



PROGRAMA FONDECYT

INFORME DE ÚLTIMO AÑO ETAPA 2013

COMISIÓN NACIONAL DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA VERSION BORRADOR

FECHA: 14/3/2014

Nº PROYECTO: 1110361 **DURACIÓN:** 3 años **AÑO ETAPA:** 2013

TÍTULO PROYECTO: MANIFESTACIONES VERBALES Y NO VERBALES DE LA REGULACION MUTUA EN

EPISODIOS RELEVANTES DE PSICOTERAPIA Y SU RELACION CON EL PROCESO DE

CAMBIO.

DISCIPLINA PRINCIPAL: PSICOLOGIA CLINICA

GRUPO DE ESTUDIO: SICOLOGIA

INVESTIGADOR(A) RESPONSABLE: CLAUDIO RODRIGO MARTINEZ GUZMAN

DIRECCIÓN: PROVIDENCIA 2318 DEPTO. 31

COMUNA: PROVIDENCIA

CIUDAD: Santiago

REGIÓN: METROPOLITANA

FONDO NACIONAL DE DESARROLLO CIENTIFICO Y TECNOLOGICO (FONDECYT)

Bernarda Morín 551, Providencia - casilla 297-V, Santiago 21 Telefono: 435 43 50 FAX 365 4435

Email: informes.fondecyt@conicyt.cl

INFORME DE ÚLTIMO AÑO PROYECTO FONDECYT REGULAR

OBJETIVOS

Cumplimiento de los Objetivos planteados en la etapa final, o pendientes de cumplir. Recuerde que en esta sección debe referirse a objetivos desarrollados, NO listar actividades desarrolladas.

Nº	OBJETIVOS	CUMPLIMIENTO	FUNDAMENTO
1	Objetivo I. Determinar las características de la	TOTAL	
	expresión discursiva, vocal y facial de la		
	regulación de la díada paciente-terapeuta en		
	episodios de cambio y en episodios de ruptura de		
	la alianza terapéutica.		
2	Objetivo II. Establecer la asociación entre las	TOTAL	
	características de la expresión discursiva y vocal		
	de la regulación de la díada paciente-terapeuta en		
	episodios de cambio y en episodios de ruptura de		
	la alianza terapéutica.		
3	Objetivo III. Establecer la asociación entre las	TOTAL	
	características de la expresión discursiva y facial		
	de la regulación de la díada paciente-terapeuta en		
	episodios de cambio y en episodios de ruptura de		
	la alianza.		
4	Objetivo IV. Determinar las características	TOTAL	
	específicas de la expresión discursiva, vocal y		
	facial de la regulación de los repertorios		
	relacionales de paciente y terapeuta, que se		
	manifiesten en episodios de ruptura de la alianza.		
5	Objetivo V. Establecer la asociación de la	TOTAL	
	expresión discursiva, vocal y facial de la		
	regulación de la díada paciente-terapeuta en		
	episodios de cambio y en episodios de ruptura de		
	la alianza con la calidad de la relación		
	terapéutica.		
6	Objetivo VI. Establecer la asociación de la	TOTAL	
	expresión discursiva, vocal y facial de la		
	regulación de la díada paciente-terapeuta en		
	episodios de cambio y en episodios de ruptura de		
	la alianza con los resultados durante el proceso		
	psicoterapéutico.		

Otro(s) aspecto(s) que Ud. considere importante(s) en la evaluación del cumplimiento de objetivos planteados en la propuesta original o en las modificaciones autorizadas por los Consejos.

RESULTADOS OBTENIDOS:

Para cada uno de los objetivos específicos, describa o resuma los resultados. Relacione las publicaciones y /o manuscritos enviados a publicación con los objetivos específicos. En la sección Anexos incluya información adicional que considere pertinente para efectos de la evaluación.

La extensión máxima de esta sección es de 5 páginas (letra tamaño 10, Arial o Verdana).

Se registraron seis terapias (ver tabla 1, anexo 1), 4 finalizadas (Terapias 1, 3, 5 y 6), una aún en proceso (Terapia 4) y una terminada en forma anticipada por requerir el paciente una atención especializada en un contexto de mayor complejidad (Terapia 2). En total se registraron 197 sesiones, de las cuales 118 fueron analizadas para la identificación de episodios relevantes de cada psicoterapia. Siendo estos episodios la unidad de análisis de esta investigación, se identificaron 345 provenientes de las 118 sesiones analizadas (ver tabla 3, anexo 1).

Los análisis comparativos de las distintas formas de expresión de la regulación en episodios de cambio y ruptura, y su asociación con medidas de calidad de la alianza y con los resultados terapéuticos, fueron realizados con HLM, empleando modelos de 3 y 4 niveles (ver anexo 1).

1. Objetivo I. Determinación de las características de la expresión discursiva, vocal y facial de la regulación de la díada paciente-terapeuta en episodios de cambio y en episodios de ruptura de la alianza terapéutica.

1.1 Expresión Discursiva

A partir del análisis de las tres primeras sesiones de cada terapia, dos codificadores entrenados, identificaron las posiciones y voces discursivas para paciente y terapeuta (ver tabla 4, anexo 1). Mirado en su conjunto, en el discurso de los pacientes se describe una organización tríadica de posiciones subjetivas (ver tabla 5, anexo 1). En todos los pacientes fue identificada una posición llamada Reflexiva que se caracteriza porque desde esta el paciente aparece como alguien capaz de tomar distancia emocional de las situaciones, equilibrando afectos con perspectivas, y siendo capaz de escuchar y mirar críticamente las otras posiciones de sí mismo. En segundo lugar, con diferentes nombres, el conjunto de los pacientes analizados presentan en su discurso una posición desde la que se instalan subjetivamente como alguien dependiente, débil, dañado y/o vulnerable. Por último, y de manera opuesta, todos presentan en su discurso una posición desde la que se instalan subjetivamente como alguien fuerte, autosuficiente y/o independiente. Por su parte, en el discurso de los terapeutas (ver tabla 6, anexo 1), se distingue una posición subjetiva que ha sido llamada Propositiva y que se caracteriza porque el terapeuta se instala subjetivamente como alguien que le muestra al paciente lo que observa y desea relevar, proponiéndoselo para que este lo mire nuevamente. Por otro lado, fueron identificadas posiciones discursivas llamadas Impositiva y Profesor, que presentan en común la característica de instalarlos subjetivamente como alquien que posee una verdad o un saber que es impuesto o ensañado al paciente como una alternativa única. Finalmente, en el discurso de dos de los terapeutas se identificó una posición llamada Evitativa y que ha sido caracterizada como una posición desde la cual los terapeutas se instalan subjetivamente lejos de los aspectos más conflictivos y difíciles que son presentados en el discurso del paciente.

1.2 Expresión Vocal

Para el análisis de la expresión vocal se utilizó el sistema de codificación de Patrones de Cualidad Vocal de paciente y terapeuta [PCV – 1.0] (Tomicic, Chacón, Martínez, Guzmán & Reinoso, 2011, ver tabla 12, anexo 1). Este fue aplicado al total de episodios de cambio y ruptura identificados en todas las terapias (tablas 15 y 16, anexo 1). Considerando las <u>diferencias entre actores</u>, e independiente del tipo de episodio, los pacientes presentaron una mayor probabilidad de usar los PCVs Reporte, Reflexivo y Emocional, en cambio los terapeutas presentaron una mayor probabilidad de usar los PCVs Conectado y Afirmativo. Específicamente, los terapeutas presentaron una mayor probabilidad de presentar el PCV Afirmativo en los episodios de cambio y una mayor probabilidad de uso de Pausas llenas en episodios de ruptura. En relación a las <u>diferencias entre tipos de episodios</u>, independiente del actor, el PCV Reporte presentó una mayor probabilidad de ocurrencia en episodios de ruptura. Finalmente, con respecto al <u>transcurso de los episodios</u> e independiente de su tipo, se observó que los PCVs Reflexivo y Emocional y el Solapamiento aumentan su probabilidad de ocurrencia hacia el final de estos y que, por el contrario, en episodios de cambio la Pausa llena disminuye (ver tablas 17 y 18, y figuras 10 y 11, anexo 1).

1.3 Expresión Facial

Para el análisis de la expresión facial de pacientes y terapeutas se utilizó el *Sistema de Codificación de la Conducta Facial* (FACS, *Facial Action Coding System*; Ekman& Friesen, 1978), que consiste en un

método confiable para la identificación y codificación objetiva de todos los movimientos faciales observables que permite la identificación de Categorías de Expresión Facial (CEF). Este sistema fue aplicado a una submuestra de 29 episodios de cambio y 25 de ruptura (ver pp. 50 a 52, tabla 19, anexo 1). Para efectos del presente estudio se consideraron las Categorías de Expresión Facial (CEF) emociones básicas, así como tres tipos distintos y simultáneos de conductas faciales inespecíficas regulatorias Mirada, Adaptadores y Control, ver pp. 49 a 50, anexo 1). Los resultados indican que para el caso de los <u>pacientes</u> se observa una mayor probabilidad del CEF regulatorio *Mirada* en los episodios de cambio, pero durante el transcurso del episodio disminuye su probabilidad de ocurrencia (ver tabla 37 y figura 13). Para el caso del CEF regulatorio Adaptadores su probabilidad aumenta a medida que transcurre el episodio de cambio, pero disminuye en los episodios de ruptura (ver tabla 37 y figura 14). Con respecto a los CEF emociones del paciente, se observó que la emoción Asco (DI) presenta una mayor probabilidad de ocurrencia en los episodios de cambio. En episodios de cambio a medida que transcurren aumenta la probabilidad de las emociones Alegría (HA) y Sonrisa Genuina (HA_FELT) mientras que en ruptura su probabilidad disminuye (ver tabla 36 y figuras 15, 16 y 17). Para el caso de los terapeutas, en los episodios de cambio aumenta la probabilidad de Mirada (GB) a medida que transcurre el episodio (ver tabla 36 y figura 18). En los episodios de ruptura aumenta la probabilidad de Adaptadores (AD) a medida que transcurre el episodio y disminuye en los episodios de cambio (ver tabla 36 y figura 19). En los episodios de ruptura aumenta la probabilidad de Tristeza (SA) a medida que transcurre el episodio y lo contrario ocurre en episodios de cambio (ver tabla 38 y figura 20). En episodios de cambio a medida que transcurren aumenta marcadamente la probabilidad de Asco (DI) y en ruptura su aumento es más limitado (ver tabla 38 y figura 21).

Algunos de los resultados de este objetivo han sido expuestos en las presentaciones 5, 6, 7, 8 y 10, y en las publicaciones 1, 3, 4 y 5.

2. Objetivo II. Establecimiento de la asociación entre las características de la expresión discursiva y vocal de la regulación de la díada paciente-terapeuta en episodios de cambio y en episodios de ruptura de la alianza terapéutica.

2.1 Modelo de Análisis "Virginia"

Para responder a este y el siguiente objetivo (objetivo III) se ha desarrollado un modelo de análisis que ha sido llamado "Modelo Virginia" (ver figura 26, anexo1). En este modelo de análisis, el punto de referencia siempre es el discurso, entendiendo este como la dimensión más explícita de la regulación con el otro y que permite comprender el sentido de las dimensiones más implícitas y no-verbales de esta actividad. El Modelo Virginia considera dos niveles. El primero, corresponde al macro-análisis de los perfiles de expresión vocal y facial de cada posición subjetiva en cada uno de los miembros de la díada terapéutica. El segundo, corresponde al microanálisis de la función regulatoria, momento a momento, de la manifestación combinada de las expresiones discursiva-vocal y discursiva-facial, respectivamente en la interacción paciente-terapeuta en episodios relevantes del proceso psicoterapéutico.

Para el caso específico de la **asociación discurso-voz**, el modelo macro-analíticamente busca responder preguntas como las siguientes: ¿Cómo habla una determinada posición subjetiva en términos sonoros?; ¿Esta posición subjetiva presenta un perfil sonoro que la distingue de otras posiciones?; ¿Suena diferente de acuerdo al contexto terapéutico – tipo de episodio- en que es enunciada?; ¿De qué manera estas diferencias cumplen una función regulatoria? (ver figura 30, anexo 1).

En el nivel de micro-análisis se busca capturar el movimiento, las trayectorias, las secuencias, etc., a la manera de una "película" que permita responder a preguntas tales como: ¿Cómo varía la relación entre una determinada posición subjetiva, sus voces discursivas y la sonoridad asociada a ellas a través del tiempo?; ¿Cómo varía la relación entre una determinada voz discursiva y sus patrones sonoros de acuerdo a la voz discursiva y su patrón sonoro en el interlocutor durante un particular momento terapéutico?. Respecto de las variaciones de la relación entre voces discursivas y sonoridad ¿Cuáles serían sus funciones regulatorias?

2.2 Resultados

Para el análisis de la dinámica asociativa entre la expresión discursiva y vocal de la regulación se empleó el State Space Grid (SSG) (ver figura 31, anexo 1). El SSG, permitió identificar **estrategias y configuraciones de regulación discurso-voz** de pacientes y terapeutas, y describir sus posibilidades de organización dinámica según tipo de episodio y a lo largo del proceso terapéutico. Este análisis fue aplicado al total de episodios de cambio y ruptura identificados en todas las terapias.

Con respecto a las **estrategias de regulación** discurso-voz, y para el caso de <u>los pacientes</u>, se observó que la posición discursiva *El reflexivo* emplea estrategias de regulación discurso-voz modulando su habla con el PCV Conectado; que la posición discursiva *La Dependiente* emplea los PCVs Emocional, Reporte y

Conectado; y que la posición discursiva *La Independiente*, utiliza los PCVs Afirmativo, Conectado, y Emocional, más la categoría Pausa-Llena. Por su parte, para el caso de <u>los terapeutas</u> se observó que la posición discursiva *El Propositivo* modula su habla con el PCV Conectado; y que la posición discursiva *El Profesor* lo hace con los PCVs Afirmativo y Conectado (ver tablas 39 y 40, y figura 32). Con respecto a la ocurrencia de las **estrategias de regulación discurso-voz según tipo de episodios**, se observó que la *Estrategia Reflexivo-Conectado* de los pacientes se presentó más en episodios de cambio, y que las *Estrategias Dependiente-Reporte, Independiente-Afirmativo e Independiente-Emocional* se presentaron más en episodios de ruptura. Por su parte, y para el caso de los terapeutas, la estrategia de regulación *Propositivo-Conectado* se presentó más en episodios de cambio (ver tabla 41 y figuras 40 y 41).

Para la identificación de **configuraciones de regulación discurso-voz**, se realizó un análisis de Cluster, considerando una solución de cuatro agrupaciones. Cada uno de los clusters fue interpretado cualitativamente de acuerdo con su configuración regulatoria global considerando la fuerza específica de cada una de las estrategias regulatorias discurso-voz de paciente y terapeuta. Las cuatro configuraciones regulatorias discurso-voz fueron denominadas: "Trabajo Terapéutico General", "Desconectada", "Trabajo Terapéutico Productivo", y "Trabajo Terapéutico Emocional" (ver tablas 42, 43, 44, y 45, y figuras 42, 43, 44 y 45, anexo 1). Con respecto a la ocurrencia de estas **configuraciones de regulación discurso-voz según tipo de episodios**, se observó que la configuración "Trabajo Terapéutico General" se presentó más en episodios de ruptura y que la configuración regulatoria "Trabajo Terapéutico Productivo" se presentó más en episodios de cambio (ver tabla 46, y figuras 49 y 50). Finalmente, no se observaron modificaciones en la probabilidad de ocurrencia a lo largo del proceso terapéutico ni en las estrategias ni en las configuraciones de regulación discurso-voz.

Algunos de los resultados de este objetivo han sido expuestos en las presentaciones 4, 5, 7, 9, 12, 14 y 16 y en publicación 6.

3. Objetivo III.: Establecimiento de la asociación entre las características de la expresión discursiva y facial de la regulación de la díada paciente-terapeuta en episodios de cambio y en episodios de ruptura de la alianza.

3.1 Desarrollo de un Modelo de Análisis: "Modelo Virginia"

Al igual que en el objetivo anterior, en la aplicación del Modelo Virginia (ver figura 26, anexo 1) el punto de referencia siempre es el discurso. También aquí el modelo tiene dos niveles de análisis. El primero, macro analítico, en el cual se identifican las **Categorías de Expresión Facial** (CEF) de ambos participantes y en relación a cada posición discursiva. El segundo, corresponde a un microanálisis que busca describir la función regulatoria de los CEF que ambos participantes despliegan en determinadas posiciones discursivas en el contexto del diálogo psicoterapéutico.

Para el caso específico de la **asociación discurso-expresión facial**, el modelo macro-analíticamente busca responder preguntas como las siguientes: ¿Cómo se expresa facialmente, en términos de emociones y conductas regulatorias, una determinada posición subjetiva?; ¿Esta posición subjetiva presenta un perfil de expresividad facial que la distingue de otras posiciones?; ¿Se expresa facialmente de un modo diferente de acuerdo al contexto terapéutico – tipo de episodio- en que es enunciada?; ¿De qué manera estas diferencias cumplen una función regulatoria?

En el nivel de micro-análisis se busca capturar el movimiento, las trayectorias, las secuencias, etc., a la manera de una "película" que permita responder a preguntas tales como: ¿Cómo varía la relación entre una determinada posición subjetiva, sus voces discursivas y su modo de expresión facial asociada a ellas a través del tiempo?; ¿Cómo varía la relación entre una determinada voz discursiva y sus expresiones faciales de acuerdo a la posición discursiva del interlocutor y su expresividad facial durante un particular momento terapéutico?. Respecto de las variaciones de la relación entre voces discursivas y expresividad facial ¿Cuáles serían sus funciones regulatorias?

3.2 Resultados

Para el análisis de la dinámica asociativa entre la expresión discursiva y facial de la regulación se empleó el State Space Grid (SSG) (ver figuras 51 y 52, anexo 1). El SSG, permitió identificar para este caso solo **estrategias de regulación discurso-expresión facial** de pacientes y terapeutas, y describir sus posibilidades de organización dinámica según tipo de episodio y a lo largo del proceso terapéutico. Este análisis fue aplicado a una submuestra de episodios de cambio y ruptura identificados en todas las terapias (ver pp. 50 a 52, tabla 19, anexo 1).

Con respecto a las **estrategias de regulación** discurso-expresión facial (PD-CEF), se describen la de <u>los pacientes</u>, tanto cuando hablan desde sus posiciones discursivas (PD) como cuando escuchan las de los terapeutas. En la PD Reflexiva del paciente cuando habla, las estrategias de regulación PD-CEF son la *Mirada* y *Emociones Negativas*. En la PD Dependiente del paciente cuando habla, la estrategia PD-CEF es

la *Mirada*. Para la PD Independiente del paciente cuando habla, las estrategias PD-CEF son la *Mirada* y las *Emociones Positivas*. Por su parte, cuando el paciente escucha al terapeuta hablando desde una PD Propositiva, el paciente emplea como estrategia de regulación la *Mirada*. Por último, cuando el paciente escucha al terapeuta hablando desde una PD Profesor, el paciente emplea como estrategias regulatorias las CEF *Mirada y Emociones Negativas* (ver Tabla 47, y Figuras 53 y 54).

Para el caso de <u>los terapeutas</u> también se describen las estrategias regulatorias tanto cuando hablan desde sus posiciones discursivas (PD) como cuando escuchan las de los pacientes. Cuando el terapeuta habla desde una PD Propositiva, emplea como estrategias de regulación las CEF *Mirada y Emociones Negativas*. A su vez, cuando el terapeuta habla desde la PD Profesor, las estrategias que emplea son la *Mirada* y las *Emociones Negativas*. Por otro lado, cuando el terapeuta escucha al paciente hablando desde la PD Reflexiva, emplea como estrategia regulatoria la CEF *Mirada*. A su vez, cuando el terapeuta escucha al paciente hablando desde la PD Dependiente, el terapeuta utiliza como estrategia la *Mirada*. Por último, cuando el terapeuta escucha al paciente hablando desde la PD Independiente, también emplea como estrategia la *Mirada* (ver Tabla 48, y Figuras 55 y 56).

Con respecto a las **estrategias de regulación discurso-expresión facial según tipo de episodios**, se observó que solo los pacientes presentaron diferencias estadísticamente significativas según tipo de episodios. Específicamente, la *Estrategia Reflexiva-Mirada* se presentó más en episodios de cambio, y la *Estrategia Independiente-Mirada* más en episodios de ruptura. Por su parte, la estrategia de regulación *Propositiva-Emociones Negativas* se presentó más en episodios de cambio, mientras que la estrategia *Independiente-Emociones Positivas* más en episodios de ruptura (ver tabla 49, y figuras 62 y 63).

Algunos de los resultados de este objetivo han sido expuestos en las presentaciones 4, 6 y 11.

4. Objetivo IV: Determinación de las características específicas de la expresión discursiva, vocal y facial de la regulación de los repertorios relacionales de paciente y terapeuta, que se manifiesten en episodios de ruptura de la alianza.

4.1 Identificación de Expresiones de Repertorios Relacionales en Episodios de Ruptura.

La identificación de expresiones de repertorios relacionales en los episodios de ruptura está basada en la determinación de los repertorios relacionales de los participantes. Al inicio de cada proceso, cada díada terapéutica fue evaluada por separado por un entrevistador con la Entrevista de Prototipos de Apego Adulto (EPAA). Con el perfil resultante, se construyó una descripción, denominada *Brief*, acerca de la manera que cada participante – paciente y terapeuta - podría comportarse, de acuerdo a sus particulares perfiles de apego o repertorios relacionales durante el proceso terapéutico, especialmente en momentos difíciles de este. Con el *Brief*, dos codificadores independientes evaluaron los episodios de ruptura de las terapias en las trascripciones con el fin de seleccionar episodios en los que aparecen expresiones de los patrones relacionales, distinguiendo entre aquellos que los presentaban (N= 40) de los que no los presentaban (N=82) (ver tabla 50, anexo 1).

4.2 Caracterización de Episodios de Ruptura con Repertorios Relacionales según Manifestaciones Discursivas, Vocales y Faciales de Regulación Mutua

Los resultados indican que la probabilidad de ocurrencia de las **posiciones discursivas** analizadas, no depende si en los episodios de ruptura identificados se presentan expresiones de repertorios relacionales ligados al apego (ver tabla 51 anexo 1). Con respecto a las expresiones vocales de la regulación, los resultados indican que la probabilidad de ocurrencia de los PCV en los episodios de ruptura tampoco depende de la presencia de expresiones de repertorios relacionales ligados al apego (ver tablas 52 y 53 en anexo 1). Con respecto a las expresiones faciales de la regulación, los resultados indican que para el caso de los pacientes la probabilidad de la CEF Mirada disminuye en la medida que transcurren los episodios de ruptura sin expresión de repertorio relacional. Con respecto a las CEF de Emociones básicas, la emoción Tristeza aumenta en la medida que transcurren los episodios sin expresión de repertorio relacional y disminuye en los episodios que sí la presentan. Por su parte, la CEF Alegría disminuye su probabilidad de ocurrencia a lo largo de los episodios sin expresión de repertorio relacional y aumenta en aquellos con expresión. Finalmente, la CEF Desprecio se presenta con una mayor probabilidad en los episodios con expresión de repertorio relacional. Por su parte, para el caso de los terapeutas, a medida que avanzan los episodios, indistintamente sean de ruptura con o sin expresión de repertorio relacional, aumenta la probabilidad de la CEF regulatoria Adaptadores. Por su parte, la probabilidad de la CEF regulatoria Control aumenta en la medida que transcurren los episodios sin expresión de repertorios relacionales y disminuye en aquellos con expresión. Con respecto a las CEF Emociones, la probabilidad de ocurrencia de la Alegría y Sonrisa Genuina disminuye a medida que transcurren los episodios con expresión y aumenta en aquellos son expresión de repertorios relacionales (ver tablas 54,55, 56, y figuras 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, y 74).

5. Objetivo V: Establecimiento de la asociación de la expresión discursiva, vocal y facial de la regulación de la díada paciente-terapeuta en episodios de cambio y en episodios de ruptura de la alianza con la calidad de la relación terapéutica.

La calidad de la alianza a nivel de episodio fue evaluada en este estudio aplicando Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale - Short Form (VTAS-SF) (Shelef & Diamond, 2008) a una sub-muestra de 30 episodios de cambio y 26 de ruptura provenientes de todas las terapias analizadas (ver pp. 50 a 52 en anexo 1). Con respecto a las **posiciones discursivas**, la PD *Dependiente* del paciente presenta una relación directa entre su probabilidad de ocurrencia y una buena calidad de la alianza. En el caso de la PD el Profesor del terapeuta en episodios con baja calidad de alianza, esta PD disminuye su probabilidad de ocurrencia en la medida que transcurre el episodio. En cambio, en los episodios con buena alianza su probabilidad de ocurrencia aumenta a medida que avanza el episodio (ver tabla 58 y figura 76). Con respecto a la expresión vocal de la regulación, se observa una relación inversa entre la probabilidad de ocurrencia del PCV Reporte en los pacientes y la calidad de la alianza. Por su parte, se observó una relación directa entre la ocurrencia del PCV Emocional de los pacientes y la calidad de la alianza. Finalmente, respecto del Solapamiento, los resultados indican que para ambos participantes su probabilidad de ocurrencia disminuye a lo largo de episodios evaluados con baja alianza, mientras que aumenta en el caso de episodios con buena alianza (ver tablas 59 y 60, y figura 78). Con respecto a la expresión facial, se observó en los pacientes que la probabilidad de ocurrencia del CEF Adaptadores aumenta durante el transcurso de los episodios evaluados con una buena y regular calidad de la alianza, mientras que disminuye en aquellos con baja calidad. Por su parte, la probabilidad de ocurrencia de la CEF Tristeza aumenta en el transcurso de episodios con baja calidad de alianza, en cambio aumenta en aquellos con regular o buena alianza. Finalmente, la probabilidad de ocurrencia de las CEF Alegría y Sonrisa Genuina disminuye a medida que transcurren los episodios con baja alianza y aumentan en aquellos con regular o buena alianza. En los terapeutas se observó que la probabilidad de ocurrencia de la CEF Mirada disminuye en el transcurso de episodios con buena alianza y aumenta en aquellos con baja o regular alianza. La probabilidad de ocurrencia de Adaptadores aumenta levemente a medida que avanzan los episodios con buena alianza, en cambio aumenta marcadamente en episodio con baja o regular alianza. La probabilidad de ocurrencia de la Sonrisa Social aumenta a medida que transcurren los episodios con buena alianza y disminuye en aquellos con regular o baja alianza. En el caso del Desprecio, su probabilidad aumenta en el transcurso de episodios con baja alianza y disminuye en aquellos con buena o regular alianza. Finalmente, a medida que aumenta la calidad de la alianza en los episodios, aumenta la ocurrencia de la CEF Alegría (ver tablas 61, 62 y 63, y figuras 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, y 87).

6. Objetivo VI: Establecimiento de la asociación de la expresión discursiva, vocal y facial de la regulación de la díada paciente-terapeuta en episodios de cambio y en episodios de ruptura de la alianza con los resultados durante el proceso psicoterapéutico.

Para dar respuesta a este objetivo se ha evaluado el resultado terapéutico aplicando, sesión a sesión, el instrumento OQ-45.2 (Lambert, et al., 1996, ver p. 211 en anexo 1).

Con respecto a las **posiciones discursivas** de los <u>pacientes</u> se observó una relación directa entre la probabilidad de ocurrencia de la PD *Reflexiva* y el nivel de sintomatología, y una relación inversa de esta PD con el puntaje de la subescala rol social. Por su parte, la probabilidad de ocurrencia de la PD *Independiente* presentó una relación inversa con el nivel de sintomatología y directa con la subescala rol social. Finalmente la PD del <u>terapeuta</u> el *Profesor* presentó una relación inversa entre el puntaje del paciente en la subescala rol social y su probabilidad de ocurrencia (ver tabla 66). Con respecto a la <u>expresión vocal</u> de regulación, independiente de cual participante está hablando, se observó una relación directa entre la ocurrencia del PCV Conectado y el puntaje en la subescala rol social. A su vez, la probabilidad de ocurrencia de la Pausa Llena presentó una relación inversa con la subescala rol social (ver tablas 67 y 68). Por último, respecto a la **expresión facial**, tanto para paciente como terapeuta, no fueron observadas asociaciones significativas entre los CEF y los resultados terapéuticos (ver tabla 69).

DESTAQUE OTROS LOGROS DEL PROYECTO TALES COMO:

- Estadías de investigación.
- Actividades de difusión y/o extensión en la temática del proyecto.
- Cualquier otro logro no contemplado en los ítem anteriores y que Ud. quiera destacar.

La extensión máxima de esta sección es de 1 página (letra tamaño 10, Arial o Verdana).

Algunos logros adicionales del proyecto son:

1. Formación de cuatro estudiantes de pre-grado de la carrera de psicología de la Universidad Diego Portales en habilidades generales de investigación y en técnicas específicas de codificación de episodios relevantes en psicoterapia.

COOPERACIÓN INTERNACIONAL

N° Proyecto: 1110361

Nombre Colaborador (a) Extranjero (a): TOM HOLLENSTEIN

Afiliación Institucional Actual: QUEEN'S UNIVERSITY AT KINGSTON
Fechas de estadía Desde :23/06/2013 Hasta :30/06/2013

Describa las actividades realizadas y resultados obtenidos. Destaque su contribución al logro de los objetivos del proyecto. Si es pertinente, indique las publicaciones conjuntas generadas, haciendo referencia a lo informado en la etapa Productos. Agregue en la etapa anexos la información necesaria.

El profesor Hollenstein realizó un taller sobre la utilización del software State Space Grid para análisis de interacciones dinámicas en fenómenos complejos. Específicamente para llevar adelante los objetivos 2 y 3 del proyecto. Además, del taller al equipo, el profesor Hollenstein realizó una conferencia en la Facultad de Psicología de la Universidad Diego Portales y ha participando activamente en la confección de una publicación recientemente enviada y titulada "Discourse and Vocal Regulatory Patterns in the Psychotherapeutic Process: A study with State Space Grid (SSG)"

PRODUCTOS

ARTÍCULOS

Para trabajos en Prensa/ Aceptados/Enviados adjunte copia de carta de aceptación o de recepción.

N°: 1

Autor (a)(es/as): Martinez, C.; Tomicic, A.; & Medina, L.

Nombre Completo de la Revista : Culture & Psychology

Título (Idioma original): Psychotherapy as a discursive genre: A dialogic approach

Indexación: ISI

ISSN: 1461-7056

Año: Vol.: Nº: Páginas:

Estado de la publicación a la fecha: Aceptada Otras Fuentes de financiamiento, si las hay:

Envía documento en papel: no Archivo(s) Asociado(s) al artículo: ScholarOne Manuscripts revision 3.pdf

http://sial.fondecyt.cl/index.php/investigador/f4_articulos/descarga/8116333/1110361/2013/44147/1

 $Culture_Psychology_-_Acceptance_letter_on_Manuscript_ID_CAP-13-0008.pdf \\ http://sial.fondecyt.cl/index.php/investigador/f4_articulos/descarga/8116333/1110361/2013/44147/2 \\ letter_on_Manuscript_ID_CAP-13-0008.pdf \\ letter_on_Manuscript_I$

 N° :

Autor (a)(es/as): Martínez, C.; Tomicic, A.; Medina, L.; & Krause, M.

Nombre Completo de la Revista: Research in Psychotherapy

Título (Idioma original): A Microanalytical Look at Mutual Regulation in Psychotherapeutic Dialogic

Discourse Analysis (DDA) in Episodes of Rupture of the Alliance

Indexación: SCOPUS Especificar:

ISSN: 2239–8031

Año : Vol. : Nº : Páginas :

Estado de la publicación a la fecha: Enviada Otras Fuentes de financiamiento, si las hay:

Envía documento en papel: no
Archivo(s) Asociado(s) al artículo:
DDA_APA-style-6th-ed_Submitted_.pdf

 N° :

Autor (a)(es/as): Tomicic, A.; Martínez, C. & Krause, M.

Nombre Completo de la Revista : Psychotherapy Research

Título (Idioma original): The Sound of Change: A Study of the Psychotherapeutic Process Embodied in Vocal

Expression. Laura Rice Ideas Revisited

Indexación: ISI

ISSN: 1050-3307

Año : Vol. : Nº : Páginas :

Estado de la publicación a la fecha: Aceptada Otras Fuentes de financiamiento, si las hay:

Envía documento en papel: no Archivo(s) Asociado(s) al artículo:

mANUSCRITO_3.pdf

Psychotherapy_Research_-_Acceptance_letter_on_Manuscript_ID_TPSR-2012-0166.pdf

 N^{o} :

Autor (a)(es/as): Tomicic, A.; Rodriguez, E.; Perez, J.C.; & Martinez, C.

Nombre Completo de la Revista: Revista Latinoamericana de Psicología

Título (Idioma original): Vocal-Silence Dynamic Patterns: A System for Measuring Rhythm Coordination in

Dyadic Conversations.

Indexación: ISI

ISSN: 0120-0534

Año : Vol. : Nº : Páginas :

Estado de la publicación a la fecha : Enviada Otras Fuentes de financiamiento, si las hay :

Envía documento en papel: no Archivo(s) Asociado(s) al artículo:

Artículo 4.pdf

http://sial.fondecyt.cl/index.php/investigador/f4_articulos/descarga/8116333/1110361/2013/44151/1

Gmail - [rlp] Acuse de recibo de envío.pdf

Resumen_Envío_1.pdf

http://sial.fondecyt.cl/index.php/investigador/f4_articulos/descarga/8116333/1110361/2013/44151/3

 N° :

Autor (a)(es/as): Tomicic, A. & Martínez, C. **Nombre Completo de la Revista:** Praxis. Revista de Psicología

Título (Idioma original): VOICE AND PSYCHOTHERAPY: INTRODUCTION TO A LINE OF RESEARCH ON

MUTUAL REGULATION IN PSYCHOTHERAPEUTIC DIALOG

Indexación :LatindexISSN :0717-473-X

Año: 2011
Vol.: 13
N°: 20
Páginas: 109-139
Estado de la publicación a la fecha: Publicada
Otras Fuentes de financiamiento, si las hay:

Envía documento en papel: no Archivo(s) Asociado(s) al artículo:

Artículo 5.pdf

 N° :

Autor (a)(es/as): Tomicic, A.; Martínez, C., & Perez, J.C., Hollenstein, T., Angulo, S., Gerstmann, A.,

Barroux, I., y Krause, M.

Nombre Completo de la Revista: Frontiers in Psychology

Título (Idioma original): Discourse and vocal regulatory patterns in the psychotherapeutic process: A study with

State Space Grid (SSG)

Indexación: ISI

ISSN:
Año:
Vol.:
N°:

Páginas:

Estado de la publicación a la fecha: Enviada Otras Fuentes de financiamiento, si las hay:

Envía documento en papel: no Archivo(s) Asociado(s) al artículo:

Frontiers.pdf

http://sial.fondecyt.cl/index.php/investigador/f4_articulos/descarga/8116333/1110361/2013/50850/1

Invitación_Frontiers.pdf

 N° : 7

Autor (a)(es/as) : Altimir, C., & Jimenez, J.P. **Nombre Completo de la Revista :** Psychoanalytic Dialogues

Título (Idioma original):Towards the Consummation of a Postmodern Marriage: Psychotherapy Research, and

Relational Theory and Practice

Indexación: ISI

ISSN: 1048-1885

Año: Vol.: Nº: Páginas:

Estado de la publicación a la fecha: Enviada Otras Fuentes de financiamiento, si las hay:

Envía documento en papel: no Archivo(s) Asociado(s) al artículo: PDF proof Altimir Jiménez 2013 .pdf

Sin información ingresada.

CONGRESOS

N°: 1

Autor (a)(es/as): De La Cerda, C.; Martínez, C.; Tomicic, A.; Salas, A.

Título (Idioma original): Ecos Dialógicos del paciente en una psicoterapia supervisada: Interjuego Relacional de

Paciente, terapeuta y supervisor.

Nombre del Congreso: 10° Encuentro Chileno de Investigación en Psicoterapia

País :CHILECiudad :ReñacaFecha Inicio :25/08/2011Fecha Término :28/08/2011

Nombre Publicación:

Año: Vol.: Nº: Páginas:

Envía documento en papel: no

Archivo Asociado: Presentación 1.pdf

N°: 2

Autor (a)(es/as): Dominguez, M.; Tomicic, A.; Martínez, C.; Reinoso, A.

Título (Idioma original): Patrones de Cualidad Vocal en Episodios de Cambio y Ruptura de la Alianza Terapéutica

Nombre del Congreso: 10º Encuentro Chileno de Investigación en Psicoterapia

País :CHILECiudad :ReñacaFecha Inicio :25/08/2011Fecha Término :28/08/2011

Nombre Publicación:

Año: Vol.: Nº: Páginas:

Envía documento en papel: no

Archivo Asociado: Presentación 2.pdf

http://sial.fondecyt.cl/index.php/investigador/f4_congresos/descarga/8116333/1110361/2013/67371/1

 N° :

Autor (a)(es/as): Tomicic, A.; Martínez, C.

Título (Idioma original): El latido del cambio: Un estudio de los patrones de coordinación ritmica en la conversación

psicoterapéutica

Nombre del Congreso: 10º Encuentro Chileno de Investigación en Psicoterapia

País :CHILECiudad :ReñacaFecha Inicio :25/08/2011Fecha Término :28/08/2011

Nombre Publicación:

Año : Vol. : Nº : Páginas :

Envía documento en papel: no

Archivo Asociado: Presentacion 3.pdf

 N^{o} :

Autor (a)(es/as): Martínez, C.; Altimir, C.; Tomicic, A.

Título (Idioma original): Panel: Expresión Verbal y No Verbal de la Regulación Mutua en Psicoterapia

Nombre del Congreso : LXVI Congreso de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía

 País :
 CHILE

 Ciudad :
 Pucón

 Fecha Inicio :
 09/11/2011

 Fecha Término :
 12/11/2011

Nombre Publicación:

Año: Vol.: Nº: Páginas:

Envía documento en papel: no

Archivo Asociado: Presentacion 4.pdf

http://sial.fondecyt.cl/index.php/investigador/f4_congresos/descarga/8116333/1110361/2013/67373/1

Carta_agrad._Ps_Martinez.pdf

 N° :

Autor (a)(es/as): Martínez, C., & Tomicic, A.

Título (Idioma original): Discursive positions and embodied expression of relational patterns in the psychotherapeutic

interaction: An application of the Dialogic Discourse Analysis (DDA).

Nombre del Congreso:

SPR, 43° International Meeting

País: ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

Ciudad :Virginia BeachFecha Inicio :20/06/2012Fecha Término :23/06/2012

Nombre Publicación : Book of Abstracts 43rd Annual International Meeting

Año: 2012
Vol.: Nº: Páginas: 96
Envía documento en papel: no

Archivo Asociado : Presentación_1.pdf

http://sial.fondecyt.cl/index.php/investigador/f4_congresos/descarga/8116333/1110361/2013/67374/1

N°: 6

Autor (a)(es/as): Altimir, C.

Título (Idioma original): Non-verbal Facial Affective Behavior of Patient and Therapist during relational in-session

episodes: A Micro-analytic approach to mutual regulation in psychotherapy

Nombre del Congreso: 43° Annual International Meeting

País: ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

Ciudad: Virginia Beach
Fecha Inicio: 20/06/2012
Fecha Término: 23/06/2012

Nombre Publicación : Book of Abstracts 43rd Annual International Meeting

Año: 2012
Vol.: N°: Páginas: 104
Envía documento en papel: no

Archivo Asociado: Presentación 2.pdf

http://sial.fondecyt.cl/index.php/investigador/f4_congresos/descarga/8116333/1110361/2013/67375/1

 N° : 7

Autor (a)(es/as): Tomicic, A.

Título (Idioma original): Vocal Quality Patterns: An analysis of voice micro-regulatory sequences in the

psychotherapeutic exchange.

Nombre del Congreso: SPR, 43° International Meeting

País: ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

Ciudad :Virginia BeachFecha Inicio :20/06/2012Fecha Término :23/06/2012

Nombre Publicación : Book of Abstracts 43rd Annual International Meeting

Año: 2012
Vol.: N°: Páginas: 104
Envía documento en papel: no

Archivo Asociado: (Presentación 3).pdf

N°: 8

Autor (a)(es/as): Martínez, C.

Título (Idioma original): Discursive positions in the psychotherapeutic interaction: An application of the Dialogic

Discourse Analysis (DDA) to mutual regulation process

Nombre del Congreso: SPR, 43° International Meeting

País: ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

Ciudad: Virginia Beach
Fecha Inicio: 20/06/2012
Fecha Término: 23/06/2012

Nombre Publicación : Book of Abstracts 43rd Annual International Meeting

 Año:
 2012

 Vol.:
 -

 Nº:
 -

 Páginas:
 104

 Envía documento en papel:
 no

Archivo Asociado: Presentación 4.pdf

http://sial.fondecyt.cl/index.php/investigador/f4_congresos/descarga/8116333/1110361/2013/67377/1

N°: 9

Autor (a)(es/as): Hernández, S.; Vargas, V.; Ossandón; F.; Tomicic, A., & Martínez, C.

Título (Idioma original): Manifestaciones Discursivas y Vocales de la Regulación Mutua en Psicoterapia

Nombre del Congreso: 11º Encuentro Chileno de Investigación en Psicoterapia

País :CHILECiudad :ReñacaFecha Inicio :23/08/2012Fecha Término :26/03/2013

Nombre Publicación:

Año:	
Vol.:	
N°:	
Páginas :	
Envía documento en papel :	no

Archivo Asociado: Presentación 5.pdf

http://sial.fondecyt.cl/index.php/investigador/f4_congresos/descarga/8116333/1110361/2013/67378/1

 N^o : 10

Autor (a)(es/as): Tomicic, A.; Martínez, C.; Perez, J.C., & Ortega, C.

Título (Idioma original): Manifestación de la depresión en la regulación mutua en psicoterapia: Un Estudio de Caso.

Nombre del Congreso: 11º Encuentro Chileno de Investigación en Psicoterapia

País: **CHILE** Ciudad: Reñaca Fecha Inicio: 23/08/2012 26/08/2012 Fecha Término:

Nombre Publicación:

Año: Vol.: N^o : Páginas:

Envía documento en papel: no

Archivo Asociado: Presentación 6.pdf

http://sial.fondecyt.cl/index.php/investigador/f4_congresos/descarga/8116333/1110361/2013/67379/1

N°: 11

Autor (a)(es/as): Martínez, C.

Título (Idioma original): Manifestaciones Verbales y no Verbales de la Regulación Mutua en Psicoterapia y su

Relación con el Cambio

Nombre del Congreso: 8º Encuentro de Investigación en Psicología de la Universidad del Desarrollo

País: **CHILE** Ciudad: Concepción Fecha Inicio: 08/10/2012 Fecha Término: 09/10/2012

Nombre Publicación:

Año: Vol.: N°: Páginas:

Envía documento en papel: no

Archivo Asociado:

Presentación 7.pdf

http://sial.fondecyt.cl/index.php/investigador/f4_congresos/descarga/8116333/1110361/2013/67380/1

N°: 12

Autor (a)(es/as): Hernández, S.; Vargas, V.; Ossandón; F.; Tomicic, A., & Martínez, C.

Título (Idioma original): Discurso y Voz en la Regulación Mutua en Psicoterapia

Nombre del Congreso: X Congreso Latinoamericano de Investigación en Psicoterapia de la SPR

País :ARGENTINACiudad :Buenos AiresFecha Inicio :25/10/2012Fecha Término :26/10/2012

Nombre Publicación:

Año: Vol.: Nº: Páginas:

Envía documento en papel: no

Archivo Asociado: Presentación 8.pdf

 $http://sial.fondecyt.cl/index.php/investigador/f4_congresos/descarga/8116333/1110361/2013/67381/67381/67581/6758$

 N^{o} : 13

Autor (a)(es/as): De La Cerda, C.

Título (Idioma original): Regulación Mutua, Depresión y Estilos Experienciales

Nombre del Congreso: X Congreso Latinoamericano de Investigación en Psicoterapia de la SPR

País :ARGENTINACiudad :Buenos AiresFecha Inicio :25/10/2012Fecha Término :26/10/2012

Nombre Publicación:

Año: Vol.: Nº: Páginas:

Envía documento en papel: no

Archivo Asociado: Presentación 9.pdf

N°: 14

Autor (a)(es/as): Tomicic, A.; Martínez, C., & Perez, J.C.

Título (Idioma original): Manifestación discursiva y vocal de la regulación paciente-terapeuta: Estudio de caso de una

psicoterapia con paciente depresivo.

Nombre del Congreso: X Congreso Latinoamericano de Investigación en Psicoterapia de la SPR

País :ARGENTINACiudad :Buenos AiresFecha Inicio :25/10/2012Fecha Término :26/10/2012

Nombre Publicación:

Año: Vol.: Nº: Páginas:

Envía documento en papel: no

Archivo Asociado: Presentación 10.pdf

N°: 15

Autor (a)(es/as): Martínez, C., & Tomicic, A.

Título (Idioma original): Dialogical Reorganization of the subjectivity in a long-term psychoanalytic psychotherapy

Nombre del Congreso: 44th Annual International Meeting of Society for Psychotherapy Research

País:AUSTRALIACiudad:BrisbaneFecha Inicio:10/07/2013Fecha Término:13/07/2013

Nombre Publicación:

Año: Vol.: Nº: Páginas:

Envía documento en papel: no

Archivo Asociado:Paper Submission.pdf

http://sial.fondecyt.cl/index.php/investigador/f4_congresos/descarga/8116333/1110361/2013/67402/1

N°: 16

Autor (a)(es/as): Martínez, C., Hernández, S., Ossandon, F., Vargas, V., & Tomicic, A.

Título (Idioma original): Discursive and vocal expressions of mutual regulation in psychotherapy

Nombre del Congreso: 44th Annual International Meeting of Society for Psychotherapy Research

País :AUSTRALIACiudad :BrisbaneFecha Inicio :10/07/2013Fecha Término :13/07/2013

Nombre Publicación:

Año : Vol. : Nº : Páginas :

Envía documento en papel: no

Archivo Asociado: abstract Brisbane.pdf

TESIS/MEMORIAS

Nº:

Título de Tesis : Patrones de Cualidad Vocal en Episodios de Ruptura de la Alianza y en Episodios

de Resolución en una Psicoterapia Psicodinámica Breve

Nombre y Apellidos del(de la) Alumno(a): Eduardo Sánchez Montoya

Nombre y Apellidos del(de la) Tutor(a): Alemka Tomicic

Título Grado: Magister

Institución : Pontificia Universidad Católica de Chile

País :CHILECiudad :SantiagoEstado de Tesis :TerminadaFecha Inicio :05/12/2011Fecha Término :23/01/2013

Envía documento en papel: no

Archivo Asociado: Resumen Tesis 1.pdf

Constancia_de_tesis_1.pdf

http://sial.fondecyt.cl/index.php/investigador/f4_tesis_memorias/descarga/8116333/1110361/2013/35255/2

 N° :

Título de Tesis: Manifestaciones Discursivas y Vocales de la Regulación Mutua en Psicoterapia

Nombre y Apellidos del(de la) Alumno(a): Sebastián Hernández, Francisca Ossandón, & Valeria Vargas

Nombre y Apellidos del(de la) Tutor(a): Claudio Martínez Guzman

Título Grado: Pregrado

Institución : Universidad Diego Portales

País :CHILECiudad :SantiagoEstado de Tesis :Terminada

 Fecha Inicio:
 18/01/2012

 Fecha Término:
 14/09/2012

Envía documento en papel: no

Archivo Asociado:

Resumen Tesis 2.pdf

http://sial.fondecyt.cl/index.php/investigador/f4_tesis_memorias/descarga/8116333/1110361/2013/35256/1

Constancia Tesis 2.pdf

http://sial.fondecyt.cl/index.php/investigador/f4_tesis_memorias/descarga/8116333/1110361/2013/35256/2

N°:

Título de Tesis: Micro patrones de despliegue afectivo--‐ facial relacionados con el estilo de

apego de pacientes en episodios de ruptura de la alianza terapéutica

Nombre y Apellidos del(de la) Alumno(a): Paulina Barros

Nombre y Apellidos del(de la) Tutor(a): Carolina Altimir Colao

Título Grado: Magister

Institución : Pontificia Universidad Católica de Chile

País :CHILECiudad :SantiagoEstado de Tesis :En EjecuciónFecha Inicio :11/12/2012Fecha Término :15/01/2014

Envía documento en papel: no

Archivo Asociado: Resumen Tesis 31.pdf

Constancia Tesis 3.pdf

http://sial.fondecyt.cl/index.php/investigador/f4 tesis memorias/descarga/8116333/1110361/2013/35258/2

N°:

Título de Tesis: La función de la mentalización explícita e implícita como proceso regulatorio en la

interacción terapéutica: Trayectoria y dinámica en un proceso terapéutico

psicoanalítico

Nombre y Apellidos del(de la) Alumno(a): Cecilia de la Cerda Paolinelli Nombre y Apellidos del(de la) Tutor(a): Claudio Martínez Guzman

Título Grado: Doctorado

Institución : Pontificia Universidad Católica de Chile

País :CHILECiudad :SantiagoEstado de Tesis :En EjecuciónFecha Inicio :30/04/2013

Fecha Término:

Envía documento en papel: no

Archivo Asociado: Resumen Tesis 4.pdf

http://sial.fondecyt.cl/index.php/investigador/f4_tesis_memorias/descarga/8116333/1110361/2013/35260/1

Certif. Doctorado 2012.pdf

N°:	5
Título de Tesis : Nombre y Apellidos del(de la) Alumno(a) :	Manifestaciones Verbales y No Verbales de la Regulación Mutua en Psicoterapia : Salvador Angulo Silva; Isabelle Barroux Ellena; Adam Gerstmann Bernal
Nombre y Apellidos del(de la) Tutor(a):	Claudio Martínez Guzman
Título Grado :	Pregrado
Institución:	Universidad Diego Portales
País :	CHILE
Ciudad :	Santiago
Estado de Tesis :	Terminada
Fecha Inicio:	11/03/2013
Fecha Término :	10/01/2014
Envía documento en papel:	no
Archivo Asociado:	
Resumen_Tesis.pdf	
http://sial.fondecyt.cl/index.php/investigador/f4_tesis_m	nemorias/descarga/8116333/1110361/2013/35271/1
Constancia_Tesis_UDP.pdf	
http://sial.fondecyt.cl/index.php/investigador/f4_tesis_m	lemorias/descarga/8116535/1110361/2013/352/1/2
http://sial.fondecyt.cl/index.php/investigador/f5_anexos. N°: 2	_ _Acta_Comité_Ética_UDP.pdf
N°: 3	isadas_Fondecyt.pdf
N°: 4	
Archivo Asociado: Informe_Auc	ditoría_Comité_Etica_UDP.pdf
http://sial.fondecyt.cl/index.php/investigador/f5_anexos.	

A continuación se detallan los anexos físicos/papel que no se incluyen en el informe en formato PDF.

Anexos:

- 1. Resultados en Extenso
- 2. Acta comité de Ética UDP
- 3. Cartas de Consentimiento Visadas por Fondecyt
- 4. Certificado Auditoria Institucional

ANEXO I

RESULTADOS EN EXTENSO

Caracterización de la muestra

Se registraron seis terapias (ver Tabla 1). De estas, finalizaron el proceso psicoterapéutico cuatro de ellas (Terapias 1, 3, 5 y 6). Una aún se encuentran en desarrollo (Terapia 4), y la terapia 2 fue terminada en forma anticipada por requerir la paciente una atención especializada en un contexto de mayor complejidad. En total, se cuenta con 197sesiones registradas con la respectiva evaluación de resultado terapéutico (OQ-45.2) y de calidad de la alianza (IAT-P y IAT-T), y 118 sesiones con análisis de identificación de episodios relevantes. Además, en todas las terapias se evaluaron los repertorios relacionales de paciente y terapeuta (Entrevista de Prototipos de Apego Adulto – EPPA)¹.

Tabla 1. Descripción de los Procesos Terapéuticos

Terapi a	Pacient e	Modalidades	Estado de la terapia	Sesiones registradas	Sesiones analizadas
1(RB)	Mujer	Psicodinámica	Finalizada	88	40 ^a
2(R0)	Mujer	Psicodinámica	Derivación	2	2
3(R1)	Hombre	Cognitivo-Conductual	Finalizada	11	11
4(R2)	Mujer	Psicodinámica	En proceso	31 ^b	31
5(R3)	Mujer	Cognitivo-Conductual	Finalizada	15	15
6(R4)	Mujer	Psicodinámica	Finalizada	19	19
			Total	197	118

Nota: Se analizaron las primeras 40 sesiones del proceso psicoterapéutico completo (88 sesiones). bEsta psicoterapia fue reiniciada luego de 4,5 meses de suspensión; se codifican las 31 sesiones correspondientes al primer período de atención.

Para todas las terapias se ha seguido el procedimiento de registro y evaluación que se describe en la Tabla 2.

¹En la Terapia 2 no se realizó la evaluación de los repertorios relacionales (Entrevista EPPA) dado que el proceso termino antes de los plazos estipulados por el "Protocolo de Recolección" para la realización de esta medición.

Tabla 2. Protocolo de Registro de Terapia y Recolección de Datos

Registro/Recolección	Materiales	Procedimientos
Consentimientos	- Consentimiento Paciente - Consentimiento Terapeuta	Se solicitan previamente a la realización de cualquiera de los siguientes registros.
Grabación sesiones	- 2 cámaras y 2 trípodes -2 mini DV para cada sesión	 Antes de iniciar la sesión fijar las cámaras en los trípodes. Enfocarlas calculando que una cámara se dirija al paciente y otra al terapeuta, ambos en plano americano. Prender las cámaras unos minutos antes que comience la sesión. Una vez concluida la sesión, retirar cada mini DV de las cámaras y etiquetarlos indicando si se trata del paciente o el terapeuta y, en ambos, el número y la fecha de la sesión.
Outcome Questionnaire (OQ- 45.2)	-Formulario impreso del OQ-45.2	Se administra sesión a sesión al paciente. Se administra antes del inicio de cada sesión.
Cuestionario de Alianza Terapéutica	- IAT para el paciente - IAT para el terapeuta	 Se administra cada tres sesiones, a partir de la tercera sesión. Se administra una vez finalizada la sesión. Tanto paciente como terapeuta deben responderlo y devolverlo el mismo día.
Entrevista de Apego Adulto	- Grabadora de audio	Se realiza al paciente y al terapeuta, en una sola ocasión. Se realiza después de la cuarta sesión, en un día y hora diferente a la de las sesiones, previo acuerdo con el entrevistado/a.
Entrevista de seguimiento	- Grabadora de audio	Se realiza al paciente y al terapeuta Se realiza transcurrido tres meses del cierre de la terapia.

Siendo la unidad de análisis de esta investigación los episodios relevantes en psicoterapia, se identificaron 345 episodios provenientes de las 118 sesiones analizadas, las que corresponden a las seis terapias registradas. En la tabla 3 se presentan la cantidad de tipos de episodios identificados en cada proceso psicoterapéutico.

Tabla 3. Frecuencia y Distribución de Episodios Relevantes Identificados

Terapia	Sesiones analizadas/ Total Episodios	Episodios de cambio	Episodios de estancamiento	Episodios de ruptura	Episodios de resolución
1(RB)	40/158	33 (20,9%)	20 (12,7%)	55 (34,8%)	50 (31,6%)
2(R0)	2/3	1 (33,3)	0	1 (33,3%)	1 (33,3%)
3(R1)	11 /22	6 (27,3%)	5 (22,7%)	10 (45,5%)	1 (4,5%)
4(R2)	31 / 53	23 (43,4%)	8 (15,1%)	14 (26,4%)	8 (15,1%)

Totales	118 / 345	82(23,8%)	45 (13,0%)	123 (35,7%)	95 (27,5%)
6(R4)	19/14	8 (57,1%)	2 (14,3%)	2 (14,3%)	2(14,3%)
5(R3)	15 /95	11 (11,6%)	10 (10,5%)	41 (43,2%)	33 (34,7%)

En términos conceptuales estos episodios se organizan en dos pares. El primer par corresponde a los Episodios de Cambio y Estancamiento. Los episodios de cambio corresponden a un segmento de interacción en la sesión terapéutica, delimitado a partir del momento en que un micro-cambio ocurre. Este momento corresponde al final del episodio, y su inicio se establece por un criterio temático, es decir, en el momento en el cual los participantes comienzan a tratar el tema sobre el cual acontece dicho cambio (Krause et al., 2006a) Los micro-cambios han sido identificados utilizando los Indicadores de Cambio Genéricos (ICG - Krause, et al., 2007). Los ICG son un listado de indicadores de cambio (ver Figura 1) que, de acuerdo a su organización jerárquica, reflejan una secuencia ideal y genérica del cambio, en el sentido que pueden ser aplicados para la evaluación de una terapia, independiente del enfoque teórico de la misma. Los ICG han sido validados empíricamente por medio de metodologías cualitativas y cuantitativas (Aristegui, et al., 2004; Krause, 2005; Krause, et al., 2007). Los episodios de estancamiento por su parte, corresponden a un segmento de la sesión terapéutica, caracterizado por una reiteración de patrones disfuncionales de un paciente en particular, definidos como la persistencia en formas de entendimiento, comportamiento y emociones relacionadas con su o sus problemas. Conceptualmente el estancamiento es la antítesis del cambio y, metodológicamente, el foco de la observación está puesto en el paciente, independiente de la acción u omisión del terapeuta y de sus posibles aciertos o desaciertos(Herrera, Fernández, Krause, Vilches, Valdés, & Dagnino, 2012).

Los Episodios de Ruptura de la Alianza y de Estrategias de Resolución corresponden al segundo par de episodios. Los *episodios de ruptura de la alianza* corresponden a segmentos de interacción en que aparecen dos tipos de marcadores verbales: (a) Marcadores de repliegue o distanciamiento, donde uno o ambos participantes toman distancia del otro o con respecto al proceso terapéutico o bien frente a sus propias emociones; y (b) Marcadores de confrontación, donde uno o ambos participantes directamente expresa rabia, resentimiento o insatisfacción con el otro o respecto al proceso terapéutico (Eubanks-Carter, Muran, Safran& Mitchell, 2008; Safran& Muran, 2000, 2001; Muran, 2002). Los *episodios de resolución* corresponden a segmentos de la interacción en los que es posible observar en el terapeuta intentos de resolver rupturas previas por medio del uso estrategias de resolución.

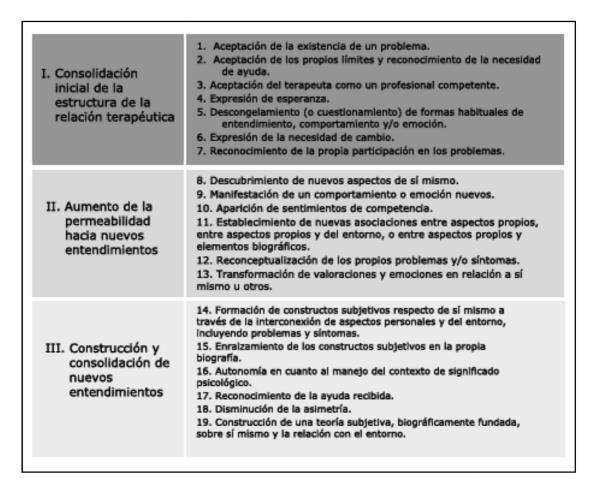


Figura 1: Indicadores Genéricos de Cambio

A continuación se presentan los resultados correspondientes a diferentes análisis y micro-análisis de manifestaciones verbales y no verbales de la regulación mutua de paciente y terapeuta según el tipo de episodios. La presentación de estos resultados se organiza de acuerdo a los objetivos a los que hacen referencia y los análisis en algunos casos consideran ambos pares de episodios relevantes, y en otros, solo los episodios de cambio y ruptura, cada uno correspondiente a uno de los pares mencionados.

Objetivo I. Determinación de las características de la expresión discursiva, vocal y facial de la regulación de la díada paciente-terapeuta en episodios de cambio y en episodios de ruptura de la alianza terapéutica.

