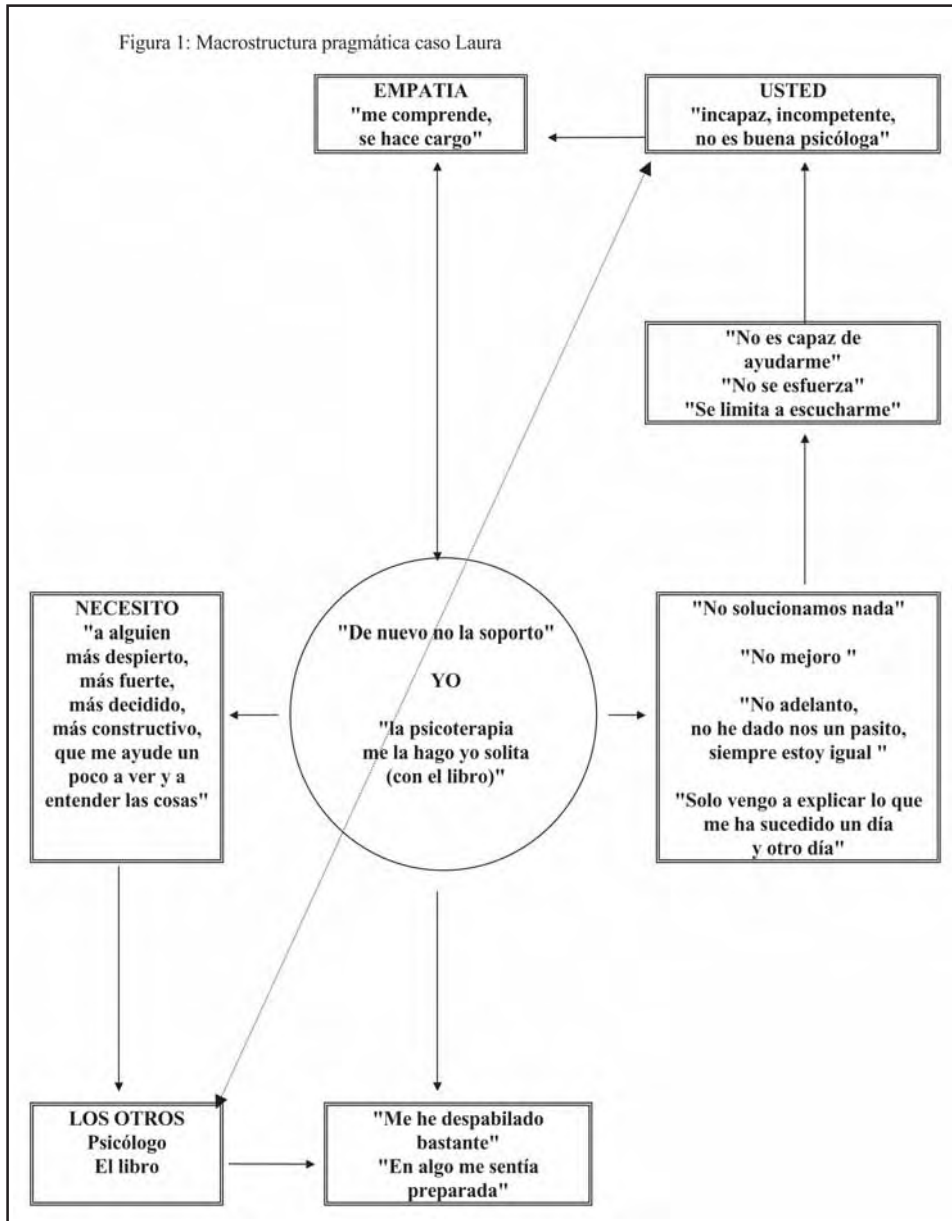
1.2. MACROESTRUCTURA PRAGMÁTICA

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

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

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

Figura 1: Macroestructura pragmática caso Laura



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

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

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

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

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

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

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

1.3. MACROESTRUCTURA SEMÁNTICA

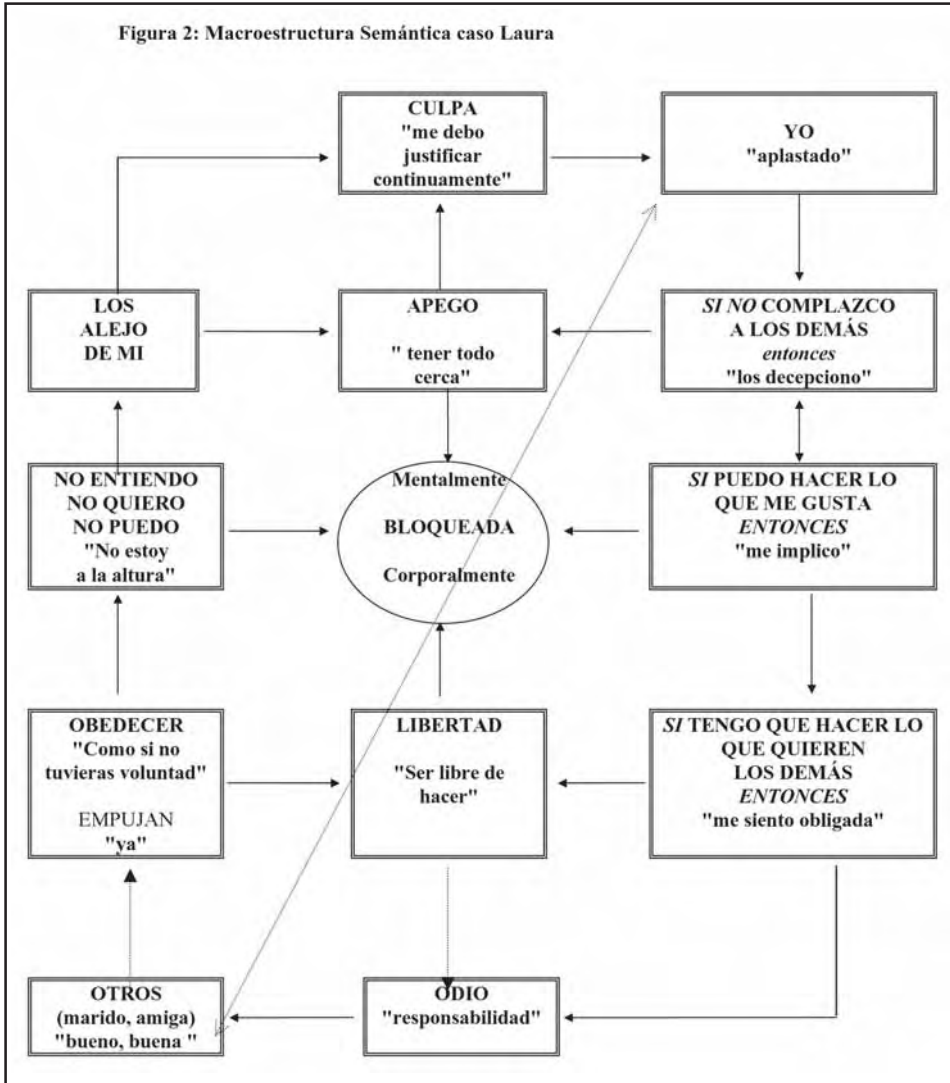
La macroestructura *semántica* del discurso de nuestra paciente se organiza alrededor de un doble bloqueo que ella describe como mental y corporal (Figura 2):

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

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

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

Figura 2: Macroestructura Semántica caso Laura



libertad», cuyo origen debe buscarse probablemente en la historia de desarrollo de la paciente que la terapeuta intenta explorar inútilmente. Parece, en efecto, que la paciente se muestra sistemáticamente «resistente» a este tipo de *insight*. Independientemente de la plausibilidad de esta hipótesis sobre la etiología evolutiva, la paciente sostiene que no es, al menos en la actualidad, de relieve significativo ni de utilidad terapéutica, y consiguientemente se muestra de forma sistemática en desacuerdo con las intervenciones de la terapeuta dirigidas a provocar este *insight* (92-96; 106-107; 118-127; 162-181, 282-283) transferencial particularmente por lo que se refiere al padre, aunque parece que en algún momento consiga entenderlo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El problema es que él lo quiere ya:

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

Quizá conseguiría hacerlo con tiempo y preparación.

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

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

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

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

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

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

1.4. INTERVENCIONES DE LA TERAPEUTA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DESACUERDOS: «No, Pero, En cambio...

COMENTARIOS: Anotaciones, Glosas, Apostillas,

PREGUNTAS: Demanda de información o clarificación

EXPLICACIONES: Aclaraciones, Argumentos, Razonamientos...

INTERPRETACIONES: Reformulaciones, Asociaciones semánticas, Suposiciones, Deducciones

Figura 3: Categorías de respuestas o interacciones

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

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

VALORACIONES: de connotación positiva o negativa

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

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

SALUDOS: Apertura o cierre de cortesía.

2. EL MÉTODO DE LA REJILLA DE LOS ESTADOS PROBLEMATICOS

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

2.1. La rejilla de los estados problemáticos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3. Método

La construcción de este método satisface las siguientes características:

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

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

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

2.3.1. Técnica de recogida de datos:

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

2.3.2. Fiabilidad entre jueces:

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

correlacion intra-clase.