1.1 Expresión Discursiva

1.1.1. Identificación de Posiciones y Voces Discursivas

Para la identificación de posiciones y voces discursivas se desarrolló un dispositivo que considera dos pasos analíticos (ver figura 2):

Paso 1: Identificación fenomenológica y caracterización discursiva de las posiciones y voces de terapeuta y paciente. Consiste, en primer lugar, en identificar las posiciones subjetivas como un modo de estar, de relacionarse, de interpretar el mundo que aparecen en el discurso de cada uno de los participantes. Luego de ser identificadas, estas posiciones son diferenciadas y nominadas de acuerdo su principal predicado. Por ejemplo, una de las posiciones discursivas de la paciente 1 se denominó "La niñita necesitada", la que la posiciona en el lugar de una niña pequeña e indefensa, abusada, dañada, rechazable e incapaz de tomar decisiones y pensar por ella misma. Estas características predican acerca de la posición que la paciente adopta en momentos del discurso y, a su vez muestran diferentes maneras en que esta posición discursiva se expresa. Estos diferentes modos de expresión de una posición discursiva lo denominamos el *repertorio de voces* de esa posición. Entonces, en segundo lugar, se procede a identificar y nominar estas voces que son parte del repertorio expresivo de una posición discursiva dada. Por ejemplo, para el caso de la posición "la niñita necesitada" de la paciente 1, su repertorio de voces, que expresan las maneras en que habla la paciente cuando se encuentra en esta posición, incluyen: la abusada, la desconfiada, la rechazable, y la niña mimada.

Paso 2: Microanálisis de la dimensión enunciativa (Calsamiglia& Tusón, 1999) o también llamado "nivel dialógico" (Grossen & Salazar, 2006), el que atiende a la posición de los participantes respecto de lo que dicen (enunciadores), por ejemplo "pienso que estuvo bien lo que mi madre hizo..."; y a las posiciones desde las cuales lo dicen (sujetos de enunciado), por ejemplo "en lo que a mí respecta, yo creo que...". Las unidades de análisis corresponden a las voces que expresan estas posiciones en los diferentes turnos de habla. En este nivel de análisis se establecen las huellas discursivas de cada una de las posiciones ideológicas, identificando enunciados característicos y nucleares, uso de pronombres y deícticos, uso de modalizadores, y formas de apropiación del enunciado por parte del hablante.

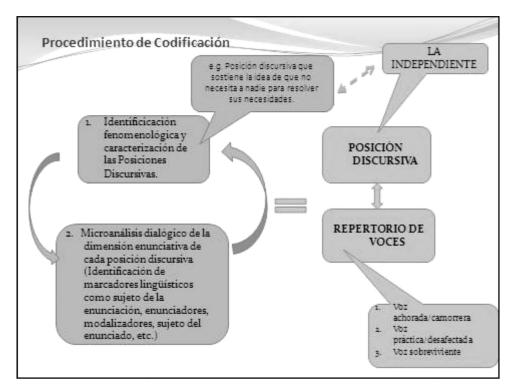


Figura 2. Procedimiento de Codificación Discursiva

Para la implementación del paso 1 se emplean las tres primeras sesiones de cada terapia con las que dos codificadores entrenados identifican las posiciones y voces discursivas. Una vez establecido este sistema inicial de posiciones y voces discursivas para cada terapia, este se aplica al análisis discursivo de los episodios relevantes. En este análisis se van precisando las características enunciativas de las voces y eventualmente pueden ser identificadas nuevas posiciones y voces. El análisis discursivo de los episodios relevantes es exhaustivo, es decir se hace codificando cada turno de palabra, pudiendo ser identificada más de una voz dentro de un mismo turno.

Para la realización y registro de estos análisis se empleó el software Atlas.ti 7.0 que facilitó el análisis y manejo de datos cualitativos.

1.1.2 Descripciones de Posiciones y Voces Discursivas por Terapia

Para la presentación de los resultados relacionados con la caracterización de episodios relevantes, en términos de las posiciones y voces discursivas de pacientes y terapeutas que configuran la regulación verbal del diálogo que se establece entre ambos a lo largo de la psicoterapia. En la tabla 4 se exponen las posiciones y voces identificadas para cada una de las psicoterapias y luego se desarrolla en extenso la descripción de cada conjunto de voces y posiciones para cada dupla paciente-terapeuta.

Tabla 4. Síntesis Caracterización de Posiciones y Voces Discursivas

TERAPIAS	POSICIONES / VOCES PACIENTES	POSICIONES / VOCES TERAPEUTAS
Terapia 1	La Reflexiva	La Propositiva
	1.1. Voz Mentalizadora	1.1. Voz Indagadora
	1.2. Voz de Continuidad	1.2. Voz Confrontadora
	2. La Niña Necesitada	1.3. Voz Mentalizadora
	2.1. Voz Desesperanzada	1.4. Voz Autodeveladora
	2.2. Voz Desconfiada	2. La Impositiva
	2.3. Voz Regalona	2.1. Voz Aseveradora
	2.4. Voz Rechazable	2.2. Voz Mentalista
	2.5. Voz Abusada	
	3. La Empoderada	
	3.1. Voz Asertiva/Ejecutiva	
	3.2. Voz Desafiante	
	3.3. Voz Mamá Salvadora	
Terapia 3	El Reflexivo	El Propositivo
·	1.1. Voz reflexiva	1.1. Voz Indagadora
	2. El Niño	1.2. Voz Mentalizadora
	2.1. Voz Niño Asustado	2. El Profesor
	2.2. Voz Niño Resentido	2.1. Voz del Supuesto saber
	3. El Grande	
	3.1. Voz Práctica	
	3.2. Voz Nema Problema	
Terapia 4	1. La Reflexiva	1. El Propositivo
	1.1. Voz Reflexiva/Racional	1.1. Voz Indagadora
	1.2. Voz Reflexiva /Empática	1.2. Voz Confrontadora
	2. La Desconfiada	1.3. Voz Mentalizadora
	2.1. Voz Desconfiada	1.4. Voz Autodeveladora
	2.2. Voz Niña Desilusionada	2. El Evitativo
	2.3. Voz Tirana-Posesiva	2.1. Voz Sobrevoladora
		3. El Profesor
	3.1. Voz Sobreviviente	3.1. Voz Profesor
	3.2. Voz Práctica Desafectada	3.2. Voz Aseveradora
	3.3. Voz Achorada Camorrera	
Terapia 5	1. La Reflexiva	1. El Propositivo
	1.1. Voz Integrada	
	1.2. Voz Mentalizadora	1.2. Voz Confrontadora
		1.3. Voz Mentalizadora
	2.1. Voz Necesitada	
	2.2. Voz Poseída	2. El Evitativo
		2.1. Voz Sobrevoladora
	2.5. Voz Hiperbólica	3.1. Voz de Profesor
Terapia 5	1.2. Voz Reflexiva /Empática 2. La Desconfiada 2.1. Voz Desconfiada 2.2. Voz Niña Desilusionada 2.3. Voz Tirana-Posesiva 3. La Autónoma Independiente 3.1. Voz Sobreviviente 3.2. Voz Práctica Desafectada 3.3. Voz Achorada Camorrera 1. La Reflexiva 1.1. Voz Integrada 1.2. Voz Mentalizadora 2. La Infantil / Desregulada 2.1. Voz Necesitada 2.2. Voz Poseída 2.3. Voz Víctima 2.4. Voz Fiel y Transparente	1.3. Voz Mentalizadora 1.4. Voz Autodeveladora 2. El Evitativo 2.1. Voz Sobrevoladora 3. El Profesor 3.1. Voz Profesor 3.2. Voz Aseveradora 1. El Propositivo 1.1. Voz Indagadora 1.2. Voz Confrontadora 1.3. Voz Mentalizadora 1.4. Voz Autodeveladora 2. El Evitativo 2.1. Voz Sobrevoladora 3. El Profesor

	3. La Coordinadora	3.2. Voz el Maestro
	3.1. Voz Empoderada	3.3. Voz Impositiva
	3.2. Voz Independiente	
	3.3. Voz Programadora	
Terapia 6	La Reflexiva	La Propositiva
	1.1. Voz Integrada	1.1. Voz Indagadora
	1.2. Voz Mentalizadora	1.2. Voz Confrontadora
	2. La Víctima	1.3. Voz Resonadora
	2.1. Voz Desesperanzada/De la	2. La Impositiva
	Falta/Falla	2.1. Voz Aseveradora
	2.2. Voz Usada	
	3. La Reivindicadora	
	3.1. Voz Criticona	
	3.2. Voz Luchadora	
	3.3. Voz Saturada	

Posiciones y Voces Discursivas Terapia 1

En la paciente de esta terapia se identificaron tres posiciones discursivas: La adulta-reflexiva, la niña necesitada y la empoderada.

Desde la posición adulta-reflexiva, la paciente se comporta, piensa y siente adultamente, integrando aspectos diferentes de sí y reflexionando sobre ello. Desde esta posición impresiona más autónoma e independiente, pero sin dejar de mostrar su necesidad de ayuda. Esta posición se expresa mediante dos voces discursivas. Una de ellas, la mentalizadora, se caracteriza por expresiones reflexivas sobre sí misma y sobre los demás, que integran pensamientos y sentimientos. Esta voz enfatiza la novedad y el descubrimiento de aspectos nuevos de sí. Es una voz que aporta nuevo material atingente, amplía la información, cuestiona y refina los descubrimientos en sí misma, etc. La otra, la voz de continuidad, se caracteriza por proporcionar material de trabajo terapéutico que permite continuar el diálogo, aportando ideas no necesariamente reflexivas o mentalizadoras, pero que implican una mirada sobre sí misma. A veces constituyen anécdotas o reportes de la semana, pero es material no necesariamente neutral sobre el cual es posible trabajar terapéuticamente.

Desde la posición *la niña necesitada*, la paciente se instala subjetivamente en el lugar de una niña pequeña e indefensa, abusada, dañada, rechazable e incapaz de tomar decisiones y pensar por ella misma. Esta posición se expresa mediante cinco voces discursivas. La primera, *la desesperanzada*, se caracteriza por expresiones que la presentan en una vida sin salida y sin posibilidades. Con esta voz expresa su deseo de morir temprano en la vida, con la idea que ella nació con el "hilo corto". También que no tiene arreglo en sus problemas psicológicos, que no hay quién la pueda ayudar o no hay cambio posible. La segunda, la *voz desconfiada*, se caracteriza por describir relaciones muy dependientes y simbióticas, con exigencias de exclusividad para el otro. Con esta voz a veces la paciente expresa sus dudas sobre la terapia, ya sea con respecto a su eficacia o bien en relación a la verdadera intencionalidad del equipo terapéutico. La tercera, la *voz*

regalona, se caracteriza por estilo enunciativo consentido y a veces "mañoso": No quiere trabajar, no quiere pensar, utiliza mucho el "no sé". A veces tiende a expresar idealizaciones del otro, especialmente cuando se siente protegida por este. También con esta voz manifiesta su necesidad de ser rescatada, auxiliada, que los demás piensen o decidan por ella. La cuarta, la voz rechazable, Se caracteriza por referir situaciones de competencia o "triángulo", reales o fantaseadas, en las que su destino es ser abandonada o rechazada. Con voz expresa desprecio hacia sí misma, como alguien físicamente fea y poco querible. Describe sentimientos de culpa por lo que hace o dice y lo expresa con comentarios acerca de la "lata" que les debe dar a los demás cuidarla o estar con ella. La última voz que expresa a la posición la niña necesitada, es la abusada. El enunciador nuclear de esta voz refiere a una situación de abuso real en la infancia y que permanece en la paciente con expresiones discursivas de niña dañada e indefensa que no puede hacer nada frente a figuras o actos abusivos en el presente. La posibilidad de confrontación del abusador o de la situación de abuso es descrita con esta voz con un temor paralizante.

Desde la posición *la empoderada*, la paciente se instala subjetivamente como alguien que no necesita ayuda, sino que la provee, con evidentes sentimientos de superioridad, desde donde puede enfrentar dificultades con racionalidad y una activa agencia, pero también con desafío, confrontación y desprecio. Esta posición se expresa mediante tres voces discursivas. La primera, *asertiva/ejecutiva*, es una voz que subraya su capacidad de agencia, contrastando con otras en las que predomina la parálisis y la pasividad. Con esta voz expresa competitividad, ambición, visión de futuro, etc. También esta voz expresa autonomía e independencia. La segunda voz, *la desafiante*, se caracteriza por expresiones confrontadoras y de superioridad respecto de los otros. Expresa desconfianza, especialmente de las buenas intenciones de los demás. La tercera, *la mamá salvadora*, voz que se caracteriza por enunciados en los que subraya su fortaleza y capacidad de defensa en comparación con otros más débiles. De esta manera, esta voz describe a los otros como sin posibilidad de defensa y como potencialmente dañables. En consecuencia, con esta voz la paciente expresa unrolde mamá salvadora.

En la terapeuta se identificaron dos posiciones discursivas: La impositiva y la propositiva.

Desde la *posición impositiva*, la terapeuta se instala frente a la paciente como alguien que posee la verdad respecto de sus dificultades y que es capaz de saber lo que esta piensa y siente respecto a las mismas. Esta posición se expresa a través de dos voces discursivas. La primera, la *mentalista*, se caracteriza por enunciados con la forma de preguntas retóricas y afirmaciones, en los que la terapeuta impresiona como leyendo la mente de la paciente. La segunda, la *aseveradora*, es una voz que se caracteriza por expresiones que tienen la forma de afirmaciones que buscan comprobar y/o reafirmar verdades. También es una voz que da consejo y opiniones muy sancionadoras.

Desde la posición propositiva, la terapeuta se instala en una posición subjetiva desde la que le muestra a la paciente lo que observa y desea relevar, proponiéndoselo para que esta lo mire nuevamente. Esta posición se expresa a través de cuatro voces discursivas. La primera, la voz confrontadora, caracterizada por enunciados en los que la terapeuta señala aspectos contradictorios entre sí del discurso de la paciente, o entre el discurso y sus gestos, tonos de voz, etc. Asimismo, con esta voz la terapeuta pareciera expresar la intención de proponer a la paciente la búsqueda de una explicación que le permita comprender o darle sentido a dichas contradicciones. La segunda, la indagadora, es una voz con la que la terapeuta realiza acciones interrogativas, como preguntas, señalamientos o clarificaciones, que expresan una intencionalidad terapéutica. La tercera, la mentalizadora, es una voz que se caracteriza por expresiones con las que la terapeuta promueve la reflexión de la paciente en sí misma y sobre su relación con los otros. Esta voz se manifiesta en enunciadores que incluyen proposiciones sobre los estados mentales vinculados a emociones, sentimientos, sensaciones corporales, etc. Por último, la cuarta es la voz autodeveladora, es una voz con la que la terapeuta devela aspectos de sí misma (pensamientos, emociones, sensaciones, etc.) con el fin de proponer una perspectiva alternativa a la paciente. Discursiva y lingüísticamente, esta voz utiliza la primera persona singular y haciendo referencia a la segunda persona singular, en la forma de un "yo-contigo".

Posiciones y Voces Discursivas Terapia 3

En el paciente de esta terapia se identificaron tres posiciones discursivas: El niño, el grande y el reflexivo.

Desde la posición del *niño*, el paciente se instala a sí mismo como un niño emocionalmente frágil y necesitado de reconocimiento. A veces este niño reclama un reconocimiento por un pasado doloroso del que se siente víctima. En otros momentos, demanda la protección, ayuda y guía de un mundo adulto en el que se siente sin herramientas. Dos voces discursivas expresan esta posición. La primera de ellas, el *niño asustado*, se caracteriza por enunciadores en los que aparece la fragilidad del paciente en dos sentidos: La dependencia con sus más cercanos (mamá, papá, polola) y el fracaso relativo de sus estrategias de afrontamiento. La segunda, la voz *niño resentido*, se caracteriza por enunciadores que subrayan la idea de que el paciente ya es grande, que no es un niño, que es suficientemente capaz de hacer las cosas, mandar a sus papas, etc., Esta voz tiene algo de omnipotente, pero también aparece cargada de resentimiento; es algo rabiosa en su búsqueda de reconocimiento.

Desde la posición *el grande*, el paciente se instala subjetivamente subrayando una madurez más anhelada que lograda. Desde esta posición no reconoce problemas, todo lo mira positivo, enfatizando que los únicos problemas necesarios de enfrentar son aquellos de orden práctico y concreto con el fin de ser parte del mundo adulto. Instalado en esta posición el paciente mantiene disociados o negados sus aspectos más afectivos y emocionales. Esta posición se expresa a

través de dos voces. La primera, la voz *práctica*, se caracteriza por enunciados en los que se realiza un balance frente a una situación determinada y por la toma de decisiones que son presentadas como las más adaptativas, racionales y prácticas. Esta voz no presenta argumentos de orden emocional o afectivo, más bien hace referencia a un mundo práctico y concreto, por ejemplo, del tiempo, del dinero, de la jerarquía de necesidades básicas, etc. La segunda, la voz *nema problema*, se caracteriza por una estructura discursiva del tipo "antes-después" y la no mención al proceso mediador entre estos puntos en el tiempo: "En un tiempo pasado -indefinido y aparentemente breve- las cosas no estuvieron tan bien, pero en la actualidad -a propósito de un proceso que no se explicita y resulta un poco mágico o simplemente minimizado o negado- todo está ok, "no hay drama", "no hay problema".

Desde la posición *reflexiva*, el paciente aparece más abierto de mente, reflexivo y capaz de escuchar y mirar críticamente las otras posiciones de sí mismo. La voz *reflexiva* es la que expresa a su posición homónima. Sus enunciados apuntan a una postura crítica y reflexiva de su actuar. Se caracteriza por la presencia de verbos mentalizadores (creo, pienso, me doy cuenta), y con esta voz el paciente se hace cargo de sus enunciados. Es protagonista de su discurso.

En el terapeuta se identificaron dos posiciones discursivas: El propositivo y el profesor.

Desde la posición *el propositivo*, el terapeuta se instala en el lugar de un profesional que ofrece nuevas perspectivas al paciente a través de preguntas abiertas y promoviendo la mentalización. Dos voces expresan esta posición. Una de ellas, la voz mentalizadora se caracteriza por promover la mentalización, utilizando principalmente preguntas que demandan reflexión sobre sí mismo o sobre los demás en el paciente. Con la segunda voz, *indagadora*, el terapeuta realiza acciones interrogativas, como preguntas, señalamientos o clarificaciones, que marcan una intencionalidad terapéutica. Es decir, la generación de un movimiento reflexivo que promueva una mirada diferente en el paciente.

Desde la posición el *profesor*, el terapeuta se instala como alguien que conoce la verdad sobre lo que le ocurre psicológicamente a su paciente y está dispuesto a enseñárselo. Esta posición se expresa a través de la voz del *supuesto saber*. Se caracteriza por hacer afirmaciones que buscan comprobar y/o reafirmar verdades. A través del uso de modalizadores como "perfecto", "exacto", "efectivamente", "obviamente" se instala subjetivamente como "alguien que sabe más", de autoridad en términos del saber. Con esta expresividad impone su criterio y visión de las cosas. Por momentos pareciera, desde esta voz, que estuviese haciendo un examen físico o médico, pues hace mucha mención a partes del cuerpo, a fisiología, medicamentos y dosis.

Posiciones y Voces Discursivas Terapia 4

Se presentan las tres posiciones discursivas identificadas en la paciente de esta terapia: La desconfiada, la reflexiva y la autónoma/independiente.

Desde la posición de la *desconfiada*, la paciente se instala subjetivamente desde la sospecha de que los otros no cumplirán sus compromisos y que eventualmente podrían dañarla. Por momentos, desde esta posición, la paciente no solo presenta una actitud desconfiada sino también de desilusión basada en experiencias previas de abandono o descuido para con ella. Tres voces expresan esta posición. La primera, la *desconfiada*, se caracteriza por enunciados que expresan con mucha seguridad y certeza la falta de confianza en los otros, la convicción de que estos no cumplirán sus compromisos de confidencialidad o con la relación. Con esta voz la paciente suele utilizar modalizadores de certeza, como "nunca"; "siempre"; y con frecuencia coloca como sujeto del enunciado a un otro impersonal y abstracto, por ej. "los demás"; "las personas", "la gente". La segunda voz, la *desilusionada*, se caracteriza por enunciados que expresan desilusión con respecto a sus expectativas de cuidado y protección de otros, en particular en figuras masculinas, paternales o de autoridad. A su vez, esta voz presenta enunciados con proposiciones en que los demás aparecen como no reconociendo sus esfuerzos ni valorando sus logros. La tercera, la voz *tirana-posesiva*, expresa un deseo de que los otros hagan lo que ella desea, dictando las conductas que espera de los demás.

Desde la posición la *reflexiva*, la paciente aparece como tomando distancia reflexiva y siendo capaz de escuchar y mirar críticamente las otras posiciones de sí misma. Dos voces expresan esta posición. La primera es la voz *reflexiva/racional*, con la que esta posición expresa una comprensión de las situaciones sin una carga afectiva, siendo capaz, no obstante, de identificar diversos aspectos de sí misma o de los otros para entender una situación. Esta voz suele acudir a conceptos psicológicos y/o sociales de sentido común para elaborar y expresar sus comprensiones. Con la segunda voz, *reflexiva/empática*, laposición *reflexiva* expresa una comprensión de la situación propia o del otro por medio de la incorporación en el discurso de los afectos del otro y de sí mismo que participan de esa situación. Esta voz es reflexiva y dialógica, porque logra incorporar los afectos del otro y de sí misma, aun cuando sea diferentes a los propios. También es una voz capaz de expresar su necesidad de proteger el dolor que le causa necesitar la ayuda de los demás.

Desde la posición la autónoma/independiente, la paciente se instala subjetivamente desde la no necesidad del otro, enfatizando la propia capacidad de enfrentar el mundo sin la ayuda de los demás. Tres voces expresan esta posición. Con la primera, la voz *sobreviviente*, esta posición expresa la soledad, el abandono y el descompromiso del mundo adulto. Se caracteriza por enunciadores que marcan una cotidianidad solitaria, distanciada emocionalmente, en la que resuelve necesidades básicas y de cuidado autónomamente sin juzgar la ausencia del entorno adulto. La segunda, voz *practica/desafectada*, expresa un mirada práctica, distanciada emocionalmente, y que subraya una manera de terminar las relaciones, utilizando argumentos de orden práctico y la desidia personal, y también de enfrentar situaciones o proyectos personales de una manera racional, superficial y desapasionada. La última voz, la *achorada/camorrera*, expresa

en el discurso un carácter confrontador, fuerte y defensivo. Sus enunciadores están marcados por la envidia de los demás hacia ella, como también su manera abierta y frontal para discutir y resolver los conflictos interpersonales. Es una voz que ocupa mucho el lenguaje tipo "coa" juvenil popular. A veces también con esta voz expresa una forma de enfrentar al otro con tallas y bromas que buscan provocar o confrontar más indirectamente al otro.

Se presentan las tres posiciones discursivas identificadas en el terapeuta de esta terapia: El propositivo, el evitativo y el profesor.

Desde la posición el propositivo, el terapeuta se instala subjetivamente en una posición desde la que le muestra a la paciente lo que observa y desea relevar, proponiéndoselo para que esta lo mire nuevamente. Esta posición se expresa a través de cuatro voces discursivas. La primera, la voz confrontadora, caracterizada por enunciados en los que el terapeuta señala aspectos contradictorios entre sí del discurso de la paciente, o entre el discurso y sus gestos, tonos de voz, etc. Asimismo, con esta voz el terapeuta pareciera expresar la intención de proponer a la paciente la búsqueda de una explicación que le permita comprender o darle sentido a dichas contradicciones. La segunda, la indagadora, es una voz con la que el terapeuta realiza acciones interrogativas, como preguntas, señalamientos o clarificaciones, que expresan una intencionalidad terapéutica. La tercera, la mentalizadora, es una voz que se caracteriza por expresiones con las que el terapeuta promueve la reflexión de la paciente en sí misma y sobre su relación con los otros. Esta voz se manifiesta en enunciadores que incluyen proposiciones sobre los estados mentales vinculados a emociones, sentimientos, sensaciones corporales, etc. Finalmente, la cuarta voz, la autodeveladora, se caracteriza por frases en los que el terapeuta se instala como sujeto del enunciado, presentando enunciadores que hacen referencia al impacto emocional sobre su sí mismo que le produce el relato de la paciente. En términos del lenguaje de la técnica psicoanalítica se trata de una voz por medio de la cual la contratransferencia es autodevelada. Ejemplos de enunciadores de esta voz son: "yo quedé bastante impactado con tu relato", "eso que me cuentas es bien angustioso para mí", "esto que me has contado es muy pesado emocionalmente".

Desde la posición el evitativo, el terapeuta se instala lejos de los aspectos más conflictivos y difíciles que son presentados en el discurso de la paciente. La voz que expresa esta posición es la sobrevoladora. Esta voz se caracteriza por hacer preguntas circunstanciales, superficiales y concretas que mantiene el diálogo en la superficie, como sobrevolando contenidos que eventualmente si fuesen indagados podrían ofrecer la oportunidad de encontrarse con nuevas perspectivas. En este sentido, es una voz monológica, porque contribuye a mantener el diálogo en una única dimensión. Las preguntas de esta voz típicamente se dirigen a aspectos factuales del relato, para fijar temporalidades, frecuencias, especialidades (vg., ¿en qué curso estabas?; "¿en qué año pasó eso?"; "¿en dónde machetabas"?).

Desde la posición el *profesor*, el terapeuta se instala como alguien que conoce la verdad sobre lo que le ocurre psicológicamente a su paciente y está dispuesto a enseñárselo. Dos voces expresan esta posición discursiva. La primera de ellas, la voz del *profesor*, se caracteriza por expresiones que hacen referencia a la racionalidad de los actos, metas, objetivos, encuadre, etc., de la terapia con la paciente. En términos discursivos, con esta voz el terapeuta suele referirse a sí mismo como sujeto de enunciación. La segunda voz, la *aseveradora*, es una voz que se caracteriza por expresiones que tienen la forma de afirmaciones que buscan comprobar y/o reafirmar verdades. También es una voz que da consejo y opiniones muy sancionadoras.

Posiciones y Voces Discursivas Terapia 5

En esta psicoterapia se presentan las tres posiciones discursivas identificadas en la paciente de esta terapia: La reflexiva, la coordinadora y la infantil/desregulada.

Desde la posición de la *reflexiva*, la paciente aparece como alguien capaz de tomar distancia emocional de las situaciones, equilibrando afectos con perspectivas, y siendo capaz de escuchar y mirar críticamente las otras posiciones de sí misma. Dos voces expresan esta posición. La primera de ellas, la voz *mentalizadora*, se caracteriza por expresiones reflexivas sobre sí misma y sobre los demás, que integran pensamientos y sentimientos. Esta voz enfatiza la novedad y el descubrimiento de aspectos nuevos de sí. En este sentido, es una voz cuyas expresiones aportan con nuevo material atingente, amplían la información, cuestionan y refinan los descubrimientos en sí misma, etc. La segunda voz que expresa esta posición, la *integradora*, se caracteriza por expresiones discursivas que articulan puntos de vista, emociones, ideas y perspectivas de alguna circunstancia determinada. A veces esta voz es marcada con auto-cuestionamientos en la forma de preguntas dirigidas hacia sí misma, preguntas que contienen elementos en contraste, aunque no existan las respuestas. En su estructura discursiva la paciente se identifica con el sujeto de enunciación en la medida que se interroga a sí misma (ej. "Yo me digo...."; "yo me pregunto...").

Desde la posición la *coordinadora*, la paciente se instala subjetivamente como alguien que tiene poder y agencia sobre su vida, que no requiere de otros para enfrentar los problemas y como alguien que es capaz de visualizar y proyectar planificadamente su vida hacia el futuro. Tres son las voces que expresan esta posición. La primera de ellas la voz *empoderada*, se caracteriza por

poder y agencia sobre su vida, que no requiere de otros para enfrentar los problemas y como alguien que es capaz de visualizar y proyectar planificadamente su vida hacia el futuro. Tres son las voces que expresan esta posición. La primera de ellas, la voz *empoderada*, se caracteriza por enunciadores en los que la paciente expresa poder de decisión, firmeza en sus convicciones, rechazo al sometimiento, y gran capacidad de agencia. Discursivamente suele utilizar la primera persona singular, expresiones de autoafirmación (ej. me) y apropiación del enunciado y la enunciación. La segunda, la voz *independiente*, se caracteriza por enunciados que expresan el deseo o la certeza de la no necesidad del otro, enfatizando la propia capacidad de enfrentar el mundo sin la ayuda de los demás. Finalmente, la tercera voz que expresa esta posición, la *programadora*, se caracteriza por enunciadores que marcan una asociación entre enunciados

volitivos en el tiempo presente y en primera persona (ej. hoy decido) con enunciados de acciones en un tiempo futuro (ej. hacer tal cosa mañana).

Desde la posición infantil/desregulada, la paciente se instala subjetivamente como una persona necesitada de atención y estimación, que desea ser vista y sostenida como alguien íntegra, abnegada, transparente, pero que a pesar de esta identidad, tiene la vivencia de haber sido maltratada y dañada por otros. Desde esta posición vive las relaciones y emociones tan intensamente que se desregula, perdiendo los límites con los demás y consigo misma, siendo a veces tomada por fantasías o emociones que se corporalizan y extienden su padecimiento. Cinco son las voces que expresan esta posición discursiva en la paciente. La primera, la voz necesitada, se caracteriza por enunciadores en los que se presenta como necesitada de otros por haber sido abandonada o equivalentes. Asimismo, con esta voz la paciente expresa sus dificultades para poner límites a una relación debido a la necesidad de seguir manteniendo el vínculo. La segunda, la voz poseída, se caracteriza por enunciadores que asocian vivencias emocionales con los efectos corporales que provocan. En esta voz el cuerpo que sufre y las partes del cuerpo pasan a ser los principales enunciadores. La tercera, la voz *víctima*, se caracteriza por enunciadores que destacan un pasado de maltrato, daño y sufrimiento. Los enunciadores suelen identificar implícita o explícitamente la presencia de un perpetrador del daño y sufrimiento. La construcción discursiva de esta voz marca la idea que los demás debieran saber acerca de este daño o sufrimiento pasado y actuar en consecuencia, tratándola con cuidado y consideración. La cuarta voz que expresa esta posición infantil/desregulada, la voz fiel y transparente, se caracteriza por enunciadores que marcan en primera persona características de personalidad que la reafirman como alguien muy confiable, transparente y fiel. La expresividad de esta voz aparece sosteniendo una identidad positiva. Finalmente, la hiperbólica, la quinta voz de esta posición, se caracteriza por enunciadores que exageran y sobre estiman situaciones, acontecimientos, relaciones y afectos, marcando con intensidad y color el discurso. Es una voz que utiliza muchas metáforas o ilustraciones que sobreinterpretan o intensifican las vivencias.

En el terapeuta se presentan las tres posiciones discursivas identificadas: El profesor, el evitativo y el propositivo.

Desde la posición el *profesor*, el terapeuta se instala subjetivamente como alguien que posee un saber y un conocimiento respecto a la vida y la psicología humana. Desde este lugar el terapeuta instruye a la paciente respecto a lo que sería adecuado hacer, tanto en la sesión como en la vida cotidiana. Esta posición es expresada por tres voces discursivas. La primera de ellas, la voz del *profesor*, se caracteriza por expresiones que hacen referencia a la racionalidad de los actos, metas, objetivos, encuadre, etc., de la terapia con la paciente. En términos discursivos, con esta voz el terapeuta suele referirse a sí mismo como sujeto de enunciación. La segunda voz, el *maestro*, se caracteriza por enunciadores que parecen contener verdades generales y universales acerca del comportamiento humano. Suelen ser presentadas como máximas impersonales que utilizan

marcadores como "uno", "hay que"; y las enunciaciones suelen cerrrarse con marcadores atencionales como "te fijas"; "cachai?" o preguntas de comprobación, tal como "me explico?". Finalmente, la tercera voz que expresa esta posición del terapeuta, la voz *impositiva*, se caracteriza por expresiones que instalan afirmaciones como verdades acerca del comportamiento de la paciente. Esta voz no argumenta ni explica la racionalidad de la verdad que impone.

Desde la posición el evitativo, el terapeuta se instala lejos de los aspectos más conflictivos y difíciles que son presentados en el discurso de la paciente. La voz sobrevoladora es aquella que expresa discursivamente esta posición. Se caracteriza por hacer preguntas circunstanciales, superficiales y concretas que mantiene el diálogo en la superficie, como sobrevolando contenidos que eventualmente si fuesen indagados podrían ofrecer la oportunidad de encontrarse con nuevas perspectivas.

Desde la posición discursiva el propositivo, el terapeuta se instala subjetivamente como alguien que le muestra a la paciente lo que observa y desea relevar, proponiéndoselo para que esta lo mire nuevamente. Esta posición es expresada por cuatro voces discursivas. La primera de ellas, la indagadora, es una voz con la que el terapeuta realiza acciones interrogativas, como preguntas, señalamientos o clarificaciones, que expresan una intencionalidad terapéutica. La segunda, la voz autodeveladora, se caracteriza por enunciados en los que el terapeuta se instala como sujeto del enunciado, presentando enunciadores que hacen referencia al impacto emocional en si mismo que le produce el relato de la paciente. En términos del lenguaje de la técnica psicoanalítica se trata de una voz por medio de la cual la contratransferencia es autodevelada. Ejemplos de enunciadores de esta voz son: "yo quedé bastante impactado con tu relato", "eso que me cuentas es bien angustioso para mi", "esto que me has contado es muy pesado emocionalmente". La tercera voz, la confrontadora, se caracteriza por enunciados en los que el terapeuta señala aspectos contradictorios entre sí del discurso de la paciente, o entre el discurso y sus gestos, tonos de voz, etc. Asimismo, con esta voz el terapeuta pareciera expresar la intención de proponer a la paciente la búsqueda de una explicación que le permita comprender o darle sentido a dichas contradicciones. Finalmente, la cuarta voz de esta posición, la mentalizadora, caracteriza por expresiones reflexivas sobre sí misma y sobre los demás, que integran pensamientos y sentimientos. Esta voz enfatiza la novedad y el descubrimiento de aspectos nuevos de sí. Es una voz que aporta nuevo material atingente, amplía la información, cuestiona y refina los descubrimientos en sí misma, etc.

Posiciones y Voces Discursivas Terapia 6

En esta terapia se presentan las tres posiciones discursivas identificadas en la paciente de esta terapia: La reflexiva, la reivindicadora y la víctima.

Desde la posición de la *reflexiva*, la paciente se comporta, piensa y siente integrando aspectos diferentes de sí y reflexionando sobre ello. Desde esta posición impresiona más autónoma e

independiente, pero sin dejar de mostrar su necesidad de ayuda. Dos voces expresan esta posición. La primera de ellas, la voz *mentalizadora*, se caracteriza por expresiones reflexivas sobre sí misma y sobre los demás, que integran pensamientos y sentimientos. Esta voz enfatiza la novedad y el descubrimiento de aspectos nuevos de sí. En este sentido, es una voz cuyas expresiones aportan con nuevo material atingente, amplían la información, cuestionan y refinan los descubrimientos en sí misma, etc. La segunda voz que expresa esta posición, la *integradora*, se caracteriza por expresiones discursivas que articulan puntos de vista, emociones, ideas y perspectivas de alguna circunstancia determinada.

Desde la posición la reivindicadora, la paciente se instala en el lugar de alquien que siente que ha sido perjudicada, ya sea por la vida o por los otros, y que busca reclamar sus derechos, su valía personal y conseguir lograr un cambio drástico en cómo ella ve que son las cosas. Tres son las voces que expresan esta posición. Una de ellas, la voz criticona, se caracteriza por sonar como una "hermana mayor" que intenta imponer enunciadores que expresan el cómo deben hacerse las cosas, subrayando su solitaria y única visión por contraste con la de otros que son descalificados. Otra, la voz luchadora, se caracteriza por enunciadores en los que la paciente subraya la importancia de hacer valer su voluntad, deseos o derechos. En términos de sus características enunciativas, esta voz presenta la propiedad de que la paciente se instala como sujeto del enunciado con la explicitación de la primera persona singular. Finalmente, la tercera voz que expresa esta posición, la saturada, se caracteriza por enunciadores que dan cuenta del traspaso de un límite de tolerancia frente al agobio y cansancio de cargar sola con ciertas responsabilidades. Estos enunciadores parecen dar cuenta de un punto de quiebre, de un "basta ya", que pareciera surgir sin señales previas, como alguien que ha estado aquantando durante mucho tiempo. En su estructura discursiva a veces esta voz se presenta con sujetos de enunciado muy marcados en la primera persona singular, e incluso apoyado con un sujeto de enunciación que pareciera tener la función de empujar al punto de saturación. Por ejemplo, "entonces, yo me dije basta ya".

Desde la posición la *víctima*, la paciente se instala en el lugar de alguien a quién la vida le ha hecho una mala jugada, generando en ella la idea de que algo falló, que le falta, que no pudo ser y que le impide lograr sus proyectos y, al mismo tiempo, queda a merced del aprovechamiento de los demás. Dos voces expresan esta posición. Una de ellas, la voz *desesperanzada/de la falla*, se caracteriza por enunciadores en los que la paciente subraya la dificultad de realizar proyectos, principalmente por la presencia de condiciones adversas inmodificables, como su enfermedad, la que es sindicada como una condición que "la dejó en el camino" y la ha privado de la posibilidad de desarrollarse y proyectarse. También esta voz permanentemente enuncia su incapacidad, su falta, o su falla, para poder lograr sus objetivos o cumplir sus deseos. La segunda voz que expresa esta posición, la *usada*, se caracteriza por enunciadores que subrayan el aprovechamiento de los demás sobre aspectos materiales que ella pueda aportar.

En esta terapia se presentan dos posiciones discursivas identificadas en la terapeuta: La propositiva y la impositiva.

Desde la posición la propositiva, la terapeuta se instala en una posición subjetiva desde la que le muestra a la paciente lo que observa y desea relevar, proponiéndoselo para que esta lo mire nuevamente. Tres son las voces que expresan discursivamente esta posición. Una de ellas, la voz confrontadora, se caracterizada por enunciados en los que la terapeuta señala aspectos contradictorios entre sí del discurso de la paciente, o entre el discurso y sus gestos, tonos de voz, etc. Asimismo, con esta voz la terapeuta pareciera expresar la intención de proponer a la paciente la búsqueda de una explicación que le permita comprender o darle sentido a dichas contradicciones. Una segunda voz que expresa esta posición es la indagadora, con la que la terapeuta realiza acciones interrogativas, como preguntas, señalamientos o clarificaciones, que expresan una intencionalidad terapéutica. Finalmente, la voz resonadora se caracteriza por enunciadores en los que la terapeuta devela a la paciente emociones y sensaciones que "resuenan" de la interacción con la paciente. En estos enunciadores la terapeuta se sitúa como sujeto de enunciado o de enunciación, marcando su protagonismo y autoría en estos enunciadores. Desde la posición la impositiva, la terapeuta se instala frente a la paciente como alguien que posee la verdad respecto de sus dificultades y que es capaz de saber lo que esta piensa y siente respecto a las mismas. La voz aseveradora es la que expresa esta posición. Se caracteriza por expresiones que tienen la forma de afirmaciones que buscan comprobar y/o reafirmar verdades. También es una voz que puede dar consejos y opiniones muy sancionadoras.

Modelos Discursivos Emergentes

Mirado en su conjunto, en el discurso de los pacientes analizados es posible describir una organización tríadica en las posiciones subjetivas específicas identificadas en cada uno de ellos(ver tabla 5). En primer lugar, en todos los pacientes fue identificada una posición llamada *Reflexiva* que se caracteriza porque desde esta el paciente aparece como alguien capaz de tomar distancia emocional de las situaciones, equilibrando afectos con perspectivas, y siendo capaz de escuchar y mirar críticamente las otras posiciones de sí mismo. En segundo lugar, con diferentes nombres, el conjunto de los pacientes analizados presentan en su discurso una posición desde la que se instalan subjetivamente como alguien *dependiente*, débil, dañado y/o vulnerable. Estas posiciones han sido nombradas de manera diferente de acuerdo a los aspectos idiosincráticos de cada uno de los pacientes, sin embargo sus nombres dan cuenta de las características en común antes mencionadas: La niña necesitada, El niño, La desconfiada, La infantil/desregulada y La víctima. Por último, y de manera opuesta, todos presentan en su discurso una posición desde la que se instalan subjetivamente como alguien fuerte, autosuficiente y/o *independiente*. Estas posiciones, también

nombradas de manera diferente, reflejan no obstante, las características en común ya mencionadas: La empoderada, El grande, La autónoma/independiente, La coordinadora y La reivindicadora.

Por su parte, en el discurso de los terapeutas analizados (ver tabla 6), se distingue una posición subjetiva que ha sido llamada *Propositiva* y que se caracteriza porque el terapeuta se instala subjetivamente como alguien que le muestra al paciente lo que observa y desea relevar, proponiéndoselo para que este lo mire nuevamente. Por otro lado, fueron identificadas posiciones discursivas llamadas Impositiva y *Profesor*, que presentan en común la característica de instalarlos subjetivamente como alguien que posee una verdad o un saber que es impuesto o ensañado al paciente como una alternativa única. Finalmente, en el discurso de dos de los terapeutas se identificó una posición llamada Evitativa y que ha sido caracterizada como una posición desde la cual los terapeutas se instalan subjetivamente lejos de los aspectos más conflictivos y difíciles que son presentados en el discurso del paciente.

Tabla5: Modelo Tríadico de Posiciones Subjetivas en Pacientes

	POSICIONES SUBJETIVAS Y VOCES DISCURSIVAS DE LOS PACIENTES					
Terapias	El/la	El/la	El/la			
	Reflexivo/a	Dependiente/Vulnerable	Independiente/Autosuficiente			
1 (RB)	Voz Mentalizadora	Voz Desesperanzada	Voz Asertiva/Ejecutiva			
	Voz de	Voz desconfiada	Voz Desafiante			
	Continuidad	Voz Regalona	Voz Mamá Salvadora			
		Voz Rechazable				
		Voz Abusada				
3 (R1)	Voz reflexiva	Voz Niño Asustado	Voz Práctica			
		Voz Niño Resentido	Voz Nema Problema			
4 (R2)	Voz	Voz Desconfiada	Voz Sobreviviente			
	Reflexiva/Racional	Voz Niña Desilusionada	Voz Práctica Desafectada			
	Voz Reflexiva	Voz Tirana-Posesiva	Voz Achorada Camorrera			
	/Empática					
5 (R3)	Voz Integrada	Voz Necesitada	Voz Empoderada			
	Voz Mentalizadora	Voz Poseída	Voz Independiente			
		Voz Víctima	Voz Programadora			
		Voz Fiel y Transparente				
		Voz Hiperbólica				
6 (R4)	Voz Integrada	Voz Desesperanzada/De la	Voz Criticona			
	Voz Mentalizadora	Falta	Voz Luchadora			
		Voz Usada	Voz Saturada			

Tabla 6:Modelo Tríadico de Posiciones Subjetivas en Terapeutas

	POSIC	CIONES SUBJETIVAS DE L	OS TERAPEUTAS
Terapias	El/La Propositivo/a	El/La Profesor/a	El/La Evitativo/a
	(cod_4)	(cod_5)	(cod_6)
1 (RB)	Voz Indagadora	Voz aseveradora	
	Voz Confrontadora	Voz mentalista	
	Voz Mentalizadora		
	Voz Autodeveladora		
3 (R1)	Voz indagadora	Voz del supuesto saber	
	Voz mentalizadora		
4 (R2)	Voz indagadora	Voz profesor	Voz sobrevoladora
	Voz mentalizadora	Voz aseveradora	
	Voz autodeveladora		
	Voz confrontadora		
5 (R3)	Voz indagadora	Voz del profesor	Voz sobrevoladora
	Voz mentalizadora	Voz del maestro	
	Voz autodeveladora	Voz impositiva	
	Voz confrontadora		
6 (R4)	Voz Indagadora	Voz aseveradora	
	Voz Confrontadora Voz Resonadora		
	voz Resonadora		

1.1.3. Caracterización de las Posiciones Subjetivasen Episodios Relevantes por Terapia

A continuación se presenta la distribución de las Posiciones Subjetivas de pacientes (ver tabla 7) y terapeutas (tabla 8) en las diferentes terapias, considerando dos tipos de episodios relevantes (Cambio y Ruptura). Los resultados indican que en conjunto las posiciones subjetivas de los pacientes presentan una distribución relativamente homogénea, organizando las posiciones en el discurso de los pacientes en tres tercios. Por su parte, la posición subjetiva más prevalente en el discurso de los terapeutas es la del El/la Propositivo/a, seguida por la de El/la Profesor/a.

Tabla 7: Posiciones Subjetivas de los Pacientes en Episodios de Cambio y de Ruptura.

	RB -	R1 -	R2-	R3-	R4-	
	Terapia1ª	Terapia 3 ^b	Terapia 4º	Terapia 5 ^d	Terapia 6e	Total
El Reflexivo	294 (23,1%)	21 (5%)	185 (28,7%)	397 (61,1%)	91 (44%)	988 (30,9%)
El/la Dependiente- Vulnerable	792 (62,3%)	80 (19%)	157 (24,2%)	58 (8,9%)	71 (34,3%)	1158 (36,3%)
El Independiente- Autosuficiente	186 (14,6%)	320 (76%)	302 (46,9%)	195 (30,0%)	45 (21,7%)	1048 (32,8%)
Total	1272 (100%)	421 (100%)	644 (100%)	650 (100%)	207 (100%)	3194 (95,7%)

Nota: ^a 1272 (97,5%) Turnos de palabra codificados de un universo de 1304 turnos segmentados en un total de 158 episodios relevantes identificados en 40 sesiones (primeras 40 sesiones de psicoterapia completada). ^b421 (83%) Turnos de palabra codificados de un universo de 507 turnos segmentados en un total de 22 episodios relevantes identificados en 11 sesiones (psicoterapia completa). ^c646 (99,7%) Turnos de palabra codificados de un universo de 646 turnos segmentados en un total de 53 episodios relevantes identificados en 31 sesiones (psicoterapia en proceso). ^d650 (96,7%) Turnos de palabra codificados de un universo de 672 turnos segmentados en un total de 82 episodios relevantes seleccionados del total de 95 episodios identificados en 15 sesiones (psicoterapia completa). ^e207 (100%) Turnos de palabra codificados de un universo de 207 turnos segmentados en un total de 14 episodios relevantes identificados en 19 sesiones (psicoterapia completa).

Tabla 8: Posiciones Subjetivas de los Terapeutas en Episodios de Cambio y de Ruptura.

	RB -	R1 -	R2 -	R3 -	R4 -	
	Terapia1ª	Terapia 3 ^b	Terapia 4º	Terapia 5 ^d	Terapia 6e	Total
El/La Dranacitiva/a	734 (59,4%)	174 (52,3%)	403 (63,2%)	357 (53,3%)	162 (77,5%)	1830 (59,3%)
El/La Propositivo/a	502 (40,6%)	159 (47,7%)	156 (24,5%)	264 (39,4%)	47 (22,5%)	1128 (34,8%)
El/La Profesor/a	0 (0%)	0 (0%)	79 (12,4%)	49 (7,2%)	0 (0%)	128 (4,1%)
El/La Evitativo/a	4000 (4000()	000 (4000()	000 (4000()	070 (4000()	000 (4000()	0000 (4000()
Total	1236 (100%)	333 (100%)	638 (100%)	670 (100%)	209 (100%)	3086 (100%)

Nota: ^a 1236 (97,8 %) Turnos de palabra codificados de un universo de 1264 turnos segmentados en un total de 158 episodios relevantes identificados en 40 sesiones (primeras 40 sesiones de psicoterapia completada). ^b 333 (76%) Turnos de palabra codificados de un universo de 441 turnos segmentados en un total de 22 episodios relevantes identificados en 11 sesiones (psicoterapia completa). ^c 638 (99,7%) Turnos de palabra codificados de un universo de 640 turnos segmentados en un total de 53 episodios relevantes identificados en 31 sesiones (psicoterapia en proceso). ^d 670 (98,1%) Turnos de palabra codificados de un universo de 683 turnos segmentados en un total de 82 episodios relevantes seleccionados del total de 95 episodios identificados en 15 sesiones (psicoterapia completa). ^e 209 (100%) Turnos de palabra codificados de un universo de 209 turnos segmentados en un total de 14 episodios relevantes identificados en 19 sesiones (psicoterapia completa).

A continuación se presenta la distribución de las posiciones subjetivas de paciente y terapeuta según el tipo de episodio, distinguiendo entre Episodios de Cambio (tabla 9) y Ruptura (tabla 10):

Tabla 9. Posiciones Subjetivas de Pacientes y Terapeutas en Episodios de Cambio

	RB -	R1 -	R2 -	R3 -	R4 -	Total
	Terapia1 ^a	Terapia 3 ^b	Terapia 4º	Terapia 5 ^d	Terapia 6e	
		Paci	ente			
El Reflexivo	122 (40,3%)	15 (19,5%)	144 (52,9%)	113 (91,1%)	78 (58,6%)	472 (51,9%)
El/la Dependiente- Vulnerable	139 (45,9%)	39 (50,6%)	32 (1,8%)	0 (0%)	38 (28,6%)	248 (27,3%)
El Independiente- Autosuficiente	42 (13,9%)	23 (29,9%)	96 (35,3%)	11 (8,9%)	17 (12,8%)	189 (20,8%)
Total	303 (100%)	77 (100%)	272 (100%)	124 (100%)	133 (100%)	909 (100%)
		Teraj	oeuta			
El/La Propositivo/a	195 (68,9%)	17 (23,9%)	225 (84,9%)	53 (41,4%)	107 (79,3%)	597 (67,7%)
El/La Profesor/a	88 (31,1%)	54 (76,1%)	22 (8,3%)	75 (58,6%)	28 (20,7%)	267 (30,3%)
El/La Evitativo/a	0 (0%)	0 (0%)	18 (6,8%)	0 (0%)	0 (0%)	18 (2,0%)
Total	283 (100%)	71 (100%)	265 (100%)	128 (100%)	135 (100%)	882 (100%)

Nota: ^a En el paciente, 303 (91,5%) turnos de palabra codificados de un universo de 331 turnos segmentados y en el terapeuta, 283 (92,2%) turnos de palabra codificados de un universo de 307 turnos segmentados en un total de 33 episodios de cambio (primeras 40 sesiones de psicoterapia completada). ^b En el paciente, 77 (65,3%) turnos de palabra codificados de un universo de 118 turnos segmentados y en el terapeuta, 71 (71,7%) turnos de palabra codificados de un universo de 99 turnos segmentados en un total de 06 episodios de cambio (psicoterapia completa). ^c En el paciente, 272 (99,3%) Turnos de palabra codificados de un universo de 274 turnos segmentados y en el terapeuta 265 (100%) turnos de palabra codificados en un universo de 265 turnos segmentados en un total de 23 episodios de cambio (psicoterapia en proceso). ^d En el paciente, 1242 (93,2%) Turnos de palabra codificados de un universo de 133 turnos segmentados y en el terapeuta 128 (93,4%) turnos de palabra codificados en un universo de 137 turnos segmentados en un total de 11 episodios de cambio (psicoterapia completa). ^e En el paciente, 133 (100%) Turnos de palabra codificados de un universo de 135 turnos segmentados en un total de 08 episodios de cambio (psicoterapia completa).

Tabla 10. Posiciones Subjetivas de Pacientes y Terapeutas en Episodios de Ruptura.

	RB -	R1 -	R2 -	R3 -	R4 -	
	Terapia1ª	Terapia 3 ^b	Terapia 4º	Terapia 5 ^d	Terapia 6º	Total
		Pacien	ite			
El Reflexivo	44 (11,7%)	00 (0,0%)	13 (8,1%)	120 (44,3%)	4 (17,4%)	181 (18,0%)
El/la Dependiente-Vulnerable	299 (79,3%)	26 (14,7%)	40 (25,0%)	23 (8,5%)	9 (39,1%)	397 (39,8%)
El Independiente- Autosuficiente	34 (9,0%)	151 (85,3%)	107 (66,9%)	128 (47,2%)	10 (43,5%)	430 (40,9%)
Autocumoionio	377 (100%)	177 (100%)	160 (100%)	271 (100%)	23 (100%)	1008 (100%)
		Terape	uta			
El/La Propositivo/a	151 (45,1%)	57 (46,7%)	94 (59,1%)	153 (55,6%)	15 (68,2%)	470 (51,5%)
El/La Profesor/a	184 (54,9%)	65 (53,3%)	52 (32,7%)	97 (35,3%)	7 (31,8%)	405 (44,4%)
El/La Evitativo/a	0 (0%)	0 (0%)	13 (8,2%)	25 (9,1%)	0 (0%)	38 (4,2%)
Total	335 (100%)	122 (100%)	159 (100%)	275 (100%)	22 (100%)	913 (100%)

Nota: En el paciente, 377 (100%) turnos de palabra codificados de un universo de 377 turnos segmentados y en el terapeuta, 335 (100%) turnos de palabra codificados de un universo de 335 turnos segmentados en un total de 55 episodios de ruptura (primeras 40 sesiones de psicoterapia completada). En el paciente, 177 (83,1%) turnos de palabra codificados de un universo de 213 turnos segmentados y en el terapeuta, 122 (64,9%) turnos de palabra codificados de un universo de 188 turnos segmentados en un total de 10 episodios de ruptura (psicoterapia completa). En el paciente, 160 (100%) Turnos de palabra codificados de un universo de 160 turnos segmentados y en el terapeuta 159 (99,4%) turnos de palabra codificados en un universo de 160 turnos segmentados en un total de 14 episodios de ruptura (psicoterapia en proceso). En el paciente, 271 (97,5%) turnos de palabra codificados de un universo de 278 turnos segmentados y en el terapeuta, 275 (99,6%) turnos de palabra codificados de un universo de 276 turnos segmentados en un total de 34 episodios de ruptura seleccionados del total de 41 (psicoterapia completa). En el paciente, 23 (100%) turnos de palabra codificados de un universo de 23 turnos segmentados y en el terapeuta, 22 (100%) turnos de palabra codificados de un universo de 23 turnos segmentados y en el terapeuta, 22 (100%) turnos de palabra codificados de un universo de 23 turnos segmentados y en el terapeuta, 22 (100%) turnos de palabra codificados de un universo de 23 turnos segmentados en un total de 02 episodios de ruptura (psicoterapia completa).

1.1.4. Análisis de las posiciones subjetivas de pacientes y terapeutas según tipo de episodio: Comparación de episodios de cambio y de ruptura.

Se estableció la relación entre la probabilidad de ocurrencia de las categorías de las posiciones subjetivas -de pacientes y terapeutas- según el tipo de episodio (ver Figura 3), considerando las siguientes variables relevantes:

Nivel 1: TURNO DE PALABRA

Secuencia (ORDEN): Secuencia numérica que indica la evolución en el tiempo de las posiciones subjetivas de pacientes y terapeutas considerando la secuencia de turnos de palabra dentro de un episodio (variable centrada respecto del promedio del nivel episodio).

Nivel 2: EPISODIO

Tipo de Episodio (TEPISODI): Cambio (1); Ruptura (0).

Nivel 3: SESION

Número de sesión (SESION): Número de la sesión que da cuenta del momento en el transcurso de la psicoterapia en que se presenta el episodio. Este es medido como variable continúa según la secuencia de sesiones psicoterapéuticas desarrolladas (variable centrada respecto del gran promedio).

Nivel 4: TERAPIA

Funcionamiento Inicial(C_FUNCIO): Distinguiendo si el paciente se encontraba en la población funcional (1) o disfuncional (0) -según medición OQ.45-2-en el inicio de la psicoterapia.

Cambio Confiable (ICC_FINA) según si se produjo (1) o no (0) un cambio según el criterio del Índice de Cambio Confiable (ICC, OQ-45.2).

```
LEVEL 1 MODEL (bold: group-mean centering; bold italic: grand-mean centering)
 Prob(P REFLEX=1|\pi) = \phi
Log[\phi/(1-\phi)] = \eta
 \eta = \pi_0 + \pi_1(ORDEN)
LEVEL 2 MODEL (bold: group-mean centering; bold italic: grand-mean centering)
    \pi_0 = f_{00} + f_{01} \text{(TEPISODI)} + r_0
     \pi_1 = f_{10} + f_{11}(SECUENCI) + r_1
LEVEL 3 MODEL (bold italic: grand-mean centering)
    \rho_{00} = \gamma_{000} + \gamma_{001}(SESION) + u_{00}
    F_{01} = \gamma_{010} + u_{01}
    \rho_{10} = \gamma_{100} + \gamma_{101}(SESION) + u_{10}
    \rho_{11} = \gamma_{110} + u_{11}
LEVEL 4 MODEL (bold italic: grand-mean centering)
    \gamma_{000} = \varepsilon_{0000} + \varepsilon_{0001}(C_FUNCIO) + \varepsilon_{0002}(ICC_FINA) + v_{000}
    \gamma_{001} = \delta_{0016} + v_{001}
    \gamma_{010} = \delta_{0100} + v_{010}
    \gamma_{100} = \varepsilon_{1000} + \varepsilon_{1001} (C_FUNCIO) + \varepsilon_{1002} (ICC_FINA) + v_{100}
    \gamma_{101} = \delta_{1010} + v_{101}
    \gamma_{110} = \delta_{1100} + v_{110}
```

Figura 3. Modelo Predictivo de las Posiciones Discursivos

Se realizaron en forma separada análisis de regresión para cada una de las posiciones subjetivas dicotomizadas. Este procedimiento implicó codificar "1" cuando se presenta determinada posición subjetiva en el paciente o el terapeuta y "0" cuando se presentan las otras posiciones. Dado el carácter binario de la variable dependiente, se utilizó el modelo Bernoulli (Raudenbush, BrykmCheong, Congdon, & Do toit, 2004).

Los modelos (cuyos resultados se presentan en la tabla 11) fueron re-estimados considerando solo aquellos predictores que resultaron estadísticamente significativos en cada nivel, reportándose los resultados que permitan describir las características de la expresión discursiva de la regulación entre paciente-terapeuta en episodios de cambio y en episodios de ruptura de la alianza terapéutica. Lo anterior se realizó una vez controlado el efecto de otras variables relevantes (Nivel 3 y 4) en la probabilidad de ocurrencia de las posiciones discursivas.

Nivel de episodios (Nivel 2):

• En la <u>posición el Reflexivo</u> del paciente, se observan diferencias estadísticamente significativas en el intercepto (valor de la probabilidad de ocurrencia de la posición discursiva cuando la variable orden –Nivel 1- tiene valor cero, es decir, cuando se encuentra en valor promedio de los turnos de palabra) según el tipo de episodio, siendo mayor la probabilidad de esta posición en episodios de Cambio (OR 5,13, 95%IC 3,54-7,45). No se observan diferencias en la probabilidad de ocurrencia de esta posición discursiva a medida que avanza el episodio (es decir, que transcurren –uno a uno- los turnos de palabra), ni una interacción entre esta variable (Orden, Nivel 1) y el tipo de episodio (Nivel 2) una vez consideradas el conjunto de variables del modelo (ver Tabla 11).

El modelo simplificado:

$$\eta_{ij} = \gamma_{000} + \gamma_{001} *SESION_j + \gamma_{010} *TEPISODI_{ij} + \gamma_{100} *ORDEN_{tij} + r_{0ij} + u_{00j} + u_{10j}$$

Indica que en los episodios de cambio hay 3,49 veces más probabilidad (95%IC 2,17-5,64, p < 0,01) de ocurrencia de la posición discursiva el Reflexivo, una vez que se controla la sesión en que ocurre (Nivel 3) y considerando en cero el turno de palabra del episodio (Nivel 1).

Algo similar ocurre en el caso de la posición subjetiva <u>el/la Dependiente</u>. Se observan diferencias estadísticamente significativas en su probabilidad de ocurrencia cuando la variable orden (Nivel 1) tiene valor cero (cuando se considera su valor promedio para el conjunto los turnos de palabra) según el tipo de episodio. Específicamente, su probabilidad de uso es mayor en episodios de ruptura (OR 0,47 95%IC 0,30-0,73). No se observan diferencias en la probabilidad de ocurrencia de esta posición en la medida que avanza el episodio (Nivel 1) (es decir, que transcurren –uno a uno- los turnos de palabra), ni interacción entre esta variable (Nivel 1) y el tipo de episodio (Nivel 2) una vez consideradas el conjunto de variables del modelo.

El modelo simplificado:

$$\eta_{tij} = \gamma_{000} + \gamma_{001} *C_FUNCIO_j + \gamma_{010} *TEPISODI_{ij} + \gamma_{100} *ORDEN_{tij} + \gamma_{101} *ORDEN_{tij} *C_FUNCIO_j + \gamma_{102} *ORDEN_{tij} *ICC_FINA_j + r_{0ij} + u_{00j}$$

Indica que la probabilidad de ocurrencia de la posición discursiva el/la Dependiente es mayor en episodios de ruptura (OR 0,44 95%IC 0,29-0,67, p < 0,001), una vez que se controla el impacto del funcionamiento inicial de los pacientes, el éxito terapéutico medido como ICC (Nivel 4) y que se considera en cero el turno de palabra del episodio (Nivel 1).

• En el caso de la posición <u>Independiente/Autosuficiente</u> de los pacientes, se observan diferencias estadísticamente significativas en su probabilidad de ocurrencia. Estas diferencias se hallan en la variable tipo de episodio (Nivel 2) -tanto en el intercepto (OR 0,45 95%IC 0,28-0,73) como en la tasa de cambio (OR 0,00 95%IC 1,00-1,00) medida en el transcurso de los turnos de palabra (Nivel 1).

El modelo simplificado:

$$\eta_{tij} = \gamma_{000} + \gamma_{001} * SESION_j + \gamma_{010} * TEPISODI_{ij} + \gamma_{100} * ORDEN_{tij} + \gamma_{110} * ORDEN_{tij} * TEPISODI_{ij} + r_{0ij} + u_{00j} + u_{10j}$$

Indica que hay una la evolución de la probabilidad de ocurrencia de esta posición discursiva a lo largo del episodios (turnos de palabra, Nivel1) que depende del tipo de episodio (Nivel 2) (OR -0,05 95%IC 0,93-0,96, p < 0,001), esto una vez que se controla la sesión en que se presentan los episodios (Nivel 3). Según se muestra en la figura 4,a medida que transcurren los episodios de cambio, disminuye la probabilidadde ocurrencia de esta posición y, por el contrario, aumenta su probabilidad en el transcurso de episodios de ruptura.

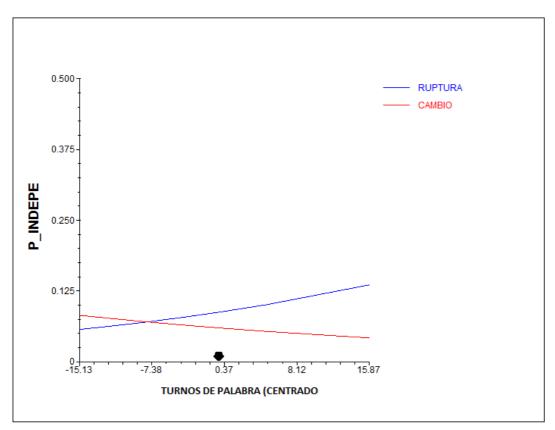


Figura 4. Evolución de la probabilidad de la posición discursiva "Independiente" a medida que se desarrollan los episodios de Cambio y Ruptura.

• En la posición <u>el Propositivo</u> de los terapeutas, se observan diferencias estadísticamente significativas en el intercepto (valor de la probabilidad de ocurrencia de la posición discursiva cuando la variable orden – Nivel 1- tiene valor cero, es decir, cuando se encuentra en el valor promedio del conjunto de los turnos de palabra) según el tipo de episodio (Nivel 2), siendo mayor su probabilidad en episodios de cambio (OR 1,40 95%IC 1,10-1,78). No se observan diferencias en la probabilidad de ocurrencia de esta posición discursiva a medida que avanza el episodio (Nivel 1) (es decir, que transcurren –uno a unolos turnos de palabra), ni una interacción entre esta variable y el tipo de episodio (Nivel 2).

El modelo simplificado:

$$\eta_{tij} = \gamma_{000} + \gamma_{010} * TEPISODI_{ij} + \gamma_{100} * ORDEN_{tij} + r_{0ij} + u_{00j}$$

Indica que en los episodios de cambio hay 1,56 veces más probabilidad (95%IC 1,25-1,94, p<0,001) de que los terapeutas presenten la posición discursiva el Propositivo que en los episodios de ruptura.

• En el caso de la posición <u>el Profesor</u>, solo se presentan diferencias estadísticamente significativas en el intercepto. Así, es mayor su probabilidad de ocurrencia en episodios de ruptura (OR 0,62 95%IC 0,42-0,93). No se observan diferencias en la probabilidad de ocurrencia de esta posición discursiva en la medida que avanza el episodio (es decir, que transcurren –uno a uno- los turnos de palabra, Nivel 1), ni una interacción entre esta variable y el tipo de episodio (nivel 2).

El modelo simplificado:

$$\eta_{tij} = \gamma_{000} + \gamma_{010} * TEPISODI_{ij} + \gamma_{100} * ORDEN_{tij} + r_{0ij} + u_{00j}$$

Indica que la probabilidad de ocurrencia de esta posición discursiva es mayor en los episodios de ruptura (OR 0,55 95%IC 0,38-0,79), p < 0,001).

A nivel de las sesiones (Nivel 3):

Al considerar exclusivamente el intercepto, se observó que a medida que transcurren las sesiones de psicoterapia (Nivel 3) se present acon una mayor probabilidad de ocurrencia de la posición Reflexiva del paciente (OR 1,02 95%IC 1,02-1,04). Por su parte, a medida que transcurren las sesiones disminuye la probabilidad de ocurrencia de la posición Independiente/Autosuficiente(OR 0,96 95%IC 0,93-0,99) del paciente.

 Al considerar las diferentes posiciones discursivas, no se observa un efecto de la sesión sobre la evolución de sus probabilidades de ocurrencia a lo largo del episodio (Orden, Nivel 1).

A nivel de la psicoterapia (Nivel 4):

La probabilidad de ocurrencia de la posición discursiva Dependiente/Vulnerable se ve afectada por el funcionamiento inicial de los pacientes (Nivel 4) (ver figura 5). Así su probabilidad es mayor en la paciente que inició la psicoterapia dentro de un nivel disfuncional(Terapia 1) (OR 0,07 95%IC 0,01-0,41), y su probabilidad de ocurrencia disminuye a medida que transcurre el episodio (Nivel 1). En cambio, esta posición Dependiente/Vulnerable, permanece estable dentro de los episodios en los pacientes que inician psicoterapia dentro de un nivel funcional (OR 1,05 95%IC 1,02-1,10). Además, la probabilidad de ocurrencia de esta posición durante el transcurso de los episodios (Nivel 1) se ve afectado por la presencia o no de Cambio Confiable (ICC)(OR 0,91 95%IC 0,88-0,96). A medida que transcurren los episodios aumenta la probabilidad de ocurrencia de esta posición discursiva en la psicoterapia que no presenta un ICC y disminuye su probabilidad a lo largo del episodio en aquellas que sí presentan ICC (ver figura 6).

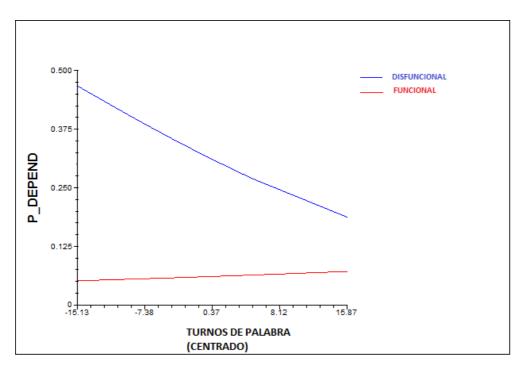


Figura 5. Evolución de la probabilidad de la posición discursiva "Dependiente" a medida que se desarrollan los episodios según población al momento del inicio de la psicoterapia.

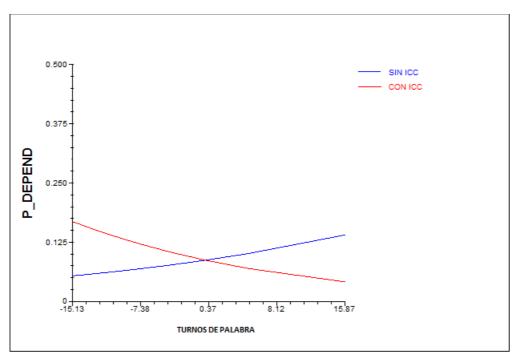


Figura 6. Evolución de la probabilidad de la posición discursiva "Dependiente" a medida que se desarrollan los episodios según presencia de ICC.

 La probabilidad de ocurrencia de la posición discursiva la <u>Independiente/Autosuficiente</u> a medida que avanza el episodio (Nivel 1),se ve afectada por el éxito de la psicoterapia medido como presencia de ICC (OR 1,03 95%IC 1,00-1,06).

Tabla 11. Modelos de Regresión HLM de las Posiciones Subjetivas de Pacientes y Terapeutas en Episodios de Cambio y RupturaPacientes

		Pacientes			Terapeutas	
	El Reflexivo	EI/Ia Dependiente- Vulnerable	El Independiente- Autosuficiente	El/La Propositivo/a	El/La Profesor/a	EI/La Ev
Modelo	В	В	В	В	В	В
	OR (95%IC)	OR (95%IC)	OR (95%IC)	OR (95%IC)	OR (95%IC)	OR (95%)
Intercepto $\pi 0$						
Intercepto 800						
Intercepto y000						
Intercepto 80000	-3,06***	-0,47	-2,49***	-1,17**	-1,36***	1
	0,05 (0,01-0,19)	0,62 (0,15-2,43)	0,08 (0,03-0,22)	0,31 (0,16-0,60)	0,26 (0,12-0,54)	
Funcionamiento Inicial	0,92	-2,59**	1,10	0,18	-0,44	
\$0001	2,52(0,45-13,95)	0,07 (0,01-0,41)	3,01(0,91-9,99)	1,20 (0,54-2,69)	0,65 (0,25-1,63)	
Cambio Confiable	-0,18	1,05	-0,05	-0,32	0,52	ı
80002	0,30 (0,70-1,35)	0,99 (0,97-1,02)	0,96 (0,31-2,94)	0,73 (0,98-1,01)	1,68 (0,68-4,15)	
Sesión y001						ı
Intercepto 80010	0,02*	-0,00	-0,04*	-0,00	0,01	
	1,02 (1,02-1,04)	0,99 (0,97-1,02)	0,96 (0,93-0,99)	0,99 (0,98-1,01)	1,01 (0,99-1,03)	
Tipo de Episodios β01						
Interceptoy010						1
Intercepto 80100	1,63***	-0,75***	-0,78**	0,33***	-0,46***	
	5,13 (3,54-7,45)	0,47 (0,30-0,73)	0,45 (0,28-0,73)	1,40 (1,10-1,78)	0,62 (0,42-0,93)	
Intercepto π 1 (Orden)						
Intercepto β10						
Intercepto γ 100						
Intercepto §1000	0,05**	-0,00	-0,04	-0,00	-0,01	ı
Fincionamiento Inicial	-,00,01-	0,00 (0,04-1,00)	0.00	0,39 (0,37-1,02)	0,93 (0,94-1,04)	
81001	0,98 (0,95-1,01)	1,05 (1.02-1,10)	1,00 (0.95-1.05)	0.96-1.01)	1,01 (0.98-1.05)	
Cambio Confiable	-0,02	***60'0-	0,03*		0,02	
\$1002	0,98 (0,96-1,03)	0,91 (0,88-0,96)	1,03 (1,00-1,06)	(0,99-1,03)	1,01 (0,98-1,05)	
Sesión y101						
Intercepto 81010	-0,00	00,00	-0,00	-0,00	0,00	
	1,00 (0,99-1,00)	1,00 (0,99-1,00)	1,00 (0,99-1,00)	0,99 (1,00-1,00)	1,00 (0,99-1,00)	
Intercepto β11						

	ı	1		
-0,00 0,99 (0,99-1,00)	0,85***	0,11	***00'0	0,08**
-0,00 1,00 (0,99-1,00)	0,19***	0,05	00,00	0,07***
0,00* 1,00 (1,00-1,00)	1,04***	0,26	*00'0	0,14***
-0,00 0,99 (0,98-1,00)	0,63***	0,62***	0,00	0,34***
Intercepto δ1100 -0,00 0,99 (0,99-1,00) Variabilidad	Nivel 2 (r0) 0,57***	Nivel 3 (u00) 0,18	Nivel 3 (u10) 0,00*	Nivel 4 (v000) 0,62***

Nota: ^aTamañomuestral Nivel-1: 3712 turnos de palábra, Nivel-2:196 episodios, Nivel-3: 81 sesiones, Nivel-4: 5 Terapias. ^b Modelo no estimado por reducido número de casos (56 turnos de palabra con la posición discursiva, representando el 0,02% de casos). Variables Dicotomicas no centradas. Variable Orden centrada a nivel del promedio de los episodios y Variable Sesión centrada a nivel de Gran Promedio.** p < 0,001, ** p < 0,001, * p < 0,05

1.2. Expresión Vocal

1.2.1 Procedimiento de Análisis

Para el análisis de la expresión vocal se utilizó el sistema de codificación de Patrones de Cualidad Vocal de paciente y terapeuta [PCV – 1.0] (Tomicic, Chacón, Martínez, Guzmán & Reinoso, 2011). Los Patrones de Cualidad Vocal (PCV) corresponden a combinaciones de parámetros vocales en el habla de los individuos. Estas combinaciones le imprimen una variedad de sonoridades al habla, impresionando de a aquel que escucha de una manera particular, independiente del contenido expresado. En el diálogo psicoterapéutico, el sistema PCV permite identificar seis patrones de cualidad vocal y tres categorías de exclusión (Tomicic, Chacón, Martínez, Guzmán & Reinoso, 2011) (ver tabla 12)

Tabla12. Caracterización de los Patrones de Cualidad Vocal

PCV	Caracterización
Reporte	Imprime al habla la cualidad de "lo conocido", de cierta distancia
	emocional respecto de lo que se dice como si estuviera reportando,
	contando o indagando un contenido sin participación afectiva. El
	elemento central de este patrón corresponde a la impresión del
	oyente de estar escuchando un discurso desafectado.
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 aleccionando 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 uno mismo (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 emoción. En este patrón lo central
	es la impresión de sofocamiento y control que evita el desborde
	emocional.

Categorías de exclusión para los PCV

Solapamientos	Corresponde al agge del bable simultánes que para efectos de la
Solaparilleritos	Corresponde al caso del habla simultánea que, para efectos de la
	codificación del PCV, impide la distinción de las características
	vocales de los participantes en un segmento o un turno de habla
	completo. Al codificar este fenómeno de la conversación se
	consigna el solapamiento para ambos actores.
Pausa Llena	Corresponde al caso de vocalizaciones breves y cuyo contenido es
	para-verbal (mmh, aha, ya). Suele ser una manera de asentir,
	comunicar atención, desacuerdo o el deseo de acabar la
	conversación. Su sentido depende principalmente del contexto y de
	ciertas características vocales de la enunciación; sin embargo, por
	su brevedad es muy difícil analizar en estas vocalizaciones los
	parámetros vocales que definen los PCV considerados.
No codificable	Corresponde al caso de unidades de análisis que no cumplen con
	las características fenomenológicas y de parámetros de los PCV.
	También puede aplicarse en los casos en que no se escucha
	adecuadamente el audio, por ruidos de contexto o por inadecuada
	pronunciación o articulación de alguno de los actores. No
	corresponde, a su vez, a una pausa llena ni a un solapamiento.

(Tomada de Tomicic et al., 2011)

Para la codificación de los episodios se utilizó el procedimiento indicado por el Manual de PCV (Tomicic et al., 2009) el que indica los siguientes cuatro pasos:

- 1. Escuchar una sola vez el episodio en análisis, con el objetivo de familiarizarse con el timbre y tono de voz de cada una de las participantes.
- 2. Escuchar desde el inicio el episodio analizado, tomando lectura turno por turno del habla, y seguidamente realizar una segmentación preliminar, considerándose cambios o disrupciones en la cualidad vocal, dados por cambios en algunos de los parámetros vocales (e.g., cambios en la velocidad, el volumen o ritmo).
- 3. Escuchar desde el principio cada episodio analizado, turno por turno del habla y segmento por segmento definido, y realizar así una codificación preliminar, considerándose la descripción fenomenológica de los PCV.
- 4. Y por último, escuchar desde el inicio el episodio analizado, turno por turno del habla, y corroborar o descartar así la presencia del PCV que ha sido codificado en el punto tres, de tal manera que se determine la presencia de por lo menos dos tipos de PCV por segmento.

1.2.2 Caracterización de Episodios Relevantes Según Patrones de Cualidad Vocal por Terapia

A continuación se presentan los patrones de cualidad vocal de los pacientes (ver tabla 13) y terapeutas (tabla 14) en las diferentes terapias. En términos descriptivos, los resultados indican que los PCV más utilizados por los pacientes, independiente del tipo de episodio, son el Conectado (30,8%), el Afirmativo (17,9%), el Reporte (13,4%) y el Emocional-Expresivo (13,1%).

Tabla 13: Patrones de Cualidad Vocal de los Pacientes en Episodios Relevantes

	Terapia1ª	Terapia 3 ^b	Terapia 4º	Terapia 5 ^d	Terapia 6 ^e	Total
Reporte	126 (35,5%)	26 (10,5%)	34 (7,9%)	7 (2,5%)	0 (0%)	193 (13,4%)
Conectado	62 (17,5%)	91 (36,8%)	150 (35,0%)	87 (31,3%)	55 (40,1%)	445 (30,8%)
Afirmativo	8 (2,3%)	46 (18,6%)	103 (24,1%)	70 (25,2%)	31 (22,6%)	258 (17,9%)
Reflexivo	26 (7,3%)	7 (2,8%)	6 (1,4%)	20 (7,2%)	8 (5,8%)	67 (4,6%)
Emocional- Expresivo	63 (17,7%)	23 (9,3%)	73 (17,1%)	23 (8,3%)	8 (5,8%)	190 (13,1%)
Emocional- Contenido	35 (9,9%)	0 (0%)	12 (2,8%)	15 (5,4%)	11 (8,0%)	73 (5,1%)
Pausa Llena	34 (9,&%)	18 (7,3%)	22 (5,1%)	50 (18%)	10 (7,3%)	134 (9,3%)
Solapamiento	1 (0,3%)	36 (14,6%)	28 (6,5%)	6 (2,2%)	14 (10,2%)	85 (5,9%)
Total	355 (100%)	247 (100%)	428 (100%)	278 (100%)	137 (100%)	1445 (100%)

Nota:

^a355 (87,9%) Turnos de palabra codificados de un universo de 404 turnos segmentados en un total de 45 episodios (cambio-ruptura) identificados en las primeras 20 sesiones (psicoterapia completada). ^b247 (74,6%) Turnos de palabra codificados de un universo de 331 turnos segmentados en un total de 16 episodios (cambio-ruptura) relevantes identificados en 11 sesiones (psicoterapia completa). ^c428 (86,3%) Turnos de palabra codificados de un universo de 496 turnos segmentados en un total de 37 episodios (cambio-ruptura) relevantes identificados en 31 sesiones (psicoterapia en proceso). ^d278 (63,5%) Turnos de palabra codificados de un universo de 438 turnos segmentados en un total de 45 episodios (cambio-ruptura) seleccionados del total de 52 episodios identificados en 15 sesiones (psicoterapia completa). ^e 137 (79,7%) Turnos de palabra codificados de un universo de 172 turnos segmentados en un total de 10 episodios (cambio-ruptura) identificados en 19 sesiones (psicoterapia completa).

Para el caso de los terapeutas, los PCV más utilizados fueron el Conectado (38,1%) y el Afirmativo (27,9%).

Tabla 14: Patrones de Cualidad Vocal de los Terapeutas en Episodios Relevantes

	Terapia1ª	Terapia 3 ^b	Terapia 4 ^c	Terapia 5 ^d	Terapia 6e	Total
Reporte	84 (22,7%)	02 (0,9%)	18 (4,2%)	9 (3,0%)	0 (0%)	113 (7,7%)
Conectado	170 (45,9%)	39(18,1%)	200 (46,6%)	108 (36,4%)	40 (26,7%)	557 (38,1%)
Afirmativo	21 (5,7%)	83 (38,6%)	153 (35,7%)	109 (36,7%)	41 (27,3%)	407 (27,9%)
Reflexivo	3 (0,8%)	0 (0%)	1 (0,2%)	0 (0%)	12 (8,0%)	16 (1,1%)
Emocional- Expresivo	12 (3,2%)	02 (0,9%)	3 (0,7%)	3 (1,0%)	1 (0,7%)	21 (1,4%)

Emocional- Contenido	2 (0,5%)	00 (0%)	2 (0,5%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (0,3%)
Pausa Llena	78 (20,2%)	52 (24,2%)	23 (5,4%)	61 (20,5%)	43 (28,7%)	257 (17,6%)
Solapamiento	0 (0%)	37 (17,2%)	29 (6,8%)	7 (2,4%)	13 (8,7%)	86 (5,9%)
Total	370 (100%)	215 (100%)	429 (100%)	297 (100%)	150 (100%)	1461 (100%)

Nota: ^a370 (95,9%) Turnos de palabra codificados de un universo de 386 turnos segmentados en un total de 45 episodios (cambio-ruptura) identificados en las primeras 20 sesiones (psicoterapia completada). ^b215 (74,9%) Turnos de palabra codificados de un universo de 287 turnos segmentados en un total de 16 episodios (cambio-ruptura) relevantes identificados en 11 sesiones (psicoterapia completa). ^c429 (93,9%) Turnos de palabra codificados de un universo de 457 turnos segmentados en un total de 37 episodios (cambio-ruptura) relevantes identificados en 31 sesiones (psicoterapia en proceso). ^d297 (71,1%) Turnos de palabra codificados de un universo de 418 turnos segmentados en un total de 45 episodios (cambio-ruptura) seleccionados del total de 52 episodios identificados en 15 sesiones (psicoterapia completa). ^e 150 (90,4%) Turnos de palabra codificados de un universo de 166 turnos segmentados en un total de 10 episodios (cambio-ruptura) identificados en 19 sesiones (psicoterapia completa).

A continuación se presenta la distribución de los PVC de paciente y terapeuta según el tipo de episodio, distinguiendo entre episodios de Cambio (Tabla 15) y Ruptura (Tabla 16). En términos descriptivos, se aprecia que en los episodios de cambio, independientemente del actor, los PCV más utilizados son el Conectado (36,4%) y el Afirmativo (24,4%).

Tabla 15. Patrones de Cualidad Vocal de los Pacientes y Terapeutas en Episodios de Cambio

	Terapia1a	Terapia 3 ^b	Terapia 4º	Terapia 5 ^d	Terapia 6e	Total
Reporte	94 (24,2%)	7 (3,8%)	32 (6,0%)	5 (2,7%)	0 (0%)	138 (9,0%)
Conectado	150 (38,9%)	47 (25,4%)	218 (40,9%)	61 (32,8%)	81 (33,5%)	557 (36,4%)
Afirmativo	12 (3,1%)	71 (38,4%)	166 (31,1%)	61 (32,8%)	64 (26,4%)	374 (24,4%)
Reflexivo	13 (3,4%)	3 (1,6%)	4 (0,8%)	10 (5,4%)	19 (7,9%)	49 (2,7%)
Emocional- Expresivo	37 (9,6%)	13 (7,0%)	36 (6,8%)	8 (4,3%)	5 (2,1%)	99 (6,5%)
Emocional- Contenido	18 (4,7%)	0 (0%)	9 (1,7%)	0 (0%)	5 (2,1%)	32 (2,1%)
Pausa Llena	61 (15,8%)	29 (15,7%)	33 (6,2%)	41 (22,0%)	43 (17,8%)	207 (13,5%)
Solapamiento	1 (0,3%)	15 (8,1%)	35 (6,6%)	0 (0%)	25 (10,3%)	76 (5,0%)
Total	386 (100%)	185 (100%)	533 (100%)	186 (100%)	242 (100%)	1532 (100%)

Nota: ^a386 (87,1%) turnos de palabra codificados de un universo de 443 turnos segmentados en un total de 19 episodios de cambio identificados en las primeras 20 sesiones (psicoterapia completada). ^b 185 (85,3%) turnos de palabra –de pacientes y terapeutas- codificados de un universo de 217 turnos segmentados en un total de 06 episodios de cambio identificados en 11 sesiones (psicoterapia completa). ^c 533 (90,5%) turnos de palabra codificados de un universo de 589 turnos segmentados en un total de 23 episodios de cambio identificados en 31 sesiones (psicoterapia en proceso). ^d 186 (66,4%) turnos de palabra codificados de un universo de 280 turnos segmentados en un total de 11 episodios de cambio identificados en 15 sesiones (psicoterapia completa). ^e242 (84,3%) turnos de palabra codificados de un universo de 287 turnos segmentados en un total de 8 episodios de cambio identificados en 19 sesiones (psicoterapia completa).

Curiosamente, para el caso de los episodios de ruptura, los PCV más utilizados también son el Conectado (25,3%) y el Afirmativo (16,5%) (ver tabla 16).

Tabla 16. Patrones de Cualidad Vocal de los Pacientes y Terapeutas en Episodios de Ruptura.

	Terapia1ª	Terapia 3 ^b	Terapia 4º	Terapia 5 ^d	Terapia 6e	Total
Reporte	116 (34,2%)	21 (7,6%)	20 (6,2%)	11 (2,8%)	0 (0%)	168 (12,2%)
Conectado	82 (24,2%)	83 (30,0%)	132 (40,7%)	134 (34,4%)	14 (31,1%)	445 (25,3%)
Afirmativo	17 (5,0%)	58 (20,9%)	90 (27,8%)	118 (30,3%)	8 (17,8%)	291 (16,5%)
Reflexivo	16 (4,7%)	4 (1,4%)	3 (0,8%)	10 (2,6%)	1 (2,2%)	34 (1,9%)
Emocional- Expresivo	38 (11,2%)	12 (4,3%)	40 (12,3%)	18 (4,6%)	4 (8,9%)	112 (8,2%)
Emocional- Contenido	19 (5,6%)	0 (0%)	5 (1,5%)	15 (3,9%)	6 (13,3%)	45 (3,3%)
Pausa Llena	51 (15,0%)	41 (14,8%)	12 (3,7%)	70 (18,0%)	10 (22,2%)	184 (13,4%)
Solapamiento	0 (0%)	58 (20,9%)	22 (6,8%)	13 (3,3%)	2 (3,9%)	95 (5,4%)
Total	339 (100%)	277 (100%)	324 (100%)	389 (100%)	45 (100%)	1374 (100%)

Nota: ^a399 (92,9%) turnos de palabra codificados de un universo de 365 turnos segmentados en un total de 26 episodios de ruptura identificados en las primeras 20 sesiones (psicoterapia completada). ^b 277 (69,1%) turnos de palabra –de pacientes y terapeutas- codificados de un universo de 401 turnos segmentados en un total de 10 episodios de ruptura en 11 sesiones (psicoterapia completa). ^c 324 (89,0%) Turnos de palabra codificados de un universo de 364 turnos segmentados en un total de 14 episodios de ruptura identificados en 31 sesiones (psicoterapia en proceso). ^d 389 (67,2%) Turnos de palabra codificados de un universo de 579 turnos segmentados en un total de 34 episodios de ruptura seleccionados del total de 41 episodios de ruptura identificados en 15 sesiones (psicoterapia completa). ^e 45 (88,2%) turnos de palabra codificados de un universo de 51 turnos segmentados en un total de 2 episodios de ruptura identificados en 19 sesiones (psicoterapia completa).

1.2.3. Análisis comparativo de los Patrones de Cualidad Vocal(PCV) habla según tipo de episodio: comparación episodios de cambio v/s ruptura.

Se estableció la relación entre la probabilidad de ocurrencia de los PCV -en pacientes y terapeutas- según el tipo de episodio (ver Figura 7), al considerar las siguientes variables relevantes:

Nivel 1: TURNO DE PALABRA

Secuencia (ORDEN): Secuencia numérica que indica la evolución en el tiempo de los PCV de pacientes y terapeutas considerando la secuencia de turnos de palabra dentro de un episodio (variable centrada respecto del promedio del nivel episodio).

Actor (ROL_10):Según quien se encuentra emitiendo el discurso Paciente (1) ó Terapeuta (0).

Nivel 2: EPISODIO

Tipo de Episodio (TEPISODI): Cambio (1); Ruptura (0).

Nivel 3: SESION

Número de sesión (SESION): Número de la sesión que da cuenta del momento en el transcurso de la psicoterapia en que se presenta el episodio. Este es medido como variable continúa según la secuencia de sesiones psicoterapéuticas desarrolladas (variable centrada respecto del gran promedio).

Nivel 4: TERAPIA

Funcionamiento Inicial (C_FUNCIO): distinguiendo si el paciente se encontraba en la población funcional (1) o disfuncional (0) al momento del inicio de la psicoterapia.

Cambio Confiable (ICC_FINA) según si se produjo (1) o no (0) cambio según el criterio del Índice de Cambio Confiable (OQ-45.2).

Al igual que en el caso de las posiciones discursivas, los análisis para cada PCV se realizaron en forma separada. Se dicotomizó la variable PCV, codificando "1" cuando se presenta un determinado patrón vocal y "0" cuando se presentan los otros. Dado el carácter binario de la variable dependiente, se utilizó el modelo Bernoulli (Raudenbush, BrykmCheong, Congdon, & Do toit, 2004).

```
LEVEL 1 MODEL (bold: group-mean centering; bold italic: grand-mean centering)
 Prob(REPORTE=1|\pi) = \phi
 Log[\phi/(1-\phi)] = \eta
 \eta = \pi_0 + \pi_1(ORDEN) + \pi_2(ROL_10)
LEVEL 2 MODEL (bold: group-mean centering; bold italic: grand-mean centering)
     \pi_0 = \mathcal{F}_{00} + \mathcal{F}_{01}(\text{TEPISODI}) + r_0
 \pi_1 = f_{10} + f_{11} \text{(TEPISODI)} + r_1
     \pi_2 = f_{20} + f_{21} (TEPISODI) + r_2
LEVEL 3 MODEL (bold italic: grand-mean centering)
    \rho_{00} = \gamma_{000} + \gamma_{001} (SESION) + u_{00}
    \rho_{01} = \gamma_{010} + u_{01}

\rho_{10} = \gamma_{100} + \gamma_{101}(SESION) + u_{10}

    f_{11} = \gamma_{110} + u_{11}
    \rho_{20} = \gamma_{200} + u_{20}
     F21 = 7210 + U21
LEVEL 4 MODEL (bold italic: grand-mean centering)
     \gamma_{000} = \varepsilon_{0000} + \varepsilon_{0001}(C_FUNCIO) + \varepsilon_{0002}(ICC_FINA) + v_{000}
    \gamma_{001} = \delta_{0010} + v_{001}
    \gamma_{010} = \delta_{0100} + v_{010}
    \gamma_{100} = \varepsilon_{1000} + \varepsilon_{1001}(C_FUNCIO) + \varepsilon_{1002}(ICC_FINA) + v_{100}
    \gamma_{101} = \delta_{1010} + v_{101}
    \gamma_{110} = \delta_{1100} + v_{110}
    \gamma_{200} = \delta_{2000} + v_{200}
    \gamma_{210} = \delta_{2100} + v_{210}
```

Figura 7. Modelo Predictivo de los Patrones de Cualidad Vocal (PCV)

Algunos de los modelos (cuyos resultados se presentan más abajo en las tablas 17 y 18) fueron re-estimados considerando solo aquellos predictores que resultaron estadísticamente significativos en cada nivel. Se reportan aquellos predictores que permiten describir las características de los PCV en la díada paciente-terapeuta (Nivel 1 actores)tanto en episodios de cambio como de ruptura (Nivel 2), una vez controlado el efecto de variables relevantes en la probabilidad de ocurrencia de los PCV (Niveles 3 y 4).

Los resultados (ver tablas 17 y 18) indican que:

Al interior de los episodios (Nivel 1 orden):

- El paciente tiene mayor probabilidad de usar los <u>PCVs Reporte</u> (OR 1,86 95%IC 1,29-2,70), <u>Reflexivo</u> (OR 7,21 95% 2,50-20,77) y <u>Emocional(OR 15,79 95%IC 8,57-29,06)</u>, en cambio el terapeuta tiene mayor probabilidad de usar los <u>PCVs Conectado</u> (OR 0,6495%IC 0,51-0,81) y <u>Afirmativo</u> (OR 0,67 95%IC 0,45-0,88).
- Además, en el caso particular del <u>PCV Afirmativo</u>, si bien es el Terapeuta quien tienen mayor probabilidad de hablar utilizando este patrón al compararlo con el paciente, se presentó una interacción en esta relación según el tipo de episodio. Así, en los episodios de Cambio esta diferencia es más marcada que en los episodios de Ruptura (Figura 8).

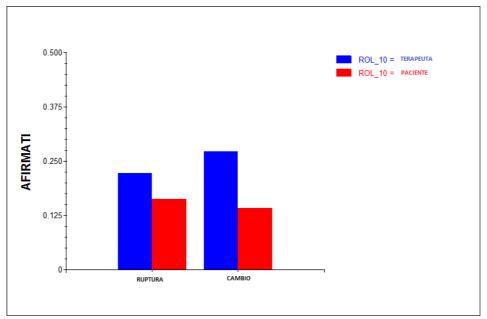


Figura 8.Diferencias de la probabilidad del PCV "Afirmativo" según actor en los episodios de Cambio y Ruptura.

Si bien hay diferencias en la probabilidad de uso de la <u>Pausa Llena</u> según el actor(OR 0,33 95%IC 0,24-0,48) que indica que ésta es más frecuente en el habla del Terapeuta, este patrón difiere según el tipo de episodio en que se presentan(OR 1,77 95%IC 1,12-2,81). Así, en los episodios de Ruptura esta

diferencia es mucho más marcada que en los episodios de Cambio (Figura 9), en el cual el paciente aumenta el uso de esta categoría.

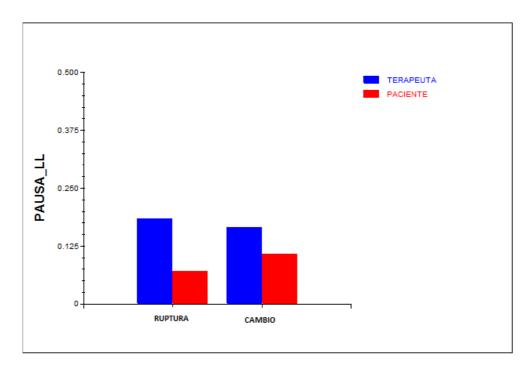


Figura 9. Diferencias de la probabilidad de la categoría de exclusión "Pausa Llena" según actor en los episodios de Cambio y Ruptura.

• El <u>PCV Reflexivo</u> no presenta diferencias en su probabilidad de ocurrencia según el tipo de episodio. En cambio, en la medida que avanza el episodio, si se encuentran diferencias en su probabilidad de uso (OR 1,09 95%IC 1,01-1,18) laque no es modificada por el tipo de episodio. Así, a medida que se desarrollan –tanto los episodios de Cambio y/o Ruptura- aumenta la probabilidad de uso del PCV Reflexivo. Lo mismo acontece al considerar el <u>PCV Emocional</u> cuya probabilidad aumenta en la medida que transcurren los episodios tanto de cambio como ruptura (OR 1,05 95%IC 1,01-1,11)

Nivel Tipo de Episodio (Nivel 2):

 En el <u>PCV Reporte</u> hay diferencias según el tipo de episodio, siendo mayor su probabilidad de ocurrencia en episodios de Ruptura (OR 0,54, 95%IC 0,32-0,92). El modelo simplificado:

$$\eta_{tij} = \gamma_{000} + \gamma_{001} * C_FUNCIO_j + \gamma_{010} * TEPISODI_{ij} + \gamma_{100} * ORDEN_{tij} + \gamma_{101} * ORDEN_{tij} * ICC_FI$$

$$NA_j + \gamma_{200} * ROL_1 0_{tij} + \gamma_{210} * ROL_1 0_{tij} * TEPISODI_{ij} + r_{0ij} + u_{00j}$$

Indica que en los episodios de Ruptura hay mayor probabilidad (B= 0,55, OR 0,58, 95%IC 0,35-0,95, p < 0,001) de presentar el <u>PCV Reporte</u> que en los episodios de Cambio, una vez que se controla el funcionamiento inicial del paciente, el impacto del éxito terapéutico sobre la evolución de la probabilidad durante el episodio, los actores y el turno de palabra en el episodio.

Con respecto a las categorías de exclusión <u>Pausa Llena y Solapamiento</u> se observa una interacción entre estas variables y el tipo de episodio (Pausa Llena OR 0,98 95%IC 0,97-0,99 y Solapamiento OR 1,02, 95%IC 1,00-1,05).

El modelo simplificado estimado desarrollado para la Pausa Llena:

$$\eta_{iij} = \gamma_{000} + \gamma_{010} * \text{TEPISODI}_{ij} + \gamma_{100} * ORDEN_{tij} + \gamma_{110} * ORDEN_{tij} * \text{TEPISODI}_{ij} \\
+ \gamma_{200} * ROL_1 0_{tij} + \gamma_{210} * ROL_1 0_{tij} * \text{TEPISODI}_{ij} + r_{0ij} + u_{00j}$$

Muestra que a medida que se desarrollan los episodios de Cambio disminuye la probabilidad de la <u>Pausa Llena</u>, en cambio, durante los de ruptura se mantiene estable (ver Figura 10).

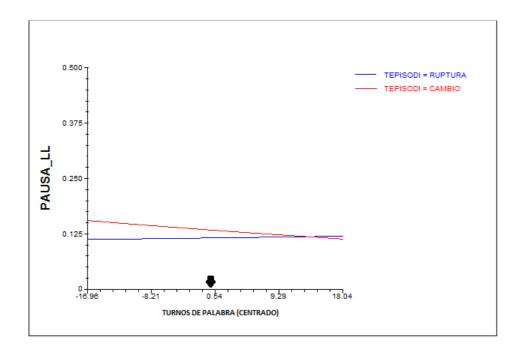


Figura 10. Evolución de la categoría de exclusión "Pausa Llena" a medida que se desarrollan los episodios de Cambio y Ruptura.

Para el Solapamiento:

$$\eta_{tij} = \gamma_{000} + \gamma_{001} *C_FUNCIO_j + \gamma_{002} *ICC_FINA_j + \gamma_{010} *TEPISODI_{ij}$$

$$+ \gamma_{100} *ORDEN_{tij} + \gamma_{110} *ORDEN_{tij} *TEPISODI_{ij} + r_{0ij} + u_{00j}$$

Muestra que a medida que se desarrollan los episodios de Cambio aumenta la probabilidad de la Solapamiento, en cambio, durante los de ruptura se mantiene estable (ver Figura 11).

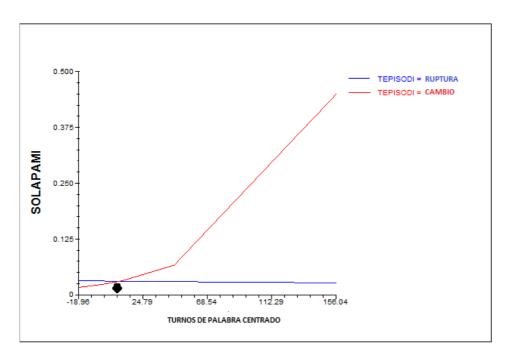


Figura 11. Evolución de la categoría de exclusión "Solapamiento" a medida que se desarrollan los episodios de Cambio y Ruptura.

A nivel de las sesiones (Nivel 3):

 En este nivel, solo hay diferencias en la probabilidad del <u>PCV Reflexivo</u>. Se observó que hay un impacto del número de sesión en que acontecen los episodios sobre la evolución de la probabilidad del uso de este PCV a medida que transcurre el episodio(OR 0,99 95%IC 0,99-1,00, controlando las variables del modelo).

A nivel de la psicoterapia (Nivel 4):

Se observa una mayor probabilidad de uso de los <u>PCVs Reporte</u> (OR 0,10 95%IC 0,02-0,60) y <u>Emocional</u> (OR 0,48 95%IC 0,25-0,24) en la psicoterapia T1 que en las otras. Esta fue la única terapia que inició su proceso con un

paciente, cuyo estado sintomático y emocional (OQ45.2) la ubicaba dentro del rango de población disfuncional. Los pacientes de las otras psicoterapias, que iniciaron su proceso dentro del rango de población funcional, mostraron una mayor probabilidad de usar los PCV Conectado (OR 1,38 95%IC 1,01-1,87) y Afirmativo (OR 12,40 95%IC 7,13-21,56).Respecto al Solapamiento, este es más probable que se presente en terapias con pacientes funcionales (OR 25,85 95%IC 2,20-303,21) y en las psicoterapias que presentan éxito psicoterapéutico (ICC, OR 3,02, 95%IC 1,05-8,75).

• Finalmente, la presencia de ICC en la psicoterapias impacta en la evolución de los PCV Reporte (OR 1,06 95%IC 1,01-1,12) y Emocional (OR 0,95 95%IC 0,92-0,99) en la medida que transcurren los episodios. Así, al considerar el reporte –en aquellas psicoterapias que finalizan exitosamente (con ICC) - aumenta levemente la probabilidad de este PCV en la medida que transcurre la terapia. En cambio, su probabilidad disminuye a medida que transcurre el proceso en las psicoterapias sin ICC. Al considerar el PCV Emocional –en aquellas psicoterapias que finalizan exitosamente (con ICC) - se mantiene la probabilidad de este PCV en la medida que transcurre la terapia. En cambio, su probabilidad aumenta a medida que se desarrolla el proceso en las psicoterapias sin ICC.

45

-0,00 0,99 (0,99-1,00)	0,00 1,01 (0,98-1,03)	2,75***	(0,0,6,7,7,6),6,7,6,1	-0,11 0,89 (0,37-2,14)	0,55*** 0,31** 0.00	Emocional ^b Contenido-Expresivo
-0,01* 0,99 (0,99-1,00)	0,01 1,00 (0,96-1,04)	1,97**	(, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	-0,73 0,47 (0,13-1,69)	0,38 0,00 00.00	Reflexivo
0,00 1,00 (0,99-1,00)	0,01 1,01 (0,99-1,02)	-0,39**	0,07 (0,31-0,00)	-0,42* 0,65 (0,45-0,95)	0,35***	Afirmativo
-0,00 1,00 (0,99-1,00)	-0,00 0,99 (0,99-1,01)	-0,44***	0,04 (0,010,010)	0,19 1,20 (0,88-1,66)	0.15*** 0,03 0.00	Conectado
0,00 1,00 (0,99-1,00)	-0,01 0,99 (0,97-1,02)	0,62***	(07,5-62,10)	0,26 1,13 (0,76-2,24)	0,48*** 0,01 0.50**	Reporte
Sesión γ101 Intercepto δ1010 0,00 1,00	Tipo Episodio β11 Intercepto γ 110 Intercepto δ 1100 -0,01 $0,99$	Rol π2 Intercepto β20 Intercepto γ200 Intercepto δ2000 0,62***	Tipo Episodio β21 Intercepto γ210	Intercepto \$2100 0,26 1,13	Nivel 2 (r0) Nivel 3 (u00) Nivel 4 (v000)	

Nota: "Tamaño muestral Nivel-1: 2906 turnos de palabra, Nivel-2: 153 episodios, Nivel-3: 63 sesiones, Nivel-4: 5 Terapias. "Se colapsaron las categorías de PCV emocional expresivo y contenido, dada la baja frecuencia de este último. Variables Dicotómicas no centradas. Variable Orden centrada a nivel de los episodios y Variable Sesión centrada a nivel de Gran Promedio.
*** p < 0,001, ** p < 0,001, ** p < 0,001, ** p < 0,05

Tabla 18. Modelos de Regresión HLM de las Categorías Pausa Llena y Solapamiento de Pacientes y Terapeutas en Episodios de Cambio y Ruptura^a

Solapamiento de Pacientes y Terapo	Pausa Llena	Solapamiento
Modelo	В	В
	OR (95%IC)	OR (95%IC)
Intercepto π0		
Intercepto β00		
Intercepto γ000	4.40	0.40***
Intercepto δ0000	-1,10 0.33 (0.18.1.10)	-6,40*** 0,00 (0,0,0,01)
Funcionamiento Inicial δ0001	0,33 (0,18-1,10) -0,49	0,00 (0,0-0,01) 3,25*
i diicionamiento miciai 0000 i	0,60 (0,17-2,19)	25,85(2,20-303,21)
Cambio Confiable	0,31	1,10*
δ0002	1,36 (0,45-4,10)	3,02 (1,05-8,75)
Sesión γ001		
Intercepto δ0010	-0,01	-0,01
Tipe de Fuie - die - 004	0,98 (0,95-1,02)	0,98 (0,93-1,05)
Tipo de Episodios β01		
Intercepto γ010 Intercepto δ0100	-0,25	-0,15
intercepto ou rou	0,77 (0,56-1,09)	0,85 (0,44-1,66)
Orden π1	-, (5,55 1,55)	-,20 (0, 1,00)
Intercepto β10		
Intercepto γ100		
Intercepto	0,01	-0,05
δ1000	1,01 (0,97-1,05)	0,95 (0,73-1,24)
Funcionamiento Inicial	-0,02	0,03
δ1001	0,97 (0,94-1,01) 0,01	1,02 (0,78-1,34) 0,02
Cambio Confiable δ1002	1,01 (0,98-1,04)	1,02 (0,98-1,07)
Sesión γ101	1,01 (0,00-1,04)	1,02 (0,00 1,01)
Intercepto δ1010	0,00	0,00
	1,00 (0,99-1,00)	1,00 (0,99-1,00)
Tipo Episodio β11		•
Intercepto γ110		
Intercepto δ1100	-0,02*	-0,03*
Pol =2	0,98 (0,97-0,99)	1,02 (1,00-1,05)
Rol π2 Intercepto β20		
Intercepto γ200		
Intercepto γ200	-1,07***	-0,11
intercepto 02000	0,33 (0,24-0,48)	•
Tipo Episodio β21	. (, , , ,	
Intercepto γ210		
Intercepto δ2100	0,57*	0,20
intercepto 62 100	1,77 (1,12-2,81)	
Variabilidad	., (.,.2 2,01)	., (0,0 : 2,00)
Nivel 2 (r0)	0,01	0.45
Nivel 3 (u00)	0,24***	0,37
Nivel 4 (v000)		0,09*

Nota: ^aTamaño muestral Nivel-1: 2906 turnos de palabra, Nivel-2: 153 episodios, Nivel-3: 63 sesiones, Nivel-4: 5 Terapias. Variable Orden centrada a nivel del promedio de los episodios y Variable Sesión centrada a nivel de Gran Promedio.

*** p < 0,001, ** p < 0,001, * p < 0,05

1.3 Expresión Facial

1.3.1 Procedimiento de Análisis

1.3.1.1 Definición e Identificación de las Categorías de Expresión Facial (CEF) de paciente y terapeuta

Para el análisis de la expresión facial de pacientes y terapeutas se utilizó el *Sistema de Codificación de la Conducta Facial* (FACS, Facial Action Coding System; Ekman& Friesen, 1978), que consiste en un método confiable para la identificación y codificación objetiva de todos los movimientos faciales observables. Este método permite identificar 44 unidades de acción facial (AU) del rostro humano. Asimismo, permite registrar todos los movimientos tanto de cabeza como de ojos y una serie de movimientos faciales inespecíficos que dicen relación con procesos de autoregulación y de control de la expresión facial. Es así como cada episodio analizado en este estudio fue dividido en cuadros de imagen de una duración de 25 segundos cada uno y con una resolución de imagen de 1/25 de segundo. De esta manera, al interior de cada cuadro, se codificó la presencia y el contenido específico de la acción facial tanto de paciente como de terapeuta.

En el estudio de la expresión de emociones, existe acuerdo general en relación a que las funciones comunicativas de éstas pueden ser variadas y simultáneas y que es el contexto inmediato de la interacción el que permite determinar la función específica de cada despliegue facial. Si bien no existen interpretaciones únicas o generalizables de la función regulatoria de cada comportamiento facial, la acumulación de hallazgos previos en el campo de la investigación de las expresiones faciales en psicoterapia nos permite establecer algunos parámetros de las funciones más generales de cada comportamiento observado.

Para efectos del presente estudio se consideraron las Categorías de Expresión Facial (CEF) emociones básicas, así como tres tipos distintos y simultáneos de conductas faciales inespecíficas regulatorias.

1. Emociones Básicas.

Para cada cuadro de filmación de paciente y de terapeuta se estableció la presencia de unidades de acción que configuran alguna de las siete emociones básicas o universales, a saber, tristeza, alegría, rabia, asco, desprecio, sorpresa y miedo, así como la presencia de una mezcla de éstas. En el caso de que al interior de cada cuadro de filmación no se observara alguna de estas configuraciones de unidades de acción, el cuadro queda codificado como sin predicción y por tanto no se incluye en los posteriores análisis. Desde el punto de vista de la función comunicativa y regulatoria, las emociones expresadas facialmente comunican un estado emocional del *self*, al mismo tiempo que un deseo en relación a lo que el interlocutor puede llevar a cabo como acción

para contribuir a regular interactivamente este estado emocional del sujeto. A esto último le llamamos oferta relacional.

Para efectos del presente estudio, se distinguió el carácter específico de la emoción básica de alegría, vale decir, si correspondía a una sonrisa genuina o a una sonrisa social. La sonrisa genuina expresa un estado positivo del *self* que es honesto y sentido, y que puede también estar dirigido hacia el interlocutor indicando que el estado emocional de la relación es positivo y de cercanía vincular. La sonrisa social, por su parte, denota adaptabilidad social hacia el interlocutor y/o la situación contextual, o bien intentos por establecer y asegurar una relación positiva con el otro, a pesar de o incluso a raíz de la presencia de otros afectos que pueden estar amenazando la relación.

2. <u>Conducta Facial Regulatoria</u>.

Se considera conducta facial regulatoria a determinados comportamientos faciales no verbales que no configuran emociones específicas, pero que sin embargo tienen lugar de manera adicional a éstas con el fin de regular su expresión y/o intensidad. Así, estas conductas permiten interpretar y darle contexto a la expresión de la emoción que se está desplegando, en la medida en que connotan el significado de dicha emoción para el que la está expresando. De esta manera, una determinada emoción puede ser regulada de manera de atenuar su intensidad, o bien de aumentarla, de dirigirla y expresarla directa o abiertamente o de disimularla, de establecer una mayor o menor cercanía con el interlocutor, etc.

a) Mirada

Para cada cuadro de filmación se determinó si el sujeto está establece contacto ocular con su compañero de interacción o si bien no lo establece o retira dicho contacto. En términos de la función afectiva regulatoria de esta variable, se interpreta el contacto ocular como una indicación de que aquello que se está expresando por otras vías comunicacionales simultáneas está de alguna manera dirigido o relacionado con el compañero de interacción o bien que es un contenido aceptado por parte del sujeto que lo expresa y quien no tiene problemas en mostrarlo abiertamente a su compañero de interacción. Por su parte, la retirada del contacto ocular se interpretará regulatoriamente como una maniobra por manejar, evitar, enmascarar, o atenuar aquello que se está expresando emocionalmente en ese momento, o bien que esa emoción está dirigida a algo o alguien ajeno a la relación contingente con el interlocutor, por ejemplo, al contenido de aquello que se está hablando o a un tercero externo a la relación.

b) Adaptadores

Para cada cuadro de imagen se estableció la presencia o ausencia de adaptadores, los que se definen como comportamientos inespecíficos de contacto de una parte del cuerpo o del rostro

con otra parte del rostro. En el caso en que una parte del rostro toca otra parte del rostro, se denomina *Adaptador Rostro-Rostro* (i.e., la lengua toca los labios, morderse un labio, chuparse un labio o mejilla), mientras que en el caso en que una parte del cuerpo (dedos, mano) toca una parte del rostro, se denomina *Adaptador Cuerpo-Rostro*. En términos de su función regulatoria, los adaptadores han sido descritos en la literatura como comportamientos que denotan la experiencia por parte del sujeto que los despliega, de cierto grado de tensión emocional subjetiva así como de intentos por auto-regular dicha tensión. Estos adaptadores pueden ser desplegados de manera simultánea al despliegue de una emoción básica o bien por sí solos. En el primer caso, se puede inferir que la desregulación emocional experimentada por el sujeto está relacionada con la emoción expresada en ese mismo momento. En el segundo caso, la interpretación de aquella experiencia interna que se desea regular es más ambigua y se debe recurrir a otros indicadores contextuales como lo es en este caso, el discurso.

c) Procesos de Control

Para cada cuadro de filmación también se registró la presencia de acciones inespecíficas del rostro centradas alrededor de la boca, tales como presionar o apretar los labios, juntarlos, hundir la comisura de los labios, entre otros, cuya función regulatoria consiste en atenuar, amplificar, simular o marcar la expresión de la emoción desplegada o bien sentida en ese momento. Estos procesos de control pueden ser desplegados de manera simultánea al despliegue de una emoción básica o bien por sí solos. Dependiendo de cuál sea la situación, la interpretación de su función regulatoria variará. Así, por ejemplo, si una acción de control se presenta unida a la configuración de una sonrisa genuina, se considerará como un intento por atenuar o bien de disimular la expresión de dicha emoción de alegría, denotando la existencia de algún grado de conflicto con la experiencia interna de dicha emoción y/o con su expresión. Por otra parte, si el proceso de control se despliega por sí solo, sin estar unido a otras configuraciones faciales, también se interpreta como la presencia de algún grado de conflicto con una emoción experimentada, pero que no se puede determinar. En estos casos, el contenido de lo que se está hablando permite interpretar tentativamente el origen de dicho conflicto.

1.3.1.2 Definición del muestreo y análisis de la confiabilidad inter-juez

El análisis de las CEF de pacientes y terapeutas se realizó sobre un muestreo –al azar- del universo de episodios de cambio y ruptura identificados en este estudio. Se seleccionaron 6 episodios de cada psicoterapia, independiente del número total de episodios identificados en cada una. Si bien la muestra inicial seleccionada consta de un total de 30 episodios de cambio y 26 episodios de ruptura, finalmente se analizó la conducta afectiva facial de 29 episodios de cambio

(correspondientes a 4428 cuadros de filmación) y 25 de ruptura (correspondientes a 3201 cuadros de filmación), debido a pérdida de material audiovisual (véase la Tabla 19).

Tabla 19. Muestreo de episodios para el análisis de las CEF

		1	Episodios de Cambio			Episodios de Ruptura			
Terapia	Sesiones	Identificados (N)	Seleccionados (N)	Episodios Seleccionados	Identificados (N)	Seleccionado s (N)	Episodios Seleccionados		
1(RB)	40	33	6 (18,2%)	RB_S4_EC6; RB_S11_EC11; RB_S12_EC15; RB_S13_EC16*; RB_S24_EC21; RB_S36_EC29;	55	6 (10,9%)	RB_S9_R7; RB_S13_R12*; RB_S15_R14; RB_S18_R26; RB_S21_R27; RB_S40_R54.		
2(R0)	2	1	-	110_000_000,	1	-	NB_0 10_N0 1.		
3(R1)	11	6	6 (100%)	R1_S3_EC1; R1_S3_EC2; R1_S7_EC3; R1_S8_EC4; R1_S10_EC5; R1_S11_EC6.	10	6 (60%)	R1_S3_ER1; R1_S4_ER3; R1_S4_ER4; R1_S4_ER5; R1_S8_ER8; R1_S10_ER10.		
4(R2)	31	23	6 (26,1%)	R2_S7_EC7; R2_S10_EC9; R2_S17_EC13; R2_S19_EC16; R2_S24_EC18; R2_S28_EC23.	14	6 (42,9%)	R2_S6_ER2; R2_S8_ER3; R2_S11_ER6; R2_S16_ER10; R2_S21_ER12; R2_S23_ER13.		
5(R3)	15	11	6 (54,5%)	R3_S4_C1; R3_S6_C3; R3_S7_C5; R3_S13_C7; R3_S13_C8; R3_S13_C9.	41	6 (14,6%)	R3_S4_R3; R3_S5_R8; R3_S9_R21; R3_S11_R27; R3_S11_R30; R3_S12_R35.		
6(R4)	19	8	6 (75%)	R4_S3_C1; R4_S5_C3; R4_S6_C4; R4_S7_C5; R4_S9_C7; R4_S17_C8.	2	2 (100%)	R4_S7_R1; R4_S8_R2.		
Totales	118	82	30 (37%)	=	123	26 (21%)	-		
Cuadros			4428				3201		

^{*}Estos dos episodios no fueron codificados en relación a la expresión facial por no contar con los videos.

Debido a que este análisis contempló la codificación de la acción facial tanto de paciente como de terapeuta, los episodios analizados se multiplican por dos, dando un total de 58 episodios de cambio y 50 episodios de ruptura (54 correspondientes a pacientes y 54 a terapeutas).

La codificación de la conducta afectiva facial en este muestreo se llevó a cabo por tres expertos entrenados en el sistema FACS. Así, el muestreo fue dividido entre estos tres expertos para la codificación de la expresión facial tanto de pacientes como terapeutas. Con el fin de asegurar la confiabilidad de los análisis de la expresión facial, se calculó el grado de acuerdo interjuez con el 25% de los episodios de la muestra, seleccionados al azar. Este porcentaje de la muestra consistió en 14 episodios, 10 de cambio y 4 de ruptura. Al codificarse la conducta facial tanto de pacientes como de terapeutas de los mismos episodios, éstos se duplican. Así, los tres jueces codificaron 14 episodios de conducta facial de pacientes (correspondientes a un total de 1573 cuadros de filmación) y 14 episodios de conducta facial de terapeutas (correspondientes a 1579 cuadros de filmación)¹.

Se calculó la confiabilidad inter-juez en relación a la presencia/ausencia de CEFs cuyo contenido fuera una o más emociones básicas, así como en relación a las tres conductas regulatorias (mirada, adaptadores y control), y a las siete emociones básicas, distinguiendo al interior de alegría entre sonrisas sociales y genuinas. Este análisis comparó el grado de acuerdo entre el Juez 1 y los Jueces 2 y 3. La tabla 20 muestra un grado de acuerdo bueno o adecuado para la conducta de la mirada en la comparación entre ambas duplas de jueces. Por su parte, el grado de acuerdo en la presencia de adaptadores mostro ser excelente también en ambas duplas. No obstante, el grado de acuerdo en la presencia de eventos faciales con emociones básicas mostró ser insuficiente, lo que puede ser debido a la baja proporción de estas emociones en el total del despliegue facial humano. En relación a las emociones faciales discretas, ocurre lo mismo, muy probablemente por la baja frecuencia de dichas emociones a lo largo del despliegue facial general de los participantes.

Tabla 20. Coeficientes de confiabilidad inter-juez para cada CEF

	Juez1_	Juez2	Juez1_	Juez3
	Карра	р	Карра	р
Evento Facial	.426	.000	.459	.000
Mirada	.659*	.000	.733*	.000
Adaptadores	.865**	.000	.877**	.000
Control	.327	.000	.207	.000
Rabia	.249	.000	.388	.000
Tristeza	.445	.000	.350	.000
Miedo	.532	.000	.399	.000
Asco	.213	.000	.363	.000
Sorpresa	001	.964	001	.932
Alegría	.450	.000	.524	.000
Desprecio	.404	.000	.411	.000
Mixtas	.171	.000	.051	.000
Sonrisa social	.295	.000	.309	.000
Sonrisa genuina	.376	.000	.339	.000

1.3.2. Caracterización de las CEFs regulatorias de pacientes y terapeutas en episodios relevantes.

Las tablas 21 y 22 muestran la CEF regulatoria de pacientes y terapeutas en términos generales, sin distinguir por tipo de episodio, a lo largo de las cinco terapias estudiadas. La identificación de estas categorías se llevó a cabo sobre un total de 7,461 cuadros de imagen con resolución de 1/25 de segundo en el caso de los pacientes y sobre un total de 6974 cuadros de imagen en el caso de los terapeutas. Como se puede observar, tanto pacientes como terapeutas tienden más frecuentemente a mirar a su interlocutor que a no mirarlo durante la interacción terapéutica. Asimismo, pacientes y terapeutas muestran porcentajes similares en el despliegue de adaptadores y procesos de control.

Tabla 21: Conducta facial regulatoria de los Pacientes en Episodios de Cambio y de Ruptura.