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

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

2.3.4. La escala de evaluación de la metacognición:

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

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

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

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

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

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

En síntesis:

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

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

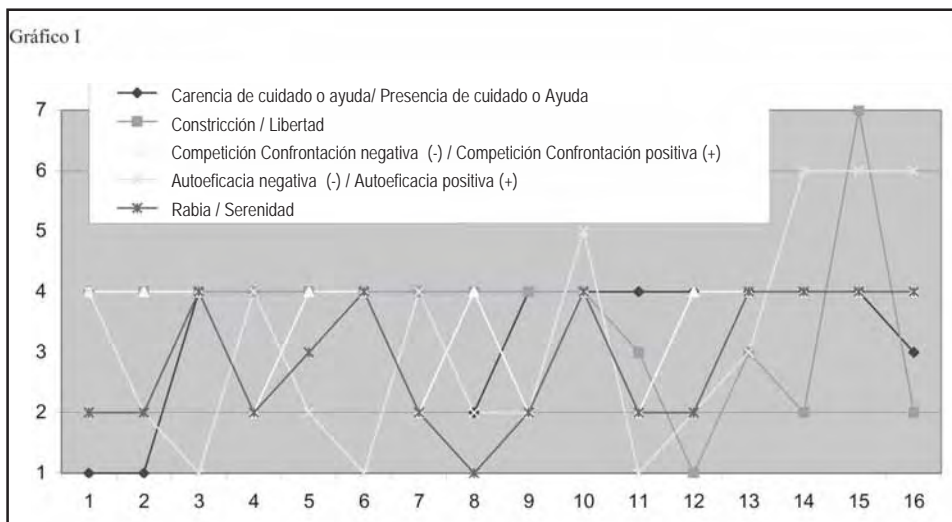
2.3.5. Validación de la escala

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

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

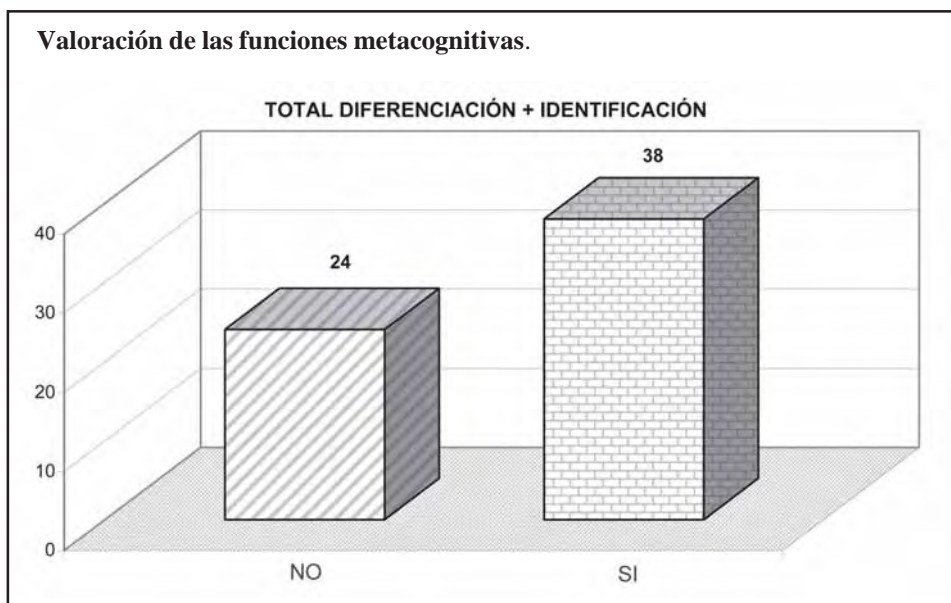
2.4. Aplicación de la rejilla a la entrevista de la paciente Laura