RB -	R1 -	R2-	R3-	R4-	
Terapia1ª	Terapia 3 ^b	Terapia 4º	Terapia 5 ^d	Terapia 6º	Total (%,N)
738 (73,7%)	1183 (65,3%)	1364 (70,0%)	761 (67,5%)	1105 (70,5%)	5151 (69,1%)
N=1002	N=1811	N=1949	N=1127	N=1568	N=7457
25 (2,5%)	100 (5,5%)	102 (5,2%)	82 (7,3%)	24 (1,5%)	333 (4,5%)
N=1002	N=1815	N=1949	N=1127	N=1568	N= 7461
191 (19,1%)	249 (13,7%)	228 (11,7%)	196 (17,4%)	423 (27,0%)	1287 (17,3%)
N=1002	N=1815	N=1942	N=1127	N=1568	N= 7454
	Terapia1a 738 (73,7%) N=1002 25 (2,5%) N=1002 191 (19,1%)	Terapia1a Terapia 3b 738 (73,7%) 1183 (65,3%) N=1002 N=1811 25 (2,5%) 100 (5,5%) N=1002 N=1815 191 (19,1%) 249 (13,7%)	Terapia1a Terapia 3b Terapia 4c 738 (73,7%) 1183 (65,3%) 1364 (70,0%) N=1002 N=1811 N=1949 25 (2,5%) 100 (5,5%) 102 (5,2%) N=1002 N=1815 N=1949 191 (19,1%) 249 (13,7%) 228 (11,7%)	Terapia1a Terapia 3b Terapia 4c Terapia 5d 738 (73,7%) 1183 (65,3%) 1364 (70,0%) 761 (67,5%) N=1002 N=1811 N=1949 N=1127 25 (2,5%) 100 (5,5%) 102 (5,2%) 82 (7,3%) N=1002 N=1815 N=1949 N=1127 191 (19,1%) 249 (13,7%) 228 (11,7%) 196 (17,4%)	Terapia1a Terapia 3b Terapia 4c Terapia 5d Terapia 6e 738 (73,7%) 1183 (65,3%) 1364 (70,0%) 761 (67,5%) 1105 (70,5%) N=1002 N=1811 N=1949 N=1127 N=1568 25 (2,5%) 100 (5,5%) 102 (5,2%) 82 (7,3%) 24 (1,5%) N=1002 N=1815 N=1949 N=1127 N=1568 191 (19,1%) 249 (13,7%) 228 (11,7%) 196 (17,4%) 423 (27,0%)

Tabla 22: Conducta facial regulatoria de los Terapeutas en Episodios de Cambio y de Ruptura.

	RB -	R1 -	R2-	R3-	R4-	
	Terapia1ª	Terapia 3 ^b	Terapia 4º	Terapia 5 ^d	Terapia 6e	Total (%,N)
Mirada	612 (96,5%,)	1571 (86,1%,)	1878 (98,7%,)	945 (80,6%,)	1251 (86,8%,)	6257 (89,7%,)
	N=634	N=1824	N=1902	N=1172	N=1442	N=6974
Control	22 (3,5%)	71 (3,9%)	47 (2,5%)	26 (2,2%)	126 (8,7%)	292 (4,2%)
	N=634	N=1824	N=1902	N=1172	N=1442	N= 6974
Adaptadores	336 (53,0%)	227 (12,4%)	13 (7%)	285 (24,3%)	387 (26,8%)	1248 (17,9%)
	N=634	N=1824	N=1902	N=1172	N=1442	N= 6974

Al analizar la conducta facial regulatoria de los participantes de acuerdo al tipo de episodio considerando la totalidad de las terapias estudiadas en su conjunto, la Tabla 23 muestra que en el caso de los pacientes, estos tienden a mirar con mayor frecuencia a su interlocutor durante los episodios de cambio en comparación con los de ruptura. En relación al despliegue de procesos de control y de adaptadores, los pacientes en su conjunto muestran un aumento de éstos en los episodios de ruptura. Por su parte, los terapeutas en su conjunto muestran una mayor frecuencia

de mirada hacia sus pacientes durante los episodios de ruptura, así como también de adaptadores. En cuanto a los procesos de control, estos aparecen levemente más frecuentes en los episodios de cambio.

Tabla 23: Conducta facial regulatoria de pacientes y terapeutas según tipo de episodio en todas las terapias.

	Cambio	Ruptura	Total
Pacientes		•	
Mirada	3286 (74.3%)	1865 (61.4%)	5151 (69.1%)
	N=4422	N=3035	N=7457
Control	160 (3.6%)	173 (5.7%)	333 (4.5%)
	N=4422 ´	N=3039 [^]	N=7461 [′]
Adaptador	743 (16.8%)	544 (17.9%)	1287 (17.3%)
•	N=4415	N=3039	N=7454
Terapeutas			
Mirada	3349 (88.8%)	2908 (90.8%)	6257 (89.7%)
	N=3773	N=3201	N=6974
Control	173 (4.6%)	119 (3.7%)	292 (4.2%)
	N=3773 [^]	N=3201	N=6974
Adaptador	615 (16.3%)	633 (19.8%)	1248 (17.9%)
·	N=3773	N=3201	N=6974

Al observar la conducta facial regulatoria de los participantes por terapia, la Tabla 24 muestra que en el caso de la Terapia 3, el paciente presenta mayor proporción de mirada hacia su terapeuta, procesos de control y adaptadores durante los episodios de cambio. Por su parte, el terapeuta también muestra más mirada hacia su paciente durante los episodios de cambio, sin embargo, su despliegue de control y adaptadores se presenta con mayor frecuencia durante los episodios de ruptura.

Tabla 24: Conducta facial regulatoria de pacientes y terapeutas según tipo de episodio Terapia 3

	Cambio	Ruptura	Total
Paciente		•	
Mirada	509 (66.9%)	674 (64.2%)	1183 (65.3%)
	N=761	N=1050	N=1811
Control	48 (6.3%)	52 (4.9%)	100 (5.5%)
	N=761	N=1054	N=1815
Adaptador	143 (18.8%)	106 (10.1%)	249 (13.7%)
·	N=761	N=1054	N=1815
Terapeuta			
Mirada	672 (88.3%)	899 (84.6%)	1571 (86.1%)
	N=761	N=1063	N=1824
Control	28 (3.7%)	43 (4.0%)	71 (3.9%)
	N=761 ´	N=1063 [°]	N=1824
Adaptador	86 (11.3%)	141 (13.3%)	227 (12.4%)
•	N=761	N=1063	N=1824

En el caso de la Terapia 4, la paciente presenta mayor proporción de mirada hacia su terapeuta, durante los episodios de cambio, mientras que despliega procesos de control y

adaptadores mayormente durante los episodios de ruptura (ver Tabla 25). El terapeuta, por su parte, tiende a desplegar la mirada hacia su paciente, así como los procesos de control y adaptadores de manera equivalente tanto en episodios de ruptura como de cambio.

Tabla 25: Conducta facial regulatoria de pacientes y terapeutas según tipo de episodio Terapia 4

	Cambio	Ruptura	Total
Paciente		•	
Mirada	730 (75,6%)	634 (64.5%)	1364 (70,0%)
	N=966	N=983	N=1949
Control	42 (4.3%)	60 (6,1%)	102 (5.2%)
	N=966	N=983	N=1949 [^]
Adaptador	100 (10,4%)	128 (13,0%)	228 (11.7%)
·	N=959	N=983	N=1942
Terapeuta			
Mirada	905 (98.5%)	973 (99,0%)	1878 (98,7%)
	N=919	N=983	N=1902
Control	24 (2,6%)	23 (2,3%)	47 (2,5%)
	N=919 [′]	N=983	N=1902
Adaptador	5 (0.5%)	8 (0.8%)	13 (0.7%)
·	N=919 [°]	N=983 [°]	N=1902

La Terapia 5 se caracteriza porque la paciente mira más a su terapeuta durante los episodios de cambio, mientras que despliega más procesos de control y adaptadores durante los episodios de ruptura. El terapeuta también despliega más procesos de control y adaptadores durante los episodios de ruptura no obstante tiende a mirar levemente más a su paciente durante los episodios de cambio (Tabla 26).

Tabla 26: Conducta facial regulatoria de pacientes y terapeutas según tipo de episodio Terapia 5

	Cambio	Ruptura	Total
Paciente			
Mirada	584 (76,2%)	177 (49,0%)	761 (67,5%)
	N=766	N=361	N=1127
Control	38 (5,0%)	44 (12,2%)	82 (7,3%)
	N=766	N=361	N=1127
Adaptador	125 (16,3%)	71 (19,7%)	196 (17,4%)
	N=766	N=361	N=1127
Terapeuta			
Mirada	622 (81,2%)	323 (79,6%)	945 (80,6%)
	N=766	N=406	N=1172
Control	3 (0,4%)	23 (5,7%)	26 (2,2%)
	N=766	N=406	N=1172
Adaptador	175 (22,8%)	110 (27,1%)	285 (24,3%)
·	N=766	N=406	N=1172

La paciente de la Terapia 6 se caracteriza por mirar más a su terapeuta durante los episodios de cambio, mientras que el despliegue de procesos de control y adaptadores se observa

más durante los episodios de ruptura, como lo muestra la Tabla 27. La terapeuta de esta terapia, a su vez, tiende a mirar más a su paciente durante los episodios de ruptura y, al contrario de su paciente, tiende a desplegar de manera más frecuente procesos de control y adaptadores durante los episodios de cambio.

Tabla 27: Conducta facial regulatoria de pacientes y terapeutas según tipo de episodio Terapia 6

	Cambio	Ruptura	Total
Paciente		•	
Mirada	922 (74,5%)	183 (55,5%)	1105 (70,5%)
	N=1238	N=330	N=1568
Control	11 (0,9%)	13 (3,9%)	24 (1,5%)
	N=1238	N=330	N=1568
Adaptador	258 (20,8%)	165 (50,0%)	423 (27,0%)
•	N=1238	N=330	N=1568
Terapeuta			
Mirada	947 (85,2%)	304 (92,1%)	1251 (86,8%)
	N=1112	N=330	N=1442
Control	104 (9,4%)	22 (6,7%)	126 (8,7%)
	N=1112	N=330	N=1442
Adaptador	302 (27,2%)	85 (25,8%)	387 (26,8%)
•	N=1112	N=330	N=1442

Por último, en el caso de la Terapia 1, la conducta regulatoria facial de la paciente se caracteriza por una mayor frecuencia de mirada a la terapeuta y despliegue de procesos de control durante los episodios de cambio, mientras que el despliegue de adaptadores tiende a ser más frecuente durante los episodios de ruptura. Por otra parte, en esta terapia, la terapeuta muestra mayor frecuencia de mirada hacia su paciente, así como de adaptadores, durante los episodios de ruptura, mientras que tiende a desplegar más procesos de control durante los episodios de cambio (Tabla 28).

Tabla 28: Conducta facial regulatoria de pacientes y terapeutas según tipo de episodio Terapia 1

	Cambio	Ruptura	Total
Paciente		•	
Mirada	541 (78,3%)	197 (63,3%)	738 (73,7%)
	N=691	N=311	N=1002
Control	21 (3,0%)	4 (1,3%)	25 (2,5%)
	N=691	N=311	N=1002
Adaptador	117 (16,9%)	74 (23,8%)	191 (19,1%)
·	N=691	N=311	N=1002
Terapeuta			
Mirada	203 (94,4%)	409 (97,6%)	612 (96,5%)
	N=215	N=419	N=634
Control	14 (6,5%)	8 (1,9%)	22 (3,5%)
	N=215	N=419	N=634
Adaptador	47 (21,9%)	289 (69,0%)	336 (53,0%)
•	N=215	N=419	N=634

A continuación se muestran las frecuencias de aparición de las distintas emociones básicas y tipos de sonrisas de pacientes y terapeutas en términos generales, sin distinguir por tipo de episodio, a lo largo de las cinco terapias estudiadas. Dado que la presencia de emociones básicas constituye una proporción de aproximadamente un tercio de la totalidad del despliegue facial humano, la identificación de estas emociones se llevó a cabo sobre un total de 987 cuadros imagen en el caso de pacientes y de 767 cuadros de imagen en el caso de los terapeutas.

Como lo muestra la Tabla 29, del total de emociones básicas desplegadas, los pacientes muestran una mayor proporción de alegría, luego desprecio y luego tristeza. Por su parte, del total de emociones básicas desplegadas por los terapeutas, se observa una mayor proporción en primer lugar de tristeza, luego de alegría y en tercer lugar de asco (ver Tabla 30).

Tabla 29: Emociones básicas desplegadas por los Pacientes en Episodios de Cambio y de Ruptura.

	RB -	R1 -	R2-	R3-	R4-	
	Terapia1ª	Terapia 3 ^b	Terapia 4º	Terapia 5 ^d	Terapia 6e	Total
Rabia	0 (0,0%)	17 (5,9%)	17 (9,7%)	28 (15,8%)	13 (12,5%)	75 (7,6%)
Tristeza	70 (28,8%)	29 (10,1%)	5 (2,9%)	22 (12,4%)	19 (18,3%)	145 (14,7%)
Miedo	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (1,7%)	0 (0,0%)	1 (1,0%)	4 (0,4%)
Asco	19 (7,8%)	3 (1,0%)	24 (13,7%)	33 (18,6%)	21 (20,2%)	100 (10,1%)
Sorpresa	1 (0,4%)	0 (0,0%)	2 (1,1%)	0 (0,0%)	6 (5,8%)	9 (0,9%)
Alegría	142 (58,4%)	211 (73,3%)	95 (54,3%)	72 (40,7%)	24 (23,1%)	544 (55,1%)
Desprecio	23 (9,5%)	36 (12,5%)	48 (27,4%)	44 (24,9%)	31 (29,8%)	182 (18,4%)
Mixtas	12 (4,9%)	13 (4,5%)	21 (12,0%)	27 (15,3%)	13 (12,5%)	86 (8,7%)
Sonrisa social	84 (34,6%)	138 (47,9%)	67 (38,3%)	29 (16,4%)	18 (17,3%)	336 (34,0%)
Sonrisa genuina	57 (23,5%)	73 (25,3%)	28 (16,0%)	43 (24,3%)	6 (5,8%)	207 (21,0%)

Nota: ^a 243 (21,9%)cuadros codificados de un universo de 1110cuadros segmentados en un total de 10 episodios relevantes muestreados. ^b288(15,8%) cuadros codificados de un universo de 1824 cuadros segmentados en un total de 12 episodios relevantes muestreados. ^c175 (9,0%) cuadros codificados de un universo de 1955cuadros segmentados en un total de 12 episodios relevantes muestreados. ^d177 (15,1%) cuadros codificados de un universo de 1172cuadros segmentados en un total de 12 episodios relevantes muestreados. ^e104 (6,6%) cuadros codificados de un universo de 1568cuadros segmentados en un total de 8 episodios relevantes muestreados.

Tabla 30: Emociones básicas desplegadas por los Terapeutas en Episodios de Cambio y de Ruptura.

	RB -	R1 -	R2-	R3-	R4-	
	Terapia1ª	Terapia 3 ^b	Terapia 4c	Terapia 5 ^d	Terapia 6e	Total
Rabia	4 (1,6%)	5 (4,3%)	4 (11,4%)	1 (0,5%)	27 (15,7%)	41 (5,3%)
Tristeza	162 (64,8%)	5 (4,3%)	7 (20,0%)	163 (83,6%)	8 (4,7%)	345 (45,0%)
Miedo	18 (7,2%)	3 (2,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,6%)	22 (2,9%)
Asco	6 (2,4%)	10 (8,7%)	2 (5,7%)	6 (3,1%)	70 (40,7%)	94 (12,3%)

Sorpresa	1 (0,4%)	1 (0,9%)	0 (0,0%)	2 (1,0%)	8 (4,7%)	12 (1,6%)
Alegría	86 (34,4%)	69 (60,0%)	20 (57,1%)	22 (11,3%)	68 (39,5%)	265 (34,6%)
Desprecio	0 (0,0%)	25 (21,7%)	2 (5,7%)	1 (0,5%)	11 (6,4%)	39 (5,1%)
Mixtas	28 (11,2%)	3 (2,6%)	0 (0,0%)	3 (1,5%)	22 (12,8%)	56 (7,3%)
Sonrisa social	37 (14,8%)	25 (21,7%)	4 (11,4%)	9 (4,6%)	47 (27,3%)	122 (15,9%)
Sonrisa genuina	50 (20,0%)	44 (38,3%)	16 (45,7%)	13 (6,7%)	21 (12,2%)	144 (18,8%)

Nota: ^a 250 (22,5%)cuadros codificados de un universo de 1110cuadros segmentados en un total de 10 episodios relevantes muestreados. ^b115 (6,3%) cuadros codificados de un universo de 1824 cuadros segmentados en un total de 12 episodios relevantes muestreados. ^c35 (1,8%) cuadros codificados de un universo de 1955cuadros segmentados en un total de 12 episodios relevantes muestreados. ^d195 (16,6%) cuadros codificados de un universo de 1172cuadros segmentados en un total de 12 episodios relevantes muestreados. ^e172 (11,0%) cuadros codificados de un universo de 1568cuadros segmentados en un total de 8 episodios relevantes muestreados.

A continuación se describen las emociones básicas desplegadas por pacientes y terapeutas en cada tipo de episodio, por terapia. Como se observa en la Tabla 31, en la terapia 1, la paciente despliega mayor cantidad de emociones de tristeza y mixtas durante los episodios de ruptura, mientras que asco, sorpresa, alegría y desprecio aparecen con mayor frecuencia durante los episodios de cambio. Por su parte, la terapeuta de la terapia 1 muestra mayor despliegue de tristeza, miedo, alegría y mixtas durante los episodios de ruptura y mayor despliegue de rabia y sorpresa durante los episodios de cambio.

Tabla 31: Emociones básicas desplegadas por paciente y terapeuta en terapia 1 por tipo de episodio

		Paciente			Terapeuta	
Emociones	Cambio	Ruptura	Total	Cambio	Ruptura	Total
Rabia	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (100%)	3 (75,0%)	1 (25,0%)	4 (100%)
Tristeza	2 (2,9%)	68 (97,1%)	70 (100%)	33 (20,4%)	129 (79,6%)	162 (100%)
Miedo	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (100%)	8 (44,4%)	10 (55,6%)	18 (100%)
Asco	11 (57,9%)	8 (42,1%)	19 (100%)	3 (50%)	3 (50%)	6 (100%)
Sorpresa	1 (100,0%)	0 (0,0%)	1 (100%)	1 (100%)	0 (0,0%)	1 (100%)
Alegría	75 (52,8%)	67 (47,2%)	142 (100%)	29 (33,7%)	57 (66,3%)	86 (100%)
Desprecio	14 (60,9%)	9 (39,1%)	23 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (100%)
Mixtas	4 (33,3%)	8 (66,7%)	12 (100%)	9 (32,1%)	19 (67,9%)	28 (100%)
Sonrisa social	45 (53,6%)	39 (46,4%)	84 (100%)	10 (27%)	27 (73%)	37 (100%)
Sonrisa genuina	29 (50,9%)	28 (49,1%)	57 (100%)	19 (38%)	31 (62%)	50 (100%)

Por su parte, en la terapia 3, el paciente despliega mayor frecuencia de tristeza, miedo, asco, sorpresa, alegría y desprecio, así como emociones básicas mixtas durante los episodios de ruptura, y tan solo aparece mayor rabia durante los episodios de cambio. El terapeuta de esta terapia también muestra mayor despliegue de la mayoría de las emociones básicas durante los episodios de ruptura, en este caso, rabia, tristeza, miedo, alegría y desprecio. En tanto, las expresiones de sorpresa y mixtas aparecen en su mayoría durante los episodios de cambio, como se aprecia en la Tabla 32.

Tabla 32: Emociones básicas desplegadas por paciente y terapeuta en terapia 3 por tipo de episodio

		Paciente			Terapeuta	
Emociones	Cambio	Ruptura	Total	Cambio	Ruptura	Total
Rabia	12 (70,6%)	5 (29,4%)	17 (100%)	2 (40%)	3 (60%)	5 (100%)
Tristeza	1 (3,4%)	28 (96,6%)	29 (100%)	2 (40%)	3 (60%)	5 (100%)
Miedo	71 (24,7%)	217 (75,3%)	288 (100%)	1 (33,3%)	2 (66,7%)	3 (100%)
Asco	0 (0,0%)	3 (100,0%)	3 (100%)	5 (50%)	5 (50%)	10 (100%)
Sorpresa	71 (24,7%)	217 (75,3%)	288 (100%)	1 (100%)	0 (0,0%)	1 (100%)
Alegría	40 (19,0%)	171 (81,0%)	211 (100%)	5 (7,2%)	64 (92,8%)	69 (100%)
Desprecio	17 (47,2%)	19 (52,8%)	36 (100%)	8 (32%)	17 (68%)	25 (100%)
Mixtas	1 (7,7%)	12 (92,3%)	13 (100%)	2 (66,7%)	1 (33,3%)	3 (100%)
Sonrisa social	34 (24,6%)	104 (75,4%)	138 (100%)	4 (16%)	21 (84%)	25 (100%)
Sonrisa genuina	6 (8,2%)	67 (91,8%)	288 (100%)	1 (2,3%)	43 (97,7%)	44 (100%)

En la terapia 4, la paciente muestra una mayor despliegue de rabia, tristeza, miedo, sorpresa, alegría, desprecio, así como de emociones básicas mixtas durante los episodios de ruptura. En cambio, la expresión de asco es más frecuente durante los episodios de cambio. El terapeuta de esta terapia, por su parte, muestra un despliegue similar de la mayoría de las emociones básicas en ambos tipos de episodios. Únicamente la tristeza aparece con mayor frecuencia en los episodios de ruptura y la rabia y alegría en los de cambio, como se aprecia en la Tabla 33.

Tabla 33: Emociones básicas desplegadas por los paciente y terapeuta en terapia 4 por tipo de episodio

		Paciente			Terapeuta	
Emociones	Cambio	Ruptura	Total	Cambio	Ruptura	Total
Rabia	7 (41,2%)	10 (58,8%)	17 (100,0%)	4 (100%)	0 (0,0%)	4 (100%)
Tristeza	2 (40,0%)	3 (60,0%)	5 (100,0%)	2 (28,6%)	5 (71,4%)	7 (100%)
Miedo	0 (0,0%)	3 (100,0%)	3 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (100%)
Asco	14 (58,3%)	10 (41,7%)	24 (100,0%)	1 (50%)	1 (50%)	2 (100%)
Sorpresa	0 (0,0%)	2 (100,0%)	2 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (100%)
Alegría	32 (33,7%)	63 (66,3%)	95 (100,0%)	11 (50%)	9 (45%)	20 (100%)
Desprecio	22 (45,8%)	26 (54,2%)	48 (100,0%)	1 (50%)	1 (50%)	2 (100%)
Mixtas	10 (47,6%)	11 (52,4%)	21 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (100%)
Sonrisa social	29 (43,3%)	38 (56,7%)	67 (100,0%)	1 (25%)	3 (75%)	4 (100%)
Sonrisa genuina	3 (10,7%)	25 (89,3%)	28 (100,0%)	10 (62,5%)	6 (37,5%)	16 (100%)

En la terapia 5, la paciente muestra un mayor despliegue de alegría durante los episodios de ruptura, mientras que presenta un mayor despliegue de rabia, tristeza, asco, desprecio, así como de emociones básicas mixtas durante los episodios de cambio. El terapeuta, a su vez, despliega mayor proporción de rabia, sorpresa, alegría y emociones mixtas durante los episodios de ruptura, mientras que los episodios de cambio son más frecuentes sus expresiones de tristeza y desprecio (Tabla 34).

Tabla 34: Emociones básicas desplegadas por paciente y terapeuta en terapia 5 por tipo de episodio

		Paciente			Terapeuta	
Emociones	Cambio	Ruptura	Total	Cambio	Ruptura	Total
Rabia	19 (67,9%)	9 (32,1%)	28 (100,0%)	0 (0,0%)	1 (100%)	1 (100%)
Tristeza	22 (100,0%)	0 (0,0%)	22 (100,0%)	125 (76,7%)	38 (23,3%)	163 (100%)
Miedo	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (100%)
Asco	30 (90,9%)	3 (9,1%)	33 (100,0%)	3 (50%)	3 (50%)	6 (100%)
Sorpresa	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (100,0%)	0 (0,0%)	2 (100%)	2 (100%)
Alegría	34 (47,2%)	38 (52,8%)	72 (100,0%)	7 (31,8%)	15 (68,2%)	22 (100%)
Desprecio	26 (59,1%)	18 (40,9%)	44 (100,0%)	1 (100%)	0 (0,0%)	1 (100%)
Mixtas	18 (66,7%)	9 (33,3%)	27 (100,0%)	1 (33,3%)	2 (66,7%)	3 (100%)
Sonrisa social	5 (17,2%)	24 (82,8%)	29 (100,0%)	5 (55,6%)	4 (44,4%)	9 (100%)
Sonrisa genuina	29 (67,4%)	14 (32,6%)	43 (100,0%)	2 (15,4%)	11 (84,6%)	13 (100%)

Por último, en la terapia 6, la paciente muestra un mayor despliegue de miedo y sorpresa durante los episodios de ruptura, mientras que las emociones de rabia, tristeza, asco, alegría, desprecio y mixtas son desplegadas mayormente durante los episodios de cambio (ver Tabla 35). La terapeuta muestra una tendencia similar a la de la paciente, puesto que durante los episodios de ruptura solo predomina en ella la emoción de sorpresa, mientras que durante los episodios de cambio predomina el despliegue de rabia, tristeza, miedo, asco, alegría, desprecio y mixtas.

Tabla 35: Emociones básicas desplegadas por paciente y terapeuta en terapia 6 por tipo de episodio

		Paciente			Terapeuta	
Emociones	Cambio	Ruptura	Total	Cambio	Ruptura	Total
Rabia	8 (61,5%)	5 (38,5%)	13 (100,0%)	25 (92,6%)	2 (7,4%)	27 (100%)
Tristeza	18 (94,7%)	1 (5,3%)	19 (100,0%)	8 (100%)	0 (0,0%)	8 (100%)
Miedo	0 (0,0%)	1 (100,0%)	1 (100,0%)	1 (100%)	0 (0,0%)	1 (100%)
Asco	20 (95,2%)	1 (4,8%)	21 (100,0%)	58 (82,9%)	12 (17,1%)	70 (100%)
Sorpresa	0 (0,0%)	6 (100,0%)	6 (100,0%)	3 (37,5%)	5 (62,5%)	8 (100%)
Alegría	19 (79,2%)	5 (20,8%)	24 (100,0%)	64 (94,1%)	4 (5,9%)	68 (100%)

Desprecio	29 (93,5%)	2 (6,5%)	31 (100,0%)	9 (81,8%)	2 (18,2%)	11 (100%)
Mixtas	11 (84,6%)	2 (15,4%)	13 (100,0%)	22 (100%)	0 (0,0%)	22 (100%)
Sonrisa social	13 (72,2%)	5 (27,8%)	18 (100,0%)	45 (95,7%)	2 (4,3%)	47 (100%)
Sonrisa genuina	6 (100,0%)	0 (0,0%)	6 (100,0%)	19 (90,5%)	2 (9,5%)	21 (100%)

1.3.3. Análisis comparativo de las categorías de expresión facial (CEF) según tipo de episodio: comparación episodios de cambio v/s ruptura.

Se estableció la probabilidad de ocurrencia de las categorías de expresión facial en pacientes y terapeutas - según el tipo de episodio (ver figura 12). Se consideraron solo las CEFque tuvieran una frecuencia mayor igual al 5%²:

Nivel 1: FRAME

Secuencia (FRAME_P): Secuencia numérica que indica la evolución en el tiempo de las categorías de expresión facial de pacientes y terapeutas considerando la secuencia de frames dentro de un episodio (variable centrada respecto del promedio del nivel episodio). **Actor** (ROL_10):Según quien se encuentra emitiendo el discurso Paciente (1) ó Terapeuta (0).

Nivel 2: EPISODIO

Tipo de Episodio (TEPISODI): Cambio (1); Ruptura (0).

Nivel 3: SESION

Número de sesión (SESION): Número de la sesión que da cuenta del momento en el transcurso de la psicoterapia en que se presenta el episodio. Este es medido como variable continúa según la secuencia de sesiones psicoterapéuticas desarrolladas (variable centrada respecto del gran promedio).

Nivel 4: TERAPIA

Funcionamiento Inicial (C_FUNCIO): distinguiendo si el paciente se encontraba en la población funcional (1) o disfuncional (0) al momento del inicio de la psicoterapia (OQ45.2).

2

² Se estimaron modelos separados para paciente y terapeuta dado que la expresión facial de cada actor de la interacción psicoterapéutica fue codificado en forma paralela en un mismo marco temporal de interacción (frame). El modelo general fue simplificado en los modelos particulares, si no se encontrara variabilidad en los niveles superiores (niveles de psicoterapia y sesión). La menor variabilidad en estos niveles podría deberse a que este análisis fue desarrollado en una muestra de datos.

Cambio Confiable (ICC_FINA) según si se produjo (1) o no (0) cambio según el criterio del Índice de Cambio Confiable (OQ-45.2).

Los análisis para cada CEF se realizaron en forma separada. Se dicotomizó la variable facial, codificando "1" cuando se presenta una determinada categoría y "0" cuando se presentan las otras. Dado el carácter binario de la variable dependiente, se utilizó el modelo Bernoulli (Raudenbush, BrykmCheong, Congdon, & Do toit, 2004).

```
LEVEL 1 MODEL (bold: group-mean centering; bold italic: grand-mean centering)
 Prob(CTR T=1|\pi) = \phi
 Log[\phi/(1-\phi)] = \eta
 \eta = \pi_0 + \pi_1(FRAMES_P)
LEVEL 2 MODEL (bold: group-mean centering; bold italic: grand-mean centering)
     \pi_0 = \rho_{00} + \rho_{01} \text{(TIPOEPIS)} + r_0
     \pi_1 = \beta_{10} + \beta_{11} (TIPOEPIS) + r_1
LEVEL 3 MODEL (bold italic: grand-mean centering)
    \rho_{00} = \gamma_{000} + \gamma_{001} (SESION) + u_{00}
    \rho_{01} = \gamma_{010} + u_{01}
    F_{10} = \gamma_{100} + \gamma_{101} (SESION) + u_{10}
     f_{11} = \gamma_{110} + u_{11}
LEVEL 4 MODEL (bold italic: grand-mean centering)
    \gamma_{000} = \varepsilon_{0000} + \varepsilon_{0001}(C_FUNCIO) + \varepsilon_{0002}(ICC_FINA) + v_{000}
     \gamma_{001} = \delta_{0010} + v_{001}
    \gamma_{010} = \delta_{0100} + v_{010}
    \gamma_{100} = \varepsilon_{1000} + \varepsilon_{1001}(C_FUNCIO) + \varepsilon_{1002}(ICC_FINA) + v_{100}
     \gamma_{101} = \delta_{1010} + v_{101}
     \gamma_{110} = \delta_{1100} + v_{110}
```

Figura 12. Modelo Predictivo de las CEF

Los resultados para los **pacientes**(ver tablas 36 y 37) indican quese presentaron diferencias estadísticamente significativas en la probabilidad de ocurrencia de las CEF regulatorias *Mirada* y *Adaptadores* según tipo de episodio. Respecto de las emociones básicas, solo la probabilidad de *Disgusto, Alegría y Sonrisa Genuina* presentaron diferencias según tipo de episodio.

En el paciente:

A nivel de los episodios (Nivel 1 y 2):

• En los pacientes se observó una mayor probabilidad de Mirada en los episodios de cambio que en los de ruptura. Además, durante el transcurso del episodio disminuye la probabilidad de ocurrencia de esta CEF (ver Figura 13). Dado que ninguna de las variables control explica varianza significativa de la variable dependiente, el modelo simplificado utilizado para la estimación del gráfico es:

$$\eta_{ijk} = \gamma_{000} + \gamma_{010} * TIPOEPIS_{jk} + \gamma_{100} * FRAMES_P_{ijk} + r_{0jk} + u_{00k}$$

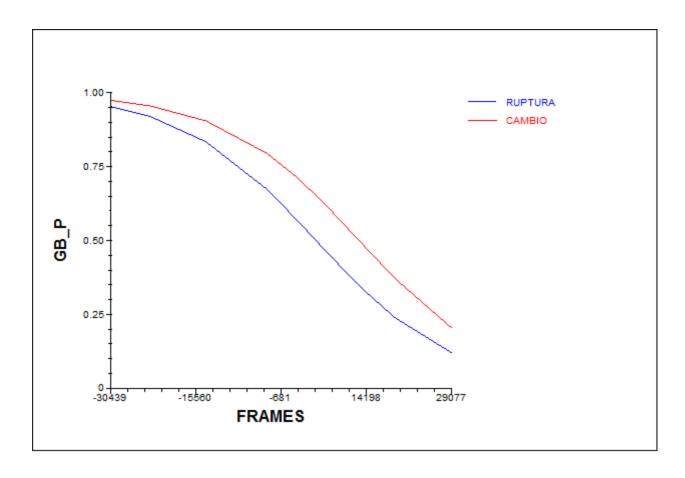


Figura 13. Diferencias de la probabilidad de Mirada (GB)en los pacientes según tipo de episodio durante el transcurso del episodio

 La probabilidad de ocurrencia de los Adaptadores en el paciente durante el transcurso del episodio depende del tipo de episodio. En los episodios de cambio aumenta la probabilidad de ocurrencia de los Adaptadores a medida que transcurre el episodio y disminuye su probabilidad en los episodios de ruptura (ver Figura 14). Dado que ninguna de las variables control explica varianza significativa de la variable dependiente, el modelo simplificado utilizado para la estimación del grafico es:

$$\eta_{ijk} = \gamma_{000} + \gamma_{010} * TIPOEPIS_{jk} + \gamma_{100} * FRAMES_P_{ijk} + \gamma_{110} * FRAMES_P_{ijk} * TIPOEPIS_{jk} + r_{0jk} + u_{00k}$$

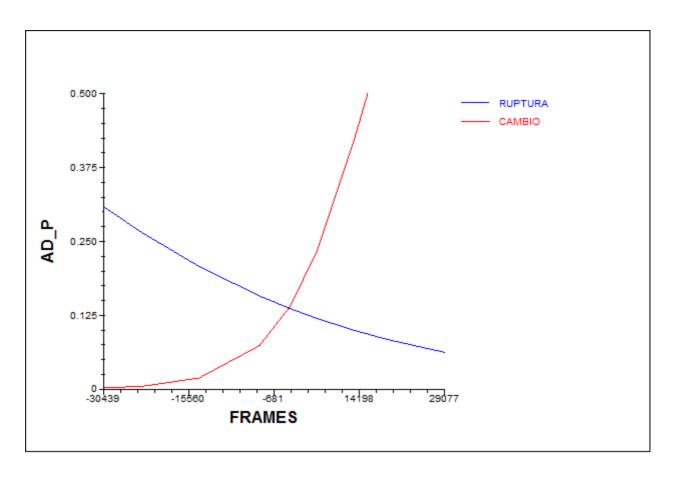


Figura 14. Diferencias de la probabilidad de Adaptadores (AD)en los pacientes según tipo de episodio durante el transcurso del episodio

Se observaron diferencias en la probabilidad de ocurrencia de la emoción Asco(DI) en el paciente según el tipo de episodio, siendo mayor su probabilidad de ocurrencia en los episodios de cambio que en los de ruptura (ver figura 15). Dado que ninguna de las variables control explica varianza significativa de la variable dependiente, el modelo simplificado utilizado para la estimación del grafico es:

$$\eta_{ijk} = \gamma_{000} + \gamma_{010} *TIPOEPIS_{jk} + r_{0jk} + u_{00k}$$

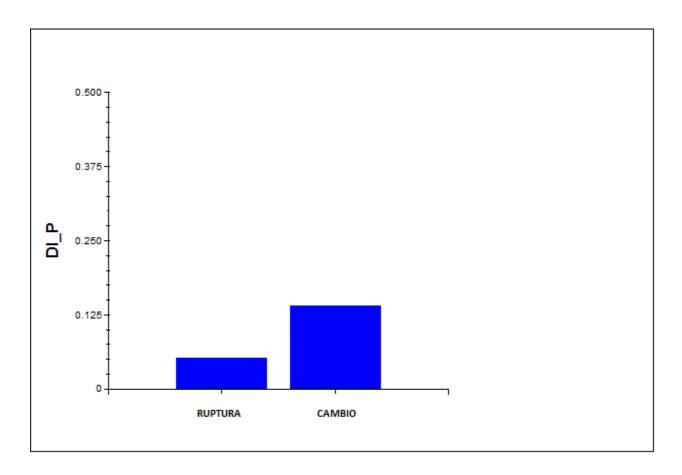


Figura 15.Diferencias de la probabilidad de Asco (DI)en los pacientes según tipo de episodio

Al controlar por el nivel el éxito de la psicoterapia, la probabilidad de ocurrencia de la emoción básica *Alegría* (HA) en el paciente durante el transcurso de los episodio es diferentes según su tipo. En episodios de cambio a medida que transcurren aumenta la probabilidad de la emoción *Alegría* (HA), en cambio en los episodios de ruptura su probabilidad disminuye (ver figura 16). El modelo simplificado utilizado para la estimación del grafico es:

$$\eta_{ijk} = \gamma_{000} + \gamma_{001}*ICC_FINA_k + \gamma_{010}*TIPOEPIS_{jk} + \gamma_{100}*FRAMES_P_{ijk}$$
$$+ \gamma_{101}*FRAMES_P_{ijk}*ICC_FINA_k + \gamma_{110}*FRAMES_P_{ijk}*TIPOEPIS_{jk} + r_{0jk} + u_{00k}$$

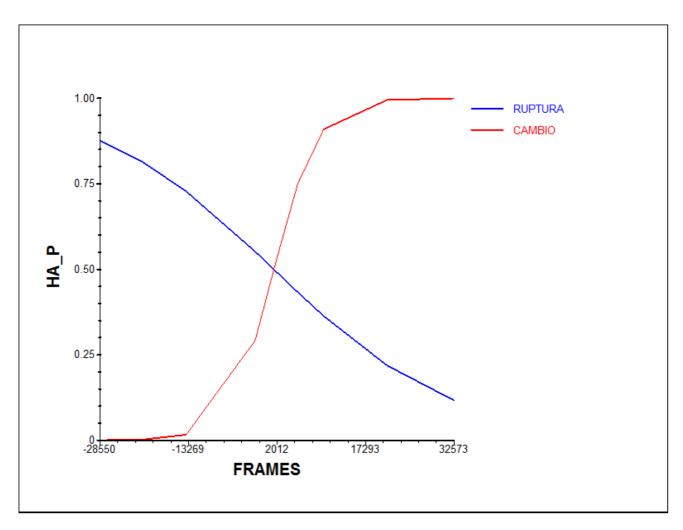


Figura 16.Diferencias de la probabilidad de Alegría (HA)en los pacientes según tipo de episodio durante el transcurso del episodio

Los resultados de *Sonrisa Genuina* (HA_FELT) son similares al anterior. Así, su probabilidad de ocurrencia durante el transcurso del episodio es diferentes según su tipo. En los episodios de cambio, a medida que transcurren aumenta la probabilidad de ocurrencia de *Sonrisa Genuina* (HA_FELT), en cambio en los episodios de ruptura su probabilidad disminuye (ver figura 17). Dado que ninguna de las variables control explica varianza significativa de la variable dependiente, el modelo simplificado utilizado para la estimación del grafico es:

$$\eta_{ijk} = \gamma_{000} + \gamma_{010} * TIPOEPIS_{jk} + \gamma_{100} * FRAMES_P_{ijk} + \gamma_{110} * FRAMES_P_{ijk} * TIPOEPIS_{jk} + r_{0jk} + r_{00k}$$

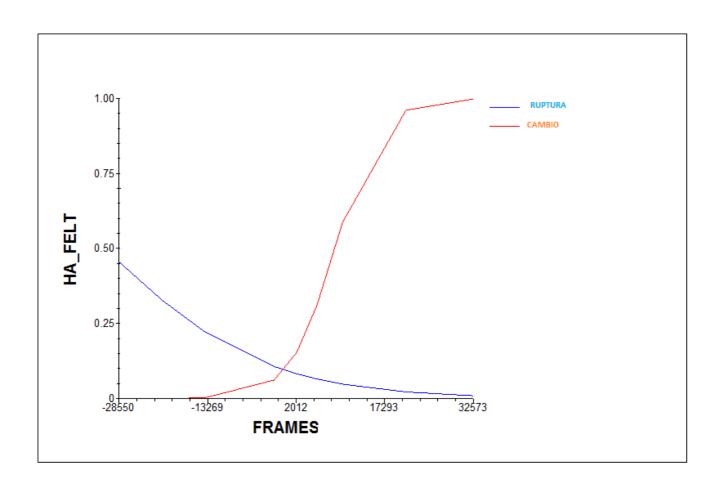


Figura 17.Diferencias de la probabilidad de *Sonrisa Genuina* (HA_FELT)en los pacientes según tipo de episodio durante el transcurso del episodio

A nivel de las sesiones (Nivel 3):

 En los pacientes no se observó variabilidad asociada a este nivel en la ocurrencia de emociones básicas. En el caso de la conducta facial regulatoria el número de sesión no dio cuenta de la variabilidad presentada por los Adaptadores.

A nivel de la psicoterapia (Nivel 4):

 Si bien se observó variabilidad a nivel de la psicoterapia, los predictores utilizados (Funcionamiento inicial y Resultados psicoterapéuticos) no dieron cuenta de esta variabilidad al analizar la conducta facial de los pacientes o sus significaciones estadísticas se pierden al estimar los modelos simplificados.

Los resultados para los **terapeutas**(ver tablas 36 y 38) indican que se presentaron diferencias significativas en la probabilidad de ocurrencia de las CEF regulatorias *Mirada* (GB) y *Adaptadores* según tipo de episodio (similar a lo encontrado en el paciente). Respecto de las emociones básicas, solo la probabilidad de *Tristeza* (SA) y *Asco*(DI) presentó diferencias significativas según tipo de episodio.

En el terapeuta

A nivel de los episodios (Nivel 1 y 2):

 Una vez controlado el efecto del éxito psicoterapéutico, la probabilidad de ocurrencia de la CEF regulatoria Mirada (GB) en el terapeuta y durante el transcurso del episodio, depende de su tipo. En los episodios de cambio aumenta la probabilidad de Mirada (GB) a medida que transcurre el episodio, alcanzando su probabilidad de ocurrencia en los episodios de ruptura, en los que se mantiene constante (ver Figura 18). Controlado el éxito de las psicoterapias, el modelo simplificado utilizado para la estimación del grafico es:

$$\eta_{ijk} = \gamma_{000} + \gamma_{001}*ICC_FINA_k + \gamma_{010}*TIPOEPIS_{jk} + \gamma_{100}*FRAMES_P_{ijk}$$
$$+ \gamma_{101}*FRAMES_P_{ijk}*ICC_FINA_k + \gamma_{110}*FRAMES_P_{ijk}*TIPOEPIS_{jk} + r_{0jk} + u_{00k}$$

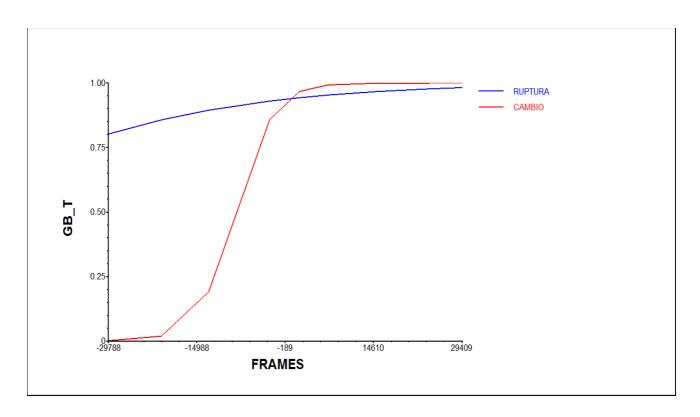


Figura 18.Diferencias de la probabilidad de *Mirada* (GB)en los terapeutas según tipo de episodio durante el transcurso del episodio

Una vez controladas las variables del nivel psicoterapia, la probabilidad de ocurrencia de los *Adaptadores* (AD) en el terapeuta durante el transcurso del episodio depende de su tipo. En los episodios de ruptura aumenta la probabilidad de *Adaptadores* (AD) a medida que transcurre el episodio y disminuye su probabilidad en los episodios de cambio (ver Figura 19)(resultados opuestos a los encontrados en el paciente). El modelo simplificado utilizado para la estimación del grafico es:

$$\eta_{ijk} = \gamma_{000} + \gamma_{001}*C_FUNCIO_k + \gamma_{002}*ICC_FINA_k + \gamma_{010}*TIPOEPIS_{jk}$$

$$\gamma_{100}*FRAMES_P_{ijk} + \gamma_{101}*FRAMES_P_{ijk}*C_FUNCIO_k + \gamma_{102}*FRAMES_P_{ijk}*ICC_FINA_k + \gamma_{110}*FR$$

$$AMES_P_{ijk}*TIPOEPIS_{jk} + r_{0jk} + u_{00k}$$

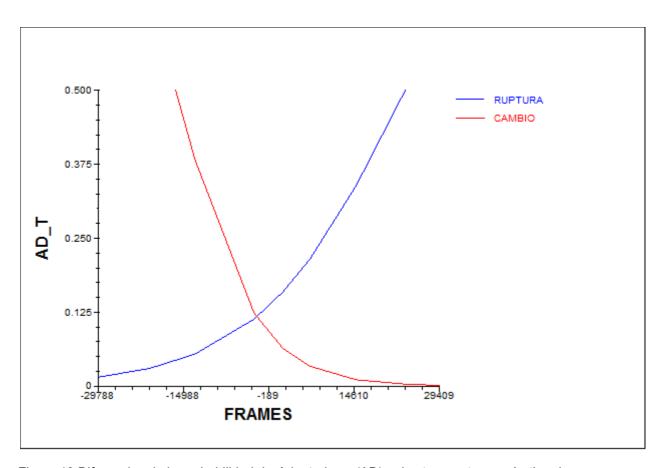


Figura 19.Diferencias de la probabilidad de *Adaptadores* (AD)en los terapeutas según tipo de episodio durante el transcurso del episodio

• Una vez controladas las variables del nivel psicoterapia, la probabilidad de ocurrencia de la emoción básica *Tristeza* (SA) en el terapeuta durante el transcurso del episodio depende de su tipo. En los episodios de ruptura aumenta la probabilidad de *Tristeza* (SA) a medida que transcurre el episodio y lo contrario ocurre en los episodios de cambio (ver Figura 20). El modelo simplificado utilizado para la estimación del grafico es:

$$\eta_{ijk} = \gamma_{000} + \gamma_{001}*ICC_FINA_k + \gamma_{010}*TIPOEPIS_{jk} + \gamma_{100}*FRAMES_P_{ijk}$$

$$+ \gamma_{110}*FRAMES_P_{ijk}*TIPOEPIS_{jk} + r_{0jk} + u_{00k}$$

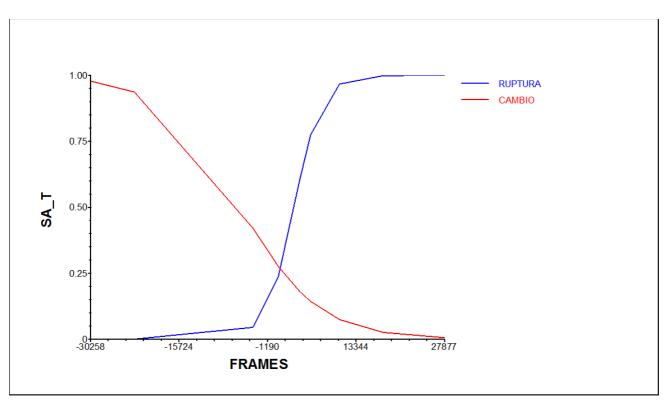


Figura 20.Diferencias de la probabilidad de *Tristeza* (SA) en los terapeutas según tipo de episodio durante el transcurso del episodio

• Al controlar por el nivel de funcionalidad del paciente previo al tratamiento, la probabilidad de la emoción básica Asco (DI) en el terapeuta durante el transcurso de los episodios es diferente según su tipo. En los episodios de cambio a medida que transcurre el episodio aumenta marcadamente la probabilidad de Asco (DI) en cambio en los episodios de ruptura su aumento es más limitado (ver figura 21). El modelo simplificado utilizado para la estimación del grafico es:

.
$$\eta_{ijk} = \gamma_{000} + \gamma_{001} * C_FUNCIO_k + \gamma_{010} * TIPOEPIS_{jk} + \gamma_{100} * FRAMES_P_{ijk}$$

+ $\gamma_{101} * FRAMES_P_{ijk} * C_FUNCIO_k + \gamma_{110} * FRAMES_P_{ijk} * TIPOEPIS_{jk} + r_{0jk} + u_{00k}$

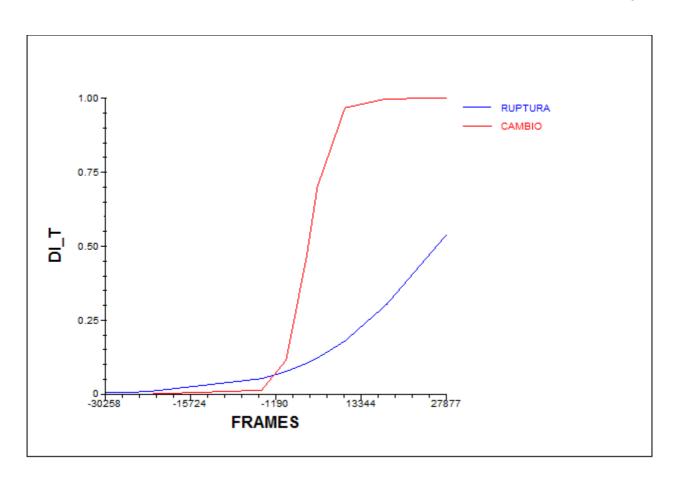


Figura 21. Diferencias de la probabilidad de *Asco*(DI) en los terapeutas según tipo de episodio durante el transcurso del episodio

A nivel de las sesiones (Nivel 3):

 En el terapeuta, solo la emociones básica Rabia (AN) y las emociones básicas Mixtas (BL), así como la CEF regulatoria Control (CTR) presentaron variabilidad significativa al modelarlas en el nivel sesión. Sin embargo, el numero de sesión en que se presentan los episodios dentro del transcurso del proceso no dieron cuenta de dicha variabilidad.

A nivel de la psicoterapia (Nivel 4):

- Las variables del nivel psicoterapia se asociaron con la probabilidad de ocurrencia de las CEF regulatorias del terapeuta y sus emociones básicas *Tristeza* (SA), *Asco*(DI) y *Desprecio* (CO).
- Durante el transcurso del episodio, la probabilidad de Mirada (GB) aumenta en las psicoterapias sin ICC, en cambio en aquellas que finalizan exitosamente (con ICC) su probabilidad va disminuyendo levemente (ver figura 22).
- Al re-estimar el modelo simplificado de la CEF regulatoria Control (CTR) las variables de este nivel pierden su significación.

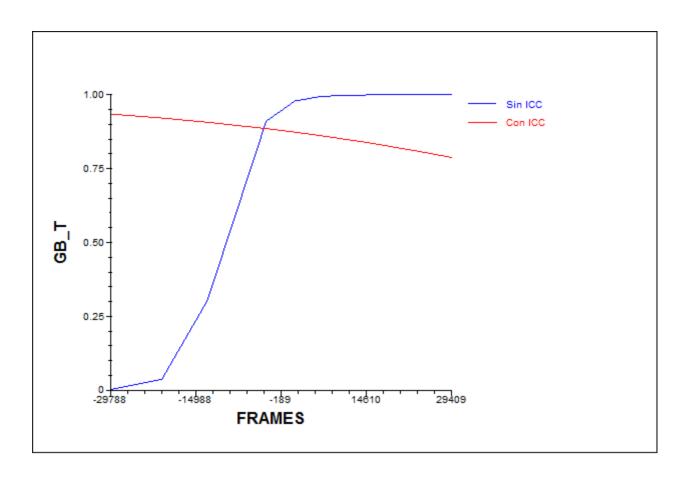


Figura 22. Diferencias de la probabilidad de *Mirada* (GB) en los terapeutas según tipo de episodio durante el transcurso del episodio

Durante el transcurso del episodio, la probabilidad de ocurrencia de la CEF regulatoria
 Adaptadores (AD) aumenta en las psicoterapias con ICC, en cambio en aquellas que no
 finalizan exitosamente (sin ICC) su probabilidad va disminuyendo durante el desarrollo del
 episodio (ver figura 23).

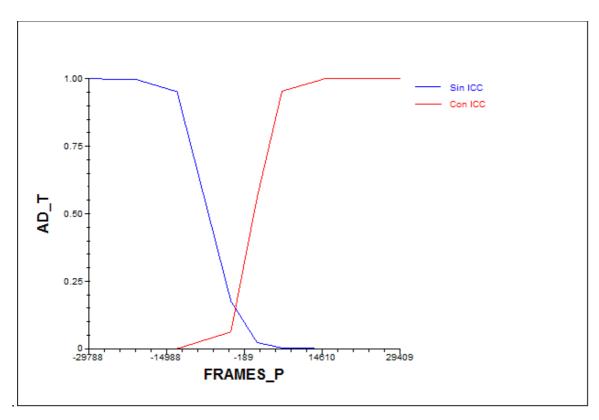


Figura 23. Diferencias de la probabilidad de *Adaptadores*(AD) en los terapeutas según ICC durante el transcurso de los episodios

 Al considerar la probabilidad de ocurrencia de Adaptadores (AD) en relación con el nivel de funcionalidad previo a la terapia, su probabilidad disminuye en la medida que transcurre el episodio en las psicoterapias que se inician en la población funcional, y aumenta durante su desarrollo en los episodios de la psicoterapia que se inicia en población disfuncional (ver figura 24).

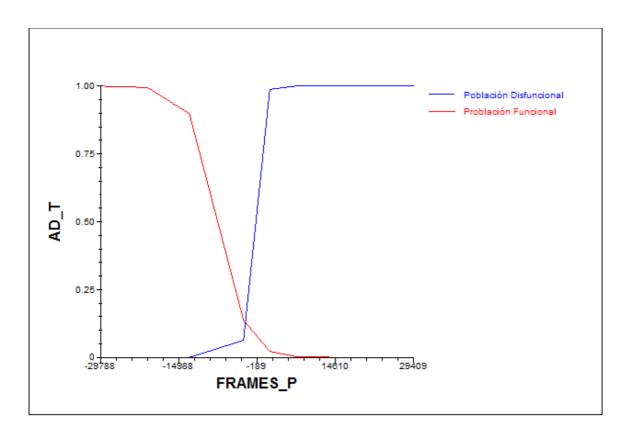


Figura 24.Diferencias de la probabilidad de *Adaptadores* (AD) en los terapeutas según nivel de funcionalidad de los pacientes al inicio de las terapias durante el transcurso del episodio

- Hay una mayor probabilidad de presentar la emoción básica *Tristeza* (SA) en las psicoterapias sin ICC que en aquellas que lo presentan (OR 0,04, 95%IC 0,00-0,34), al controlar las otras variables del modelo.
- Al considerar la probabilidad de la emoción básica Asco (DI) en función del nivel de funcionalidad de los pacientes al inicio de la terapia, los resultados indican que su probabilidad disminuye en la medida que transcurre el episodio en aquellas psicoterapias que se inician con pacientes dentro de la población funcional y aumenta en los episodios de la psicoterapia cuya paciente inicia su proceso dentro de la población disfuncional (ver figura 25).

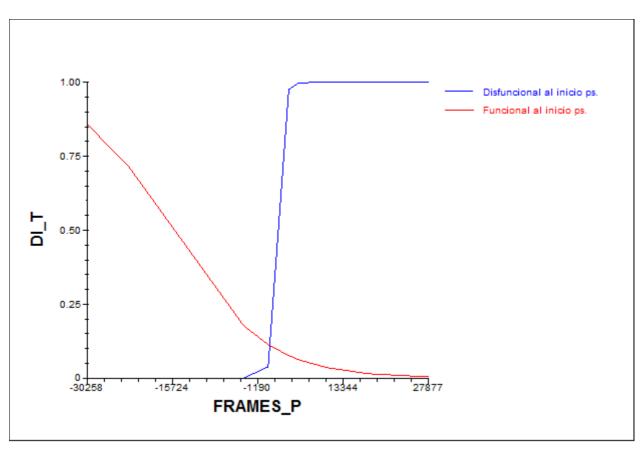


Figura 25.Diferencias de la probabilidad de *Asco*(DI) en los terapeutas según nivel de funcionalidad de los pacientes al inicio de la terapia durante el transcurso del episodio

 Hay una mayor probabilidad de presentar la emoción básica Desprecio (CO) en las psicoterapias que presentan ICC (OR 32,6, 95%IC 2,07-482,97) al controlar las otras variables del modelo.

Tabla 36. Modelos de Regresión HLM de la Conducta Facial Regulatoria de Pacientes y Terapeutas en Episodios de Cambio y Rupturaª

	Adaptador AD T	0		-28,23)	-1,54)	-115,01)	,	Ó	00.5	
	Adap AD	B OR (95%IC)	•	0,08 1,08 (0,04-28,23)	-3,47 0,03 (0,01-	1,66 5,26 (0,24-115,01)		-0,40	0000	0,00**
Terapeutas	Control CTR T	B OR (95%IC)		-3,57*** 0,03 (0,01-0,14)	0,17 1,18 (0,31-4,55)	0,94° 2,57 (1,01-6,55)	-0,02 0,97 (0,92-1,04)	-0,15	(00,1-14,0) 00,0	*00,00
	Mirada GB T	B OR (95%IC)		3,41** 30,25 (3,740-244,690)	-0,33 0,72 (0,06-8,85)	-1,0/ 0,34 (0,05-2,48)	'	0,05		00,00
	Adaptador AD P	B OR (95%IC)		-1,44* 0,24 (0,06-0,98)	ı	1	-0,02 0,97 (0,92-1,05)	-0,56		-0,00
Pacientes	Control CTR P	B OR (95%IC)	,	-3,69 0,02 (0,01-0,07)	3,03 (0,96-9,58)	-0,66 0,51 (0,25-1,07)	•	-0,36	(1-1, 1-1) (10, 10, 10, 10, 10, 10, 10, 10, 10, 10,	0,00
	Mirada GB P	B OR (95%IC)		0,46* 1,58 (1,00-2,49)	1	ı	1	0,63*		***00'0-
		Modelo	Intercepto π0 Intercepto β00 Intercepto γ000	Intercepto 80000	Inicial 80001	Cambio Confiable	δ0002 Sesión γ001 Intercepto δ0010	Tipo de Episodios β01 Intercepto γ010 Intercepto	Frame π 1 Intercepto β 10 γ 100	Intercepto -0,00***

1,00 (1,00-1,00) -0,00*** 0,99 (0,98-0,99) 0,00*** 1,00 (1,00-1,00)	ı	-0,00*** 0,99 (1,00-1,00)		3,25*** 0,00 1,64***
0,99 (0,99-1,00) 0,00* 1,00 (1,00-1,00) 0,00 1,00 (1,00-1,00)	-0,00 1,00 (1,00-1,00)	0,00 1,00 (1,00-1,00)		0,33*** 0,66*** 0,00
1,00 (1,00-1,00) -0,00 0,99 (0,99-1,00) -0,00*** 0,99 (1,00-1,00)	ı	-0,00*** 1,00 (1,00-1,00)		0,55*** 0,00 0,75***
0,99 (1,00-1,00)	0,00 1,00 (1,00-1,00)	0,00*** 1,00 (1,00-1,00)		1,11*** 1,19*** 0,00
1,00 (1,00-1,00) -0,00 0,99 (0,99-1,00) -0,00 0,99 (1,00-1,00)	ı	0,00 1,00 (1,00-1,00)		0,47*** 0,00 0,05*
δ1000 0,99 (1,00-1,00) Funcionamiento Inicial δ1001 Cambio Confiable δ1002	Sesión γ101 Interceptoδ1010 -	pisodio bto 1/10 -0,00 0,99 (1,00-1,00)	idad	Nivel 2 (r0) 0.58*** Nivel 3 (u00) 0,00 Nivel 4 (v000) 0.00
Funciona Inicia Cambio Confiable	Sesic	Tipo Episodio β11 Intercepto γ110 Intercepto δ1100	Variabilidad	Nivel Nivel

Nota: ^aTamaño muestral Nivel-1: 6795 turnos de palabra, Nivel-2: 50 episodios, Nivel-3: 39 sesiones, Nivel-4: 5 Terapias. Variables Dicotómicas no centradas. Variable Orden centrada a nivel del promedio de los episodios y Variable Sesión centrada a nivel de Gran Promedio.
*** p < 0,001, ** p < 0,001, * p < 0,05

Tabla 37. Modelos de Regresión HLM de los Emociones básicas de Pacientes en Episodios de Cambio y Rupturaª

	lra (AN)	Tristeza (SA)	Asco (DI)	Alegría (HA)	Desprecio (CO)	Mixtas BLD	Sonrisa Social SSM	Sonrisa HA F
Modelo	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%
Intercepto π0 Intercepto β00 Intercepto γ000								
Intercepto 80000 Funcionamiento Inicial 80001	-3,24*** 0,04 (0,01-0,25) -	-2,81** 0,06 (0,02-0,24) -	-3,20*** 0,04 (0,01-0,21) 0,83 2,29 (0,36-14,73)	1.08 2,95 (0,67-13,05) -1,33 0,26 (0,05-1,43)	-1.67*** 0,19 (0,09-0,40) -	-2,42*** 0,09(0,04-0,21) -	-0,63 0,53 (0,15-1,91) 0,15 (0,0	-1,87*** 0,15 (0,0
Cambio Confiable 80002	0,85 2,35 (0,16-35,58)	1	-1,09 0,33 (0,07-1,61)		ı		1	1
Sesión γ001 Intercepto δ0010	•		ı	ı	•	ı	-0,00 0,99 (0,94-1,04)	1
Tipo de Episodios β01 Intercepto γ010 Intercepto	0,29	-0,47	*41,1	-0,56	0,49	-0,00	-0,39	-0,70
δ0100 Frameπ1 Intercepto β10	1,34 (0,56-3,20)	0,62 (0,11-3,57)	3.12 (1,29-7,52)	0,57 (0,25-1,29)	1,64 (0,70-3,81)	0,98 (0,38-2,49)	0,98 (0,38-2,49) 0,67 (0,28-1,64) 0,49 (0,	0,49 (0,1
Intercepto $\gamma 100$ Intercepto $\delta 1000$	-0,00 1,00 (1,00-1,00)	0,00 1,00 (1,00-1,00)		-0,00 0,99 (0,99-1,00)	-0,00 0,99 (1,00-1,00)	-0,00 0,99 (1,00-1,00)	-0,00 0,99 (1,00-1,00) 1,00 (1,00-1,00) 0,99 (1,0	-0,00 0,99 (1,0
Funcionamiento Inicial 81001 Cambio	-0,06*	1 1		0,00 1,00 (0,99-1,00) -0,00		1 1		1 1
							80	

Confiable §1002 0,99 (1,00-1,00)	0,99 (1,00-1,00)		1,00 (1,00-1,00)	0,99 (1,00-1,00)				
Sesión γ 101 Intercepto δ 1010	ı	ı	ı	ı	ı		-0,00	·
Tipo Episodio							(00,1-00,1) 66,0	
Intercepto γ110 Intercepto δ1100	-0,00 0,99 (1,00-1,00)	-0,00 0,99 (1,00-1,00)	-0,00 0,99 (1,00-1,00)	0,00*** 1,00 (1,00-1,00)	-0,00 0,99 (1,00-1,00)	-0,00 0,99 (1,00-1,00)	-0,00 0,99 (1,00-1,00) 1,00 (1,00-1,00) 1,00 (1,0	0,00*** 1,00 (1,0
Variabilidad								
Nivel 2 (r0) 1.13*** Nivel 3 (u00) 0.00	1.13***	2,54*** 0,88	1.27*** 0.00	1,67*** 0,00	0,83***	0,67***	0,22*** 2	2,28***
Nivel 4 (v000)	1,39***	0,00	0,27**	0,19**	0,05	0,12		00,

Nota: "Tamaño muestral Nivel-1: 987 turnos de palabra, Nivel-2: 53 episodios, Nivel-3: 42 sesiones, Nivel-4: 5 Terapias. Variables Dicotómicas no centradas. Variable Orden centrada a nivel del promedio de los episodios y Variable Sesión centrada a nivel de Gran Promedio.
*** p < 0,001, ** p < 0,001, ** p < 0,05

Tabla 38. Modelos de Regresión HLM de los Emociones básicas de Terapeutas en Episodios de Cambio y Rupturaª

	lra (AN)	Tristeza (SA)	Asco (DI)	Alegría (HA)	Desprecio (CO)	Mixtas (BLD)	Sonrisa Social (SSM)	Sonrisa (HA
Modelo Intercepto π0 Intercepto B00	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95
Intercepto γ000 Intercepto δ0000 Funcionamiento	-4,93*** 0,85 (0,01-0,05) 0,50	0,42 1,53 (0,18-13,32) -0,63		-0,85 0,42 (0,12-1,48) -	-5,18*** 0,00 (0,01-0,06) -	-4,13** 0,01(0,00-0,84) -	-2,13*** 0,11 (0,04-0,32) 0,17 (0	-1,74* 0,17 (0
Inicial 80001 Cambio Confiable 80002	1,65 (0,17-16,18) 1,39 4,05 (0,71-22,96)	0,53 (0,04-7,34) -3,32** 0,04 (0,00-0,34)	3,28 (0,38-27,96) 2,21 9,11 (1,19-37,86)	•	3,45* 31.6 (2,07,482,97)	ı	•	
Sesión γ001 Intercepto δ0010	ı	1	ı	1	ı	-0,03 0,97 (0,86-1.09)	1	
Tipo de Episodios β01 Intercepto γ010 Intercepto δ0100	1,12 3,07 (0,82-11,54)	0,54 1,71 (0,49-5,94)	0,25 1,29 (0,51-3,29)	-0,19 0,83 (0,19-3,59)	0,15 1,17 (0,36-3,85)	1,70 5,47 (0,86-34,82)	0,04 1,03 (0,29-3,72) 1,00 (1	0,00 1,00 (1
Frame π 1 Intercepto β 10 Intercepto γ 100 Intercepto δ 1000 Funcionamiento Inicial δ 1001	-0,00 0,99 (0,99-1,00) 0,-00 1,00 (0,99-1.02)	0,00** 1,00 (1,00-1,00) -0,00 0,99 (0,99-1,00)	0,00 1,00 (1,00-1,00) -0,00* 0,99 (0,99-1,00)	0,00** 1,00 (1,00-1,00)	-0,00 0,99 (0,99-1,00) -	0,00* 1.00 (1,00-1,00)	0,00 1,00 (1,00-1,00) 0,99 (1	-0,00 0,99 (1
							;	

101 51010 - dio 110 0,00 1,00 (1,00-1,00)	1	ı				
0,00 1,00 (1,00-1,00)			ı	1	0,00	ı
0,00 1,00 (1,00-1,00)					(00,1-00,1-)	
(0), (1)	-0,00* n 99 /n 99-1 nn)	0,00*	-0,00	0,00	-0,00	-0,00 -0,00 -0,99 (1,00-1,00,0)
Variabilidad		(0), (-0), (-), (-0), (-)	(0):100:0	(0);		
60 0 (0)	7 53***	***Z U		0.94***	00 0	141**
(z) *	00;	0,10	0,67	0,00	2,07***	0,08 0,54
	0,55**	0,11*	0,16	0,81*	0,00	

Nota: ^aTamaño muestral Nivel-1: 767 turnos de palabra, Nivel-2: 48 episodios, Nivel-3: 37 sesiones, Nivel-4: 5 Terapias. Variables Dicotómicas no centradas. Variable Orden centrada a nivel del promedio de los episodios y Variable Sesión centrada a nivel de Gran Promedio.

(z) Modelo no converge al incorporar sesión como predictor en este nivel.

*** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05

Objetivo II. Establecimiento de la asociación entre las características de la expresión discursiva y vocal de la regulación de la díada paciente-terapeuta en episodios de cambio y en episodios de ruptura de la alianza terapéutica.

2.1 Desarrollo de un Modelo de Análisis: "Modelo Virginia"

En este modelo de análisis, el punto de referencia siempre es el discurso, entendiendo este como la dimensión explícita de la regulación con el otro y que permite comprender el sentido de las dimensiones implícitas y no-verbales de esta actividad. El modelo Virginia considera dos niveles. El primero, corresponde al *macro-análisis* de los perfiles de expresión no verbal de cada posición subjetiva en cada uno de los miembros de la díada terapéutica. El segundo, corresponde al *microanálisis* de la función regulatoria, momento a momento, de la manifestación combinada de las expresiones discursiva-vocal, y discursiva-facial respectivamente en la interacción paciente-terapeuta en episodios relevantes del proceso psicoterapéutico.

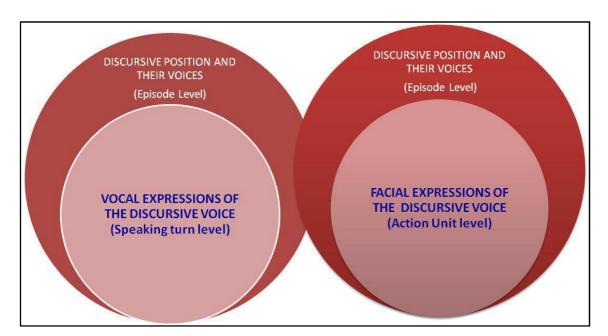


Figura 26. Modelo Virginia

Para el caso específico de la asociación discurso-voz, el modelo macro-analíticamente busca responder preguntas como las siguientes:

- ¿Cómo habla una determinada posición subjetiva en términos sonoros?
- ¿Esta posición subjetiva presenta un perfil sonoro que la distingue de otras posiciones?
- ¿Suena diferente de acuerdo al contexto terapéutico tipo de episodio- en que es enunciada?
- ¿De qué manera estas diferencias cumplen una función regulatoria?

A continuación se presenta una ilustración de la aplicación de este modelo con la asociación discurso-voz a un episodio relevante tomado de la terapia 1. Específicamente el episodio corresponde a una ruptura de confrontación en la 4ª sesión.

El episodio está compuesto por 12 turnos de palabra y tiene una duración de 90 segundos. El tópico de la ruptura son las dudas de la paciente acerca de los efectos que está teniendo la terapia en ella. En la figura 27 se presenta el análisis dialógico de las voces discursivas y posiciones subjetivas de paciente y terapeuta en el episodio de ruptura. Este análisis corresponde al primer paso del macro-análisis del Modelo Virginia. Este paso permite determinar el punto de referencia que quiará la aplicación del modelo. En esta etapa podemos identificar la cadena dialógica que van conformando las posiciones y voces de los participantes durante el episodio. En este caso, en el comienzo del episodio podemos ver la secuencia de la voz indagadora de la terapeuta, seguida por la voz provocativa de la paciente. Cuando esta última voz habla, la terapeuta escucha desde la posición subjetiva la propositiva. En el siguiente turno, la terapeuta le pregunta a la paciente con la voz indagadora y la paciente escucha desde la posición la niñita necesitada. Luego, la paciente habla con la voz de niña mimada (regalona) y la terapeuta la escucha desde la posición propositiva. En el siguiente turno la terapeuta continúa hablando con la voz indagadora y escuchando desde la posición propositiva, mientras que la paciente muestra un cambio en su habla y escucha, desde la posición de la niña necesitada a la posición de la empoderada. Finalmente, en el último turno, la paciente oscila entre las posiciones de la niña necesitada y la empoderada, pero lo central es que la terapeuta, que se ha mantenido hablando y escuchando desde la posición subjetiva la propositiva, cambia a la posición Impositiva (directiva).

PD TERAPEUTA	PDPACIENTE	TEXTO
Indagadora		T: bueno cualquier cosa que t≥ hayas quedado pensando o sintiendo en relación a la a la reunión pasada — qué — si hay algo
La Propositiva	Provocativa	P: mal llegue mal al trabajo
Indagadora	La niñita necesitada	T: qué pasó – qué + te: + hizo mal?
La Propositiva	Niña mimada	P: + ece + no sé no sé qué pero de hecho me quería puro ir a la casa todos se dieron cuenta de hecho hoy día me levante súper extraña (llora) y toda la semana he andado como súper llorona
Indadadora	La niña necesitada	T: y crees que tiene que ver con venir para acá?
La Propositiva	Niña mimada	P: no sé de hecho como que no quería venir
La Propositiva	Asertiva / Ejecutiva	aparte que en el trabajo me hicieron ene de atados porque me dicen que no puedo seguir llegando tan tarde al trabajo todos los viernes
La Propositiva	La Empoderada	T: ya
La Propositiva	Niña mimada	P: pero el viernes que me fui de acállegue súper mal al trabajo
Impositiva	La niña necesitada	T: o sea hay tanto como problemas como externos relativos a venir para acá pero también una sensación tuya de que el venir para acá te puede hacer sentir más mal
La Directiva	Asertiva <i>l</i> Ejecutiva	P: sí o sea hoy día en la mañana decía 'ya no para qué voy a ir no no voy a ir '
La Directiva	La Empoderada	T: m-hm
La Directiva	Niña Mimada	P: eee y mi mamá 'pucha Bárbara si ya empezaste termina' me dijo 'no, para qué lo vas a dejar' yo le decía 'es que no quiero no quiero porque al final me ha estado trayendo conflictos en el trabajo'

Figura 27. Posiciones Subjetivas y Voces Discursivas en Episodio de Ruptura en la Terapia 1

En la figura 28, se presenta el análisis dialógico de la secuencia de las asociaciones entre voces discursivas y los Patrones de Cualidad Vocal (PCV o VQP) en el episodio de ruptura descrito más arriba. Este análisis constituye el segundo paso de la etapa de macro-análisis del Modelo Virginia y busca identificar los patrones sonoros asociados a las voces discursivas, para posteriormente establecer el perfil sonoro de las diferentes posiciones subjetivas de paciente y terapeuta. En este caso, en la figura se muestra que en el comienzo del episodio podemos ver la secuencia en que la voz indagadora de la terapeuta habla con el PCV conectado seguido por la voz provocativa de la paciente que habla con el PCV afirmativo. Luego la voz indagadora de la terapeuta parece sintonizar con la voz provocativa de la paciente utilizando el PCV afirmativo en la pregunta del siguiente turno. En la respuesta de voz niña mimada podemos observar algunos esfuerzos de la paciente para regular la expresión vocal de emociones con una combinación de PCV reporte y PCV emocional-contenido. En el siguiente segmento, la terapeuta regresa con la voz indagadora hablando con el PCV conectado que refleja una apertura hacia el otro, mientras que la paciente sigue luchando con sus emociones a través del uso exclusivo del PCV emocional-contenido, ya sea con la voz niña mimada o bien con la voz asertiva/ejecutiva. Finalmente, en el segmento que representa el núcleo de la ruptura, se observa un cambio en el patrón de voz tanto en la paciente como en la terapeuta. En el caso de la paciente el cambio va desde el control emocional (PCV emocional-contenido) expresado por la combinación de voces discursivas niña mimada y asertiva/ejecutiva a la certeza y convicción del PCV afirmativo. Y en la terapeuta, hablando con la voz impositiva, vemos un cambio desde la apertura al otro (PCV conectado), hacia la certeza y convicción del PCV afirmativo. Con esto, ambas participantes terminan el episodio hablando con la misma certeza y convicción, pero desde cada una desde sus posiciones subjetivas.

tol	VQP	VOZ DISCURSIVA	ТЕХТО
Γ	CONECTADO	INDAGADORA	Well anything that you continued to think about or to feel in relation to the to the last meeting—what - if anything
P	AFIRMATIVO	PROVOCATIVA	bad, I came to work feeling bad
Т	AFIRMATIVO	INDAGADORA	What happened - what made you feel bad?
Þ	REPORTE	NIÑA MIMADA	eeer I don't know, I don't know what, but in fact I just wanted to go home everybody realized,
P	E-CONTENIDO	NIÑA MIMADA	in fact I woke up feeling super strange today and I have been kind of super weepy all week
Τ	CONECTADO	INDAGADORA	And do you think it has something to do with coming here?
₽	E-CONTENIDO	NIÑA MIMADA	I don't know, in fact I kind of didn't wantto come,
)	E-CONTENIDO	ASERTIVA/EJECUTIVA	besides at work they made a lot of fuss because they say I cannot keep coming to work so late every Friday
Г	PAUSALLENA		Sure
>	E-CONTENIDO	NIÑA MIMADA	: But on that Friday when I went from here, I arrived to work feeling superbad
Г	CONECTADO	MPOSITIVA.	that is, there are sort of external issues related to coming here but also a feeling of yours that the fact of coming here
Τ	AFIRMATIVO	MPOSITIVA	can make you feel even worse
P	AFIR M ATIVO	ASERTIVA/EJECUTIVA	yes, I mean today in the morning I was saying 'not anymore, why should go, no I will not go'
Т	PAUSALLENA		m-hm
P	E-CONTENIDO	NIÑA MIMADA	eeer and my mother but Barbara if you started, finish it stre said no, who
P	AFIRMATIVO	NIÑA MIMADA	"I don't want to I don't want to, because in the end it has been causing me trouble at work"

Figura 28. Secuencia Discurso-Voz en Episodio de Ruptura Terapia 1

El siguiente paso del macro-análisis de la aplicación del Modelo Virginia es la caracterización de los patrones sonoros de cada una de las voces discursivas de terapeuta y paciente que participan en un determinado episodio. Así, en la figura 29 se ilustra los patrones sonoros de las voces discursivas empleadas por los participantes en el episodio de ruptura analizado.

Esta etapa del análisis permite explorar la relación regulatoria entre las voces discursivas y las maneras en que son expresadas a través de patrones de cualidad vocal. Con esto no sólo estamos mirando una de las maneras en que se regulan paciente y terapeuta durante su interacción, sino también la función regulatoria mutua entre aspectos verbales y no verbales de tal interacción. Por ejemplo, en la figura 34 podemos apreciar que la *voz indagadora* de la terapeuta es expresada más frecuentemente con el PCV *conectado*, mientras que su *voz impositiva* es expresada con frecuencia similar con los PCV *conectado* y *afirmativo*. Por su parte, la *voz niña mimada* de la paciente es expresada en este episodio con mayor frecuencia con el PCV *emocional-contenido*,

mientras que sus voces *provocativa y asertiva/ejecutiva* son expresadas más frecuentemente con el PCV *afirmativo*. Así, en conjunto es posible hipotetizar, en el caso de este episodio, una relación de consistencia y refuerzo mutuo entre las voces discursivas y las sonoras.

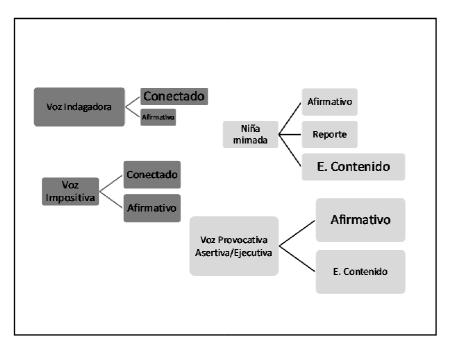


Figura 29. Patrones Sonoros de las Voces Discursivas de Paciente y Terapeuta en el Episodio de Ruptura de la Terapia 1

Los pasos analíticos anteriores han sido ilustrados solo con un caso. Para la realización del siguiente y último paso de la etapa macro-analítica del Modelo Virginia se requiere un acumulado de datos provenientes de la aplicación de los pasos anteriores a muchos episodios relevantes de distinto tipo. Este último paso pretende establecer de manera anidada los perfiles de las formas de expresión discursiva y sonora de las diferentes posiciones subjetivas de los participantes y sus variaciones comportamentales en los diversos episodios relevantes de un proceso psicoterapéutico determinado. En la figura 30 se presenta un modelo conceptual del perfil sonoro de las posiciones subjetivas. Este modelo plantea conceptualmente que en el conjunto de episodios relevantes de un determinado tipo (ruptura, cambio, estancamiento o resolución) que forman parte de un proceso terapéutico cualquiera, se puede determinar la distribución porcentual de las voces discursivas que expresan verbalmente una posición subjetiva dada de un participante. A su vez, para cada una de esas voces discursivas se puede establecer la distribución porcentual de los PCV que las expresan sonoramente (patrones sonoros). Por lo tanto, el perfil sonoro de esa posición subjetiva dada consiste en una síntesis en la que se deja entre paréntesis el carácter mediador de las voces discursivas, cuyos patrones sonoros particulares pasan a representar el perfil sonoro de dicha posición subjetiva para un determinado conjunto de episodios relevantes.

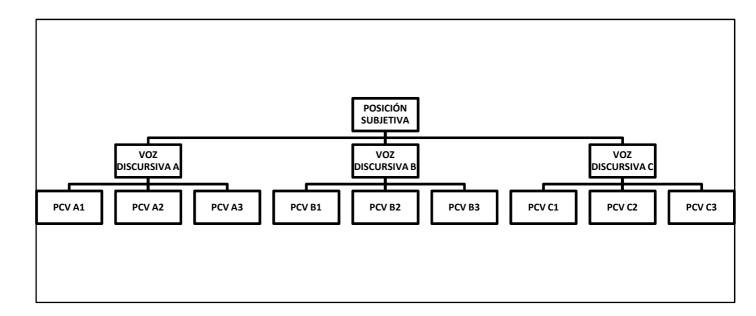


Figura 30. Modelo Conceptual del Perfil Sonoro de la Posiciones Subjetivas

Como se dijo más arriba, la segunda parte del *Modelo Virginia*, corresponde al microanálisis de la función regulatoria, momento a momento, de la manifestación combinada de las expresiones discursiva-vocal, y discursiva-facial respectivamente en la interacción paciente-terapeuta en episodios relevantes del proceso psicoterapéutico.

En este punto es importante señalar que la diferencia entre ambos niveles de análisis del modelo es la inclusión en el nivel micro de la *dimensión temporal*. Si en el nivel de macro-análisis lo que se busca es una fotografía de los aspectos sonoros y faciales de las posiciones subjetivas de los participantes, en el nivel de micro-análisis se busca capturar el movimiento, las trayectorias, las secuencias, etc., a la manera de una película que permita responder a preguntas tales como:

- ¿Cómo varía la relación entre una determinada posición subjetiva, sus voces discursivas
 y la sonoridad asociada a ellas a través del tiempo?
- ¿Cómo varía la relación entre una determinada voz discursiva y sus patrones sonoros de acuerdo a la voz discursiva y su patrón sonoro en el interlocutor durante un particular momento terapéutico?
- Respecto de las variaciones de la relación entre voces discursivas y sonoridad ¿Cuáles serían sus funciones regulatorias?

Para abordar estas preguntas se ha explorado una metodología estadística específica para el estudio de relaciones espacio-temporales entre variables. Este método es la **StateSpaceGrid** (SSG), una herramienta gráfica (software) basada en los planteamientos de los sistemas dinámicos no lineales. Su concepción a la base es que los fenómenos que implican dos variables que ocurren sincrónica o diacrónicamente, se organizan en un espacio en el que se pueden identificar un número limitados de estados (patrones –que pueden constituir atractores o repelentes -). Estos patrones/estados se caracterizan por la multiestabilidad (es decir, presentan múltiples posibilidades de organización en el espacio/tiempo), por la autorganización (es decir, su organización es emergente, no es determinada por una organización previa sino por la interacción entre las variables) y por la variabilidad y las transiciones de fase (es decir, los cambios de un estado a otro mediados por períodos de alta variabilidad).

En este sentido, la aplicación del SSG para el análisis de patrones discurso-voz o discurso-facial permite estudiar la particular manera de organización emergente de estos patrones/estados en un proceso psicoterapéutico y las formas como estas organizaciones varían a lo largo de este proceso.

2.2 Resultados Asociación Discurso-Voz

2.2.1 Procedimiento

Para dar cuenta de esta asociación, se parearon los resultados independientes obtenidos en los análisis de discurso y PCV a nivel de turno de palabra dentro de cada episodio analizado. En el caso que los turnos de palabra presentaran más de un segmento se determinó –vía interfaz humana- la correspondencia de las categorías de discurso y voz, utilizando para ello el verbatim del episodio, creándose los segmentos que se consideraran necesarios para representar en forma adecuada el cruce de ambas variables.

Para esta análisis se consideraron **153 episodios** que contaran con la codificación de Posiciones Discursivas (PD) y PCV: 45 episodios identificados en las primeras 20 sesiones de la psicoterapia 1; 16 episodios relevantes identificados de 11 sesiones de la psicoterapia 3; 37 episodios identificados de 31 sesiones de la psicoterapia 4; 45 episodios identificados en 15 sesiones de la psicoterapia 5; y 10 episodios de 19 sesiones de la psicoterapia 6.

Una vez construida la base de datos conjunta, esta fue importada al software State Space Grid (SSG). El SSG permitió analizar en forma conjunta los datos correspondientes al comportamiento de paciente y terapeuta durante el transcurso de los episodios (ver Figura 31). Tal como se aprecia visualmente, el SSG representa –en este caso, en el eje X- las categorías de las Posiciones Discursivas de Paciente y Terapeuta y los PCV (en el eje Y). En cada cuadrante del SSG, los

puntos cuantifican las veces (eventos³) y/o visitas⁴de una determinada interacción PD-PCV de paciente o terapeuta, lo que permite identificar *atractores* durante los episodios de cambio y/o ruptura analizados. Dada la naturaleza de la codificación realizada a nivel de turno de palabra, se consideró que el índice de visitas sería el más adecuado para el análisis del presente estudio.

Además, el SSG estima otros índices de los cuales se consideró relevante el "Return Time Visits (RTV)" que indica para cada celdilla analizada, cuantas celdillas diferentes a ésta se recorren antes de volver a la inicial. Así, los valores más pequeños indican que esa celdilla opera como fuerte atractor, ya que si durante el transcurso de una trayectoria, se visita una determinada celdilla y una vez que se sale de ésta, la trayectoria recorre un número menor de celdillas antes de retornar a la inicial.

Los datos producidos por el SSG fueron exportados y analizados posteriormente empleando el paquete estadístico SSPS-17.

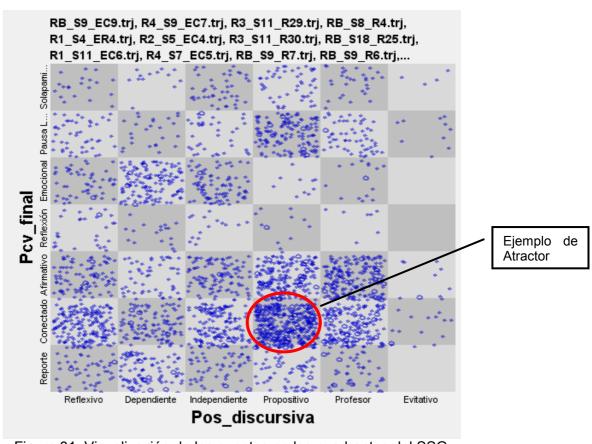


Figura 31. Visualización de los eventos en los cuadrantes del SSG

³Un **evento** es un episodio que ocupa una celda en particular que tiene un inicio y final. Corresponde a la codificación realizada en un turno de palabra durante el episodio. Esta forma de contabilizar considera cómo diferentes dos eventos consecutivos ubicados en una misma celda.

⁴ Se considera que una celda **es visitada** en la secuencia de eventos, si se ingresa a celda y sale de ésta. Así, cuando dos eventos consecutivos acontecen en la misma celda SOLO se cuenta una Visita.

91

Adicionalmente, considerando que cada uno de los episodios (llamados trayectorias en el SSG) es de diferente duración, se creó un **índice de visitas ajustadas**, dividiendo el número de visitas de cada celda en cada trayectoria por el número total de visitas de dicha trayectoria. Se siguió este procedimiento con el propósito de hacer comparables los valores de las celdillas, independiente del largo de la trayectoria de cada episodio.

2.2.2 Estrategias de Regulación Discurso-Voz: Identificación y Análisis de Atractores

Para la definición de *estrategias de regulación discurso-voz*, se procedió a la identificación de *atractores* (estados particularmente constantes, que atraen una trayectoria determinada y a los que esta retorna una y otra vez). Se optó por determinar *atractores* tomando como referente cada posición discursiva⁵ (eje X de la grid), y utilizando para ello el **índice de visitas ajustado** por la duración de los episodios (y/o trayectorias).

Para la identificación de *atractores* se estableció, en primer lugar, un criterio teórico considerando las definiciones de las posiciones discursivas y los PCV, junto con los resultados de los análisis independientes de estas categorías (presentados previamente en este informe, ver objetivo 1). Basado en estos, se esperó que para el caso de los pacientes, las estrategias regulatorias discurso-voz fueran tres: *Posición discursiva Reflexivo/a con el PCV Conectado*; *Posición Dependiente con los PCV Emocional expresivo y/o contenido (PCV emocional en conjunto)*, y *Posición discursiva Independiente con el PCV Afirmativo*. En el caso de los terapeutas, se esperó que las estrategias regulatorias discurso-voz fueran dos: *Posición discursiva Propositiva con los PCV Conectado y Afirmativo*; y *Posición Profesor con PCV Afirmativo*.

Para determinar si cada una de las Posiciones Discursivas emplean preferentemente uno o más de los PCV hipotetizados (atractor), se comparó el promedio del **índice de visitas ajustados** de cada celdilla correspondiente a dicha estrategia de regulación discurso-voz (cinco columnas correspondientes a las posiciones discursivas de pacientes y terapeutas asociadas a cada uno de los siete PCVs) para el conjunto de los episodios (independiente si se tratasen de cambio o ruptura) por medio de un ANOVA intrasujeto. Posteriormente se realizaron contrastes específicos para comparar entre sí combinaciones de cada posición discursiva con PCV. Los resultados se presentan en las tablas 39 y 40.

-

⁵No se analizó la posición discursiva evitatitva en detalle dado que esta se presenta en solo dos de las terapias analizadas. Sin embargo, fue incluida en los datos para dar cuenta en forma más adecuada de la asociación discurso-voz.

Tabla 39.Comparación de Índice de visitas ajustado para cada una de las

combinaciones posición discursiva con PCV en pacientes.

Posición Discursiva	PCV	M	DS	р
Reflexivo ^a	Reporte	0,02	0,05	,001
	Conectado	0,07	0,09	-
	Afirmativo	0,03	0,06	,001
	Reflexión	0,01	0,03	,001
	Emocional	0,02	0,04	,001
	Pausa Llena	0,02	0,05	,001
	Solapamiento	0,01	0,02	,001
Dependiente ^b	Reporte	0,04	0,10	,92
'	Conectado	0,04	0,07	,30
	Afirmativo	0,02	0,05	,001
	Reflexión	0,01	0,03	,001
	Emocional	0,05	0,09	-
	Pausa Llena	0,01	0,03	,001
	Solapamiento	0,00	0,02	,001
Independiente ^c	Reporte	0,02	0,07	,01
	Conectado	0,05	0,06	,16
	Afirmativo	0,04	0,08	-
	Reflexión	0,01	0,02	,001
	Emocional	0,03	0,06	,22
	Pausa Llena	0,02	0,10	,11
	Solapamiento	0,01	0,30	,00

Nota: PCV en negrita corresponde a los atractores hipotetizados teóricamente, mientras que los en cursivas corresponden a los emergentes empíricamente. N= 153 episodios.

Los resultados indican que en el caso de los pacientes (ver Tabla 39 y Figura 32):

- La posición discursiva El/La reflexivo/a, presenta diferencias estadísticamente significativas en el promedio de visitas al considerar las diferentes celdillas que denotan su asociación con los diferentes PCVs, F (3,7; 569)= 28,06; p < 0,001, (valor ajustado por corrección Greenhouse-Geisser). Específicamente, al analizar si la celdilla posición discursiva Reflexivo-PCV Conectado(estrategia de regulación discurso-voz) se utiliza prioritariamente por sobre las otras combinaciones, los resultados indican que esta recibe más visitas (p < 0,001 en cada contraste especifico), alcanzando un promedio de 0,07 visitas ajustadas según el largo de la trayectoria, en comparación con las otras celdillas cuyo promedio de visitas no supera el valor 0,03.</p>
- En el caso de la *posición discursiva El/La Dependiente*, se observan diferencias estadísticamente significativas en el promedio de visitas entre las diferentes celdillas que

^aComparaciones específicas, Reflexivo-Conectados v/s otras. ^bComparaciones específicas, Dependiente-Emocional v/s otras. ^cComparaciones específicas Independiente-Afirmativo v/s otras.

denotan el uso de esta posición de los diferentes PCVs, F (3,4; 509)= 12,91; p < 0,001(valor ajustado por corrección Greenhouse-Geisser). Específicamente, al analizar si la celdilla *posición discursiva Dependiente-PCV Emocional* (M= 0,05, DS= 0,09) se utiliza prioritariamente por sobre las otras combinaciones, los resultados indican que esta celdilla recibe en promedio más visitas que las combinaciones posición discursiva Dependiente-PCV Afirmativo, Dependiente-PCV Reflexión, Dependiente-Pausa Llena, Dependiente-Solapamiento (p < 0,001). Sin embargo, no se diferencia en el promedio de visitas a las celdillas posición discursiva Dependiente-PCV Reporte(M= 0,04, DS= 0,10) y posición Dependiente-PCV Conectado (M= 0,04, DS 0,07).

• En el caso de la *posición discursiva El/La Independiente*, hay diferencias significativas en el promedio del índice de visitas ajustados entre las diferentes celdillas que denotan el uso de los diferentes PCV, F (3,91; 593)= 9,44; p < 0,001, valor ajustado por corrección Greenhouse-Geisser). Específicamente al analizar si la celdilla posición discursiva Independiente- PCV Afirmativo (M= 0,04, DS= 0,08) se utiliza prioritariamente por sobre las otras combinaciones, los resultados indican que esta celdilla recibe en promedio más visitas que las combinaciones posición Independiente- PCV Reporte, posición Independiente- PCV Reflexión, y posición Independiente- PCV Conectado (M= 0,05, DS= 0,06), posición Independiente- PCV Emocional (M= 0,03, DS= 0,06), y posición Independiente-Pausa-Llena (M= 0,02, DS 0,10).

Los resultados indican que en el caso de los terapeutas(ver Tabla 40 y Figura 32):

- La posición discursiva El/La propositivo presenta diferencias estadísticamente significativas en el promedio del índice de visitas ajustados entre las celdillas que denotan el uso de los diferentes PCVs, F (3,1; 465)= 68,77; p < 0,001, valor ajustado por corrección Greenhouse-Geisser). Específicamente, al analizar si la celdilla posición discursiva Propositivo-PCV Conectado se utiliza prioritariamente por sobre las otras combinaciones, los resultados indican que esta celdilla recibe en promedio más visitas(p < 0,001 en cada contraste especifico), alcanzando un promedio de 0,13 visitas (DS= 0,11), en cambio, las otras combinaciones no superan el valor 0,06.</p>
- En el caso de la posición discursiva El/La Profesor/a, se observan diferencias estadísticamente significativas en el promedio del índice de visitas ajustados entre las celdillas que denotan el uso de los diferentes PCVs, F (3,6; 549)= 30,31; p < 0,001, valor ajustado por corrección Greenhouse-Geisser). Específicamente al analizar si la celdilla posición discursiva El/La Profesor/a- PCV afirmativo, (M= 0,06, DS= 0,09) se utiliza prioritariamente por sobre las otras combinaciones, los resultados indican que esta celdilla

recibe en promedio más visitas (p < 0,001), con la única excepción de la celdilla posición discursiva Dependiente-PCV Conectado (M= 0,06, DS 0,09).

Tabla 40. Comparación de Índice de visitas ajustado para cada una de las combinaciones

posición discursiva-PCV en terapeutas

podiolon alocatore	a i o i on torapoutao			
Posición	PCV	M	DS	р
Discursiva				
Propositivo ^a	Reporte	0,02	0,05	,001
	Conectado	0,13	0,11	-
	Afirmativo	0,06	0,09	,001
	Reflexión	0,00	0,01	,001
	Emocional	0,00	0,01	,001
	Pausa Llena	0,05	0,08	,001
	Solapamiento	0,01	0,03	,001
Profesor ^b	Reporte	0,02	0,06	,001
	Conectado	0,07	0,09	,40
	Afirmativo	0,06	0,09	-
	Reflexión	0,00	0,01	,001
	Emocional	0,01	0,03	,001
	Pausa Llena	0,03	0,07	,01
	Solapamiento	0,01	0,03	,001

Nota: PCV en negrita corresponde a los atractores hipotetizados teóricamente, mientras que los en cursivas corresponden a los emergentes empíricamente. N= 153 episodios .ªComparaciones específicas, Propositivo-Conectados v/s otras. bComparaciones específicas, Profesor-Afirmativov/s otras.

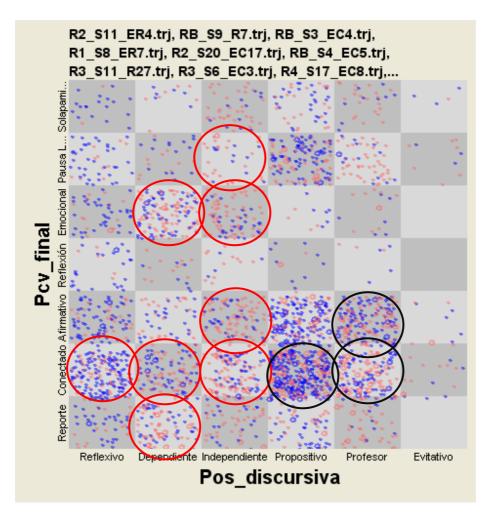


Figura 32. Definición de estrategias de regulación (discurso-voz) para pacientes y terapeutas.

2.2.3 Estrategias de Regulación Discurso-Voz: Comparación de Episodios de Cambio y Ruptura

Se compararon las estrategias regulatorias discurso-voz (atractores) antes identificadas según su aparición en los episodios de cambio v/s ruptura.La variable dependiente corresponde al **índice de visitas ajustados** para cada uno de estos atractores (celdillas marcadas en negrita y cursiva en tablas 39 y 40 anteriores). Se utilizó HLM para establecer un modelo de 3 niveles: El nivel 1, tipo episodios; el nivel 2, número de sesión, y el nivel 3 la psicoterapia completa.

El modelo utilizado fue el siguiente (ver Figura 33):

LEVEL 1 MODEL (bold: group-mean centering; bold italic: grand-mean centering)

ARFCOVIS =
$$\pi_0 + \pi_1 \text{IT_EPI}$$
) + e

LEVEL 2 MODEL (bold: group-mean centering; bold italic: grand-mean centering)

 $\pi_0 = \beta_{00} + \beta_{01} \text{(SESION)} + r_0$
 $\pi_1 = \beta_{10} + r_1$

LEVEL 3 MODEL (bold italic: grand-mean centering)

 $\beta_{00} = \gamma_{000} + \gamma_{001} \text{(C_FUNCIO)} + \gamma_{002} \text{(ICC_FINA)} + u_{00}$
 $\beta_{01} = \gamma_{010} + u_{01}$
 $\beta_{10} = \gamma_{100} + u_{10}$

Figura 33:Modelo Predictivo del Índice de visitas ajustado.

Donde, en el Nivel 1,

Tipo de Episodio(T_EPI) corresponde a la distinción de 1= Cambio y 0=Ruptura. En el nivel 2,

Sesión (SESION) corresponde al número de sesión en que se presentaron los episodios.

En el nivel 3:

Funcionamiento Inicial (C_FUNCIO): distinguiendo si el paciente se encontraba en la población funcional (1) o disfuncional (0) al momento del inicio de la psicoterapia (OQ45.2).

Cambio Confiable (ICC_FINA) según si se produjo (1) o no (0) cambio según el criterio del Índice de Cambio Confiable (OQ-45.2)

Los parámetros de los modelos estimados se presentan en la Tabla 41.

Tabla 41. Parámetros de los modelos de los Patrones prototípicos (PD_PCV) en pacientes y terapeutas según Tipo de Episodio.

según Tipo o	de Episodio.				
Posición Discursiva	PCV		Modelo	Coeficiente (Error)	р
Reflexivo	Conectado	E. fijos	Intercepto π0 Intercepto β00 Intercepto		
			γ000	0,02 (0,02)	0,55
			Funcionalγ001	0,06 (0,02)	0,09
			ICCγ0002	-0,06 (0,02)	0,11
			Sesión β01		
			Intercepto γ010	-0,00 (0,00)	0,68
			Tipo Episodio π1		
			Intercepto β10	0.00 (0.04)	0.004
			Tipo Episodio γ01	0,06 (0,01)	<0,001
		E. Variables	_	0,00	> ,500
		L. Variables	r0	0,01	,000
			е	0,01	
Dependiente	Reporte	E. fijos	Intercepto π0		
			Intercepto β00 Intercepto	0.40 (0.00)	0.00
			γ000	0,13 (0,02)	0,02
			Funcionalγ001	-0,13 (0,01)	0,01
			ICCγ0002	0,01 (0,02)	0,62
			Sesión β01	0,00 (0,00)	0,37
			Intercepto γ010	0,00 (0,00)	0,37
			Tipo Episodio π1		
			Intercepto β10	-0,03 (0,01)	0,02
			Tipo Episodio γ 01	0,00 (0,01)	0,02
		E. Variables	r0	0,00	0,29
			e	0,08	
	Conectado	E. fijos	Intercepto π0		
	Coneciado	L. IIJOS	Intercepto β00 Intercepto		
			γ 000	0,05 (0,02)	0,08
			γουυ Funcionalγ001	-0,03 (0,01)	0,15
			ICCγ0002	0,03 (0,02)	0,17
			Sesión β01	-, (-,)	-,
			Intercepto γ010	-0,00 (0,00)	0,84
			Tipo Episodio π1		
			Intercepto β10		
			Tipo Episodio γ01	-0,00 (0,01)	0,78
		□ Variables	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	0.00	0.14
		E. Variables	r0	0,00 0,01	0,14
			е	0,01	
	Emocional	E. fijos	Intercepto $\pi 0$		
			Intercepto β00 Intercepto		
			γ000	0,10 (0,02)	0,04
			Funcionalγ001	-0,07 (0,02)	0,05
			ICCγ0002	0,01 (0,02)	0,74
			Sesión β01	0.00 (0.00)	0.04
			Intercepto γ010	-0,00 (0,00)	0,94
			Tipo Episodio π 1		
			Intercepto β10	-0,01 (0,01)	0,39
			Tipo Episodio γ01	3,01 (0,01)	0,00

		E. Variables	_	0,00	0,01
			r0 e	0,01	
			C		
Independiente	Afirmativo	E. fijos	Intercepto π0		
			Intercepto β00 Intercepto	0.04 (0.02)	0.50
			γ000	0,01 (0,02) 0,05 (0,01)	0,52 0,06
			Funcionalγ001 ICCγ0002	0,02 (0,02)	0,28
			Sesión β01		
			Intercepto γ010	-0,00 (0,00)	0,95
			Tipo Episodio π1		
			Intercepto β10	-0,03 (0,01)	0,02
			Tipo Episodio γ01		
		E. Variables	r0	0,00	> 0,500
			е	0,00	
	Emocional	E. fijos	Intercepto π0		
			Intercepto β00 Intercepto	0.02 (0.02)	0,27
			γ000 Funcionalγ001	0,02 (0,02) 0,02 (0,01)	0,38
			ICCγ0002	-0,01 (0,02)	0,59
			Sesión β01	/>	
			Intercepto γ010	-0,00 (0,00)	0,38
			Tipo Episodio π1		
			Intercepto β10 Tipo Episodio γ01	-0,03 (0,01)	0,01
			τιρο Εριδοαίο γοτ		
		E. Variables	r0	0,00 0,00	0,24
			е	0,00	
	Conectado	E. fijos	Intercepto π0		
			Intercepto β 00 Intercepto γ 000	0,03 (0,03)	0,44
		E. Variables	Funcionalγ001	0,05 (0,03)	0,25
			ICCγ0002	0,03 (0,03)	0,42
			Sesión β01	0.00 (0.00)	0.69
			Intercepto γ010	-0,00 (0,00)	0,68
			Tipo Episodio π1 Intercepto β10		
			Tipo Episodio γ01	-0,02 (0,01)	0,22
			, , ,		0.00
				0.00	0.36
			r0	0,00 0,01	0,36
			r0 e		0,36
	Pausa I lano	E filos	e		0,36
	Pausa Llena	E. fijos	e Intercepto π0		0,36
	Pausa Llena	•	e		0,14
	Pausa Llena	E. fijos E. Variables	e Intercepto $\pi 0$ Intercepto $\beta 00$ Intercepto $\gamma 000$ Funcional $\gamma 001$	0,01 0,05 (0,02) 0,04 (0,02)	0,14 0,19
	Pausa Llena	•	e Intercepto π 0 Intercepto β 00 Intercepto γ 000 Funcional γ 001 ICC γ 0002	0,01	0,14
	Pausa Llena	•	e Intercepto $\pi 0$ Intercepto $\beta 00$ Intercepto $\gamma 000$ Funcional $\gamma 001$ ICC $\gamma 0002$ Sesión $\beta 01$	0,05 (0,02) 0,04 (0,02) -0,05 (0,02)	0,14 0,19 0,15
	Pausa Llena	•	e Intercepto $\pi 0$ Intercepto $\beta 00$ Intercepto $\gamma 000$ Funcional $\gamma 001$ ICC $\gamma 0002$ Sesión $\beta 01$ Intercepto $\gamma 010$	0,01 0,05 (0,02) 0,04 (0,02)	0,14 0,19
	Pausa Llena	•	e Intercepto $\pi 0$ Intercepto $\beta 00$ Intercepto $\gamma 000$ Funcional $\gamma 001$ ICC $\gamma 0002$ Sesión $\beta 01$	0,05 (0,02) 0,04 (0,02) -0,05 (0,02)	0,14 0,19 0,15

		-0	0,00	> ,500
		r0 e	0,01	
		6		
Propositivo	Conectado	Intercepto π0		
·		Intercepto β00 Intercepto		
		γ000	0,10 (0,03)	0,08
		Funcionalγ001	0,03 (0,03)	0,41
		ICCγ0002	-0,08 (0,03)	0,11
		Sesión β01	0.00 (0.00)	0.04
		Intercepto γ010	0,00 (0,00)	0,91
		Tipo Episodio π 1		
		Intercepto β10	0,06 (0,02)	< 0,001
		Tipo Episodio γ01	-, (-,)	5,553
		r0	0,00	> ,500
		e	0,01	
Profesor	Afirmativo	Intercepto π0		
		Intercepto β00 Intercepto		
		γ000	0,02 (0,03)	0,58
		Funcionalγ001	0,05 (0,03)	0,29
		ICCγ0002	0,02 (0,03)	0,59
		Sesión β01	0.00 (0.00)	0.74
		Intercepto γ010	-0,00 (0,00)	0,71
		Tipo Episodio π 1		
		Intercepto β10	0,01 (0,01)	0,44
		Tipo Episodio γ01	-,- (-,- ,	
		r0	0,00	0,19
		e	0,01	
	Conectado	Intercepto π0		
		Intercepto β00 Intercepto		
		γ000	0,09 (0,02)	0,05
		Funcionalγ001	-0,03 (0,02)	0,26
		ICCγ0002	-0,00 (0,02)	0,96
		Sesión β01	-0,00 (0,00)	0,96
		Intercepto γ010	-0,00 (0,00)	0,90
		Tipo Episodio π1		
		Intercepto β10 Tipo Episodio γ01	0,01 (0,01)	0,22
		τιρο Εριδοαίο γοτ		
		r0	0,00	> ,500
		e	0,01	

Nota: N= 153 episodios.

Los resultados de la comparación de atractores de los pacientes en cambio y ruptura indican que:

• La celdilla *Posición discursiva Reflexivo- PCV Conectado* del paciente recibió en promedio más visitas en los episodios de Cambio que en los episodios de Ruptura, una vez que se controló por la sesión (nivel 2) en que ocurren y las características de la terapia (nivel 3). Esta diferencia se aprecia en la figura 34.

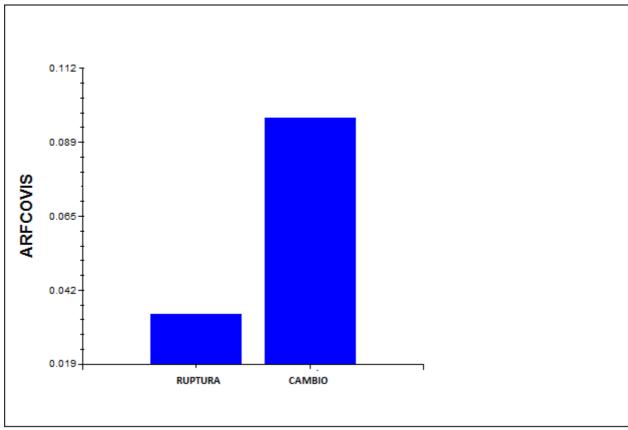


Figura 34. Promedio visitas celdilla Posición Reflexivo- PCV Conectado en episodios de Cambio y Ruptura.

 Respecto a las celdillas de la Posición discursiva Dependiente, solo se presentaron diferencias en el promedio de visitas en la celdilla Posición Dependiente-PCV Reporte, recibiendo más visitas en los episodios de Ruptura. (ver figura 35). No se presentaron diferencias en el promedio de visitas según el tipo de episodio en las celdillas Posición Dependiente- PCV Conectado y Dependiente- PCV Emocional.

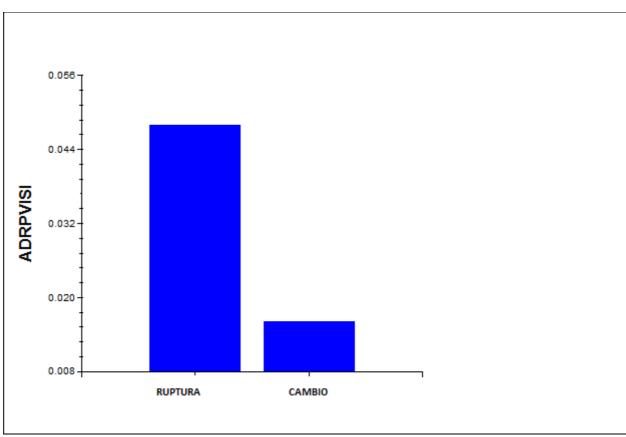


Figura 35. Promedio de visitas de la celdilla Posición discursiva Dependiente-PCV Reporte en episodios de Cambio y Ruptura.

Respecto a la Posición discursiva Independiente, se presentaron diferencias estadísticamente significativas en los promedios en las celdillas posición Independiente-PCV Afirmativo (ver figura 36)y posición Independiente-PCV Emocional, recibiendo en ambos casos un promedio de visitas mayor en los episodios de Ruptura (M= 0,03, ver figura 37). No se observaron diferencias en el promedio de visitas según el tipo de episodio en las celdillas Posición discursiva Independiente-PCV Conectado y posición Independiente-Pausa Llena, una vez controlado el número de sesión (nivel 2) y la terapia (nivel 3).

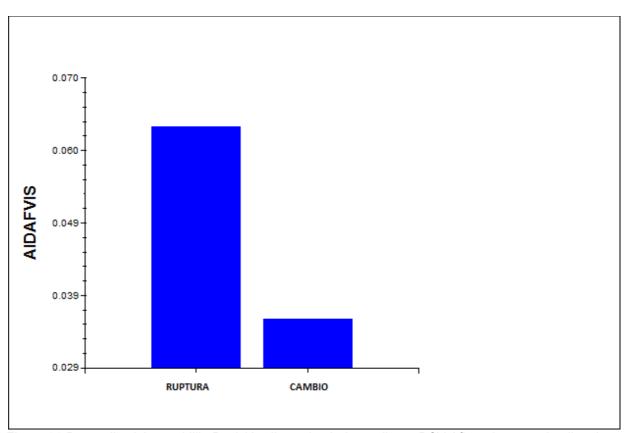


Figura 36.Promedio visitas celdilla Posición discursiva Independiente-PCV Afirmativo en episodios de Cambio y Ruptura.

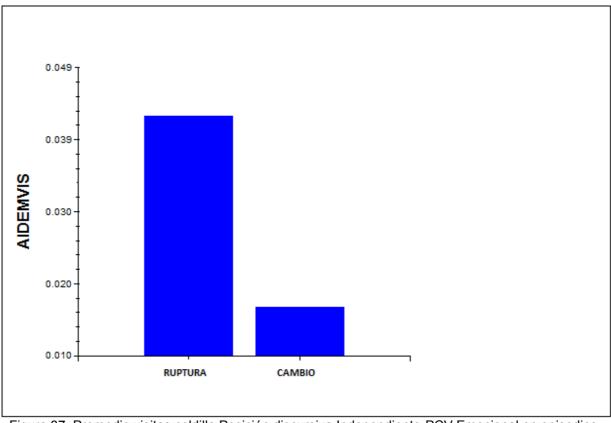


Figura 37. Promedio visitas celdilla Posición discursiva Independiente-PCV Emocional en episodios de Cambio y Ruptura.

Los resultados de la comparación de atractores de los terapeutas en cambio y ruptura indican que:

 La celdilla Posición discursiva Propositivo- PCV Conectado recibió en promedio más visitas en los episodios de Cambio, una vez controlado el número de la sesión (nivel 2) y las características de la terapia (nivel 3). Esta diferencia se aprecia en la figura 38.

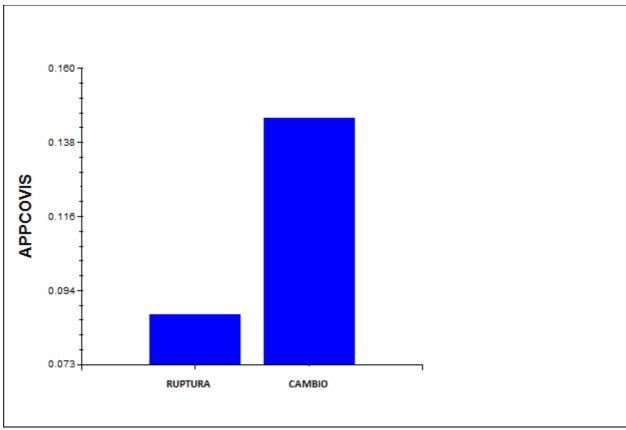


Figura 38. Promedio visitas cuadrante Propositivo-Conectado en episodios de Cambio y Ruptura.

 Ninguna de de las celdillas analizadas en la Posición discursiva Profesor (posición Profesor- PCV Afirmativo y Profesor-PCV Conectado) presentó diferencias según el tipo de episodio, una vez controlado el número de la sesión (nivel 2) y las características de la terapia (nivel 3).

Todos estos resultados se pueden visualizar gráficamente en las SSG (figuras 39, 40, 41).

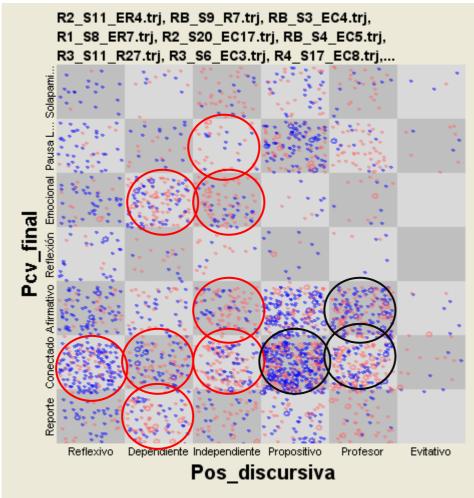


Figura 39. Estrategias de regulación (discurso-voz) para pacientes y terapeutas, independiente del tipo de episodio.

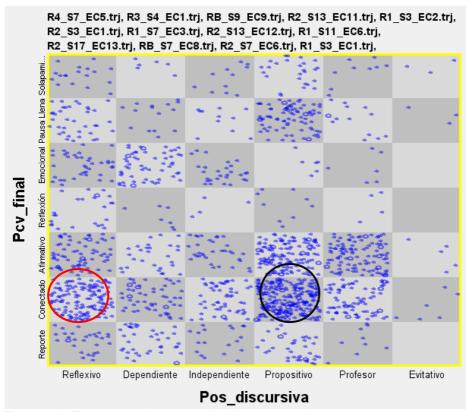


Figura 40. Estrategias de regulación (discurso-voz) para pacientes y terapeutas prevalentes en episodios de cambio.

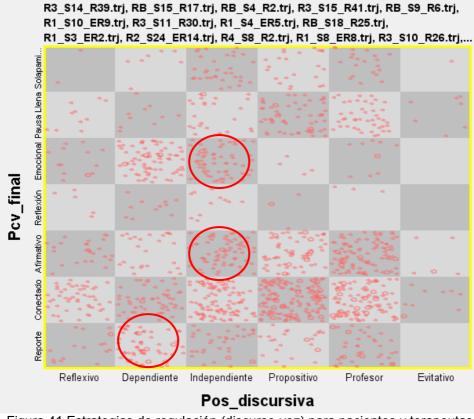


Figura 41. Estrategias de regulación (discurso-voz) para pacientes y terapeutas prevalentes en episodios de ruptura.

2.2.4 Configuraciones de Regulación Discurso-Voz: Identificación y Análisis de Patrones de Atractores.

Procedimiento

- 1. Se realizó un análisis de Cluster considerando como sujetos a clasificar el total de trayectorias (N=151 episodios⁶). Empleando el procedimiento de K-medias, se exploraron las soluciones de 3, 4 y 5 agrupaciones o clusters. La solución de 4 cluster fue seleccionada empleando para ello los criterios de parsimonia e interpretabilidad de cada una de las agrupaciones. Para este análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS-17.
- 2. Cada uno de los cluster seleccionado fue interpretado cualitativamente de acuerdo con la configuración regulatoria global considerando sus atractores específicos (ver tablas 42, 43, 44, y 45). Junto con lo anterior, a cada uno de los cuatro clusters analizados se les asignó un nombre que reflejara las principales características de estas configuraciones regulatoriorias Discurso-Voz.

Cluster 1: Configuración de Regulación Discurso-Voz "Trabajo Terapéutico General".

Esta configuración hace referencia a la prevalencia de estrategias autoregulatorias discurso-voz en ambos participantes (ver tabla 42 y figura 42). En su conjunto estas estrategias parecieran indicar una actividad terapéutica exploratoria y deconstructiva, en la que participan diversas posiciones discursivas moduladas principalmente por una combinación sonora que da la impresión de conexión con el otro y, al mismo tiempo, con una marcada convicción y elaboración de lo que está siendo dicho. Específicamente, para el caso del paciente, se observa que la *Posición Discursiva Independiente* utiliza múltiples recursos regulatorios en términos de cualidad sonora (PCVs conectado, afirmativo y emocional). Da la impresión que, en términos sonoros, la *posición Independiente*, una de las que probablemente necesita la ayuda terapéutica, presenta una tensión entre la elaboración, la regulación emocional y la convicción. Por su parte, la *Posición Discursiva Dependiente*, y sus estrategias sonoras de regulación, prácticamente no tienen presencia en esta configuración. Por último, la *Posición Discursiva Reflexiva*, utiliza como estrategias regulatorias los PCVs conectado y afirmativo, con una sonoridad que nuevamente transita tensionada entre la elaboración y la convicción.

107

⁶Dos episodios/trayectorias fueron dejados fuera del análisis por constituir outliers. Estos correspondieron a un episodio de ruptura de la sesión 5 en la terapia 5, y un episodio de ruptura de la sesión 13, también en la terapia 5.

Para el caso del terapeuta, en esta configuración observamos que la *Posición Discursiva Propositiva* presenta la combinación con el PCV conectado, con una sonoridad orientada al otro y elaborativa. Por su parte, la *Posición Discursiva Profesor* es modulada con las sonoridades afirmativa y conectada.

Table 42. Comparison of the adjusted visits index for each combination discursive position-

VQP in the patients. CLUSTER 1

the patients. CLUST Discursive Position	VQP	M	SD	p
Reflexive ^a	Report	.01	.053	.021
	Connected	.05	.071	-
	Affirmative	.02	.045	.054
	Reflexive	.00	.019	.000
	Emotional	.01	.043	.010
	Full Pause	.00	.006	.000
	Overlapping	.00	.015	.000
Dependent ^b	Report	.00	.018	.166
	Connected	.02	.044	.517
	Affirmative	.02	.040	.539
	Reflexive	.00	.011	.086
	Emotional	.01	.040	-
	Full Pause	.00	.017	.117
	Overlapping	.00	.012	.074
Independent ^c	Report	.03	.060	.001
	Connected	.12	.109	.053
	Affirmative	.08	.084	-
	Reflexive	.01	.035	.000
	Emotional	.07	.090	.656
	Full Pause	.03	.071	.002
	Overlapping	.02	.045	.000
Proposer ^d	Report	.01	.033	.000
	Connected	.20	.121	-
	Affirmative	.05	.064	.000
	Reflexive	.00	.007	.000
	Emotional	.00	.009	.000
	Full Pause	.02	.047	.000
	Overlapping	.02	.037	.000
Professor ^e	Report	.02	.048	.008
	Connected	.03	.051	.123
	Affirmative	.05	.075	-
	Reflexive	.00	.000	.000
	Emotional	.00	.030	.001
	Full Pause	.00	.023	.000
	Overlapping	.01	.022	.000

Note.VQP in bold corresponds to the configuration attractors. N = 40 episodes. ^aSpecific comparisons, Reflexive-Connected v/s others, F (3,0; 129)= 6,86; p < 0,000, (valor ajustado por corrección Greenhouse-Geisser). ^bSpecific comparisons, Dependent-Emotional v/s others, F (3,0; 131)= 3,42; p =0,019, (valor ajustado por corrección Greenhouse-Geisser). ^cSpecific comparison Independent-Affirmative v/s others, F (4,1; 177)= 13,00; p < 0,000, (valor ajustado por corrección Greenhouse-Geisser). ^dSpecific comparisons, Proposer-Connected v/s others F (2,2;93)= 69,48; p < 0,000, (valor ajustado por corrección Greenhouse-Geisser). ^eSpecific comparison, Professor-Affirmative v/s others, F (3,1; 137)= 8,001; p < 0,000, (valor ajustado por corrección Greenhouse-Geisser).