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

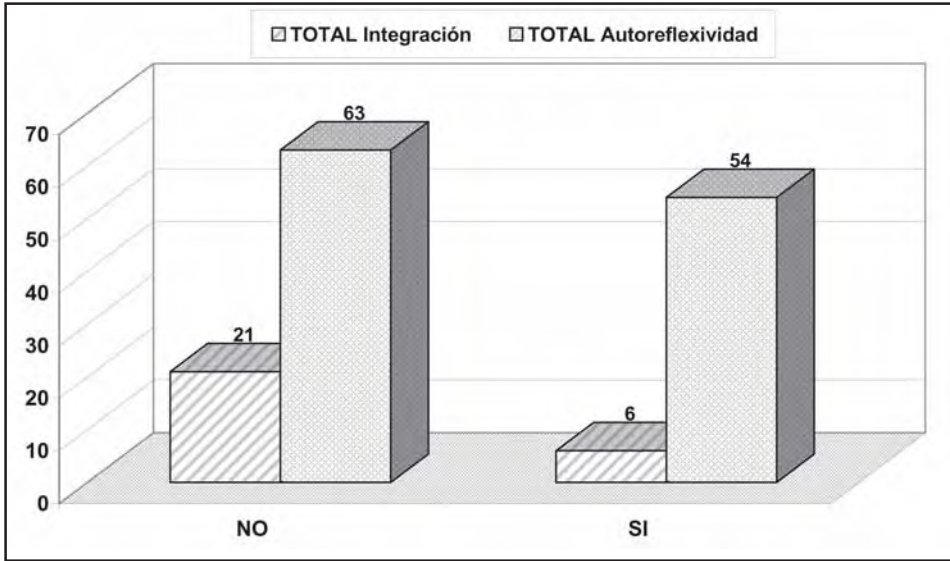


En este gráfico se puede observar por ejemplo la evolución del constructo rabia /serenidad, que de una fase inicial de la sesión donde se manifiesta como extremadamente intenso, se va neutralizando hacia el final, con un pico negativo en el

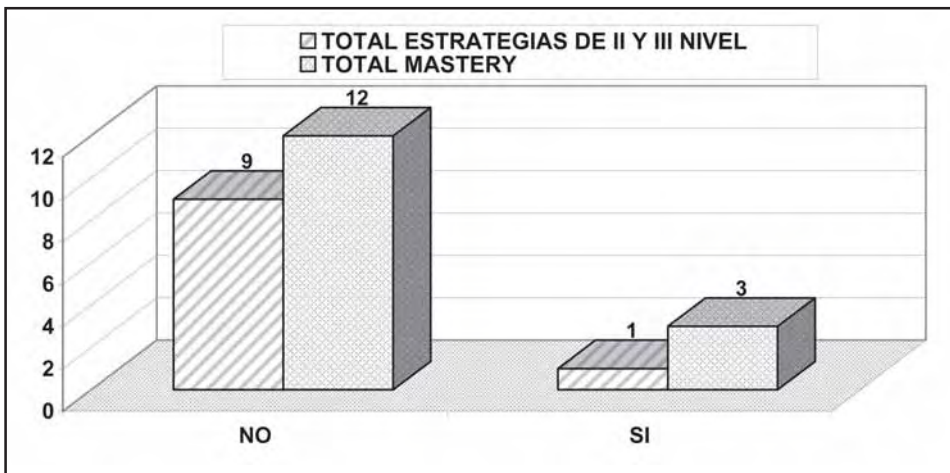
episodio narrativo 8; resulta igualmente impresionante la fuerte oscilación del constructo autoeficacia que presenta el máximo de la polaridad negativa en los episodios narrativos 3, 6, 11, pero que manifiesta valores altos hacia el final de la sesión. Otro dato digno de observación es el caos absoluto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



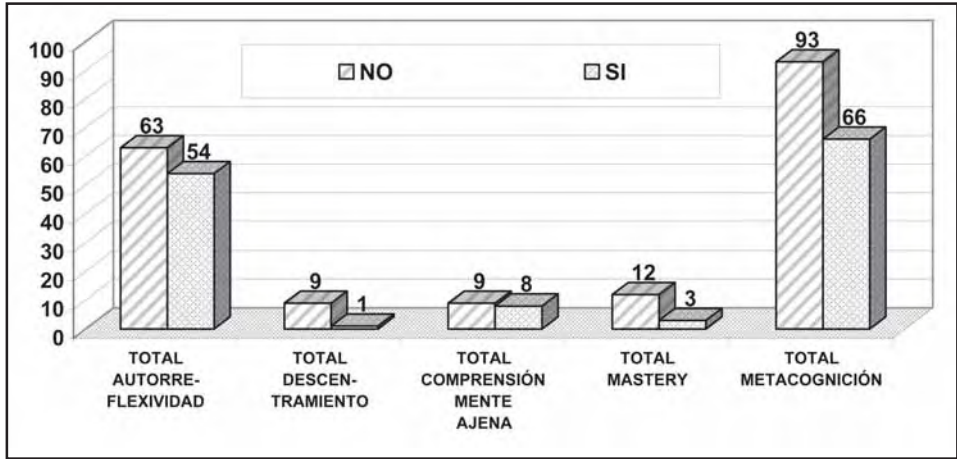
En el presente gráfico se puede notar cómo la paciente no experimenta graves dificultades en identificar las propias emociones. Como sabemos los pacientes límite no son alexitímicos, reconocen las propias emociones, pero no consiguen regularlas.



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



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



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

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

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

Referencias bibliográficas

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

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