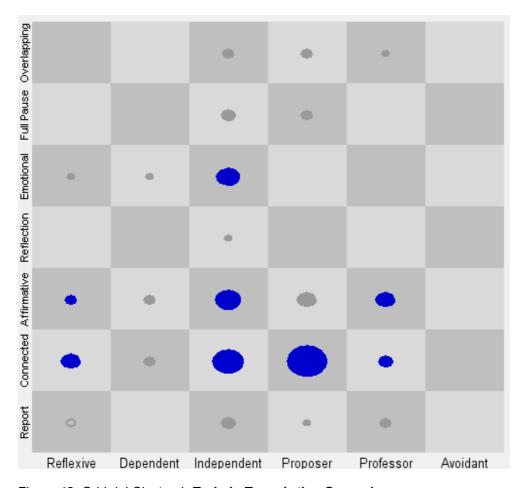


Figura 42. Grid del Cluster 1: **Trabajo Terapéutico General**Nota: El tamaño de las circunsferencias refleja el valor promedio de visitas ajustadas para cada celdilla, siendo las más grandes las más visitadas. Las de color azul corresponden a los atractores utilizados por cada configuración.

Cluster 2: Configuración de Regulación Discurso-Voz "Desconectada".

Esta configuración hace referencia a la prevalencia de estrategias autoregulatorias discurso-voz que en su conjunto parecieran indicar una desconexión en la actividad terapéutica por parte de ambos participantes(ver tabla 43 y figura 43). En esta configuración están implicadas tres posiciones discursivas (una del paciente y las dos del terapeuta) moduladas principalmente por una sonoridad de reporte, cuya característica principal es dar la impresión de falta de compromiso afectivo con lo que está siendo dicho. Específicamente para el caso del paciente, se observa que la *Posición Discursiva Dependiente* emplea preferentemente solo el PCV reporte.

Para el caso del terapeuta, se aprecia que de sus dos posiciones discursivas, solo la del *Profesor* utilza preferentemente algunas de las estrategias autoregulatorias sonoras: Reporte, Conectado y Pausa Llena. Específicamente el empleo de la pausa llena, categoría que en sí misma constituye una estrategia de regulación con el otro, en esta configuración pareciera dar cuenta de una manera de promover continuidad en el habla del otro.

Table 43. Comparison of the adjusted visits index for each combination discursive position-VQP in the patients. CLUSTER 2

Discursive Position	VQP	M	SD	p
Dependent ^a	Report	.34	.145	.000
	Connected	.07	.095	.470
	Affirmative	.01	.017	.085
	Reflexive	.02	.037	.329
	Emotional	.04	.062	-
	Full Pause	.01	.031	.234
	Overlapping	.00	.000	.051
Proposer ^b	Report	.07	.097	.500
	Connected	.04	.075	-
	Affirmative	.00	.000	.098
	Reflexive	.01	.030	.240
	Emotional	.00	.000	.098
	Full Pause	.06	.074	.404
	Overlapping	.00	.000	.098
Professor ^c	Report	.09	.105	.016
	Connected	.06	.070	.026
	Affirmative	.00	.013	-
	Reflexive	.00	.000	.341
	Emotional	.00	.013	
	Full Pause	.09	.100	.024
	Overlapping	.00	.000	.341

Note.VQP in bold corresponds to the theoretically hypothesized attractors, while in italics those emerging empirically. N = 11 episodes. ^aSpecific comparisons, Dependent-Emotional v/s othersF (1,8; 18)= 28,09; p <0,000, (valor ajustado porcorrección Greenhouse-Geisser). ^bSpecific comparisons, Proposer-Connected v/s others F (2,2; 22)= 3,68; p =0,038, (valor ajustado porcorrección Greenhouse-Geisser). ^cSpecific comparison, Professor-Affirmative v/s others F (2,3; 23)= 5,01; p=0,012, (valor ajustado por corrección Greenhouse-Geisser).

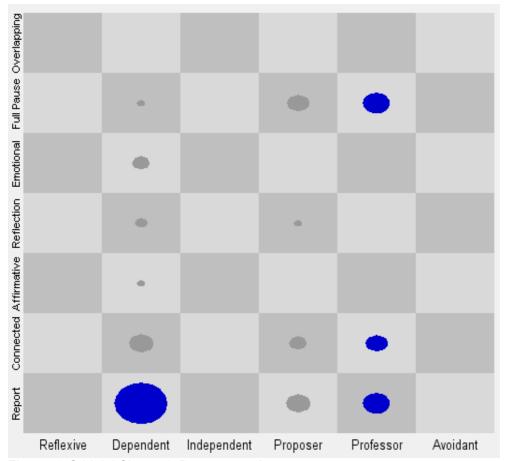


Figura 43.Grid del Cluster 2: **Desconectada**Nota: El tamaño de las circunsferencias refleja el valor promedio de visitas ajustadas para cada celdilla, siendo las más grandes las más visitadas. Las de color azul corresponden a los atractores utilizados por cada configuración.

Cluster 3: Configuración de Regulación Discurso-Voz "Trabajo Terapéutico Productivo".

Esta configuración hace referencia a la prevalencia de estrategias autoregulatorias discurso-voz en ambos participantes(ver tabla 44 y figura 44). En su conjunto estas estrategias parecieran indicar una actividad terapéutica productiva y constructiva, en la que participan diversas posiciones discursivas moduladas principalmente por una combinación sonora que da la impresión de conexión con el otro y, al mismo tiempo, con una marcada orientación hacia la elaboración de lo que está siendo dicho. Específicamente para el caso del paciente, se observa que las posición discursiva *Independiente*, utiliza recursos regulatorios en términos de cualidad sonora que combinan los PCVs conectado y afirmativo. En cambio, la *Posición Discursiva Reflexiva*, utiliza preferentemente como estrategia regulatoria la combinación con el PCV conectado. Esto pareciera indicar que en esta configuración regulatoria, la *Posición Discursiva Reflexiva* es central en términos del carácter constructivo del trabajo terapéutico. Por su parte, la *Posición Discursiva Dependiente*, y sus estrategias sonoras de regulación, prácticamente no tiene presencia en esta configuración.

Para el caso del terapeuta, en esta configuración observamos que la *Posición Discursiva Propositiva* presenta la combinación prototípica de PCV afirmativo con conectado. Por su parte, la *Posición Discursiva Profesor* es básicamente modulada con una sonoridad afirmativa, estrategia de regulación muy recurrida por esta posición. En terminos de la sonoridad, en conjunto, las posiciones del terapeuta parecieran estar moduladas para reforzar el carácter elaborativo y constructivo de las estrategias regulatorias empleadas por el paciente.

Table 44.Comparison of the adjusted visits index for each combination discoursive position-

VQP in the patients. CLUSTER 3

Discursive Position	VQP	M	SD	Р
Reflexive ^a	Report	.01	.033	.001
	Connected	.13	.099	-
	Affirmative	.08	.079	.000
	Reflexive	.02	.043	.000
	Emotional	.02	.036	.000
	Full Pause	.04	.061	.000
	Overlapping	.01	.034	.000
Dependent ^b	Report	.00	.023	.395
	Connected	.02	.055	.106
	Affirmative	.01	.035	.262
	Reflexive	.00	.010	.111
	Emotional	.01	.028	-
	Full Pause	.00	.005	.053
	Overlapping	.00	.017	.390
Independent ^c	Report	.02	.057	.018
	Connected	.03	.052	.628
	Affirmative	.04	.082	-
	Reflexive	.01	.022	.003
	Emotional	.01	.026	.013
	Full Pause	.01	.042	.011
	Overlapping	.01	.026	.007
Proposer ^d	Report	.00	.020	.000
	Connected	.09	.089	-
	Affirmative	.11	.106	.206
	Reflexive	.00	.006	.000
	Emotional	.00	.007	.000
	Full Pause	.05	.081	.017
	Overlapping	.02	.035	.000
Professor ^e	Report	.00	.118	.000.
	Connected	.06	.076	006
	Affirmative	.10	.118	-
	Reflexive	.00	.006	.000
	Emotional	.00	.021	.000
	Full Pause	.03	.075	.000
	Overlapping	.01	.028	.000

Note. VQP in bold corresponds to the configuration attractors. N = 56 episodes. ^aSpecific comparisons, Reflexive-Connected v/s others, F (3,7; 204)= 32,28; p < 0,001, (valor ajustadoporcorrección Greenhouse-Geisser). ^bSpecific comparisons, Dependent-Emotional v/s others, F (2,6; 144)= 4,44; p=0,007, (valor ajustadoporcorrección Greenhouse-Geisser). ^cSpecific comparison Independent-Affirmative v/s others, F (3,2; 180)= 5,22; p < 0,001, (valor ajustadoporcorrección Greenhouse-Geisser). ^dSpecific comparisons, Proposer-Connected v/s others F (2,9; 164)= 29,00; p < 0,000, (valor ajustadoporcorrección Greenhouse-Geisser). ^cSpecific comparison, Professor-Affirmative v/s others, F (2,4; 133)= 24,58; p < 0,001, (valor ajustadoporcorrección Greenhouse-Geisser).

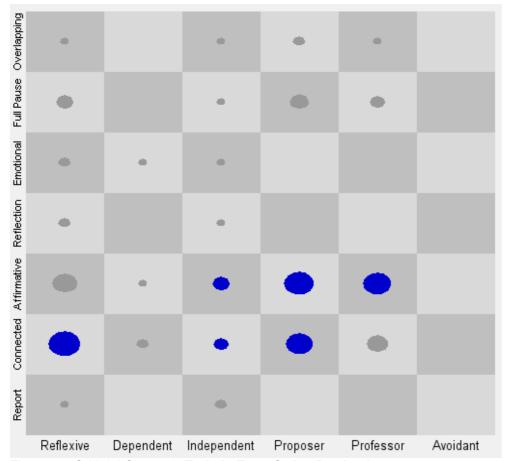


Figura 44. Grid del Cluster 3: **Trabajo Terapéutico Productivo**Nota: El tamaño de las circunsferencias refleja el valor promedio de visitas ajustadas para cada celdilla, siendo las más grandes las más visitadas. Las de color azul corresponden a los atractores utilizados por cada configuración.

Cluster 4: Configuración de Regulación Discurso-Voz "Trabajo Terapéutico Emocional".

Esta configuración hace referencia a la prevalencia de ciertas estrategias autoregulatorias discurso-voz que en su conjunto parecieran indicar una actividad terapéutica marcada por un componente afectivo, en la que participan todas las posiciones discursivas del paciente, moduladas principalmente por una combinación sonora que da la impresión tanto de expresión o contención de la emoción en el habla, así como de desafección en relación a lo dicho (ver tabla 45 y figura 45). Específicamente, se observa que las posiciones discursivas *Reflexiva*, *Dependiente e Independiente* utilizan recursos regulatorios en términos de cualidad sonora que combinan los PCVs conectado, reporte y emocional. Pareciera que la fuerte presencia de la sonoridad emocional es modulada por una sonoridad elaborativa y más desafectada presente en las posiciones *Reflexiva* e *Independiente* y expresada por los PCVs conectado y reporte respectivamente.

Para el caso del terapeuta, en esta configuración observamos que tanto la *Posición Discursiva Propositiva* como *Profesor* presentan combinación con el PCV conectado, estrategia autoregulatoria que podría, al mismo tiempo, tener la función de regular en la interacción con el paciente la polaridad afección-desafección.

Table 45.Comparison of the adjusted visits index for each combination discursive position-VOP in Cluster 4

Discursive Position	VQP	M	SD	P
Reflexive ^a	Report	.02	.051	.849
	Connected	.03	.052	-
	Affirmative	.00	.013	.005
	Reflexive	.01	.023	.048
	Emotional	.03	.050	.944
	Full Pause	.01	.050	.237
	Overlapping	.00	.007	.003
Dependent ^b	Report	.06	.060	.020
•	Connected	.07	.095	.003
	Affirmative	.03	.067	.000
	Reflexive	.02	.040	.000
	Emotional	.14	.020	-
	Full Pause	.03	.053	.000
	Overlapping	.01	.031	.000

Independent ^c	Report	.03	.059	.017
	Connected	.01	.022	.083
	Affirmative	.00	.010	-
	Reflexive	.00	.009	.541
	Emotional	.02	.045	.040
	Full Pause	.00	.018	.734
	Overlapping	.00	.000	.099
Proposer ^d	Report	.04	.055	.000
	Connected	.13	.096	-
	Affirmative	.01	.031	.000
	Reflexive	.01	.020	.000
	Emotional	.01	.024	.000
	Full Pause	.07	.098	.016
	Overlapping	.01	.019	.000
Professor ^e	Report	.03	.063	.460
	Connected	.11	.094	.000
	Affirmative	.03	.045	-
	Reflexive	.01	.023	.040
	Emotional	.01	.027	.114
	Full Pause	.04	.060	.347
	Overlapping	.00	.016	.002

Note.VQP in bold corresponds to the configuration attractors. N = 40 episodes. ^aSpecific comparisons, Reflexive-Connected v/s others, F (3,7; 147)= 3,15; p=0,005, (valor ajustadoporcorrección Greenhouse-Geisser). ^bSpecific comparisons, Dependent-Emotional v/s others, F (2,9; 113)= 13,52; p < 0,000, (valor ajustadoporcorrección Greenhouse-Geisser). ^cSpecific comparison Independent-Affirmative v/s others, F (2,3; 90)= 4,44; p < 0,000, (valor ajustadoporcorrección Greenhouse-Geisser). ^dSpecific comparisons, Proposer-Connected v/s others F (2,8; 111)= 23,80; p < 0,001, (valor ajustadoporcorrección Greenhouse-Geisser). ^eSpecific comparison, Professor-Affirmative v/s others, F (3,1; 120)= 19,18; p < 0,001, (valor ajustadoporcorrección Greenhouse-Geisser).

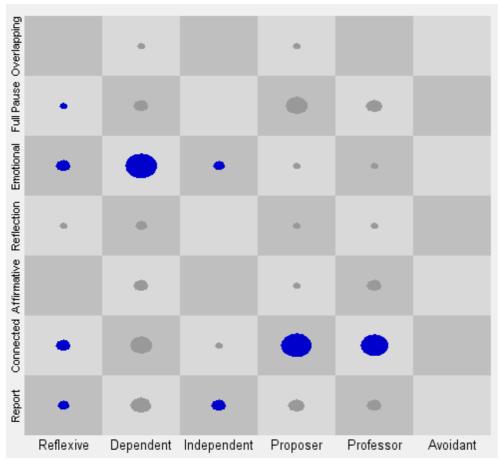


Figura 45. Grid del Cluster 4: **Trabajo Terapéutico Emocional**Nota: El tamaño de las circunsferencias refleja el valor promedio de visitas ajustadas para cada celdilla, siendo las más grandes las más visitadas. Las de color azul corresponden a los atractores utilizados por cada configuración.

Análisis Comparativo entre Configuraciones de Regulación Discurso-Voz según Tipo de Episodio y Evolución del Proceso Terapéutico

Análisis Descriptivos

• Según Terapias: Los cluster no se distribuyen en forma homogenea en las terapias analizadas (χ2 (12, N=151)= 101,11, p < 0,001). Tal como se aprecia en la Figura 46, el cluster 1 (General) está presente en todas las terapias, excepto en la terapia 6 y con una mayor proporción en la terapia 4 (59,5%). Por su parte, el cluster 2 (Desconectado)se presenta solo en la Terapia 1, con el 24,4% de los episodios identificados en esta terapia. Elcluster 3 (Productivo) está presente en todas las terapias,pero con una mayor proporción en las terapias 5 (65,1%) y 6 (60%). El cluster 4 (Emocional) también está presente en todas las terapias, pero en una mayor proporción en la terapia 1 (60%).

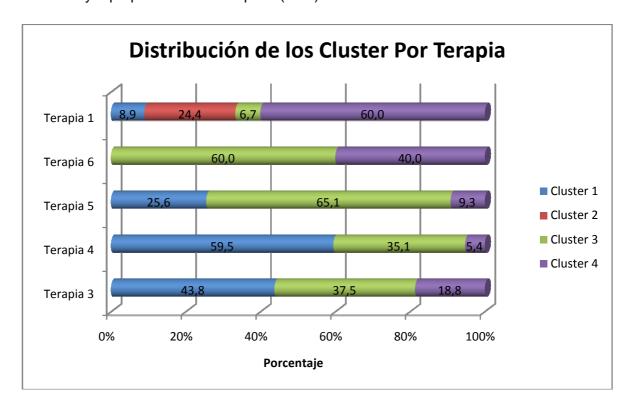


Figura 46. Distribución porcentual de los Cluster según Psicoterapia

• **Tipo de Episodios**: Los cluster no se distribuyen en forma homogenea según tipo de episodios en las terapias analizadas (χ2 (3, N=151)= 3, p < 0,01). Tal como se aprecia en la Figura 47, el cluster 1 (General) se presenta en una proporción similar en episodios de cambio y ruptura (23,3 y 33,3 % respectivamente). El cluster 2 (Desconectado) solo se presenta en episodios de ruptura (13,1%),mientras que el

cluster 3 (Productivo) se presenta mayoritariamente en los episodios de cambio(46,27%). Finalmente, el cluster 4 (Emocional) se presenta en proporciones similares en episodios de cambio y ruptura (29,8 y 23,8 % respectivamente).

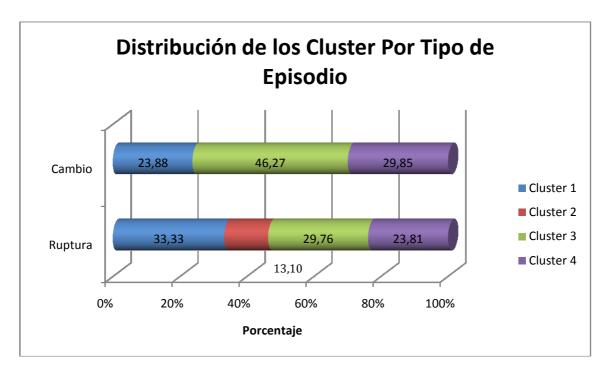


Figura 47. Distribución porcentual de los Cluster según Tipo de Episodio

Análisis Predictivo

Se compararon los 4 cluster antes identificados según su aparición en los episodios de cambio v/s ruptura, y su evolución durante el transcurso de la psicoterapia. La variable dependiente corresponde a la probabilidad de ocurrencia de cada uno de los cluster. Para ello, se crearon 4 variables dicotómicas, asumiendo el valor 1 cuando determinado episodio (y/o trayectoria) corresponde a determinado cluster (ie: cluster_1) y valor 0 cuando corresponde a los otros cluster (ie: cluster 2, 3 o 4).

Se utilizó HLM para establecer un modelo de 3 niveles: nivel 1, de los tipos de episodios; nivel 2, número de la sesión, y nivel 3 características de la psicoterapia completa.

El modelo utilizado fue el siguiente (ver Figura 48):

```
LEVEL 1 MODEL (bold: group-mean centering; bold italic: grand-mean centering)

Prob(CLUST_1=1|\pi) = \phi

Log[\phi/(1 - \phi)] = \eta

\eta = \pi_0 + \pi_1(T_EPI)

LEVEL 2 MODEL (bold: group-mean centering; bold italic: grand-mean centering)

\pi_0 = F_{00} + F_{01}(SESION) + F_{02}(SESION2) + F_{03}(SESION3) + F_{02}(SESION3) + F_{03}(SESION3) + F_{03}(SESION3
```

Figura 48. Modelo Predictivo de la probabilidad de ocurrencia de los Cluster

Donde, en el Nivel 1,

Tipo de Episodio(T_EPI) corresponde a la distinción de 1= Cambio y 0=Ruptura.

En el nivel 2,

Sesión (SESION) corresponde al número de sesión en que se presentaron los episodios como predictor.

Se crearon adicionalmente predictores que permitieron identificar si la evolución de la probabilidad de ocurrencia de los cluster presenta una evolución no lineal, ya sea cuadrática (SESION2) y/o cubica (SESION3).

En el nivel 3, se incorporaron los predictores de:

Funcionamiento Inicial (C_FUNCIO): distinguiendo si el paciente se encontraba en la población funcional (1) o disfuncional (0) al momento del inicio de la psicoterapia (OQ45.2).

Cambio Confiable (ICC_FINA) según si se produjo (1) o no (0) cambio según el criterio del Índice de Cambio Confiable (OQ-45.2)

En primera instancia se estimó el modelo completo determinando por una parte si era necesario establecer las variables de nivel como control. En caso que no se presentara un efecto significativo sobre la variable dependiente estas fueron eliminadas y se re-estimaron

los modelos simplificados. Adicionalmente, se determinó si a lo largo de la terapia la probabilidad de ocurrencia de los cluster asumiera formas más complejas (cuadrática y cubica). Sin embargo, su efecto no fue significativo y se eliminaron estos predictores, reestimandose los modelos. Así, el modelo más simple estimado es el siguiente:

$$\eta = \gamma_{000} + \gamma_{010} * SESION + \gamma_{100} * T_EPI + r_0 + u_{00}$$

El cual especifica si las probabilidad de la aparición del cluster difiere según el Tipo de Episodio, y si hay (o no) un cambio en la probabilidad de ocurrencia del cluster a medida que transcurren linealmente las sesiones.

Tabla 46. Parámetros de los modelos Predictivos de los Cluster

Cluster		Modelo	Coeficiente	OR (95%IC)	р
1	E. fijos	Intercepto π0 Intercepto β00			
		Intercepto γ000	-,85	0,42 (0,06-2,29)	0,28
		Funcionalγ001	-	-	
		ICCγ0002	-	-	
		Sesión β01	0,01	1,00 (0,94-1,08)	0,81
		Intercepto γ010	0,01	1,00 (0,94-1,00)	0,01
		Sesión Cuadrática β02 Intercepto γ020	-	-	
		Sesión Cubica β03			
		Intercepto γ030	-	-	
		Tipo Episodio π1			
		Intercepto β10	-0,88	0,41 (0,17-1,08)	0,052
		Tipo Episodio γ100	-0,00	0,41 (0,17-1,00)	0,032
		Sesión β11	_	_	
		Intercepto γ110			
		Sesión Cuadrática β12	-	-	
		Intercepto γ120 Sesión Cubica β13			
		Intercepto γ130	-	-	
	E.		0,00		> ,500
	Variables	r0 u00	1,27		< 0,001
2 ^a	E. Fijos	Intercepto π0 Intercepto β00			
		Intercepto γ000 Sesión β01	-5,25	0,01 (0,00-0,46)	0,03
		Intercepto γ010	0,09	1,09 (0,94-1,27)	0,23
		Sesión Cuadrática β02			
		Intercepto γ020	-	-	
		Sesión Cubica β03			
	E.	Intercepto γ030	0,00	-	> ,500
	variables	r0 u00	4,55		< 0,001
		uoo	-,		-,••.

3	E. fijos	Intercepto $\pi 0$ Intercepto $\beta 00$			
		Intercepto γ000	-1,33	0,26 (0,04-1,94)	0,14
		Funciona lγ001	- -	- -	-
		ICC γ 0002 Sesión β01			
		Intercepto γ010	0,01	1,01 (0,94-1,01)	0,76
		Sesión Cuadrática β02 Intercepto γ020	-	-	
		Sesión Cubica β03	_	_	
		Intercepto γ030	_	_	
		Tipo Episodio π 1 Intercepto β10	4.04	2.74 (4.54.0.20)	0.01
		Tipo Episodio γ100	1,31	3,74 (1,51-9,29)	0,01
		Sesión β11			
		Intercepto γ110	-	-	
		Sesión Cuadrática β12 Intercepto γ120	-	-	
		Sesión Cubica β13	_	-	
	_	Intercepto γ130	2.24		0.44
	E. Variables	r0	0,24 1,25		0,44 < 0,001
		u00	, -		-,
4	E. fijos	Intercepto π0 Intercepto β00			
		Intercepto γ000	1,22	3,37 (0,33-34,34)	0,19
		Funciona Ιγ001 ICC γ0002	-2,64 -	0,07 (0,14-0,38) -	0,02
		Sesión β01	0.00	0.04 (0.00.4.04)	0.00
		Intercepto γ010	-0,09	0,91 (0,82-1,01)	0,08
		Sesión Cuadrática β02 Intercepto γ020	-	-	
		Sesión Cubica β03	_	_	
		Intercepto γ 030 Tipo Episodio π 1			
		Intercepto β10	0,44	1,57 (0,62-3,96)	0,34
		Tipo Episodio γ100	0,44	1,37 (0,02-3,30)	0,54
		Sesión β11	<u>-</u>	-	
		Intercepto γ110			
		Sesión Cuadrática β12 Intercepto γ120	-	-	
		Sesión Cubica β13	-	-	
	E.	Intercepto γ130	0.43		0.33
	⊏. Variables	r0	0,43 0,00		0,32 0,27
		u00			

Nota: N= 153 episodios. Dado que el cluster 2 se presenta solo en los episodios de Ruptura de la Terapia 1, no se incluyeron los predictores Tipo de episodio y variables de nivel psicoterapia dado que no hay variabilidad asociada a éstas.

Los parámetros de los modelos finales estimados se presentan en la Tabla 46. Sus resultados indican que:

• El cluster 1 (General), presentó una diferencia marginalmente significativa según el tipo de episodio (*p* =0,052), siendo mayor la probabilidad de ocurrencia de este cluster en los episodios de ruptura (ver Figura 49).Por su parte, no se presentaron diferencias en su probabilidad de ocurrencia a lo largo del proceso terapéutico (nivel 2 de sesiones).

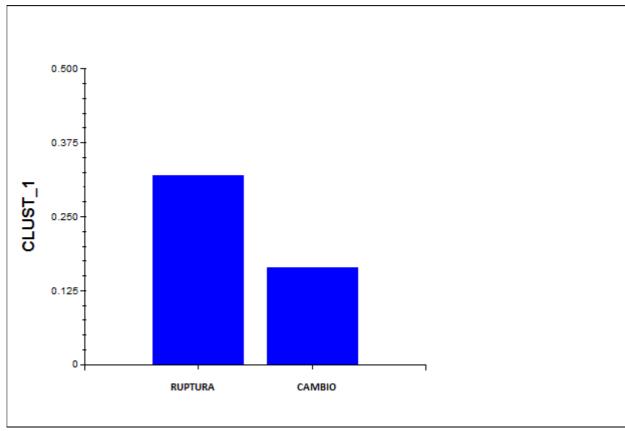


Figura 49. Probabilidad de ocurrencia del Cluster 1 según Tipo de Episodio

- En el cluster 2 (Desconectado), no se observaron diferencias en su probabilidad de ocurrencia a lo largo del proceso terapéutico (nivel 2 de sesiones).
- El cluster3 (Productivo), presentó diferencias estadísticamente significativas en su probabilidad de ocurrencia según el tipo de episodio. Así, este cluster es más probable que se presente en episodios de cambio (ver Figura 50). No se observaron diferencias en su probabilidad de ocurrencia a lo largo del proceso terapéutico (nivel 2 de sesiones).

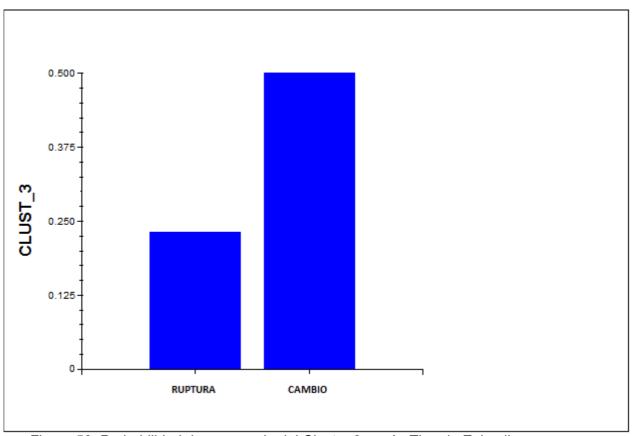


Figura 50. Probabilidad de ocurrencia del Cluster 3 según Tipo de Episodio

• El cluster 4 (Emocional), presentó diferencias estadísticamente significativas en su probabilidad de ocurrencia según el tipo de población al que pertenecía la paciente al inicio de la psicoterapia, siendo mayor la probabilidad de presentar este cluster en la paciente que inició psicoterapia en la población disfuncional (una sola psicoterapia: RB). Respecto de las variables tipo de episodio y evolución de la terapia no se observaron diferencias en su probabilidad de ocurrencia.

Objetivo III. Establecimiento de la asociación entre las características de la expresión discursiva y facial de la regulación de la díada paciente-terapeuta en episodios de cambio y en episodios de ruptura de la alianza.

3.1 Resultados Asociación Discurso-Facial

3.1.1 Procedimiento

Para dar cuenta de esta asociación se parearon los resultados independientes obtenidos en los análisis de discurso y **análisis de expresión facial** dentro de cada episodio analizado. Dado que el discurso fue analizado a nivel de turno de palabras, y que el análisis facial se desarrolla a nivel de marcos temporales más breves (frames), se determinó –vía interfaz humana- la correspondencia de las categorías de discurso y de expresión facial, utilizando para ello el video del episodio y estableciendo el número de frames que contenía cada turno de palabra.

Para este análisis se consideraron **54 episodios** que contaran con la codificación de Posiciones Discursivas (PD) y de **Categorías de Expresión Facial** (CEF), acorde al muestreo planteado en el objetivo 1.

Una vez construida la base de datos conjunta, esta fue importada al software State Space Grid (SSG). El SSG permitió analizar en forma conjunta los datos correspondientes al comportamiento de las posiciones discursivas (PD) del paciente, tanto en su acción como hablante como en su acción como escucha, y de las posiciones discursivas (PD) del terapeuta, también en ambos tipos de acción, durante el transcurso de los episodios. Así por ejemplo, la figura 51 representa una SSG del paciente, donde el color azul (primeras tres columnas) representan la CEF de Mirada (GB) cuando el paciente habla y el terapeuta escucha. Mientras, el color rojo (columnas siguientes) representan la misma CEF Mirada (GB) pero cuando el paciente escucha y el terapeuta habla.

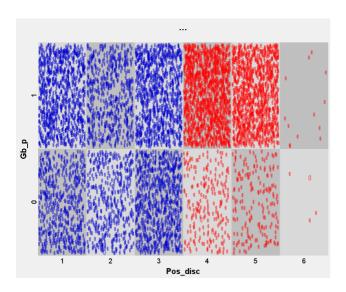


Figura 51: SSG de Mirada (GB) del paciente.

Nota. En el eje X las PD del paciente: (1)= Reflexiva; (2) = Dependiente; (3) Independiente; del terapeuta (4)= Propositiva; (5) Profesor; (6)= Evitativa.

En el eje Y la presencia (1) /ausencia (0) de Mirada (GB).

Tal como se aprecia visualmente en la figura anterior, el SSG representa en el eje X las categorías de las posiciones discursivas (PD) de Paciente y Terapeuta, y en el eje Y las categorías de expresión facial (CEF). En cada cuadrante del SSG, los puntos cuantifican las veces (número de eventos⁷) y/o visitas⁸de una determinada interacción PD-CEF de paciente o terapeuta, lo que permite identificar *atractores* (ver ejemplo en figura 52)durante los episodios de cambio y/o ruptura analizados. Dada la naturaleza de la codificación realizada a nivel de turno de palabra, se consideró que el índice de visitas sería el más adecuado para el análisis del presente estudio.

Además, el SSG estima otros índices, de los cuales se consideró relevante el "Return Time Visits (RTV)" que indica para cada celdilla analizada, cuantas celdillas diferentes a ésta se recorren antes de volver a la inicial. Así, los valores más pequeños indican que esa celdilla opera como fuerte atractor, ya que si durante el transcurso de una trayectoria se visita una determinada celdilla, una vez que se sale de ésta, la trayectoria recorre un número menor de celdillas antes de retornar a la inicial.

Los datos producidos por el SSG fueron exportados y analizados posteriormente empleando el paquete estadístico SSPS-17.

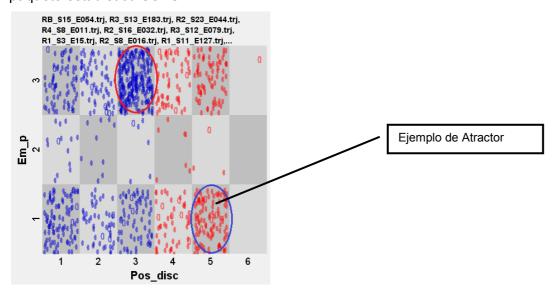


Figura 52: Ejemplo de atractores en SSG de ECF Emociones (EM) del paciente.

⁷Un **evento** es un episodio que ocupa una celda en particular que tiene un inicio y final. Corresponde a la codificación realizada en un turno de palabra durante el episodio. Esta forma de contabilizar considera cómo diferentes dos eventos consecutivos ubicados en una misma celda.

⁸ Se considera que una celda **es visitada** en la secuencia de eventos, si se ingresa a celda y sale de ésta. Así, cuando dos eventos consecutivos acontecen en la misma celda SOLO se cuenta una Visita.

Nota. En el eje X las PD del paciente: (1)= Reflexiva; (2) = Dependiente; (3) Independiente; del terapeuta (4)= Propositiva; (5) Profesor; (6)= Evitativa. En el eje Y emoción negativa (1), mixta (2), y positiva (3).

Tal como se hizo para el objetivo II, considerando que cada uno de los episodios (llamados trayectorias en el SSG) es de diferente duración, se creó un **índice de visitas ajustadas**, dividiendo el número de visitas de cada celda en cada trayectoria por el número total de visitas de dicha trayectoria. Se siguió este procedimiento con el propósito de hacer comparables los valores de las celdillas, independiente del largo de la trayectoria de cada episodio.

3.1.2. Estrategias de Regulación Discurso-Facial: Identificación y Análisis de Atractores

Para la definición de *estrategias de regulación discurso-facial*, se procedió a la identificación de *atractores* (estados particularmente constantes, que atraen una trayectoria determinada y a los que esta retorna una y otra vez) y de *repelentes* (estados particularmente constantes que repelen una trayectoria determinada). Se optó por determinar *atractores* tomando como referente cada posición discursiva⁹ (eje X de la SSG), y utilizando para ello el **índice de visitas ajustado** por la duración de los episodios (y/o trayectorias).

Para la identificación de *atractores* se utilizó un criterio empírico (guiado por los datos). Para determinar si cada una de las posiciones discursivas (PD)— tanto en sus acciones de habla como de escucha- se expresaban facialmente de preferencia a través de las categorías de expresión facial (CEF): Mirada (presencia/ausencia), Adaptador (presencia/ausencia) y Emociones (solo presencia de emociones con valencia Negativa, Positiva, o Mixtas), se comparó el promedio del **índice de visitas ajustados** de cada celdilla correspondiente a dichas estrategias de regulación discurso-facial (PD-CEF) para el conjunto de los episodios (independiente si se tratasen de cambio o ruptura) por medio de un ANOVA intrasujeto. Posteriormente se realizaron contrastes específicos para comparar entre sí combinaciones de cada posición discursiva (PD) con la categoría de expresión facial (CEF) respecto del promedio de todas las combinaciones en determinada posición discursiva. Por tanto, se definieron como *atractores* aquellas combinaciones PD-CEF que estaban sobre el promedio y como *repelentes* a aquellas combinaciones que se hallaban estadísticamente significativas bajo el promedio.

Los resultados indican que en el caso de los pacientes (ver Tabla 47 y Figuras 53 y 54):

-

⁹No se analizó la posición discursiva evitativa del terapeuta en detalle dado que esta se presenta en solo dos de las terapias analizadas. Sin embargo, fue incluida en los datos para dar cuenta en forma más adecuada de la asociación discurso-facial.

- La posición discursiva Reflexivo para el caso en que el paciente habla, presenta diferencias estadísticamente significativas en el promedio de visitas al considerar las diferentes celdillas que denotan su asociación con las diferentes categorías de expresiones faciales, F (3,17; 168)= 12,31; p < 0,001, (valor ajustado por corrección Greenhouse-Geisser). Específicamente, la estrategia de regulación Reflexivo-Mirada y Reflexivo-Emociones Negativas se utiliza prioritariamente por sobre el promedio de las otras combinaciones correspondientes a esta PD. Las estrategias regulatorias Reflexivo-Adaptador y Reflexivo-Emociones Mixtas se utilizan por debajo del promedio de las otras combinaciones. En síntesis, los atractores para la posición discursiva Reflexiva del paciente cuando habla, son Reflexivo-Mirada y Reflexivo-Emociones Negativas, y los repelentes para esta posición cuando habla son Reflexivo-Adaptador y Reflexivo-Emociones Mixtas (ver Tabla 47 y Figuras 53 y 54).</p>
- La posición discursiva Dependiente para el caso en que el paciente habla, presenta diferencias estadísticamente significativas en el promedio de visitas al considerar las diferentes celdillas que denotan su asociación con las diferentes categorías de expresión facial, F (2,96; 157)= 5,60; p < 0,001, (valor ajustado por corrección Greenhouse-Geisser). Específicamente, estrategia de regulación Dependiente-Mirada se utiliza prioritariamente por sobre el promedio de las otras combinaciones correspondientes a esta PD. Las estrategias de regulación Dependiente-Adaptador y Dependiente-Emociones Mixtas se utilizan por debajo del promedio de las otras combinaciones. En síntesis, el atractor en la posición discursiva Dependiente del paciente cuando habla es la estrategia Dependiente-Mirada (ver Tabla 47 y Figuras 53 y 54).
- La posición discursiva Independiente para el caso en que el paciente habla, presenta diferencias estadísticamente significativas en el promedio de visitas al considerar las diferentes celdillas que denotan su asociación con las diferentes categorías de expresión facial, F (1,18; 99,66)= 15,71; p < 0,001, (valor ajustado por corrección Greenhouse-Geisser). Específicamente, las estrategias regulatorias Independiente-Mirada e Independiente-Emociones Positivas se utilizan prioritariamente por sobre el promedio de las otras combinaciones para esta PD. Las estrategias regulatorias Independiente-Adaptador e Independiente-Emociones Mixtas se utilizan por debajo del promedio de las otras combinaciones. En síntesis, los atractores para la PD Independiente del paciente cuando habla, son Independiente-Mirada e Independiente-Emociones Positivas(ver Tabla 47 y Figura 53 y 54).

- Para el caso en que el paciente escucha, y el terapeuta habla desde la posición discursiva *Propositiva*, la expresión facial del paciente presenta diferencias estadísticamente significativas en el promedio de visitas al considerar las diferentes celdillas que denotan su asociación con las diferentes categorías de expresión facial, F (2,19; 116,25)= 10,86; p < 0,001, (valor ajustado por corrección Greenhouse-Geisser). Específicamente, la estrategia regulatoria *Propositiva-Mirada del paciente* se utiliza prioritariamente por sobre el promedio de las otras combinaciones para esta PD del terapeuta. La estrategia regulatoria *Propositiva-Emociones Mixtas del paciente* se utiliza por debajo del promedio de las otras combinaciones. En síntesis, cuando el paciente escucha al terapeuta hablando desde una posición Propositiva, el atractor en el paciente es la combinación *Propositiva-Mirada del paciente* (ver Tabla 47 y Figura 53 y 54).
- Para el caso en que el paciente escucha y el terapeuta habla desde la posición discursiva *Profesor*, la expresión facial del paciente presenta diferencias estadísticamente significativas en el promedio de visitas al considerar las diferentes celdillas que denotan su asociación con las diferentes categorías de expresión facial, F (2,73; 144,76)= 10,29; p < 0,001, (valor ajustado por corrección Greenhouse-Geisser). Específicamente, las estrategias regulatorias *Profesor-Mirada del paciente y Profesor-Emociones Negativas del paciente* se utilizan prioritariamente por sobre el promedio de las otras combinaciones para esta PD del terapeuta. La estrategia regulatoria *Propositiva-Emociones Mixtas del paciente* se utiliza por debajo del promedio de las otras combinaciones. En síntesis, cuando el paciente escucha al terapeuta hablando desde una posición Profesor, el atractor en el paciente son las combinaciones *Profesor-Mirada del paciente y Profesor-Emociones Negativas del paciente*(ver Tabla 47 y Figura 53 y 54).

Tabla 47. Comparación de Índice de visitas ajustado para cada una de las combinaciones posición discursiva PD) con categoría de expresión facial (CEF)en Pacientes^a

Acción del Paciente	Posición Discursiva	Facial (CEF)	M	DS	р
Hablante	Reflexivo	Mirada (+)	,14	,14	,000
		Adaptador (-)	,05	,09	,003
		Emociones Negativas (+)	,13	,16	,003
		Emociones Mixtas(-)	,03	,08	,000
		Emociones Positivas	,09	,15	,754
Hablante	Dependiente	Mirada (+)	,07	,11	,020
	·	Adaptador (-)	,04	,07	,039
		Emociones Negativas	,07	,13	,227
		Emociones Mixtas(-)	,02	,06	,000
		Emociones Positivas	,07	,14	,131

Hablante	Independiente	Mirada (+)	,14	,14	,000
	•	Adaptador (-)	,07	,08	,007
		Emociones Negativas	,08	,11	,268
		Emociones Mixtas (-)	,01	,04	,000
		Emociones Positivas (+)	,16	,21	,002
Escucha	Propositivo	Mirada (+)	,13	,092	,000
		Adaptador	,06	,08	,060
		Emociones Negativas	,11	,18	,080
		Emociones Mixtas (-)	,01	,04	,000
		Emociones Positivas	,07	,11	,491
Escucha	Profesor	Mirada (+)	,10	,11	,000
		Adaptador	,05	,07	,301
		Emociones Negativas (+)	,09	,15	,048
		Emociones Mixtas(-)	,00	,02	,000
		Emociones Positivas	,06	,12	,879

Nota: En negrita los *atractores*, y en cursiva los *repelentes*. N= 54 episodios. Comparaciones respecto del promedio del conjunto de variables dentro de cada posición discursiva (Reflexivo 0,87; .Dependiente 0,54; Independiente 0,09; El propositivo 0,07, El profesor, 0,06)

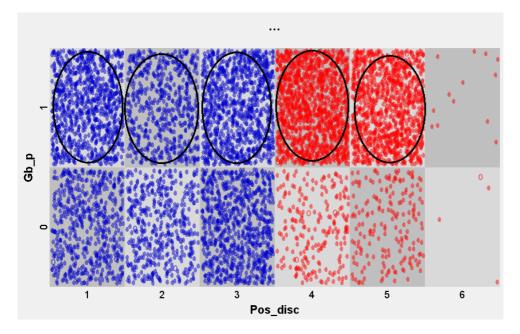


Figura 53: Atractores en SSG de ECF Mirada (GB) del paciente. Nota. En el eje X las PD del paciente: (1)= Reflexiva; (2) = Dependiente; (3) Independiente; del terapeuta (4)= Propositiva; (5) Profesor; (6)= Evitativa. En el eje Y presencia (1), y ausencia (0)

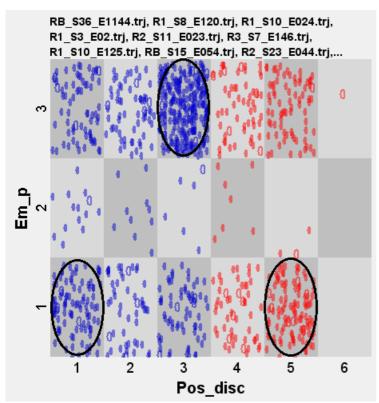


Figura 54: Atractores en SSG de ECF Emociones (EM) del paciente.

Nota. En el eje X las PD del paciente: (1)= Reflexiva; (2) = Dependiente; (3) Independiente; del terapeuta (4)= Propositiva; (5) Profesor; (6)= Evitativa.

En el eje Y Emociones Negativas (1), Emociones Mixtas (2), y Emociones Positivas (3)

Los resultados indican que en el caso de los terapeutas (ver Tabla 48 y Figuras 55 y 56):

- Para el caso en que el terapeuta escucha y el paciente habla desde la PD Reflexiva, la expresión facial del terapeuta presenta diferencias estadísticamente significativas en el promedio de visitas al considerar las diferentes celdillas que denotan su asociación con las otras categorías de expresión facial, F (2,21; 117)= 9,06; p < 0,001, (valor ajustado por corrección Greenhouse-Geisser). Específicamente, la estrategia regulatoria Reflexiva-Mirada del terapeuta se utiliza prioritariamente por sobre el promedio de las otras combinaciones para esta PD del paciente. La estrategia regulatoria Reflexiva-Emociones Mixtas del terapeuta se utiliza por debajo del promedio de las otras combinaciones. En síntesis, cuando el terapeuta escucha al paciente hablando desde la PD Reflexiva, el atractor en el terapeuta es la combinación Reflexiva-Mirada del terapeuta (ver Tabla 48 y Figuras 55 y 56)</p>
- Para el caso en que el terapeuta escucha y el paciente habla desde la PD Dependiente, la
 expresión facial del terapeuta presenta diferencias estadísticamente significativas en el
 promedio de visitas al considerar las diferentes celdillas que denotan su asociación con las
 otras CEF, F (2,48; 131)= 7,77; p < 0,001, (valor ajustado por corrección Greenhouse-

Geisser). Específicamente, la estrategia regulatoria *Dependiente-Mirada del terapeut a*se utiliza prioritariamente por sobre el promedio de las otras combinaciones para esta PD del paciente. La estrategia regulatoria *Dependiente-Emociones Mixtas del terapeuta* se utiliza por debajo del promedio de las otras combinaciones. En síntesis, cuando el terapeuta escucha al paciente hablando desde la PD Dependiente, el atractor en el terapeuta es la combinación *Dependiente-Mirada del terapeuta* (ver Tabla 48 y Figuras 55 y 56)

- Para el caso en que el terapeuta escucha y el paciente habla desde la PD Independiente, la expresión facial del terapeuta presenta diferencias estadísticamente significativas en el promedio de visitas al considerar las diferentes celdillas que denotan su asociación con las otras CEF, F (1,91; 101)= 11,23; p < 0,001, (valor ajustado por corrección Greenhouse-Geisser). Específicamente, la estrategia regulatoria Independiente-Mirada del terapeuta se utiliza prioritariamente por sobre el promedio de las otras combinaciones para esta PD del paciente. Las celdillas estrategias de regulación Independiente-Emociones Negativas del terapeuta e Independiente-Emociones Mixtas del terapeuta se utilizan por debajo del promedio de las otras combinaciones. En síntesis, cuando el terapeuta escucha al paciente hablando desde la PD Independiente, el atractor en el terapeuta es la combinación Independiente-Mirada del terapeuta (ver Tabla 48 y Figuras 55 y 56)</p>
- La posición discursiva *Propositivo* para el caso en que el terapeuta habla, presenta diferencias estadísticamente significativas en el promedio de visitas al considerar las diferentes celdillas que denotan su asociación con las diferentes CEF, F (2,59; 137,34)= 19,97; p < 0,001, (valor ajustado por corrección Greenhouse-Geisser). Específicamente, las estrategias de regulación *Propositiva-Mirada del terapeuta y Propositivo-Emociones Negativas del terapeuta* se utilizan prioritariamente por sobre el promedio de las otras combinaciones para esta PD del terapeuta. Las estrategias regulatorias *Propositivo-Emociones Mixtas del terapeuta y Propositivo-Adaptador del terapeuta* se utilizan por debajo del promedio de las otras combinaciones. En síntesis, cuando el terapeuta habla desde una posición Propositiva, los atractores son las combinaciones *Propositivo-Mirada del terapeuta y Propositivo-Emociones Negativas del terapeuta* (ver Tabla 48 y Figuras 55 y 56).
- La posición discursiva *Profesor* para el caso en que el terapeuta habla, presenta diferencias estadísticamente significativas en el promedio de visitas al considerar las diferentes celdillas que denotan su asociación con las diferentes CEF, F (1,76; 93,18)= 17,40; p < 0,001, (valor ajustado por corrección Greenhouse-Geisser). Específicamente, las estrategias regulatorias *Profesor-Mirada del terapeuta y Profesor Emociones Negativas del*

terapeuta se utilizan prioritariamente por sobre el promedio de las otras combinaciones para esta PD del terapeuta. Las estrategias de regulación *Profesor-Adaptador, Profesor-Emociones Mixtas y Profesor-Emociones Positivas del terapeuta* se utilizan por debajo del promedio de las otras combinaciones. En síntesis, cuando el terapeuta habla desde la PD Profesor, los atractores son las combinaciones *Profesor-Mirada del terapeuta y Profesor-Emociones Negativas del terapeuta* (ver Tabla 48 y Figuras 55 y 56).

Tabla 48. Comparación de Índice de visitas ajustado para cada una de las combinaciones posición discursiva con Facial en Terapeutas ^a

Acción del terapeuta	Posición Discursiva	Facial (CEF)	M	DS	р	
Escucha	Reflexivo	Mirada (+)	,12	,13	,000	
		Adaptador	,04	,08	,108	
		Emociones Negativas	,06	,12	,898	
		Emociones Mixtas (-)	,00	,01	,000	
		Emociones Positivas	,08	,19	,408	
Escucha	Dependiente	Mirada (+)	,09	,15	,000	
		Adaptador	,04	,09	,491	
		Emociones Negativas	,05	,12	,442	
		Emociones Mixtas (-)	,00	,02	,000	
		Emociones Positivas	,03	,10	,479	
Escucha	Independiente	Mirada (+)	,14	,14	,000	
Locaona	macponaiomo	Adaptador	,05	,08	,106	
		Emociones Negativas (-)	,04	,09	,032	
		Emociones Mixtas (-)	,00	,02	,000	
		Emociones Positivas	,09	,22	,253	
Hablante	Propositivo	Mirada (+)	,22	,15	,000	
Паріапіе	Propositivo	Adaptador (-)			,000	
		Emociones Negativas (+)	,06 ,16	,11 ,21	,026	
		Emociones Mixtas (-)	,10	,04	,000	
		Emociones Positivas	,01	,0 4 ,18	,000 ,168	
		EIIIOCIONES FOSILIVAS	,00	,10	, 100	
Hablante	Profesor	Mirada (+)	,16	,15	,000	
		Adaptador (-)	,05	,10	,000	
		Emociones Negativas (+)	,22	,31	,000	
		Emociones Mixtas(-)	,01	,08	,000	
		Emociones Positivas (-)	,05	,11	,006	

Nota: En negrita *atractores*, y en cursiva *repelentes*.N= 54 episodios. Comparaciones respecto del promedio del conjunto de variables dentro de cada posición discursiva (Reflexivo 0,06; .Dependiente 0,04; Independiente 0,06; El propositivo 0,11, El profesor, 0,10)

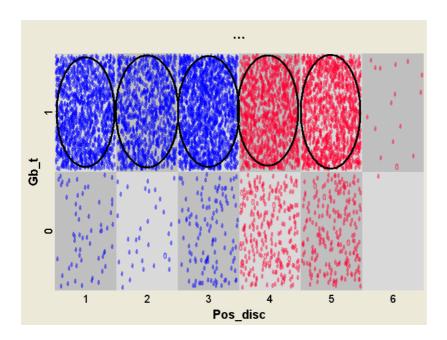


Figura 55 : Atractores en SSG de CEF Mirada (GB) del terapeuta. Nota. En el eje X las PD del paciente: (1)= Reflexiva; (2) = Dependiente; (3) Independiente; del terapeuta (4)= Propositiva; (5) Profesor; (6)= Evitativa. En el eje Y presencia (1), y ausencia (0)

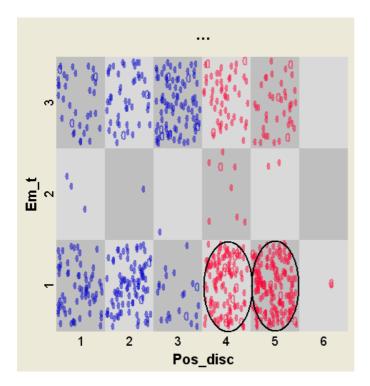


Figura 56: Atractores en SSG de CEF Emociones (EM) del terapeuta.

Nota. En el eje X las PD del paciente: (1)= Reflexiva; (2) = Dependiente; (3) Independiente; del terapeuta (4)= Propositiva; (5) Profesor; (6)= Evitativa.

En el eje Y Emociones Negativas (1), Emociones Mixtas (2), y Emociones Positivas (3)

3.1.3 Estrategias de Regulación Discurso-Expresión Facial: Comparación en Episodios de Cambio y Ruptura

Se compararon las estrategias regulatorias discurso-facial (atractores) – previamente identificadas -de las posiciones discursivas de paciente y terapeuta sólo cuando están **hablando**, según su aparición en los episodios de cambio v/s ruptura. La variable dependiente corresponde al **índice de visitas ajustados** para cada uno de estos atractores (marcados en negrita en tablas 47 y 48 de la sección anterior). Se utilizó HLM para establecer un modelo de 3 niveles: El nivel 1, tipo episodios; el nivel 2, número de sesión, y el nivel 3 la psicoterapia completa.

El modelo utilizado fue el siguiente (ver Figura 57):

LEVEL 1 MODEL (bold: group-mean centering; bold italic: grand-mean centering)

REFLEX_G =
$$\pi_0 + \pi_1$$
(T_EPI) + e

LEVEL 2 MODEL (bold: group-mean centering; bold italic: grand-mean centering)

$$\pi_0 = \rho_{00} + \rho_{01}$$
(SESION) + r_0

$$\pi_1 = \rho_{10} + r_1$$

LEVEL 3 MODEL (bold italic: grand-mean centering)

$$\rho_{00} = \gamma_{000} + \gamma_{001}$$
(C_FUNCIO) + γ_{002} (ICC_FINA) + ρ_{00}

$$\rho_{01} = \gamma_{010} + \rho_{01}$$

$$\rho_{10} = \gamma_{100} + \rho_{10}$$

Figura 57. Modelo Predictivo del Índice de visitas ajustado.

Donde, en el Nivel 1,

Tipo de Episodio(T_EPI) corresponde a la distinción de 1= Cambio y 0=Ruptura. En el nivel 2,

Sesión (SESION) corresponde al número de sesión en que se presentaron los episodios.

En el nivel 3:

Funcionamiento Inicial (C_FUNCIO): distinguiendo si el paciente se encontraba en la población funcional (1) o disfuncional (0) al momento del inicio de la psicoterapia (OQ45.2).

Cambio Confiable (ICC_FINA) según si se produjo (1) o no (0) cambio según el criterio del Índice de Cambio Confiable (OQ-45.2)

Los parámetros de los modelos estimados se presentan en la Tabla 49.

Tabla 49. Parámetros de los modelos de las estrategias regulatorias PD-CEF en pacientes y terapeutas según Tipo de Episodio.

Posición Discursiva	Facial (CEF)		Modelo	Coeficiente (Error)	р
Reflexivo- Paciente	Mirada	E. fijos E. Variables	Intercepto $\pi 0$ Intercepto $\beta 00$ Intercepto $\gamma 000$ Funcional $\gamma 001$ ICC $\gamma 0002$ Sesión $\beta 01$ Intercepto $\gamma 010$ Tipo Episodio $\pi 1$ Intercepto $\beta 10$ Tipo Episodio $\gamma 01$ r 0 e	0,04 (0,07) 0,05 (0,06) -0,08 (0,05) 0,00 (0,00) 0,15 (0,03) 0,00 0,01	0,62 0,48 0,23 0,76 0,002 0,38
Reflexivo- Paciente	Emociones Negativas	E. fijos	uoo Intercepto π 0 Intercepto β 00 Intercepto γ 000	-0,00 (0,07)	0,002
			Funcional γ 001 ICC γ 0002 Sesión β 01 Intercepto γ 010 Tipo Episodio π 1 Intercepto β 10	0,10 (0,06) -0,09 (0,05) 0,00 (0,00) 0,10 (0,03)	0,18 0,21 0,69 0,03
		E. Variables	Tipo Episodio γ01 r0 e uoo	0,01 0,01 0,00	0,001
Dependiente- Paciente	Mirada	E. fijos	Intercepto $\pi 0$ Intercepto $\beta 00$ Intercepto $\beta 00$ Intercepto $\gamma 000$ Funcional $\gamma 001$ ICC $\gamma 0002$ Sesión $\beta 01$ Intercepto $\gamma 010$ Tipo Episodio $\pi 1$ Intercepto $\beta 10$ Tipo Episodio $\gamma 01$	0,16 (0,07) -0,09 (0,06) 0,04 (0,05) -0,00 (0,00)	0,13 0,30 0,53 0,19
		E. Variables	r0 e uoo	0,00 0,01 0,00	0,32 0,003
Independiente- Paciente	Mirada	E. fijos	Intercepto π0 Intercepto β00 Intercepto γ000 Funcionalγ001 ICCγ0002 Sesión β01	0,17 (0,07) 0,00 (0,06) 0,04 (0,05)	0,13 0,94 0,47

			Intercepto γ010 Tipo Episodio π1	-0,00 (0,00)	0,80
			Intercepto β10 Tipo Episodio γ01	-0,10 (0,03)	0,03
		E. Variables	r0	0,01 0,01	0,001
			e uoo	0,00	0,046
Independiente- Paciente	Emociones Positivas	E. fijos	Intercepto π0 Intercepto β00		
			Intercepto γ000	0,25 (0,10)	0,12
			Funcionalγ001	-0,01 (0,08) 0,07 (0,06)	0,86
			ICCγ0002	0,07 (0,06)	0,45
			Sesión β01 Intercepto γ010	-0,00 (0,00)	0,42
			Tipo Episodio π1	, ,	
			Intercepto β10	0.44 (0.00)	0.04
			Tipo Episodio γ01	-0,14 (0,03)	0,04
		E. Variables	r0	0,01	0,055
			e	0,03	
			uoo	0,00	0,065
Propositivo- Terapeuta	Mirada	E. fijos	Intercepto π0 Intercepto β00		
			Intercepto γ000	0,12 (0,05)	0,12
			Funcionalγ001	0,02 (0,04)	0,63
			ICCγ0002	-0,03 (0,03)	0,48
			Sesión β01 Intercepto γ010	-0,00 (0,00)	0,95
			Tipo Episodio π1	, , ,	•
			Intercepto β10		
			Tipo Episodio γ01	-0,00 (0,02)	0,87
		E. Variables	-0	0,00	0,007
			r0 e	0,01	
			u00	0,00	0,080
Propositivo- Terapeuta	Emociones Negativas	E. fijos	Intercepto $\pi 0$ Intercepto $\beta 00$		
			Intercepto γ000	0,02 (0,10)	0,82
			Funcionalγ001	0,14 (0,07) -0,04 (0,07)	0,19 0,59
			ICCγ0002 Sesión β01	0,04 (0,01)	0,00
			Intercepto γ010	0,00 (0,00)	0,92
			Tipo Episodio π 1		
			Intercepto β10 Tipo Episodio γ01	-0,02 (0,04)	0,63
		E. Variables		0,03	0,001
		L. Valiables	r0	0,00	0,001
			e U00	0,00	>0,500

Profesor-	Mirada	E. fijos	Intercepto π 0		
Terapeuta			Intercepto β00		
			Intercepto γ000	0,09 (0,06)	0,30
			Funcional _γ 001	0,01 (0,06)	0,84
			ICCγ0002	0,00 (0,05)	0,99
			Sesión β01		
			Intercepto γ010	-0,00 (0,00)	0,64
			Tipo Episodio π1		
			Intercepto β10		
			Tipo Episodio γ01	-0,02 (0,03)	0,51
			Tipo Episodio 70 T		
		E. Variables	rO	0,00	>0,500
			e	0,00	
			u00	0,00	0,003
			400		
Profesor-	Emociones	E. fijos	Intercepto π0		
Terapeuta	Negativas		Intercepto β00		
			Intercepto γ000	0,06 (0,09)	0,56
			Funcionalγ001	0,02 (0,08)	0,80
			ICCγ0002	0,01 (0,07)	0,86
			Sesión β01	, ,	
			Intercepto γ010	-0,00 (0,00)	0,71
			Tipo Episodio π1		
			Intercepto β10		
			• •	0,03 (0,04)	0,48
			Tipo Episodio γ 01	, , ,	ŕ
		E. Variables	-0	0,00	>0,500
			r0	0,02	,
			e	0,00	0,004
			u00	-,	-,

Nota: Muestra: 54 episodios, 43 sesiones, 5 psicoterapias.

Los resultados de la comparación de atractores de los pacientes indican que las estrategias de regulación PD-CEF *Reflexivo-Mirada del paciente, Reflexivo-Emociones Negativas del paciente, Independiente-Mirada del paciente e Independiente-Emociones Positivas del paciente,* presentaron diferencias según el tipo de episodio. Específicamente:

• La estrategia PD-CEF *Reflexivo-Mirada del paciente* recibió en promedio más visitas en los episodios de Cambio que en episodios de Ruptura, una vez que se controló por la sesión (nivel 2) en que ocurren y por las características de la terapia (nivel 3). Esta diferencia se aprecia en las figuras 58 y 62.

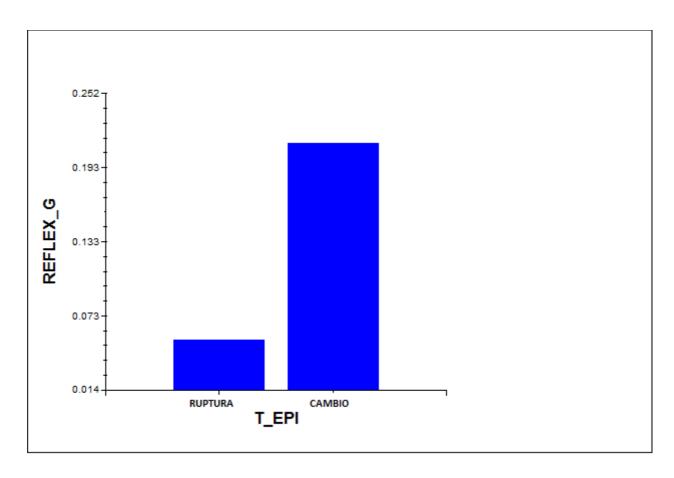


Figura 58. Promedio visitas estrategia Reflexivo-Mirada del paciente (GB) en episodios de Cambio y Ruptura.

 La estrategia PD-CEF Reflexivo-Emociones negativas del paciente recibió en promedio más visitas en los episodios de Cambio que en los episodios de Ruptura, una vez que se controló por la sesión (nivel 2) en que ocurren y por las características de la terapia (nivel 3). Esta diferencia se aprecia en las figuras 59 y 63.

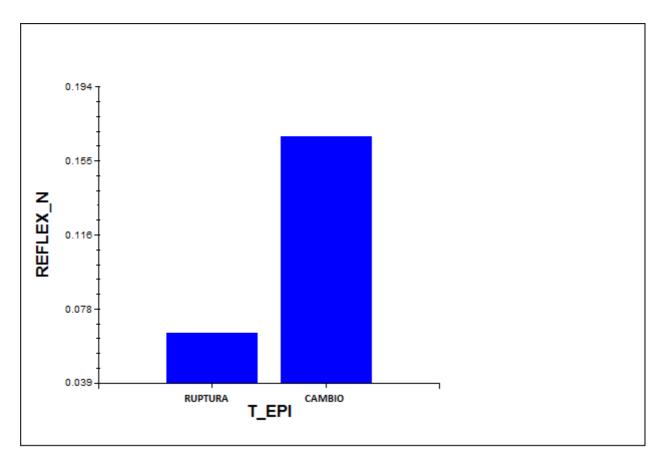


Figura 59. Promedio visitas estrategia Reflexivo-Emociones Negativas del paciente (NEG) en episodios de Cambio y Ruptura.

 La estrategia PD-CEF Independiente - Mirada del paciente recibió en promedio más visitas en los episodios de Ruptura que en los episodios de Cambio, una vez que se controló por la sesión (nivel 2) en que ocurren y por las características de la terapia (nivel 3). Esta diferencia se aprecia en las figuras 60 y 62.

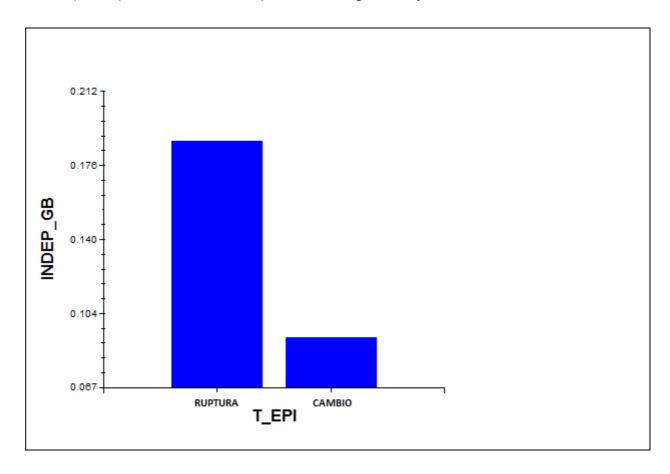


Figura 60. Promedio visitas estrategia Independiente – Mirada (GB) del paciente en episodios de Cambio y Ruptura.

 La estrategia PD-CEF Independiente – Emociones Positivas del paciente recibió en promedio más visitas en los episodios de Ruptura que en los episodios de Cambio, una vez que se controló por la sesión (nivel 2) en que ocurren y por las características de la terapia (nivel 3). Esta diferencia se aprecia en las figuras 61 y 63.

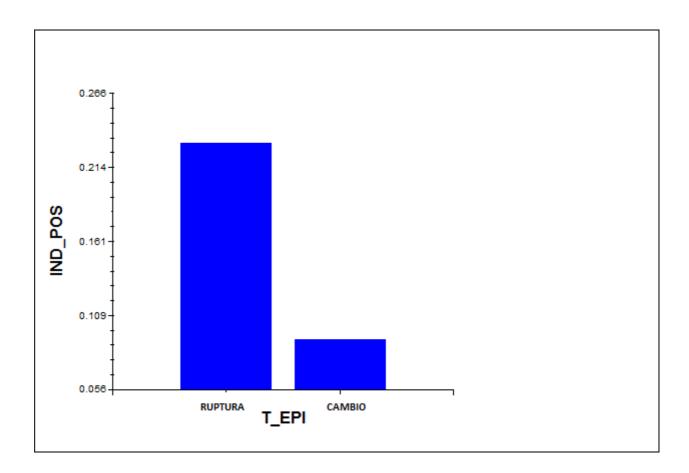


Figura 61. Promedio visitas estrategia Independiente –Emociones Positivas del paciente (POS) en episodios de Cambio y Ruptura.

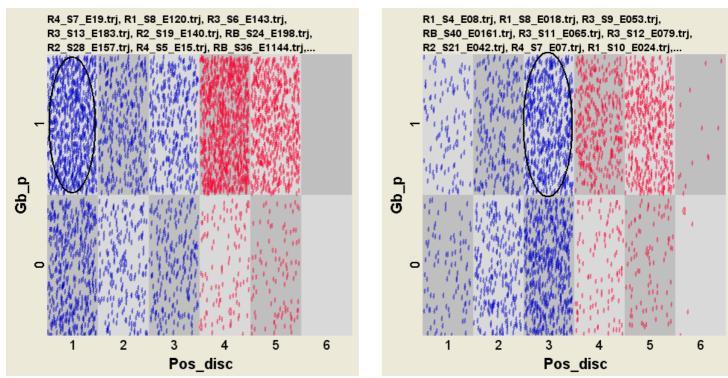
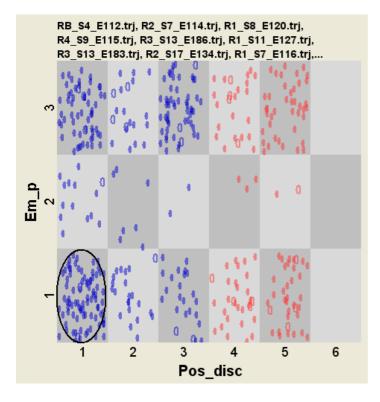


Figura 62 : Atractores en SSG de CEF Mirada (GB) del paciente en Episodios de Cambio y Ruptura respectivamente.

Nota. En el eje X las PD del paciente: (1)= Reflexiva; (2) = Dependiente; (3) Independiente; del terapeuta (4)= Propositiva; (5) Profesor; (6)= Evitativa.

En el eje Y presencia (1), y ausencia (0)



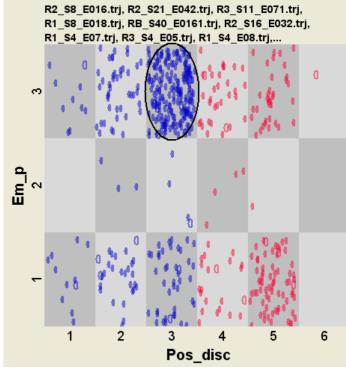


Figura 63 : Atractores en SSG de CEF Emociones (EM) del paciente en Episodios Cambio y Ruptura respectivamente.

Nota. En el eje X las PD del paciente: (1)= Reflexiva; (2) = Dependiente; (3) Independiente; del terapeuta (4)= Propositiva; (5) Profesor; (6)= Evitativa.

En el eje Y Emociones Negativas (1), Emociones Mixtas (2), y Emociones Positivas (3)

Objetivo IV: Determinación de las características específicas de la expresión discursiva, vocal y facial de la regulación de los repertorios relacionales de paciente y terapeuta, que se manifiesten en episodios de ruptura de la alianza.

Este objetivo del estudio está basado en la idea de que en los episodios de rupturas de la alianza se expresarían con mayor facilidad los repertorios o patrones relacionales tempranos de paciente y terapeuta, es decir aquellos ligados a su perfil de apego (Safran & Muran). El supuesto, basado en los hallazgos de un estudio previo (Martínez, 2011), es que encontraremos una sobreposición significativa entre los episodios de ruptura y aquellos que denominamos *episodios de apego*. Por lo tanto, esta no es una hipótesis en estudio, sino que un supuesto que utilizamos como guía metodológica para el procedimiento de identificación de episodios de ruptura en los que se expresen los repertorios relacionales de los participantes en cada terapia.

4.1 Procedimiento de Determinación de Episodios de Apego

Este tipo de episodios está basado en la determinación de los repertorios relacionales de los participantes. Al inicio de cada proceso, cada díada terapéutica fue evaluada por separado por un entrevistador entrenado con la Entrevista de Prototipos de Apego Adulto (EPAA) (Strauss & Lobo-Drost, 2001; Martínez & Núñez, 2006). Esta evaluación entrega un perfil de las representaciones del apego en adultos sobre la base de 7 prototipos estandarizados (1 "Seguro-Autónomo", 2 "Excesivamente dependiente", 3 "Inestable en sus relaciones", 4 "Excesivamente sobreprotector", 5 "Excesivamente autocontrolado", 6 "Excesivamente autónomo" y 7 "Emocionalmente indiferente") que caracterizan dimensionalmente las categorías tradicionales de apego. Este perfil es determinado con la codificación de esta entrevista por dos codificadores independientes. Uno es quien hizo la entrevista y el otro solo recibe la transcripción de esta. Después de codificar la entrevista por separado, se reúnen a acordar en aquellas discrepancias que existan en sus codificaciones individuales. Finalmente, después de este consenso intersubjetivo, se obtiene un perfil de puntajes de los 7 prototipos evaluados para cada sujeto. Con este perfil, un tercer codificador independiente construye una breve descripción, denominada Brief, acerca de la manera que cada participante - paciente y terapeuta - podría comportarse, de acuerdo a sus particulares perfiles de apego o repertorios relacionales, durante el proceso terapéutico, especialmente en momentos difíciles de este. Luego este Brief es mostrado a los codificadores de las respectivas entrevistas y se chequea por medio de un acuerdo intersubjetivo la descripción del perfil de apego de cada uno de los participantes. Con este procedimiento se busca obtener un Brief confiable para identificar en cada terapia los episodios de apego. Para el caso de este estudio, lo que buscamos no es determinar episodios de apego, sino identificar expresiones de los patrones o repertorios relacionales de los participantes en episodios de ruptura. Por tanto, con el Brief del perfil de apego de cada participante de una terapia, dos codificadores independientes evaluaron los episodios de ruptura de las terapias en los registros de videos y trascripciones. Nuevamente, una vez seleccionados los episodios en los que aparecen expresiones de los patrones relacionales, los codificadores se reúnen para acordar intersubjetivamente el listado definitivo de episodios de ruptura en que se expresan dichos repertorios. Finalmente, los episodios seleccionados son evaluados con análisis discursivo, vocal y facial.

4.2. Perfiles de apego de paciente y terapeuta por terapia

Terapia 1

- - - ·

El repertorio relacional de la paciente se caracteriza por la inseguridad con que se vincula con otros. Particularmente muestra dificultades para confiar en los demás a partir de un débil sentido de sí misma e inestabilidad en sus sentimientos hacia otros. Tiene algunas buenas relaciones, lo que encuentra muy enriquecedor, pero no siempre satisfactorias o bien cargadas de ansiedad. Básicamente es una persona que no siente la seguridad que los otros estarán allí cuando los necesite y es, en cierto modo, pesimista acerca de las relaciones interpersonales.

Destaca en la paciente su facilidad para hacerse dependiente de otras personas. Busca excesivamente consejo y guía de los demás, dejando que otros tomen obligaciones y responsabilidades porque piensa que se manejan mejor que ella. En la relación terapéutica se espera que busque esa guía en la terapeuta, aceptando condescendientemente lo que se le indica, sin discutir sus intervenciones.

A veces le preocupa excesivamente que otro significativo pudiera cambiar su actitud hacia ella y abandonarla. Sus propios deseos de autonomía no son percibidos o son reprimidos con el fin de mantener una relación. Esto mismo se espera que aparezca durante el proceso terapéutico, con momentos de gran ansiedad a propósito de amenazas al vínculo terapéutico.

Sin embargo, también su inseguridad se puede manifestar en la inestabilidad en sus relaciones, con sentimientos extremos a veces por las mismas personas. Por un lado, desea que otros significativos la cuiden como a una niña, y por el otro, no puede soportar cuando los otros cumplen sus deseos. La persona aborrece que le nieguen aquello que siente que merece y cuando quiere algo, lo quiere casi inmediatamente. Pero también podría molestarla la solicitud excesiva de los demás. Por tanto, es muy fácil que se desilusione, lo que a veces gatilla en ella el sentimiento de que la vida no vale la pena vivirla.

A veces puede ser excesivamente sobreprotectora, prefiriendo cuidar a otras personas más que a sí misma. Siente una gran simpatía por personas devaluadas o poco apreciadas, por lo que es amigable con mucha gente, quienes probablemente no son sus amigos realmente. Se siente herida cuando alguien a quien quiere ayudar rehúsa su ayuda. A veces, siente que los demás no aprecian lo que hace y que entrega más de lo que recibe. En este sentido, a veces puede aparecer excesivamente preocupada por lo que le ocurra a la terapeuta, sobre adaptándose para colaborar con las imaginadas necesidades que percibe en ella.

Sin embargo, en ocasiones esta sobre adaptación toma la forma de cierta frialdad y desconexión. Fácilmente puede adoptar una postura rígida, muy perfeccionista y excesivamente exigente con los demás. Este es un aspecto muy adaptativo de la paciente en situaciones laborales exigentes, pero descoloca en los vínculos más cercanos y emocionales.

TERAPEU

Т

La terapeuta muestra un repertorio relacional básicamente seguro, caracterizándose por una equilibrada confianza en los demás, al mismo tiempo de generar cercanía con quienes la necesitan. Tiene un sólido sentido de quién es y de sus sentimientos hacia otros, acepta sus diferencias, que piensen o sientan distinto, lo que juzga como enriquecedor para sus relaciones. En general siente la seguridad que los otros estarán allí cuando los necesite y es, en cierto modo, optimista acerca de las relaciones interpersonales.

Sin embargo, en situaciones de mayor estrés y de amenaza a sus vínculos, la terapeuta activa estrategias evitativas para regular sus relaciones y auto-regular su ansiedad. En esos momentos se torna más distante de sus propias emociones e intenta llevar adelante sus problemas de una manera racional. Normalmente, hace su trabajo debidamente, a pesar de estar a veces molesta o frustrada. A

ERAPEUTA

veces uno puede sentir su necesidad de cercanía, pero ella realmente no puede mostrarla, puesto que necesita ejercer un control estricto de sus afectos y necesidades.

Mirados en interacción, los repertorios relacionales de terapeuta y paciente muestran más diferencias que similitudes. Esto puede significar que en gran parte de la terapia la regulación mutua se sostendrá por estrategias complementarias que aseguren la alianza terapéutica. Esto significa que la seguridad de la terapeuta puede acoger las necesidades de dependencia y cercanía de la paciente, pero también puede generar una excesiva coordinación que las pueda inmovilizar a través del proceso. De esta manera, se espera que ambas contribuyan a mantener una baja tensión durante gran parte del proceso, cosa que a veces podría romperse cuando frente a alguna ruptura o impasse, ambas adopten una postura de sobrecontrol afectivo, desconexión y racionalidad para resolver la tensión. Esto podría hacer que cada una se autoregule volcándose hacia sí misma, pero desconectándose de su vínculo terapéutico y perdiendo la posibilidad de resolver el quiebre de la alianza.

Terapia 3

Α

C

Ε

Ν

Т

E

El repertorio relacional del paciente categorialmente es moderadamente seguro, caracterizándose por facilidad para confiar en los otros y para apoyar a personas que lo necesitan. Es decir, puede cuidar y ser cuidado. Por tanto, se espera que en la relación terapéutica confíe en la ayuda ofrecida y sea cooperador con el terapeuta.

Tiene algunas buenas relaciones, principalmente satisfactorias y no ligadas a malos sentimientos o ansiedad. Siente la seguridad que los otros estarán allí cuando los necesite y es, en cierto modo, optimista acerca de las relaciones interpersonales.

Sin embargo, también sus relaciones cercanas se pueden caracterizar por excesiva dependencia, buscando a veces excesivo consejo y guía de los demás. A veces deja que otros tomen obligaciones y responsabilidades porque piensan que se manejan mejor que él. Esto podría expresarse en la psicoterapia en una búsqueda de direcciones y consejos de comportamiento.

A veces le preocupa excesivamente que otros significativos podrían cambiar con el y abandonarlo. Sus propios deseos de autonomía no son percibidos por el mismo o son reprimidos con el fin de mantener esa relación. En la relación con el terapeuta, el paciente podría ser excesivamente condescendiente y mostrar cierto grado de sometimiento.

Por otra parte, el paciente a veces puede mostrar sentimientos y comportamientos más extremos, especialmente con figuras significativas. Por un lado, desea que otros lo cuiden y no lo abandonen, y por el otro, a veces no puede soportar cuando los otros cumplen su deseo de cercanía y se agobia al verse a sí mismo como dependiente.

El repertorio relacional del terapeuta es básicamente seguro, caracterizándose por facilidad para confiar en otros significativos y para apoyar a personas que lo necesitan. Tiene un sólido sentido de quién es y de sus sentimientos hacia los demás. Puede mantener relaciones interpersonales satisfactorias y no ligadas a malos sentimientos o ansiedad. Siente la seguridad que los otros estarán allí cuando los necesite y es, en cierto modo, optimista acerca de las relaciones interpersonales.

Sin embargo, muestra algunos aspectos inseguros que lo lleva a tener un cuidado, a veces excesivo, de personas devaluadas o poco apreciadas. Este cuidado del otro adquiere la forma de un marcado paternalismo, con expresiones de superioridad y manejo del poder. En un proceso terapéutico, probablemente esta tendencia aparecerá en entregar consejos e instrucciones desde el lugar de quien sabe la verdad.

Se siente herido cuando alguien a quien quiere ayudar rehúsa su ayuda. A veces, siente que los demás no aprecian lo que hace y que entrega más de lo que recibe. Probablemente en la relación terapéutica, manifestaciones de autonomía de los pacientes podría generarle ansiedad y llevarlo a reaccionar con excesivo autocontrol y racionalidad. En esos momentos, tiende a desconectarse afectivamente, a pesar de estar profundamente molesto y frustrado.

Al analizar los repertorios relacionales de ambos participantes destaca, en primer lugar, que ambos poseen un nivel de seguridad relativamente similar caracterizada por confianza y cercanía con el otro. Probablemente esto debiera reflejar una buena alianza terapéutica, con pocas variaciones a lo largo del proceso y escasas rupturas de la relación. No obstante, esta base segura que podría sostener la relación terapéutica, al verse amenazada o en tensión, probablemente activará otras estrategias relacionales que forman parte de sus repertorios individuales y que mostrarían sus diferencias en las estrategias de regulación utilizadas. Por ejemplo, ante la amenaza de conflicto con el terapeuta, el

C E Ν Т Ε

paciente se comportará más dependiente y necesitado de consejos o directrices, reprimiendo sus necesidades de autonomía. Sin embargo, al mismo tiempo podría ejercer esta autonomía de modos más indirectos, como a través de inasistencias o atrasos. Por su parte, ante situaciones interactivas que le generan ansiedad o amenaza de la alianza, el terapeuta, tenderá a regularse a sí mismo con un excesivo autocontrol afectivo y con una actitud directiva y paternalista hacia el paciente. En el fondo, el terapeuta leerá la búsqueda de autonomía del paciente como un desprecio a su ayuda, lo que amenazará esta necesidad de poder afectivo por el otro como estrategia relacional. Para volver a un equilibrio, activará estrategias de autocontrol y excesiva sobreprotección. Por tanto, mirado intersubjetivamente, se espera que en momentos de tensión relacional ambos participantes busquen la complementariedad como estrategia de regulación mutua.

Terapia 4

El repertorio relacional de la paciente es básicamente inseguro, con un funcionamiento principalmente ambivalente. En este sentido, muestra dificultades para confiar en otros, con inseguridad y cierta incoherencia en sus sentimientos hacia los demás a partir de un sí mismo relativamente frágil. Tiene algunas buenas relaciones, lo que encuentra muy enriquecedor, pero no siempre son satisfactorias, pues a veces son vividas con ansiedad o distancia.

La paciente es relativamente dependiente de la presencia de otros, particularmente por temores a que el otro significativo cambie y pueda abandonarla. Cuando esto es más intenso, sus deseos de autonomía podrían ser reprimidos con el fin de mantener la relación. Se podría esperar que en la relación terapéutica la paciente a veces sea excesivamente necesitada de la estima del terapeuta y aparezca algo sumisa y congraciativa.

Sin embargo, la paciente también utiliza otra estrategia para regular sus vínculos, que refleja la intensidad de la ambivalencia de sus sentimientos. Esto es que a pesar que puede desear intensamente que otros la cuiden, a mismo tiempo no puede soportar cuando los otros cumplen sus deseos de cuidado. A veces esto tiene como resultado que tienda a cambiar constantemente de amigos, más que permanecer con los mismos amigos por un largo tiempo. En el proceso terapéutico podríamos observar ambivalencia ante la ayuda del terapeuta, mostrándose a veces muy frágil y necesitada, pero otras veces más indiferente y suficientemente fuerte para no necesitar esa ayuda.

Coherente con lo anterior, el perfil relacional de la paciente también muestra la fuerte presencia de estrategias evitativas para regular su relación con los demás. Para la paciente es muy importante mostrarse independiente. No le gusta que los demás le digan qué hacer o qué no hacer. Atesora el sentimiento de ocuparse de sí misma y no ser dependiente de los demás. Como esto choca con sus necesidades más dependientes, probablemente las mayores ansiedades la lleven a respuestas más desconectadas, mostrando menos compromiso o, al menos, mayor cuidado con la cercanía afectiva a los demás. En la psicoterapia se podría esperar que a veces aparezca menos necesitada de ayuda del terapeuta, incluso en momentos de quiebre, como indiferente ante el dolor de una separación.

Ε R Α Ρ Ε U Т

Α

El terapeuta muestra un repertorio relacional eminentemente seguro y autónomo. Muestra no tener dificultades para confiar en otros, ni en estar con personas que lo necesiten. Tiene un sólido sentido de quién es y de sus sentimientos hacia los demás. Al mismo tiempo, acepta las diferencias en los otros, que piensen o sientan distinto. Mantiene buenas relaciones, lo que vive de manera muy satisfactoria, apreciando la riqueza de estos vínculos. Siente la seguridad que los otros estarán allí cuando los necesite y se siente seguro de poder estar para satisfacer la necesidad de otros que necesiten de su cuidado. En este sentido, probablemente en la psicoterapia será flexible y atento a los diferentes aspectos de la paciente, ocupando diversas estrategias para regularse con ella y entregarle seguridad.

Globalmente los repertorios relacionales de ambos participantes no se parecen mucho. La seguridad que provea el terapeuta probablemente será una base sólida para que la paciente pueda mostrar sus distintas facetas, especialmente en el largo plazo. Se espera que en situaciones de amenaza a la seguridad del vínculo, la paciente tienda a aparecer más indiferente, como desconectada de sus sentimientos, pero es probable que el terapeuta no la presione, no se angustie con esa indiferencia y la espere hasta que se repare la relación.

PACIENTE

Terapia 5

El repertorio relacional de la paciente se caracteriza por la inestabilidad e inseguridad que manifiesta en sus relaciones. Particularmente esto aparece cuando ha logrado tener relaciones muy cercanas y sus intensos anhelos de ser aceptada y amada son expresados de formas extremas e inadecuadas. Por ejemplo, la paciente puede utilizar descripciones exageradas o grandilocuentes para describir situaciones o sentimientos, dando la impresión que todo es vivido de una forma muy extrema, aunque el valor de esa intensidad pueda ser muy positivo o muy negativo. Esto ocurre particularmente cuando se siente sola y lo interpreta como abandono. En la terapia, esto podría ocurrir al relatar sus problemas y demostrar al terapeuta la intensidad de su sufrimiento. O bien, también puede ocurrir frente a situaciones de separación o interrupción que ella interprete como abandono.

Por momentos puede dar la impresión que en su relato todo es inmediato y de gran intensidad. No aparece una distancia ni una mirada reflexiva y global de la situación problemática. Da la sensación que no lograra despegarse de las relaciones que le han causado dolor o sufrimiento.

La inestabilidad de su autoestima puede llevarla a idealizar o despreciar alternativamente a sus relaciones más cercanas. Particularmente en situaciones de tensión con el terapeuta, tenderá a quejarse y despreciar al terapeuta o a la terapia.

A pesar de lo anterior, la paciente en algunos momentos logra compensar sus extremas e intensas vivencias sobrecontrolandose a través de racionalizaciones y también enfatizando su capacidad de trabajo, de rendimiento y sus aptitudes o virtudes de confianza y fidelidad. Por tanto, es posible que en algunas interacciones más ligadas al trabajo o dónde esté en juego algún tipo de rendimiento o evaluación, puede que la paciente aparezca más controlada de lo que se aprecia cuando relata sus relaciones afectivas. Por tanto, es `posible que este aspecto sobresalga en su relación terapéutica frente a situaciones de tensión con el terapeuta.

Sin embargo, la paciente también puede mostrarse segura y confiada en las relaciones, particularmente cuando estos vínculos tienen menos carga emocional. Esto la hace aparecer frente al mundo como ponderada y estable, con un buen sentido de su propia identidad y apreciando los vínculos sociales. El problema parece surgir en las relaciones más intimas. Es en ese contexto en que pierde los límites y el control de sí misma.

- ERAPEUT

El repertorio relacional del terapeuta se caracteriza fundamentalmente por la seguridad en sus relaciones, por la solidez de su identidad y por su capacidad para vincularse afectivamente con quienes lo necesitan. En este sentido, se aprecia un equilibrio entre una muy desarrollada capacidad empática y la necesaria distancia emocional que requiere para llevar adelante su tarea terapéutica.

Sin embargo, en situaciones de mayor estrés y de amenaza a sus vínculos, le terapeuta activará estrategias más evitativas para regular sus relaciones y autoregular su ansiedad. En esos momentos se torna más distante de sus propias emociones e intenta llevar adelante sus problemas de una manera racional. En momentos de quiebre y tensión con la paciente se espera que se coloque en una posición más distante y excesivamente autocontrolada, con cierta rigidez para analizar la situación y, a pesar de su evidente necesidad de cercanía, se tornará más racional y distante de su propia necesidad. Es probable que a pesar de este aspecto más inseguro de su actuar en momentos de tensión, su seguridad y confianza básica le permita equilibrar su reacción con su capacidad de reflexión empática y logre integrar aspectos complicados de la paciente

Terapia 6

PACIENTE

En el repertorio relacional de la paciente se aprecia una combinación equilibrada de características seguras e inseguras, principalmente del tipo ambivalente. Destaca en ella su capacidad para sentirse confortable estando con otros o solo consigo misma, lo mismo en su necesidad de ayuda, pues logra depender del apoyo externo, como también puede otorgar el apoyo para que otros dependan de ella. Es capaz de mantener relaciones importantes en su vida, con intimidad y sentimientos recíprocos de cariño y cuidado. En la terapia podremos esperar que ella haga un buen vínculo con la terapeuta, se comprometa con el trabajo y logre profundizar la comprensión de sí misma.

Sin embargo, sus características más inseguras se expresan en que fácilmente puede tornarse más dependiente de otros significativos, especialmente si ocurre algo en la interacción que active sus

temores al abandono. Posee una gran sensibilidad a la falta de cuidado y afecto producto de las disputas interpersonales. En tales situaciones se podría comportar aceptando absolutamente el juicio del otro, aunque ello signifique postergarse en sus necesidades. En situaciones conflictivas es probable que se abstenga de mostrar sus sentimientos de enojo y rabia en pos de mantener la armonía en la relación. A veces esta tendencia la hace excesivamente sobreprotectora, privilegiando el cuidado de los otros sobre sí misma. En sus relaciones cercanas muy fácilmente toma el rol de quién cuida al otro o se hace cargo de la armonía de la relación. Incluso, en momentos extremos puede adoptar muy fácilmente un rol de "mártir" a propósitos de sus sacrificios por los demás. En la terapia puede fácilmente ocupar el rol de la "buena paciente" que se adapta, no da problemas y coopera con la alianza de trabajo. Esto a veces la hace aparecer como disfrutando muy poco de sus propios logros o atribuyéndoselos a los demás. Tiende a evitar situaciones emocionalmente estresantes, dando la impresión de alguien muy autocontrolada y racional. Sin embargo, lo que hace básicamente es ocupar sus buenas capacidades de control reflexivo y racional para cuidar la no emergencia de conflictos o tensiones en sus relaciones interpersonales.

·ERAPEUTA

En el perfil relacional de la terapeuta observamos casi exclusivamente características seguras en su forma de interactuar y relacionarse con otros. Es una persona que se destaca por mantener y fomentar relaciones íntimas importantes y duraderas. Se caracteriza por una equilibrada confianza en los demás, al mismo tiempo de generar cercanía con quienes la necesitan. Tiene un sólido sentido de quién es y de sus sentimientos hacia otros, acepta sus diferencias, que piensen o sientan distinto, lo que juzga como enriquecedor para sus relaciones. En general siente la seguridad que los otros estarán allí cuando los necesite y se muestra siempre dispuesta a estar para apoyar a quienes, a su vez, la necesiten. En este sentido, en la terapia se espera que mantenga un vínculo cercano con la paciente, con una buena alianza de trabajo y cooperación. También es probable que ante situaciones de mayor tensión la terapeuta pueda resolverlas considerando la afectividad de su paciente y mostrando, a su vez, su propia emocionalidad.

4.3. Identificación de Expresiones de Repertorios Relacionales en Episodios de Ruptura.

La identificación de las expresiones de repertorios relacionales se realizó en los episodios de ruptura de todas las terapias. En la tabla 50, se describen las proporciones de episodios de ruptura en que se encontraron expresiones de repertorios relacionales.

Tabla 50. Frecuencia y Proporción de Episodios de Ruptura con y sin Expresión de Repertorios Relacionales.

Terapia	Rupturas sii de Rep Relaci	ertorios onales	Rupturas co de Repo Relacio	ertorios onales	Numero Episodios Ruptura
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
1	36	65,5%	19	34,5%	55
3	7	70,7%	3	30%	10
4	7	50,0%	7	50%	14
5	32	78,0%	9	22,0%	41
6	0	0%	2	100%	2
Total	82	67,2%	40	32,8%	122

4.3.1 Caracterización de las Manifestaciones Discursivas de Regulación Mutua de Episodios de Ruptura según la presencia de Repertorios Relacionales.

Se estableció la relación entre la probabilidad de ocurrencia de las categorías de las posiciones subjetivas -de pacientes y terapeutas- en los episodios de Ruptura, según la expresión o no de Repertorios relacionales en estos episodios, controlando aquellas variables que fueran relevantes, acorde al modelo planteado en la Figura 64.

Las variables posibles de incluir fueron:

Nivel 1: TURNO DE PALABRA

Secuencia (ORDEN): Secuencia numérica que indica la secuencia de ocurrencia de las posiciones subjetivas de pacientes y terapeutas en los turnos de palabra dentro de un episodio (variable centrada respecto del promedio del nivel episodio).

Actor (ROL_10):Según quien se encuentra emitiendo el discurso Paciente (1) ó Terapeuta (0).

Nivel 2: EPISODIO

Expresión de Repertorios Relacionales (APEGO_10): Con expresión (1); Sin Expresión (0).

Nivel 3: SESION

Número de sesión (SESION): Número de la sesión que da cuenta del momento de la psicoterapia en que se presenta el episodio, medido como variable continúa según la secuencia de sesiones psicoterapéuticas desarrolladas (variable centrada respecto del gran promedio).

Nivel 4: TERAPIA

Funcionamiento Inicial (C_FUNCIO): distinguiendo si el paciente se encontraba en la población funcional (1) o disfuncional (0) al momento del inicio de la psicoterapia.

Cambio Confiable (ICC_FINA) según si se produjo (1) o no (0) cambio según el criterio del Índice de Cambio Confiable (OQ-45.2).

```
LEVEL 1 MODEL (bold: group-mean centering; bold italic: grand-mean centering)
 REPORTE = \pi_0 + \pi_1(ORDEN) + \pi_2(ROL_10) + e
LEVEL 2 MODEL (bold: group-mean centering; bold italic: grand-mean centering)
     \pi_0 = \mathcal{F}_{00} + \mathcal{F}_{01}(APEGO_{10}) + r_0
   \pi_1 = \beta_{10} + \beta_{11} (APEGO_10) + r_1
    \pi_2 = f_{20} + r_2
LEVEL 3 MODEL (bold italic: grand-mean centering)
    \rho_{00} = \gamma_{000} + \gamma_{001} (SESION) + u_{00}
    \rho_{01} = \gamma_{010} + u_{01}
f_{10} = \gamma_{100} + \gamma_{101} (SESION) + u_{10}
   F_{11} = \gamma_{110} + u_{11}
    f_{20} = \gamma_{200} + u_{20}
LEVEL 4 MODEL (bold italic: grand-mean centering)
    \gamma_{000} = \varepsilon_{0000} + \varepsilon_{0001}(C_FUNCIO) + \varepsilon_{0002}(ICC_FINA) + v_{000}
    \gamma_{001} = \delta_{0010} + v_{001}
    \gamma_{010} = \delta_{0100} + v_{010}
   \gamma_{100} = \varepsilon_{100c} + \varepsilon_{1001}(C_FUNCIO) + \varepsilon_{1002}(ICC_FINA) + v_{100}
    \gamma_{101} = \delta_{1010} + v_{101}
    \gamma_{110} = \varepsilon_{1100} + v_{110}
    \gamma_{200} = \delta_{2000} + v_{200}
```

Figura 64: Modelo Predictivo de los Patrones de Cualidad Vocal en Episodios de Ruptura

Se realizaron en forma separada análisis de regresión para cada una de las Posiciones Discursivas dicotomizadas, y se utilizó el método de estimación Bernoulli (Raudenbush, BrykmCheong, Congdon, & Dotoit, 2004).

Los resultados indican que en las posiciones discursivas analizadas, su probabilidad de ocurrencia no depende de si en los episodios de Ruptura identificados se presentan expresiones de repertorios relacionales ligados al apego (ver tabla 51).

Tabla 51. Modelos de Regresión HLM de los Posiciones Discursivas de Pacientes y Terapeutas en Episodios de Ruptura Con y Sin Expresión de Repertorios Relacionales^a

	El Reflexivo	Pacientes El/la Dependiente- Vulnerable	El Independiente- Autosuficiente	Terap EI/La Propositivo/a	Terapeutas ɔ/a El/La Profesor/a
Modelo	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)
Intercepto $\pi 0$	•				
Intercepto 800					
Intercepto $\gamma 000$					
Intercepto 80000	-2,94***	-0,50	-3,04***	-1,33***	-1,15***
	0,05 (0,01-0,39)	0,60 (0,34-1,05)	0,04 (0,02-0,09)	0,26 (0,18-0,38)	0,31 (0,20-0,49)
Funcionamiento Inicial	0,62	-2,50***			-0,42
\$0001	1,86 (0,15-22,35)	0,08 (0,04-0,19)	_		0,65 (0,34-1,24)
Cambio Confiable	-2,14	0,63			0,11
80002	0,11 (0,01-1,47)	1,89 (0,59-6.08)			1,12 (0,49-2,56)
Sesión y001					
Intercepto 80010	-0,01	0,01	-0,03	-0,00	0,00
-	0,98 (0,94-1,03)	1,02 (0,86-1,06)	0,97 (0,93-1,01)	0,99 (0,98-1,02)	1,00 (0,98-1,03)
Apego β01					
Intercepto γ 010					
Intercepto 80100	-0,07		0,17	60'0	-0,21
	0,94 (0,47-1,84)	1,25 (0,74-2,21)	1,19 (0,66-2,14)	1,09 (0,77-1,55)	0,81 (0,54-1,28)
Intercepto π 1 (Orden)					
Intercepto β10					
Intercepto γ 100					
Intercepto §1000	-0,00	0,00	0,04		-0,02
	0,99 (0,93-1,07)		1,15 (0,97-1,14)	0,99 (0,95-1,03)	0,98 (0,95-1,02)
Funcionamiento Inicial	0,01		-0,03		0,00
\$1001	1,01 (0,93-1,03)		0,97 (0,89-1,06)	0,98 (0,94-1,04)	1,00 (0,95-1,05)
Cambio Confiable	-0,12	*90'0-	-0,01	0,04*	-0,01
\$1002	0,99 (0,93-1,07)	0,94 (0,89-1,00)	0,99 (0,95-1,03)	1,04 (1,06-1,07)	0,99 (0,96-1.03)
Sesión y101					
Intercepto 81010	0,00	-0,00	-0,00	0,01	-0,00
	1,00 (0,99-1,01)	0,99 (0,99-1,00)	0,99 (0,99-1,00)	1,00 (0,99-1,00)	0,99 (0,99-1,00)
Apego β11					

0.01	1.01 (0,98-1,06)		0,60***	0,13*	00'0
0,01	1,01 (0,98-1,04)	,	0,21***	0,12**	0,00
0.03	0,97 (0,94-1,01)		0,93**	0,25	00'0
0.02	1,02 (0,97-1,06)		0,61***	0,49***	*00,0
-0.00	0,99 (0,94-1,05)		0,89***	0,41	0,76***
ntercepto γ 110 Intercepto δ 1100		idad	Nivel 2 (r0)	Nivel 3 (u00) 0,41	Nivel 4 (v000)
<u>_</u>		Variabilidad			

Nota: Posición Discursiva Évitativo/a no estimado. ^aTamañomuestral Nivel-1: 1921 turnos de palabra, Nivel-2: 115 episodios, Nivel-3: 50 sesiones, Nivel-4: 5 Terapias. Variables Dicotómicas no centradas. Variable Orden centrada a nivel de Gran Promedio.

Variable Sesión centrada a nivel de Gran Promedio.

*** p < 0,001, ** p < 0,001, * p < 0,05

4.3 2. Caracterización de los PCV de Regulación Mutua de Episodios de Ruptura según la presencia de Repertorios Relacionales.

Se estableció la relación entre la probabilidad de ocurrencia de las categorías de PCV -de pacientes y terapeutas- en los episodios de Ruptura, con o sin expresión de Repertorios relacionales, controlando aquellas variables que fueran relevantes, acorde al modelo planteado en la Figura 65.

Las variables posibles de incluir fueron:

Nivel 1: TURNO DE PALABRA

Secuencia (ORDEN): Secuencia numérica que indica la secuencia de ocurrencia de los PCV de pacientes y terapeutas en los turnos de palabra dentro de un episodio (variable centrada respecto del promedio del nivel episodio).

Nivel 2: EPISODIO

Expresión de Repertorios Relacionales (APEGO_10): Con expresión (1); Sin Expresión (0).

Nivel 3: SESION

Número de sesión (SESION): Número de la sesión que da cuenta del momento de la psicoterapia en que se presenta el episodio, medido como variable continúa según la secuencia de sesiones psicoterapéuticas desarrolladas (variable centrada respecto del gran promedio).

Nivel 4: TERAPIA

Funcionamiento Inicial (C_FUNCIO): distinguiendo si el paciente se encontraba en la población funcional (1) o disfuncional (0) al momento del inicio de la psicoterapia.

Cambio Confiable (ICC_FINA) según si se produjo (1) o no (0) cambio según el criterio del Índice de Cambio Confiable (OQ-45.2).

```
LEVEL 1 MODEL (bold: group-mean centering; bold italic: grand-mean centering)
 Prob(P_DEPEND=1|\pi) = \phi
Log[\phi/(1-\phi)] = \eta
 \eta = \pi_0 + \pi_1(ORDEN)
LEVEL 2 MODEL (bold: group-mean centering; bold italic: grand-mean centering)
     \pi_0 = \rho_{00} + \rho_{01}(APEGO_{10}) + r_0
    \pi_1 = \beta_{10} + \beta_{11} (APEGO_10) + r_1
LEVEL 3 MODEL (bold italic: grand-mean centering)
    \rho_{00} = \gamma_{000} + \gamma_{001}(SESION) + u_{00}
    \rho_{01} = \gamma_{010} + u_{01}
    \rho_{10} = \gamma_{100} + \gamma_{101}(SESION) + u_{10}
    f_{11} = \gamma_{110} + u_{11}
LEVEL 4 MODEL (bold italic: grand-mean centering)
     \gamma_{000} = \varepsilon_{0000} + \varepsilon_{0001}(C_FUNCIO) + \varepsilon_{0002}(ICC_FINA) + v_{000}
    \gamma_{001} = \delta_{0016} + v_{001}
    \gamma_{010} = \delta_{0100} + v_{010}
    \gamma_{100} = \varepsilon_{1000} + \varepsilon_{1001}(C_FUNCIO) + \varepsilon_{1002}(ICC_FINA) + v_{100}
    \gamma_{101} = \delta_{1010} + v_{101}
    \gamma_{110} = \delta_{1100} + v_{110}
```

Figura 65: Modelo Predictivo de las Posiciones Discursivos en Episodios de Ruptura

Se realizaron en forma separada análisis de regresión para cada una de los PCV dicotomizados. Este procedimiento implicó codificar "1" cuando se presenta un determinado PCV en el paciente o el terapeuta y "0" cuando se presentan los otros. Dado el carácter binario de la variable dependiente, se utilizó el modelo Bernoulli (Raudenbush, Brykm Cheong, Congdon, & Dotoit, 2004).

Los resultados indican que la probabilidad de ocurrencia de los PCV en los episodios de Ruptura no depende la presencia (o no) de expresiones de repertorios relacionales ligados al apego (ver tablas 52 y 53).

Tabla 52. Modelos de Regresión HLM de los PCV en Episodios de Ruptura Con y Sin Expresión de Repertorios Relacionalesª

	Reporte	Conectado	Afirmativo	Reflexivo	Emocional ^b
Modelo	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)
Intercepto n0					•
Intercepto 1300					
Intercepto 7000 Intercepto 80000	-1,00	-1,00***	-3,34***	-4,38***	-4,52***
		0,36 (0,19-0,74)	0,04 (0,01-0,09)	0,01 (0,00-0,07)	0,01 (0,00-0,04)
Funcionamiento Inicial	-2,65***	0,62*	2,31***	-0,94	-0,42
\$0001	0,07(0,04-0,14)	1,86 (1,17-2,96)	10.04 (4,62-21,85)	0,39 (0,13-1,09)	0,65 (0,26-1,61)
Cambio Confiable		-0,26	-0,34	0,30	-0,18
20000	1,64 (0,58-4,52)	0,77 (0,44-1,50)	0,70 (0,33-1,43)	(0,55-5,05)	0,64 (0,20-2,74)
Intercepto 80010	0,01	-0,00	0,03	0,01	0,04
	1,00 (0,94-1,08)	1,00 (0,96-1,04)	1,03 (0,98-1,09)	1,01 (0,92-1,12)	1,04 (0,96-1,13)
Apego β01					
Intercepto γ 010					
Intercepto 80100		0,27	-0,05	0,04	0,27
	0,77 (0,43-1,40)	1,31 (0,93-1,86)	0,95 (0,60-1,50)	1,04 (0,44-2,48)	1,31 (0,67-2,59)
Intercepto π 1 (Orden)					
Intercepto β10					
Intercepto γ 100					
81000	-0,0-	-0,0-	0,10	0,25*	0,07
	0,93 (0,84-1,03)	0,95 (0,89-1,02)	1,11 (0,99-1,24)	1,29 (1,06-1,57)	1,07 (0,97-1,18)
Funcionamiento Inicial	-0,04	0,03	60'0-	90'0-	0,02
81001	0,96 (0,90-1,03)	1,03 (0,97-1,08)	0,91 (0,83-1,01)	0,94 (0,83-1,06)	1,01 (0,95-1,09)
Cambio Confiable	0,12***	0,02	-0,02	-0,18***	-0,08*
\$1002	1,13 (1,03-1,23)	1,02 (0,99-1,00)	0,97 (0,94-1,00)	0,83 (0,73-0,95)	0,92 (0,86-0,98)
Sesión γ 101					
Intercepto §1010	0,00	0,00	-0,00	-0,01	-0,00
	1,00 (0,99-1,01)	1,00 (0,99-1,01)	0,99 (0,99-1,00)	0,99 (0,98-1,00)	0,99 (0,99-1,00)
Apego β11					

-0,01 0,99 (0,94-1,05)				2,77***	16,05 (8,94-28,85)		0,78***	0,36*	00,00
-0,01 0,99 (0,91-1,09)				1,49***	4,47 (2,05-9,75)		0,42	0,00	0,00
0,03 1,03 (0,99-1,07)				-0,40***	0,66 (0,51-0,88)		0,24**	0,12*	0,00
-0,01 0,99 (0,96-1,02)				-0,43***	0,64 (0,51-0,82)		0,61***	0,49***	*00,0
0,02 1,00 (0,96-1,09)					1,90 (1,31-2,76)		0,46**	0,03	0,00
Intercepto γ 110 Intercepto δ 1100	Rol π2	Intercepto β20	Intercepto γ 200	Intercepto \$2000	-	Variabilidad	Nivel 2 (r0)	Nivel 3 (u00)	Nivel 4 (v000)

Nota: ^aTamañomuestral Nivel-1: 1374 turnos de palabra, Nivel-2: 86 episodios, Nivel-3: 38 sesiones, Nivel-4: 5 Terapias. Variables Dicotómicas no centradas. ^bConsidera Emocional Contenido y Expresivo. Variable Orden centrada a nivel del promedio de los episodios y Variable Sesión centrada a nivel de Gran Promedio.
*** p < 0,001, ** p < 0,001, * p < 0,05

Tabla 53. Modelos de Regresión HLM Modelos de Regresión HLM de las Categorías Pausa Llena y Solapamiento de Pacientes y Terapeutas en Episodios de Ruptura Con y Sin Expresión de Repertorios Relacionales^a

	Davies I I	Colonossissatab
Madala	Pausa Llena	Solapamiento ^b
Modelo	B OD (05%/IC)	B OD (05%/IC)
Intercepte #0	OR (95%IC)	OR (95%IC)
Intercepto π0 Intercepto β00		
Intercepto γ000		
Intercepto δ0000	-0,55	-4,03***
intercepto ooooo	0,57 (0,16-2,01)	0,02 (0,0-0,02)
Funcionamiento Inicial δ0001	-0,66	-
Tanolonamiento imolar 6000 i	0,51 (0,14-1,84)	
Cambio Confiable	0,43	1,94
δ0002	1,54 (0,47-5,02)	6,98 (0,59-83,26)
Sesión γ001	, (, , , ,	, , , ,
Intercepto δ0010	-0,06*	0,00
espie eee re	0,93 (0,89-0,99)	1,00 (0,88-1,15)
Apego β01		, ,
Intercepto γ 010		
Intercepto δ0100	0,19	-0,66
	1,21 (0,77-1,89)	0,51 (0,18-1,42)
Orden π1		
Intercepto β10		
Intercepto γ100		
Intercepto		-0,04
δ1000		0,96 (0,85-1,09)
Funcionamiento Inicial	0,01	-
δ1001	1,05 (0,94-1,07)	
Cambio Confiable	•	0,04
δ1002	1,01 (0,96-1,07)	1,04 (0,95-1,15)
Sesión γ101	0.00	0.00
Intercepto δ1010	0,00	-0,00
Anogo 044	1,00 (0,99-1,00)	0,99 (0,99-1,01)
Apego β11		
Intercepto γ110	0.03	0.02
Intercepto δ1100		0,02
Rol π2	0,96 (0,97-1,03)	1,02 (0,96-1,08)
Intercepto β20		
Intercepto β20		
Intercepto γ200 Intercepto δ2000	-1,07***	-0,10
intercepto 02000	0,34 (0,24-0,48)	0,90 (0,57-1,43)
Variabilidad	5,51 (5, 2 7 5,70)	0,00 (0,01 1,70)
Nivel 2 (r0)	0.05	0.60
Nivel 3 (u00)		0,83
Nivel 4 (v000)		0,69***
Nota: ^a Tamaño muestral Nivel-1: Nive		

Nota: ^aTamaño muestral Nivel-1: Nivel-1: 1374 turnos de palabra, Nivel-2: 86 episodios, Nivel-3: 38 sesiones, Nivel-4: 5 Terapias. ^bVariable Funcionamiento Inicial no fue incluida en el modelo por generar problemas de convergencia. Variable Orden centrada a nivel del promedio de los episodios y Variable Sesión centrada a nivel de Gran Promedio.

^{***} p < 0,001, ** p < 0,001, * p < 0,05

4.3.3 Caracterización de la Dimensión Facial de la Regulación Mutua en Episodios de Ruptura según la presencia de Repertorios Relacionales.

Para el presente análisis se utilizó la sub-muestra empleada para el análisis de las categorías de expresión facial (CEF). Esta consta de 27 episodios de Ruptura, de los que el 66,7% (N=18) correspondió a episodios **sin** Expresión de Repertorios Relacionales y el 33,3% (N=9) a episodios **con** Expresión de Repertorios Relacionales.

Se estableció la relación entre la probabilidad de ocurrencia de las CEF regulatorias y emociones básicas en los episodios de ruptura, según si estos corresponden o no a expresiones de repertorios relacionales, controlando aquellas variables que fueran relevantes en el nivel psicoterapia. Se estimaron los Modelos predictivos de 3 niveles¹⁰ (excluido el nivel sesión), incluyendo las variables del nivel episodio en la medida que hubiera variabilidad a explicar en este nivel. En el nivel episodio, se modeló la variable **Expresión de Repertorios Relacionales** (APEGO_10): Con expresión (1); Sin Expresión (0). Se realizaron en forma separada análisis de regresión para cada una de las Categorías de Expresión facial (CEF) y Emociones básicas (prevalencia superior a 5%) dicotomizadas, y se utilizó el método de estimación Bernoulli (Raudenbush, BrykmCheong, Congdon, & Dotoit, 2004).

Los resultados se presentan en las tablas (54, 55, y 56) e indican:

En el paciente:

 En el paciente, solo la probabilidad de la CEF regulatoria Mirada depende del tipo de episodio de ruptura. Tal como se aprecia en la Figura 66, la probabilidad de la Mirada disminuye en la medida que transcurre el episodio de Ruptura Sin Expresión de Repertorio Relacional, y se mantiene estable durante su desarrollo en los episodios de ruptura Con Expresión de Repertorio Relacional.

_

 $^{^{10}\}mbox{No}$ se incluyó el nivel sesión dado que los modelos no convergían al incluirlo.

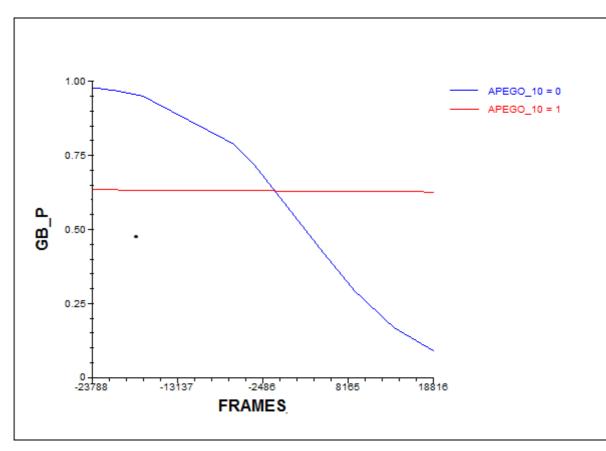


Figura 66. Diferencias de la probabilidad de la CEF Mirada(GB) en pacientes según el tipo de episodio de Ruptura

Al considerar las emociones básicas en el paciente, la evolución de la probabilidad de las emociones *Tristeza y Alegría* dependen del tipo de episodio de ruptura. En el caso de la emoción *Desprecio*, su probabilidad depende del tipo de episodio de ruptura, pero no cambia durante el transcurso del episodio. Así, la probabilidad de la *Tristeza* en el paciente aumenta en la medida que transcurre el episodio de Ruptura Sin Expresión de Repertorio Relacional, y disminuye durante los episodios de ruptura Con Expresión de Repertorio Relacional (ver figura 67). El patrón inverso se presenta al considerar la emoción *Alegría* (ver figura 68), disminuyendo su probabilidad en los episodios de Ruptura Sin Expresión de Repertorio Relacional, y aumentando en los episodios de ruptura Con Expresión de Repertorio Relacional.

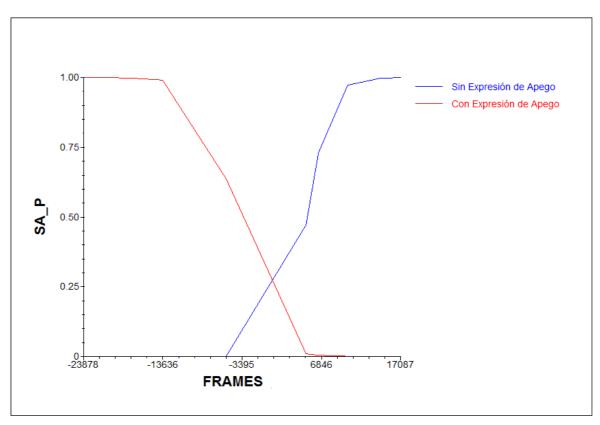


Figura 67. Diferencias de la probabilidad de la CEF *Tristeza*(SA) en pacientes según el tipo de episodio de Ruptura

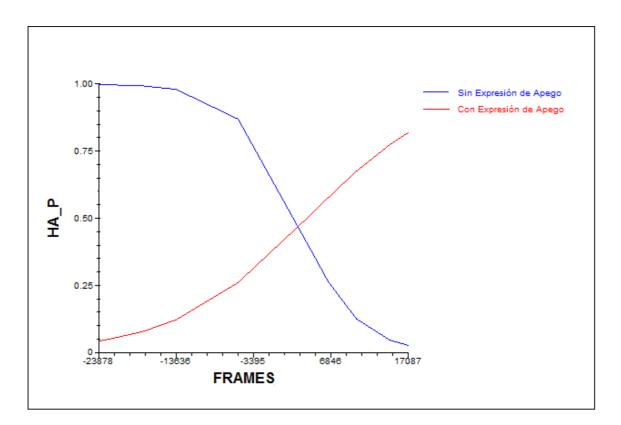


Figura 68. Diferencias de la probabilidad de la CEF *Alegría*(HA) en pacientes según el tipo de episodio de Ruptura

 Los pacientes presentan una mayor probabilidad de expresar la emoción Desprecio en los episodios de Ruptura Con expresión de Repertorio Relacional(Figura 69).

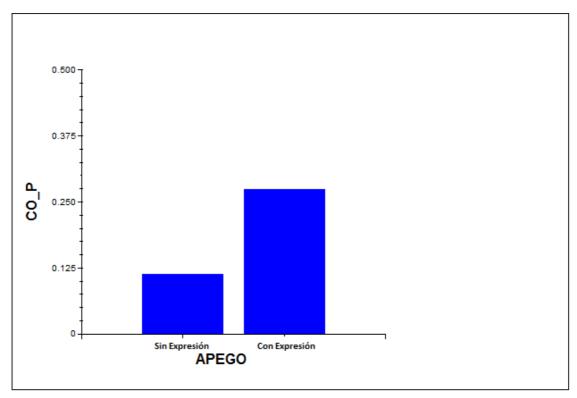


Figura 69. Probabilidad de la emoción *Desprecio* (CO) en pacientes según el tipo de episodio de Ruptura

En los Terapeutas:

- En los terapeutas, la probabilidad de las CEF regulatorias *Controladores y Adaptadores* depende del tipo de episodio de ruptura.
- Al considerar los *Adaptadores*, si bien se presenta una interacción entre la evolución de su probabilidad según el tipo de episodio de ruptura, al graficar los resultados se aprecia que —en ambos casos- a medida que avanza el episodio aumenta la probabilidad de los *Adaptadores* (Figura 70). Adicionalmente la evolución de la probabilidad de la expresión de *Adaptadores* depende del éxito terapéutico (ICC)(ver Figura 71). Así, el gráfico muestra que el patrón antes descrito se presenta en tres de las cuatro combinaciones de episodios que consideran el tipo de episodio de ruptura y el éxito psicoterapéutico. En el caso de los episodios Sin Expresión de

Repertorios Relacionales de las terapias que fueron exitosas, la probabilidad del *Adaptador* disminuye en la medida que avanza el episodio.

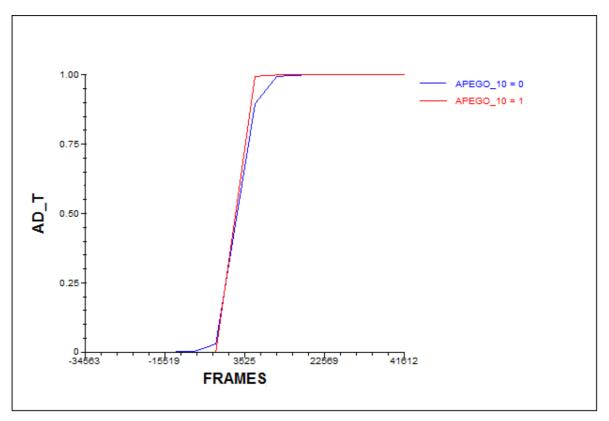


Figura 70. Diferencias de la probabilidad de la CEF *Adaptador*(AD) de los terapeutas según el tipo de episodio de Ruptura

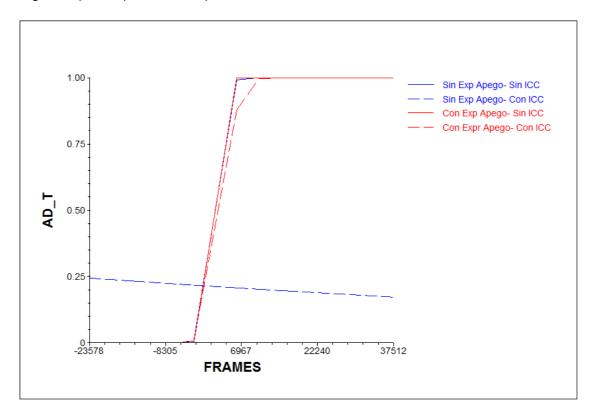


Figura 71. Diferencias de la probabilidad de la CEF *Adaptadores*(AD) en terapeutas según el tipo de episodio de Ruptura y el Éxito Psicoterapéutico

Tal como se aprecia en la Figura 72, la probabilidad de la CEF Control
aumenta en la medida que transcurren los episodios de Ruptura Sin
Expresión de Repertorios Relacionales y disminuye durante los
episodios de ruptura Con Expresión de Repertorios Relacionales.

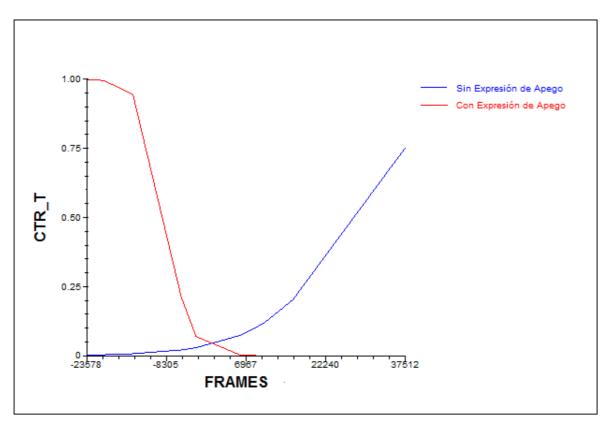


Figura 72. Diferencias de la probabilidad de la CEF *Control*(CTR) en terapeutas según el tipo de episodio de Ruptura

Los resultados indican que la probabilidad de ocurrencia de las emociones básicas(Tristeza, Sonrisa Social y Asco) observadas en la conducta facial del terapeuta no depende del tipo de episodio de ruptura. En cambio, la probabilidad de ocurrencia de las emociones positivas Alegría y Sonrisa genuina sí depende del tipo de episodio. Tal como se aprecia en las Figuras 73 y 74, la probabilidad de estas emociones en el terapeuta disminuye en la medida que transcurre el episodio de Ruptura Con Expresión de Repertorios Relacionales y aumenta en los episodios de ruptura.

Repertorios Relacionales (comportamiento opuesto, de lo reportado en el paciente).

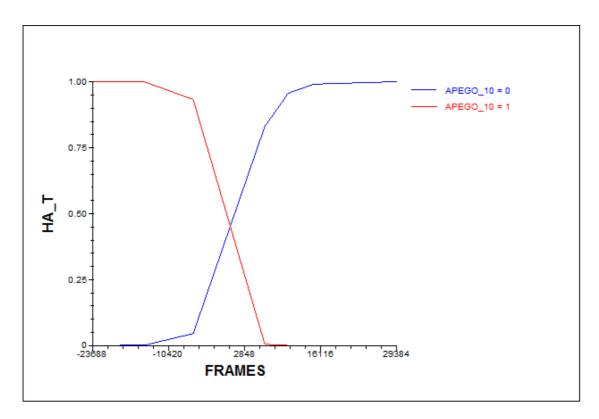


Figura 73. Diferencias de la probabilidad de la emoción *Alegría*(HA) en el terapeuta según el tipo de episodio de Ruptura

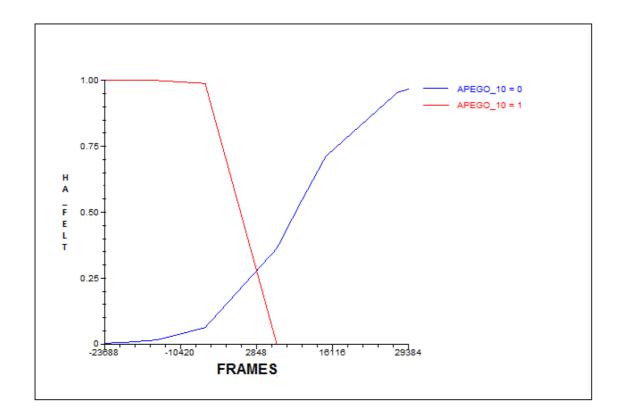


Figura 74. Diferencias de la probabilidad de la emoción *Sonrisa Genuina*(HA_FELT) en el terapeuta según el tipo de episodio de Ruptura

Tabla 54. Modelos de Regresión HLM de la Conducta Facial Regulatoria de Pacientes y Terapeutas en Episodios de Ruptura Con y Sin Expresión de Repertorios Relacionalesª

		Pacientes			Terapeutas	
	Mirada (GB_P)	Control (CTR_P)	Adaptador (AD_P)	Mirada (GB_T)	Control (CTR_T)	Adaptador (AD_P)
Modelo	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)
Intercepto π0 Intercepto β00						
Intercepto 800	0,42 1,52 (0,89-2,86)	-4,43* 0,01 (0,001-0,197)	-1,84** 0,16 (0,06-0,46)	4,05 57,5 (0,822-4014,21)	-3,94* 0,02 (0,00-0,14)	1,96 7,07 (0,03-2026,779)
Funcionamiento Inicial 8001	1	2,10 8,17(0,434- 153,557)	1	-1,20 0,300 (0,00-47,87)	0,69 2,01 (0,22-17,98)	-5,39 0,004 (0,00-4,225)
Cambio Confiableδ002	1	-0,54 0,58 (0,144-2,343)	1	-1,36 0,26 (0,00-15,38)	0,44 1,56 (0,36-6,85)	2,25 9,47 (0,023- 3933.794)
Apego β01 Intercepto δ010	0,11 1,12 (0,50-2,53)	-0,51 0,60 (0,305-1,186)	0,17 1,19 (0,31-4,64)	0,95 2,59 (0,82-8,21)	-0,57 0,57 (0,27-1,18)	-1,63 0,20 (0,024-1,61)
Frame (slope)π1 Intercepto β10 Intercepto δ100	-0,00***	0,00	-0,00	0,00	0,00	0,00***
Funcionamiento Inicial 8101 Cambio Confiable 8102		0,99 (0,99-1,00) -0,00 0,99 (1,00-1,00)		0,99 (0,99-1,00) -0,00*** -0,99 (0,99-1,00)	0,00 1,00 (0,99-1,00) -0,00* 0,99 (0,99-1,00)	0,99 (0,99-1,00) 0,99 (0,99-1,00) -0,00*** 0,99 (0,99-1,00)

-1,00)			
0,00*** 1,00 (1,00-1,00)		3,80***	0.0
-0,00*** 0,99 (0,99-1,00)		0,29***	
0,00 1,00 (1,000-1,000)		0,74***	0
-0,00 0,99 (1,00-1,00)		2,10***	2
0,00 1,00 (1,00-1,00)		0,31***	
0,00** 1,00 (1,00-1,00)		0.75***	00.0
Apego β11 Intercepto δ110 0,00** 1,00 (1	Variabilidad	Nivel 2 (r0) 0.75***	

Nota: "Tamaño muestral Nivel-1: 3201 turnos de palabra, Nivel-2: 25 episodios, Nivel-3: 5 Terapias. Variables Dicotómicas no centradas. Variable Orden centrada a nivel del promedio de los episodios.
*** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,01, * p < 0,05

Tabla 55. Modelos de Regresión HLM de los Emociones básicas de Pacientes en Episodios de Ruptura Con y Sin Expresión de Repertorios Relacionalesª

	Tristeza (SA)	Asco (DI)	Alegría (HA)	Desprecio (CO)	Mixtas (BLD)	Sonrisa Social (SSM)	Sonrisa genuina(HA_FEL T)
Modelo	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)
Intercepto π0 Intercepto							
Intercepto 8000	-1,22 0,30 (0,01-9,93)	-2,84*** 0,6 (0,01-0,242)	0,56 1,75 (0,638-4,813)	-2,11** 0,12 (0,05-0,307) 0,06(0,03- 0.153)	-2,76*** 0,06(0,03- 0.153)	-0,55 0,58(0,27-1,21) 0,24 (0,09-0,59)	-1,43* 0,24 (0,09-0,59)
Funcionamiento Inicial 8001 Cambio	-3,80 0,02 (0,00-3,844) 2,02	ı			, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		
Confiable 3002	7,52 (0,07-772,38)	1					
Apego β01 Intercepto δ010	1,26 3,512 (0,544- 22,673)	-0,71 (0,544- 0,49 (0,063-3,858) 0,37 (0,103-1,348)	-0,99 0,37 (0,103-1,348)	1,13* 3,09 (1,01-9,45)	0,83 2,30 (0,81-6,57)	0,83 2,30 (0,81-6,57) 0,68(0,26-1,80)	-0,88 0,41 (0,12-1,45)
Frame π1 Intercepto β10 Intercepto δ100	00,00	0,00	*00,0-	00'0-	-0,00	-0,00 -0,00	-0,00
	1,00 (1,00-1,00)	1,00 (1,00-1,00)	0,99 (1,00-1,00)	0,99 (0,99-1,00)	0,99 (1,00-1,00)	0,99 (1,00-1,00)	0,99 (1,00-1,00)
	7,00 (0.99-1.00) -0,0 0,99 (0,99-1,00)				1 1		

1,00-1,00)		*	
00'0-		0,99***	0,02
0,00 1,00 (1,00-1,00) 1,00 (1,00-1,00) 1,00 (1,00-1,00) 0,99 (1,00-1,00)		0,69***	0,01
0,00 1,00 (1,00-1,0		0,49**	0,01
0,00 1,00 (1,00-1,00)		0,91***	0,02
0,00* 1,00 (1,00-1,00)		1,53***	0,01
-0,00 0,99 (0,99-1,00)		2.37***	0,03
-0,00** 0,99 (0,998-1,00)		1,99***	0,03
Apego β11 Intercepto δ110	Variabilidad	Nivel 2 (r0) 1,99***	Nivel 3 (u00)

Nota: "Tamaño muestral Nivel-1: 553 turnos de palabra, Nivel-2: 25 episodios, Nivel-3: 5 Terapias. Variables Dicotómicas no centradas. Variable Orden centrada a nivel del promedio de los episodios.
*** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,01, * p < 0,05

Tabla 56. Modelos de Regresión HLM de los Emociones básicas de Terapeutas en Episodios de RupturaCon y Sin Expresión de Repertorios Relacionalesª

	Tristeza (SA)	Asco (DI)	Alegría (HA)	Sonrisa Social (SSM)	Sonrisa Genuina (HA_FELT)
Modelo	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)
Intercepto π0 Intercepto β00 Intercepto γ000					
Intercepto 8000	1,15 3.17 (0.10-103.04)	-3,11** 0.04 (0.01-0.221)	-0,77 0.46 (0.104-2.081)	-2,06** 0.13 (0.04-0.44)	-1,66* 0.19 (0.05-0.75)
Funcionamiento Inicial 8001	-1,53 0.21 (0.00-16.42)		ı		
Cambio Confiable 8002	-3,71 0,02 (0,00-6,60)		•	•	ı
Apego β01 Intercepto v010					
Intercepto 80010	Intercepto 80010 0,29 13,35)	1,45 4,244 (0,73-24,59)	-0,48 0,62 (0,08-4,85)	-0,35 0,71 (0,12-4,25)	-0,66 0,52 (0,07-3,95)
Frameπ1 Intercepto 810					
ercepto 8100	**00'0	-0,00	0,00**	0,00	0,00*
Funcionamiento Inicial 8101	1,00 (1,00-1,00) -0,00 0.99 (0.99-1,00)	0,99 (0,99-1,00)	1,00 (1,00-1,00) -	1,00 (1,00-1,00) -	1,00 (1,00-1,00)
Cambio Confiable 8102	-0,00 -0,00 0,99 (0,99-1,00)		1	1	ı
Apego β11					
Intercepto 8110 -0,00 (1,00 (-0,00 1,00 (1,00-1,00)	0,00 1,00 (0,99-1,00)	-0,00** 0,99 (0,99-1,00)	-0,00 1,00 (0,99-1,00)	-0,00* 0,99 (0,99-1,00)

Variabilidad

2,42***	0,03
1,76***	0,02
3,43***	0,04
1,32**	0,29
Nivel 2 (r0) 2,52***	Nivel 3 (u00) 0,05

Nota: ^aTamaño muestral Nivel-1: 375 turnos de palabra, Nivel-2: 25 episodios, Nivel-3: 5 Terapias. Variables Dicotómicas no centradas. Variable Orden centrada a nivel del promedio de los episodios. El modelo de lasEmociones mixtas (BLEND) no se incluye porque el modelo no converge.
*** p < 0,001, ** p < 0,01, ** p < 0,01, ** p < 0,05

Objetivo V: Establecimiento de la asociación de la expresión discursiva, vocal y facial de la regulación de la díada paciente-terapeuta en episodios de cambio y en episodios de ruptura de la alianza con la calidad de la relación terapéutica.

Para dar respuesta a este objetivo se ha evaluado la calidad de la alianza en dos niveles: (a) a nivel de sesión y (b) a nivel de episodio. En el primer nivel se reportan los resultados descriptivos de la evaluación de la alianza terapéutica de todos los procesos terapéuticos a nivel de las sesiones, y luego se reportan resultados de la asociación entre la expresión discursiva, sonora y facial de la regulación mutua y la calidad de la relación terapéutica evaluada a nivel de episodios de cambio y ruptura.

5.1 Evaluación de la Calidad de la Alianza a Nivel de Sesión

La calidad de la alianza terapéutica fue evaluada a nivel sesión aplicando cada tres sesiones el Working Alliance Inventory (Inventario de Alianza Terapéutica - IAT). El IAT, traducido y adaptado para Chile por Santibáñez (2001, 2003), se basa en el concepto de alianza terapéutica desarrollado por Bordin (1976) y considera las tres dimensiones del mismo: vínculo, tareas y metas, las que son medidas en tres subescalas homónimas. Este instrumento consiste en dos cuestionarios de autoreporte, uno para el paciente y otro para el terapeuta. Cada uno arroja un puntaje total y puntajes parciales para cada una de las subescalas (vínculos, tareas y metas).

En la Tabla 57 se presentan el promedio (M) y Desviación Estándar (DS) de la alianza terapéutica para cada una de las sub-escalas y escala total, según es reportado por Terapeuta y Paciente a nivel de la sesión.

Con respecto a la evaluación de la calidad de la Alianza Terapéutica los resultados indican que:

• Al comparar el puntaje de alianza entre las diferentes sub-escalas se encuentran diferencias estadísticamente significativas [F (1,34)= 71,62, p < 0,001] en el reporte de los terapeutas pero no en el reporte de los pacientes [F (2,35)= 1,10, p= 0,30]. Específicamente, los terapeutas puntúan la alianza en la dimensión vínculo más alta que la alianza en las dimensiones metas (p < 0,001) y tareas (p < 0,001), no presentando estas dos últimas diferencias significativas (p = 0,82). En cambio los pacientes reportan niveles similares de alianza en las diferentes sub-escalas, siendo –en general- puntajes altos.</p>

• Al considerar el puntaje de alianza entre en cada una de las sub-escalas comparando pacientes y terapeutas, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la dimensión vínculo [F (1,34)= 0,62, p = 0,44], pero sí se presentan en las dimensiones metas [F (1,34)= 29,64, p < 0,001] y tareas [F (1,34)= 33,49, p< 0,001]. Específicamente, los pacientes puntúan más alta las dimensiones metas (pacientes: M= 70,66, DS= 5,98, N= 35; terapeutas: M= 63,20, DS= 7,31, N= 35) y tareas (pacientes: M= 72,60, DS= 6,90, N= 35; terapeutas: M= 63,34, DS= 7,35, N= 35)que los terapeutas.

Tabla 57. Descripción de la alianza terapéutica a nivel de sesión.

	otal	SO	12,40		3,51	15,80	7,05	5,85
	Escala Total	N	13 74,38 4,59 62,62 7,23 62,62 8,14 199,62 17,45 13 74,61 5,41 79,31 5,50 75,00 67,54 212,46 12,40		243,67 3,51	199,20 15,80	227,50	230,17
	as	SO	67,54		2,08	5,92	2,63	4,71
ıte	Metas	N	75,00		78,33	69,80	80,00 2,45 73,75	81,17 1,72 75,17 6,62 73,83
Paciente	as	SO	2,50		,58	5,73	2,45	6,62
	Tareas	SO W	79,31		82,67 1,53 82,67 ,58	68,80 5,73	80,00	75,17
	soln	N DS	5,41		1,53	9,12	5,85	1,72
	Vínci	N	74,61		82,67	60,60 9,12	73,75 5,85	81,17
	>		13	1		10	4	9
	Escala Total N Vinculos	SQ	17,45		11,53	7,85	15,18	16,1
	Escala	N	199,62		216,00 11,53 3	209,30 7,85	192,67 15,18 4 ^b	55,00 6,78 182,33 16,1
	as	N DS	8,14		4,04	2,54	3,79	6,78
Terapeuta	Metas	N	62,62		67,67 4,04	67,70 2,54	62,67 3,79	55,00
Tera	as	SO	7,23		4,93	2,71	8,19	6,27
	Tareas	SO M SO M	62,62		71,67	02'99	64,00	54,83 6,27
	solr	SO	4,59		3,06	3,76	3,61	6,22
	N Vinculos	M	74,38		3 76,67 3,06 71,67 4,93	10 74,90 3,76 66,70 2,71	3 ^a 66,00 3,61 64,00 8,19	6 72,50 6,22
	>		13	ı	က	19	3^a	9
			Terapia 1	Terapia 2	Terapia 3	Terapia 4	Terapia 5	Terapia 6

Nota:EIWAI fue aplicado cada 3 sesiones a contar de la tercera sesión. ^aSe aplicaron 3 WAI-P (sesiones 3,6, y 9) de los 5 correspondientes. ^aSe aplicaron 4 WAI-T (sesiones 3,6, 9 y 12) de los 5 correspondientes.

5.2 Evaluación de la Calidad de la Alianza a Nivel de Episodio y su relación con la Expresión

Discursiva, Vocal y Facial.

La calidad de la alianza a nivel de episodio fue evaluada en este estudio aplicando Vanderbilt

Therapeutic Alliance Scale – Short Form (VTAS-SF) (Shelef &Diamond, 2008) a una sub-muestra de

30episodios de cambio y 26 de ruptura¹¹.

El VTAS-SF es un instrumento que mide alianza general a través de 5 itemes puntuados en una

escala tipo Likert de 0 a 5 puntos. Su forma abreviada está altamente correlacionada con la forma

original de 26 ítems (r= 0.90), y ha mostrado una alta confiabilidad (Shelef &Diamond, 2008). Este

instrumento fue utilizado en el proceso de adaptación y validación del WAI-O (Working Alliance

Inventory - Observational Form) como medida concurrente de la variable alianza terapéutica

(Vöhringer, Pérez, Martínez, Altimir, & Dagnino, 2013). Los autores reportan correlaciones

superiores a .80 ($p \le 0.01$) entre esta escala y la alianza terapéutica medida desde la perspectiva de

pacientes y terapeutas, y una relación de .72 ($p \le 0.01$) entre el puntaje de alianza medido a través

del VTAS-SF y la alianza terapéutica evaluada por observadores (WAI-O).

5.2.1 Asociación de la Expresión Discursiva de la Regulación de la díada Paciente-Terapeuta

con la Calidad de Alianza Terapéutica

Para dar cuenta de este objetivo se incluyó el puntaje de la escala de alianza VTAS en el

nivel episodio del modelo presentado en la Figura 75. Así, el modelo analizado permite determinar

si hay relación entre la calidad de la alianza y la probabilidad de ocurrencia de las diferentes

posiciones discursivas, una vez que se controla su evolución dentro del episodio, el tipo de

episodio considerado, la secuencia de la sesión en el proceso psicoterapéutico, el estado inicial de

los pacientes y si estos logran un índice de cambio clínicamente confiable (ICC).

Las variables del modelo son:

Nivel 1: TURNO DE PALABRA

Secuencia (ORDEN): Secuencia numérica que indica la secuencia de ocurrencia de los

turnos de palabra dentro de un episodio (variable centrada respecto del promedio del nivel

episodio).

Nivel 2: EPISODIO

Tipo de Episodio (TEPISODI): Cambio (1); Ruptura (0).

¹¹Correspondiente al muestreo realizado para la evaluación de la Expresión Facial (antes detallado)

Alianza Terapéutica (VTAS_FIN): Puntaje en escala de Alianza (1 a 5 puntos). A mayor puntaje mejor alianza.

Nivel 3: SESION

Número de sesión (SESION): Número de la sesión que da cuenta del momento de la psicoterapia en que se presenta el episodio, medido como variable continúa según la secuencia de sesiones psicoterapéuticas desarrolladas (variable centrada respecto del gran promedio).

Nivel 4: TERAPIA

Funcionamiento Inicial (C_FUNCIO): distinguiendo si el paciente se encontraba en la población funcional (1) o disfuncional (0) al momento del inicio de la psicoterapia (OQ45.2). **Cambio Confiable** (ICC_FINA) según si se produjo (1) o no (0) cambio según el criterio del Índice de Cambio Confiable (OQ-45.2)

```
LEVEL 1 MODEL (bold: group-mean centering; bold italic: grand-mean centering)
 P_REFLEX = \pi_0 + \pi_1(ORDEN) + e
LEVEL 2 MODEL (bold: group-mean centering; bold italic: grand-mean centering)
     \pi_0 = \mathcal{F}_{00} + \mathcal{F}_{01}(\text{TIPOEPIS}) + \mathcal{F}_{02}(\text{VTAS\_FIN}) + r_0
     \pi_1 = \beta_{10} + \beta_{11} (TIPOEPIS) + \beta_{12} (VTAS_{FIN}) + r_4
LEVEL 3 MODEL (bold italic: grand-mean centering)
     \rho_{00} = \gamma_{000} + \gamma_{001}(SESION) + u_{00}
    \rho_{01} = \gamma_{010} + u_{01}
    F_{02} = \gamma_{020} + u_{02}
    f_{10} = \gamma_{100} + \gamma_{101}(SESION) + u_{10}
    f_{11} = \gamma_{110} + u_{11}
    F_{12} = \gamma_{120} + u_{12}
LEVEL 4 MODEL (bold italic: grand-mean centering)
    \gamma_{.000} = \varepsilon_{.0000} + \varepsilon_{.0001} (C_FUNCIO) + \varepsilon_{.0002} (ICC_FINA) + v_{.000}
     \gamma_{001} = \delta_{0010} + v_{001}
     \gamma_{010} = \delta_{0100} + v_{010}
    \gamma_{020} = \delta_{0200} + v_{020}
     \gamma_{100} = \delta_{1000} + v_{100}
     \gamma_{101} = \delta_{1010} + v_{101}
    \gamma_{110} = \epsilon_{1100} + v_{110}
    \gamma_{120} = \delta_{1200} + v_{120}
```

Figura 75. Modelo Predictivo de las Posiciones Discursivas que considera la Alianza Terapéutica a nivel de los Episodios.

Se realizaron Modelos de Regresión para cada una de las Posiciones Discursivas dicotomizadas y se utilizó el modelo Bernoulli (Raudenbush, BrykmCheong, Congdon, &Dotoit, 2004).

Los resultados indican que¹² (ver Tabla 58):

- Solo se presentan relaciones significativas entre las posiciones discursivas El/La
 Dependiente del Paciente y El/La Profesor/a del Terapeuta con la alianza terapéutica medida a nivel de episodios.
- En el caso de la posición **Discursiva Dependiente**, hay una relación directa entre la probabilidad de presentarse esta posición discursiva en el momento medio del episodio (Turno de palabra igual a cero) y la alianza psicoterapéutica (B= 2,44; OR 11,49 95%IC 1,61-81,94). Es decir, en los episodios que poseen una buena alianza terapéutica hay mayor probabilidad que los pacientes utilicen una posición discursiva dependiente.
- En el caso de la posición **Discursiva El Profesor**, los resultados indican que hay una relación entre el nivel de alianza observado y la probabilidad de ocurrencia de esta posición discursiva a medida que avanza el episodio (B= 0,07; OR 1,07 95%IC 1,03-1,11). Así, en el caso de episodios con baja alianza (primer cuartil, 2,6 pts.) a medida que avanza el episodio disminuye la probabilidad de que el terapeuta esté en esta posición; en cambio en los episodios en los cuales se presenta una buena alianza (tercer cuartil, 3,8 pts) a medida que avanzan los episodios aumenta la probabilidad de que el terapeuta utilice esta posición discursiva para interactuar con el paciente (ver Figura 76).

¹²Solo se analizan en detalle los resultados relativos a la relación entre la alianza psicoterapéutica y probabilidad de ocurrencia de las diferentes Posiciones Discursivas. Las otras variables operan como variables control.

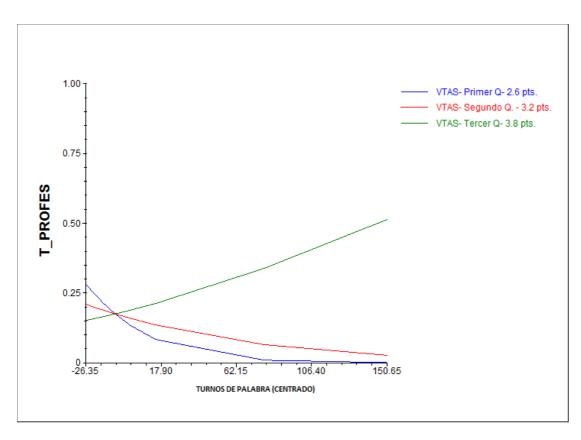


Figura 76. Evolución de la Probabilidad de ocurrencia de la posición discursiva El/La Profesor/a según el nivel de la alianza terapéutica en los episodios de cambio y ruptura.

Tabla 58. Modelos de Regresión HLM de las Posiciones Subjetivas de Pacientes y Terapeutas en Episodios de Cambio y Ruptura y su relación con Alianza Terapéutica a nivel episodioª

				H	
	El Reflexivo	El/la Dependiente-	El Independiente-	El/La Propositivo/a	El/La Profesor/a
		Vulnerable	Autosuficiente		
Modelo	В	В	В	В	В
	OR (95%IC)	OR (95%IC)	OR (95%IC)	OR (95%IC)	OR (95%IC)
Intercepto π0					
Intercepto 800					
Intercepto y000					
Intercepto 80000	-3,28***	-0,46	-1,61*	-1,09*	-1,73**
-	0,04 (0,01-0,15)	0,62 (0,03-11,47)	0,19 (0,06-0,72)	,12-0,89)	0,17 (0,06-0,53)
Funcionamiento Inicial	1,06	-3,47	0,37		-0,10
80001	2,89 (0,58-14,36)	0,03 (0,00-1,73)	1,45 (0,34-6,19)	(0,39-3,99)	0,90 (0,27-3,05)
Cambio Confiable	-1,25	1,52	0,32	-0,29	0,53
80002	0,28 (0,08-1,06)	4,57 (0,20-105,28)	1,37 (0,40-4,72)	0,75 (0,29-1,92)	1,71(0,62-4,69)
Sesión y001					
Intercepto 80010		- 0,00	-0,01	0,01	00'0-
	1,02 (0,98-1,06)	0,97 (0,89-1,05)	0,99 (0,94-1,05)	1,01 (0,99-1,05)	0,99 (0,95-1,05)
Tipo de Episodios β01					
Intercepto γ 010					
80100	1,86***	-1,07	**86.0-	0,10	-0,18
	6,33 (3,49-11,49)	0,34 (0,13-1,14)	0,37 (0,18-0,78)	1,11 (0,74-1,66)	0,83 (0,40-1,73)
VTAS B02					
Intercepto γ 020					
Intercepto 80200		2,44*	-0,48	-0,19	0,37
	0,84 (0,39-1,79)	11,49 (1,61-81,94)	0,62 (0,29-1,29)	0,83 (0,49-1,39)	1,45 (0,58-3,63)
Intercepto π 1 (Orden)					
Intercepto β10					
III tel cepto 7 100	700		-0.01		00 0
וויים כפטנס סוססס	1,01 (0,98-1,05)	1,00 (0,98-1,04)	0,99 (0,95-1,01)	1,00 (0,98-1,02)	0,99 (0,97-1,01)
Sesión y101					
Intercepto 81010	00,00	0,00	*00'0-	0,00	-0,00

Tipo de Episodios β11	1,00 (0,99-1,00)	1,00 (0,99-1,00)	0,99 (0,99-1,00)	1,00 (0,99-1,00)	0,99 (0,99-1,00)
Intercepto γ 110 Intercepto δ 1100	0,00	-0,04	0,02	-0,00	-0,02 0.98 (0.95-1.01)
VTAS B12					
Intercepto γ 120 Intercepto δ 1200 0.01	0.01	-0.03	-0.02	-0.01	***200
	1,01 (0,97-1,05)	0,97 (0,92-1,03)	0,98 (0,95-1,05)	0,99 (0,96-1,02)	1,07 (1,03-1,11)
Nivel 2 (r0) 0.41***	0.41***	1,59***	0,44***	0,20***	1,11**
Nivel 3 (u00) 0,00	0,00	0,47	0,57***	0,00	0,00
Nivel 4 (v000) 0,27***	0,27***	1,43***	0,12*	0,13***	0,05*

Nota: Modelo no estimado Evitativo por reducido número de casos. ^aTamaño muestral Nivel-1: 1385 turnos de palabra, Nivel-2: 57 episodios, Nivel-3: 45 sesiones, Nivel-4: 5 Terapias. ^b *** p < 0,001, **p < 0,001, *p < 0,001

5.2.2 Asociación de la Expresión Vocal de la Regulación de la díada Paciente-Terapeuta con la Calidad de Alianza Terapéutica

Para dar cuenta de esta asociación se incluyó el puntaje de la escala de alianza VTAS en el nivel episodio del modelo presentado en la Figura 77. Así, el modelo analizado permite determinar si hay relación entre la calidad de la alianza y la probabilidad de ocurrencia de los diferentes PCV una vez que se controla su evolución dentro del episodio, el tipo de episodio, el número de la sesión dentro del proceso psicoterapéutico, el estado sintomático inicial de los pacientes y si estos alcanzan un índice de cambio confiable (ICC).

Las variables del modelo son:

Nivel 1: TURNO DE PALABRA

Secuencia (ORDEN): Secuencia numérica que indica la secuencia de ocurrencia de los turnos de palabra dentro de un episodio (variable centrada respecto del promedio del nivel episodio).

Actor (ROL_10):Según quien se encuentra emitiendo el discurso Paciente (1) ó Terapeuta (0).

Nivel 2: EPISODIO

Tipo de Episodio (TEPISODI): Cambio (1); Ruptura (0).

Alianza Terapéutica (VTAS_FIN): Puntaje en escala de Alianza (1 a 5 puntos). A mayor puntaje mayor alianza.

Nivel 3: SESION

Número de sesión (SESION): Número de la sesión que da cuenta del momento de la psicoterapia en que se presenta el episodio, medido como variable continúa según la secuencia de sesiones psicoterapéuticas desarrolladas (variable centrada respecto del gran promedio).

Nivel 4: TERAPIA

Funcionamiento Inicial (C_FUNCIO): distinguiendo si el paciente se encontraba en la población funcional (1) o disfuncional (0) al momento del inicio de la psicoterapia (OQ45.2).

Cambio Confiable (ICC_FINA) según si se produjo (1) o no (0) cambio según el criterio del Índice de Cambio Confiable (OQ-45.2).

```
LEVEL 1 MODEL (bold: group-mean centering; bold italic: grand-mean centering)
 Prob(CONECTAD=1|\pi) = \phi
 Log[\phi/(1-\phi)] = \eta
 \eta = \pi_0 + \pi_1(ORDEN) + \pi_2(ROL\_10)
LEVEL 2 MODEL (bold: group-mean centering; bold italic: grand-mean centering)
     \pi_0 = \rho_{00} + \rho_{01}(\text{TIPOEPIS}) + \rho_{02}(\text{VTAS\_FIN}) + r_0
     \pi_1 = \rho_{10} + \rho_{11}(\text{TIPOEPIS}) + \rho_{12}(\text{VTAS\_FIN}) + r_1
     \pi_2 = f_{20} + f_{21}(TIPOEPIS) + r_2
LEVEL 3 MODEL (bold italic: grand-mean centering)

\rho_{00} = \gamma_{000} + \gamma_{001}(SESION) + u_{00}

     \rho_{01} = \gamma_{010} + u_{01}
     F_{02} = \gamma_{020} + u_{02}
     f_{10} = \gamma_{100} + \gamma_{101}(SESION) + u_{10}
     \rho_{11} = \gamma_{110} + u_{11}
     \rho_{12} = \gamma_{120} + u_{12}
     \rho_{20} = \gamma_{200} + u_{20}
     f_{21} = \gamma_{210} + u_{21}
LEVEL 4 MODEL (bold italic: grand-mean centering)
     \gamma_{000} = \delta_{0000} + \delta_{0001}(C_FUNCIO) + \delta_{0002}(ICC_FINA) + v_{000}
     \gamma_{001} = \delta_{0010} + v_{001}
    \gamma_{010} = \delta_{0100} + v_{010}
    \gamma_{020} = \delta_{0200} + v_{020}
    \gamma_{100} = \delta_{1000} + v_{100}
    \gamma_{101} = \delta_{1010} + v_{101}
    \gamma_{110} = \delta_{1100} + v_{110}
    \gamma_{120} = \delta_{1200} + v_{120}
    \gamma_{200} = \delta_{2000} + v_{200}
     \gamma_{210} = \delta_{2100} + v_{210}
```

Figura 77. Modelo Predictivo de las PCV que considera la Alianza Terapéutica a nivel de los Episodios.

Se realizaron Modelos de Regresión para cada uno de los PCV dicotomizados y se utilizó el modelo Bernoulli (Raudenbush, BrykmCheong, Congdon, &Dotoit, 2004).

- Se presenta una relación estadísticamente significativa entre la probabilidad de ocurrencia de los PCV Reporte y Emocional con el nivel de la calidad de la alianza terapéutica medida en los episodios (ver Tabla 59).
- En el caso del PCV Reporte, hay una relación inversa entre la probabilidad de presentarse este PCV en el momento medio del episodio (Turno de palabra igual a cero) y la calidad de la alianza psicoterapéutica (B= -0,90; OR 0,40 95%IC 0,19-0,88). Es decir, los pacientes tienen una mayor probabilidad de utilizar el PCV Reporte en los episodios que tienen una menor calidad de alianza psicoterapéutica.
- Lo opuesto ocurre en el caso del PCV Emocional, en que se observó una relación directa entre la probabilidad de presentarse este PCV en el momento medio del episodio (Turno de palabra igual a cero) y la calidad de la alianza psicoterapéutica (B= 1,01; OR 2,95 95%IC 1,14-6,62). Es decir, los pacientes tienen una mayor probabilidad de utilizar el PCV emocional en episodios que presentan una buena calidad de alianza psicoterapéutica.
- Respecto de las categorías de exclusión de los PCV y su relación con la alianza psicoterapéutica, se observó una relación significativa solo para el caso del Solapamiento (Tabla XX). Los resultados indican que la probabilidad de ocurrencia de esta categoría en la medida que avanza el episodio depende del nivel de la calidad de la alianza observado en el episodio (B= 0,07; OR 1,07 95%IC 1,01-1,13). Así, en el caso de los episodios con baja calidad de la alianza, a medida que avanza el episodio disminuye la probabilidad de presentarse el solapamiento. En cambio, en los episodios en los cuales se presenta una buena alianza, a medida que avanza el episodio aumenta la probabilidad de que se presente el solapamiento (ver Figura 78).

¹³Solo se analizan en detalle solo los resultados relativos a la relación entre la alianza psicoterapéutica y la probabilidad de ocurrencia de las diferentes PCV. Las otras variables operan como variables control.

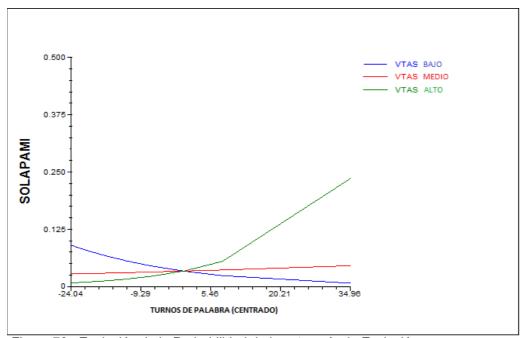


Figura 78. Evolución de la Probabilidad de la categoría de Exclusión Solapamiento según el nivel de la alianza terapéutica en los episodios de cambio y ruptura.

Tabla 59. Modelos de Regresión HLM de los Patrones de Cualidad Vocal de Pacientes y Terapeutas en Episodios de Cambio y Ruptura y su relación con Alianza Terapéutica ª

	Reporte	Conectado	Afirmativo	Reflexivo	Emocional ^b Contenido-Expresivo
Modelo	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)
Intercepto π0 Intercepto β00 Intercepto γ000					
Intercepto 80000		-0,32 0 73 (0 39 <u>-</u> 1 35)	-1,52	-4,19***	-4,43***
Funcionamiento Inicial	-2,56** -0,77 (0,02,0,03)	0,22 0,22 1,25 (0,68-2,34)	(0,0,0)	0,32 (0,05-0,1-1) -1,12 0.32 (0.05-1.97)	-0,29 0 74 (0 24-2 34)
Cambio Confiable	-1,00 -1,00 0.37 (0.06-2.13)	-0,39 -0,68 (0.42-1.08)	ı	2,52 (2,53 1,57) 0,93 2,53 (0,59-10,86)	-0,01 -0,01 0 99 (0 36-2 70)
Sesión y001					
Intercepto 80010	0,00	0,01	-0,00 0 99 (0 93-1 07)	-0,03 0.97 (0.88-1.07)	0,06
Tipo Episodio β01 Intercepto γ110					
Intercepto 80100	1,09* 2,97 (1,03-8,50)	-0,57* 0,57 (0,37-0,89)	0,44 1,55 (0,56-4,36)	1,02 2,78 (0,58-13,325)	-0,38 0,68 (0,11-4,30)
VTAS β02 Intercepto γ020 Intercepto δ0200	-0.90* 0,40 (0,19-0,88)	-0,02 0,98 (0,61-1,57)	0,25 1,28 (0,41-4,10)	-0,40 0,66 (0,21-2,11)	1,01* 2,75 (1,14-6,62)
Orden π1 Intercepto β10					
Intercepto _Y 100 Intercepto δ1000	-0,01 0,99 (0,95-1,04)	0,01 1,01 (0,99-1,03)	-0,00 0,99 (0,98-1,02)	-0,06 0,95 (0,88-1,01)	-0,01 0,98 (0,95-1,02)

-0,00 0,99 (0,99-1,00)	0,03 1,02 (0,98-1,08)	-0,00 0,99 (0,94-1,05)	3,41*** 30,56 (7,62-112,56)	-0,46 0,63 (0,10-2,84)	0,00 0,56***
-0,01 0,99 (0,99-1,00)	0,06 1,06 (0,98-1,13)	-0,01 0,98 (0,92-1,07)	0,39 1,47 (0,34-5,47)	0,19 1,21 (0,26-5,65)	0,48 0,01 **
0,00 1,00 (0,99-1,00)	-0,00 0,99 (0,97-1,02)	0,03 1,02 (0,99-1,05)	-046* 0,62 (0,41-0,98)	-0,58* 0,55 (0,31-0,98)	0,92*** 0,00 1,95***
0,00 1,00 (0,99-1,00)	-0,01 0,99 (0,97-1,02)	-0,01 0,98 (0,96-1,02)	-0,31 0,72 (0,50-1,06)	0,72** 2,06 (1,26-3,36)	0.13*** 0,00 0.00
-0,00 0,99 (0,99-1,00)	odio β11 cepto γ110 Intercepto δ1100 0,02 1,03 (0,96-1,09)	-0,06 0,94 (0,88-1,01)	1,23** 3,41 (1,35-8,66)	-0,83 0,43 (0,13-1,39)	0,13* 0,00 0,37**
Sesión γ101 Intercepto δ1010	Tipo Episodio β11 Intercepto γ110 Intercepto δ1100	Intercepto γ120 Intercepto δ1200	Rol π 2 Intercepto β 20 Intercepto γ 200 Intercepto δ 2000 1,23** Tipo Episodio β 21 Intercepto γ 210	Intercepto 82100	Nivel 2 (r0) Nivel 3 (u00) Nivel 4 (v000)

Nota: ^aTamaño muestral Nivel-1: 1214 turnos de palabra, Nivel-2: 53 episodios, Nivel-3: 41 sesiones, Nivel-4: 5 Terapias. ^DSe colapsaron las categorías de PCV emocional expresivo y contenido, dada la baja frecuencia de este último. Variables Dicotómicas no centradas. Variable Orden centrada a nivel del promedio de los episodios y Variable Sesión centrada a nivel de Gran Promedio.
*** p < 0,001, ** p < 0,001, ** p < 0,05

Tabla 60. Modelos de Regresión HLM de las Categorías Pausa Llena y Solapamiento de Pacientes y Terapeutas en Episodios de Cambio y Ruptura y su relación con Alianza Terapéutica^a

		Pausa Llena	Solapamiento ^b
Modelo		В	В
		OR (95%IC)	OR (95%IC)
Intercepto π0		,	, ,
Intercepto β00			
Intercepto γ000			
	Intercepto	-1,51***	-3,30***
-	δ0000	0,22 (0,08-0,59)	0,04 (0,01-0,19)
Func	cionamiento Inicial		
	δ 0001 Cambio Confiable	0,51 (0,18-1,46) 0,38	-
	80002	1,47 (0,63-3,48)	_
Sesión γ001	00002	1,47 (0,00 0,40)	
2001011 1001	Intercepto	-0,02	-0,06
	δ0010	0,97 (0,93-1,04)	0,94 (0,86-1,03)
Tipo Episodio β01		, , ,	. , , , ,
Intercepto γ110			
	Intercepto δ0100	0,22	0,01
		4.04 (0.04.0.40)	1,01 (0,24-4,31)
VTAS 002		1,24 (0,64-2,40)	
VTAS β02 Intercepto γ020			
πιτεισερίο γυζο	Intercepto δ0200	-0,36	0,04
	microcpio 00200	0,70 (0,39-1,25)	1,05 (0,21-5,23)
Orden π1 Intercepto β10			
Intercepto γ100	1.1	0.04	0.00
	Intercepto δ1000	-0,01 0.00 (0.07.1.03)	0,02
Funcionam	iento Inicial δ1001	0,99 (0,97-1,03)	1,02 (0,99-1,06)
Funcionam	iento iniciai o 100 i	_	_
	Cambio Confiable		
	δ1002	-	-
Sesión γ 101			
·	Intercepto δ 1010	-0,00	0,00
		0,99 (0,99-1,00)	1,00 (0,99-1,01)
Tipo Episodio β11			
Intercepto γ110	Intercente \$4400	0.00	0.01
	Intercepto δ1100	-0,00 0,99 (0,97-1,03)	-0,01 0,98 (0,94-1,03)
VTAS β12		U,33 (U,31-1,U3)	0,30 (0,3 4 -1,03 <i>)</i>
Intercepto γ120			
	Intercepto δ1200	-0,01	0,07***
		0,98 (0,95-1,02)	1,07 (1,01-1,13)
		•	·
Rol π2			
Intercepto β20			
Intercepto γ200	1.1	0.04**	0.42
	Intercepto δ2000		-0,13 0.87 (0.48.1.61)
		0,44 (0,24-0,82)	0,87 (0,48-1,61)

Tipo Episodio β21 Intercepto γ 210

Intercepto δ2100	0,25	0,16
Maniahilidad	1,30 (0,61-2,75)	1,18 (0,50-2,78)
Variabilidad		
Nivel 2 (r0)	0,17***	0.88***
Nivel 3 (u00)	0,15	0,16
Nivel 4 (v000)	0,04*	0,74**

Nota: Tamaño muestral Nivel-1: 1214 turnos de palabra, Nivel-2: 53 episodios, Nivel-3: 41 sesiones, Nivel-4: 5 Terapias. Se colapsaron las categorías de PCV emocional expresivo y contenido, dada la baja frecuencia de este último. Variables Dicotómicas no centradas. Variable Orden centrada a nivel del promedio de los episodios y Variable Sesión centrada a nivel de Gran Promedio.

*** p < 0,001, ** p < 0,001, * p < 0,05

195

5.2.3 Asociación de la Expresión Facial de la Regulación de la díada Paciente-Terapeuta con la Calidad de Alianza Terapéutica

Para dar cuenta de este objetivo se incluyó el puntaje de la escala de alianza VTAS en el nivel episodio a los modelos HLM a estimar. Para cada variable dependiente de la conducta facial se estimó un modelo simplificado que consideró las categorías que tuvieran una frecuencia mayor o igual al 5% y que dieron cuenta de variabilidad significativa en el objetivo 1.

Las variables de los modelos son:

Nivel 1: FRAME

Secuencia (FRAME): Secuencia numérica que indica la secuencia de ocurrencia de los frames dentro de un episodio (variable centrada respecto del promedio del nivel episodio).

Nivel 2: EPISODIO

Tipo de Episodio (TEPISODI): Cambio (1); Ruptura (0).

Alianza Terapéutica (VTAS_FIN): Puntaje en escala de Alianza (1 a 5 puntos). A mayor puntaje mayor alianza.

Nivel 3: SESION

Número de sesión (SESION): Número de la sesión que da cuenta del momento de la psicoterapia en que se presenta el episodio, medido como variable continúa según la secuencia de sesiones psicoterapéuticas desarrolladas (variable centrada respecto del gran promedio).

Nivel 4: TERAPIA

Funcionamiento Inicial (C_FUNCIO): distinguiendo si el paciente se encontraba en la población funcional (1) o disfuncional (0) al momento del inicio de la psicoterapia (OQ45.2). **Cambio Confiable** (ICC_FINA) según si se produjo (1) o no (0) cambio según el criterio del

Índice de Cambio Confiable (OQ-45.2)

Se realizaron Modelos de Regresión para cada una de las categorías de expresión facial dicotomizadas y se utilizó el modelo Bernoulli (Raudenbush, BrykmCheong, Congdon, & Dotoit, 2004).

Los resultados para los pacientes se presentan en las tablas 61, 62, y 63, e indican que:

- La conducta regulatoria facial del paciente se asocia con el nivel de alianza medido en el episodio. Específicamente se asocia con la evolución de la probabilidad de ocurrencia de los Adaptadores (AD)durante el transcurso de los episodios, una vez controlado su tipo y las variables relevantes a nivel de la psicoterapia en su conjunto. Los mismos resultados se presentan para las emociones básicas Tristeza (SA), Alegría (HA) y Sonrisa Genuina (HA_FELT).
- Al considerar la relación entre la probabilidad de ocurrencia de los Adaptadores (AD) y la alianza durante el transcurso del episodio, los resultados indican para el caso de los episodios con buena(VTAS 4,5 pts.) y regular alianza (VTAS 3,5 pts.), a medida que avanza el episodio aumenta la probabilidad de ocurrencia de estas estrategias de regulación facial, en cambio en los episodios en los cuales se presenta un bajo nivel de alianza, a medida que avanzan los episodios disminuye la probabilidad de que se presenten Adaptadores (AD) (ver Figura 79).

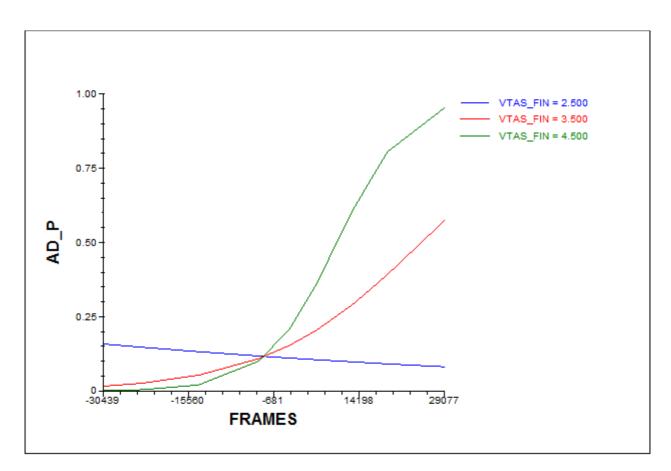


Figura 79. Evolución de la probabilidad de *Adaptadores* (AD) en los pacientes a medida que transcurren los episodios según calidad de la alianza terapéutica

• Al considerar la relación entre la probabilidad de ocurrencia de *Tristeza* (SA) durante el episodio y calidad de la alianza, los resultados indican que en el caso de los episodios con baja alianza (VTAS 2,5 pts.) a medida que avanza el episodio aumenta la probabilidad de la ocurrencia de esta expresión facial de emoción básica. En cambio en los episodios en los cuales se presenta una buena o regular calidad de alianza, a medida que avanzan los episodios disminuye la probabilidad de que esta se presente (ver Figura 80).

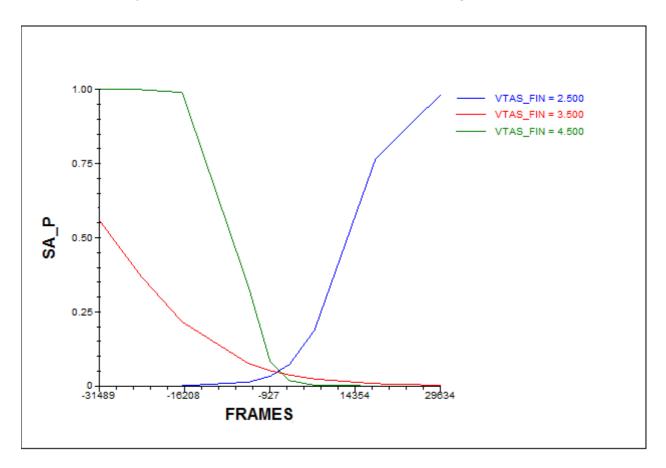


Figura 80. Evolución de la probabilidad de Tristeza (SA)en los pacientes a medida que transcurren los episodios según la calidad de la alianza terapéutica.

• Al considerar la relación entre la probabilidad de ocurrencia de Alegría (HA)en el transcurso de los episodios y la calidad de la alianza, los resultados indican que en el caso de los episodios con baja alianza (VTAS 2,5 pts.) a medida que avanza el episodio disminuye la probabilidad de ocurrencia de este emoción básica. En cambio en los episodios en los cuales se presenta una calidad buena o regular de alianza, a medida que avanzan los episodios aumenta la probabilidad que se presente (ver Figura 81).

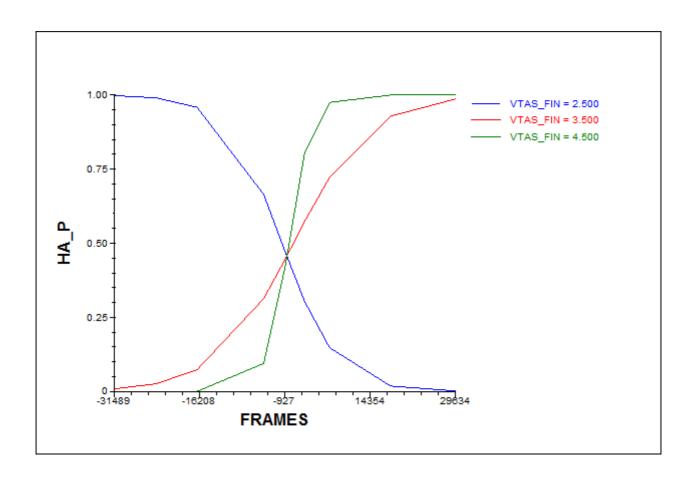


Figura 81. Evolución de la probabilidad de Alegría (HA) en los pacientes a medida que transcurren los episodios según calidad de la alianza terapéutica

• Al considerar la relación entre la probabilidad de ocurrencia de Sonrisa Genuina (HA_FELT) durante el transcurso de los episodios y la calidad de la alianza, los resultados indican que en el caso de los episodios con baja alianza (VTAS 2,5 pts.) a medida que avanza el episodio disminuye la probabilidad de la ocurrencia de esta expresión facial de emoción básica. En cambio, en los episodios en los cuales se presenta una calidad buena o regular de alianza, a medida que avanzan los episodios aumenta la probabilidad de que esta se presente (ver Figura 82).

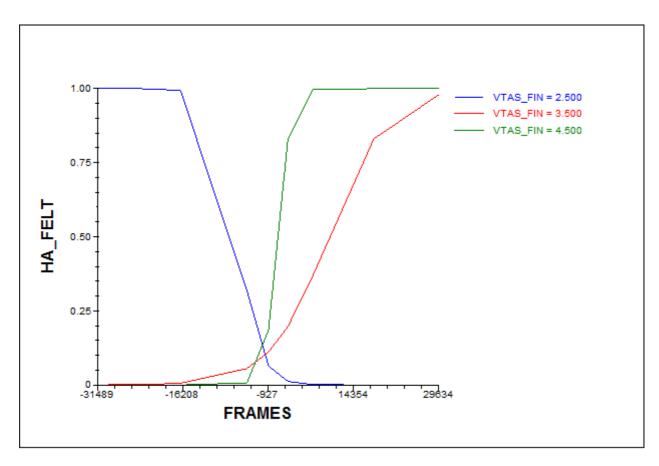


Figura 82. Evolución de la probabilidad de Alegría (HA) en los paciente sa medida que transcurren los episodios según la calidad de la alianza terapéutica.

Los resultados para los terapeutas se presentan en las tablas 61, 62, y 63, e indican que:

- Al considerar la conducta regulatoria facial de los terapeutas en el transcurso de los episodios y la calidad de alianza, se observa una asociación con la probabilidad de ocurrencia de la Mirada (GB) y los Adaptadores (AD) en el transcurso de estos, una vez controlado el tipo de episodio y las variables relevantes a nivel de la psicoterapia en su conjunto. Resultados similares se presentan para la expresión facial de las emociones básicas Sonrisa Social (SSM) y Desprecio (CO). Además, se observó que la calidad de la alianza psicoterapéutica se asocia con la expresión de la emoción básica Alegría (HA).
- La relación entre la probabilidad de ocurrencia de Mirada (GB) en el transcurso de los episodios y la calidad de la alianza, los resultados indican en el caso de los episodios con calidad buena de alianza (VTAS 4,5 pts.) a medida que avanza el episodio disminuye la probabilidad de la ocurrencia de esta estrategia de regulación facial. En cambio, en los episodios en los cuales se presenta un calidad baja o regular de alianza, a medida que avanzan los episodios aumenta la probabilidad de que la estrategia de regulación facial Mirada (GB) se presente (ver Figura 83).

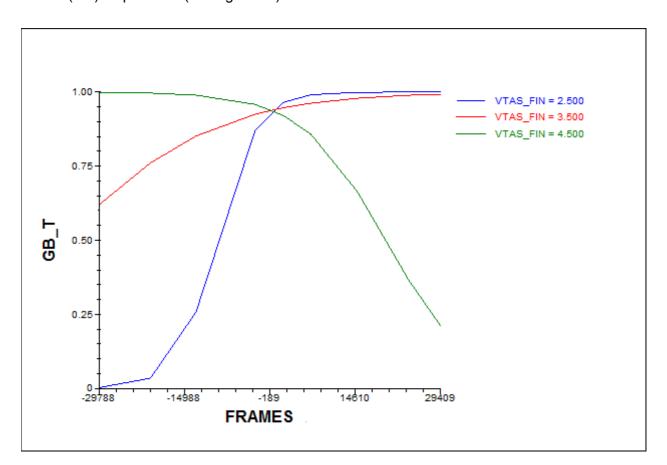


Figura 83. Evolución de la probabilidad de *Mirada* (GB) en los terapeutas a medida que transcurren los episodios según la calidad de la alianza terapéutica.

• Al considerar la relación entre la probabilidad de ocurrencia de Adaptadores (AD) durante el transcurso de los episodios y la calidad de la alianza, los resultados indican que en el caso de los episodios con buena alianza (VTAS Percentil 75%= 3,4 pts.) a medida que avanza el episodio aumenta levemente la probabilidad de la ocurrencia de esta estrategia de regulación facial. En cambio en los episodios en que se presenta una baja o regular calidad de alianza, a medida que avanzan los episodios aumenta marcadamente la probabilidad de que se presenten Adaptadores (AD), alcanzando el 100% al finalizar los episodios (ver Figura 84).

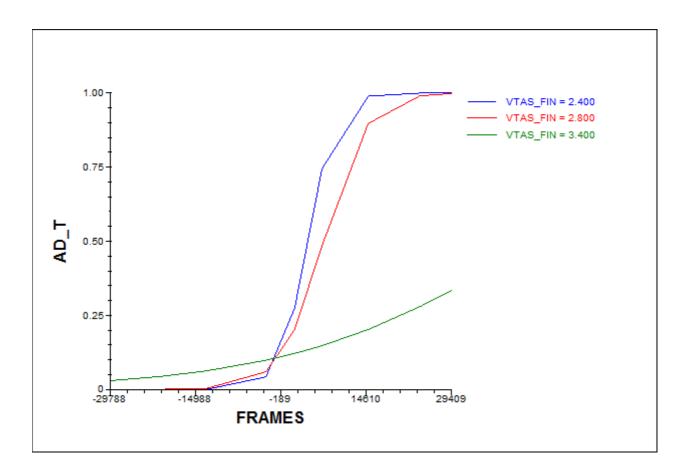


Figura 84. Evolución de la probabilidad de *Adaptadores* (AD) en los terapeutas a medida que transcurren los episodios según la calidad de la alianza terapéutica

• Al considerar la relación entre la probabilidad de ocurrencia de la Sonrisa Social (SSM) durante el transcurso del episodio y la calidad de la alianza, los resultados indican que en el caso de los episodios con buena alianza (VTAS Percentil 75%= 3,4 pts.) a medida que avanza el episodio aumenta la probabilidad de la ocurrencia de esta estrategia de regulación facial. En cambio en los episodios en los cuales se presenta una baja o regular alianza, a medida que avanzan los episodios disminuye la probabilidad de que se presente (ver Figura 85).

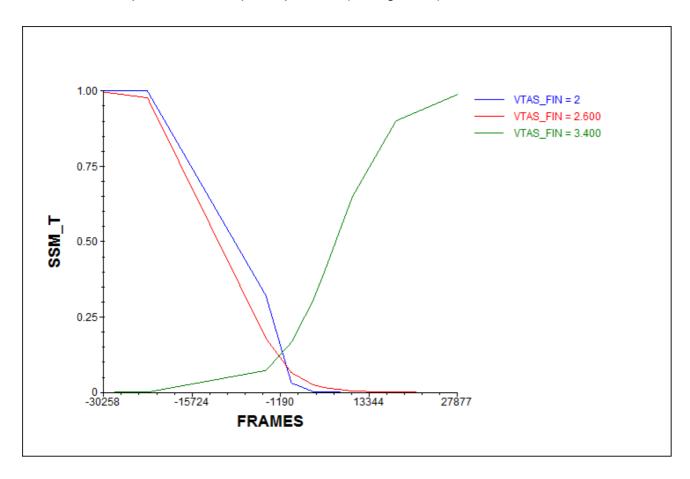


Figura 85. Evolución de la probabilidad de la *Sonrisa Social* (SSM) en los terapeutas a medida que transcurren los episodios según calidad de la alianza terapéutica

• Al considerar la relación entre la probabilidad de ocurrencia de la emoción básica Desprecio (CO) durante el transcurso de los episodios y la calidad de la alianza, los resultados indican que en el caso de los episodios con baja alianza (VTAS 2.5 pts.), a medida que avanza el episodio aumenta la probabilidad de la ocurrencia de esta expresión facial de emoción básica. En cambio, en los episodios en los cuales se presenta una buena o regular calidad de alianza, a medida que avanzan los episodios disminuye la probabilidad de que se presente (ver Figura 86).

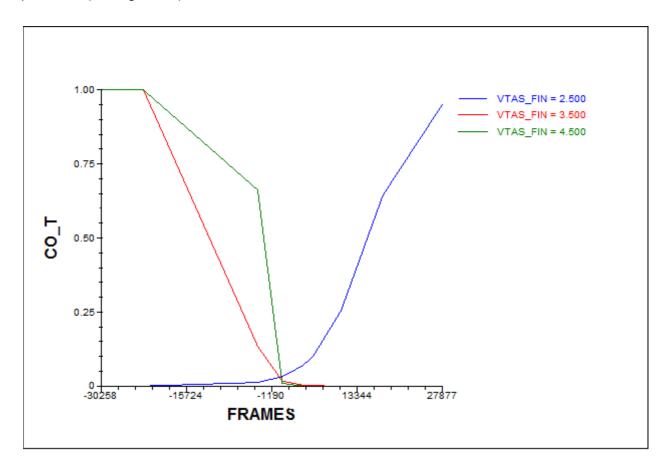


Figura 86. Evolución de la probabilidad del *Desprecio* (CO) en los terapeutas a medida que transcurren los episodios según la calidad de la alianza terapéutica

 Considerando que la pendiente de la probabilidad de ocurrencia de la emoción básica Alegría (HA) no es significativa, el gráfico muestra el modelo simplificado

$$\pi_{\scriptscriptstyle 0jk} = \beta_{\scriptscriptstyle 00k} + \beta_{\scriptscriptstyle 01k} * (TIPOEPIS_{jk}) + \beta_{\scriptscriptstyle 02k} * (VTAS_FIN_{jk}) + r_{\scriptscriptstyle 0jk}$$

El cual muestra que –una vez controlado el tipo de episodio- a medida que aumenta la calidad de la alianza en los episodios, aumenta la probabilidad de ocurrencia de la expresión facial de la emoción básica *Alegría* (HA) (ver figura 87).

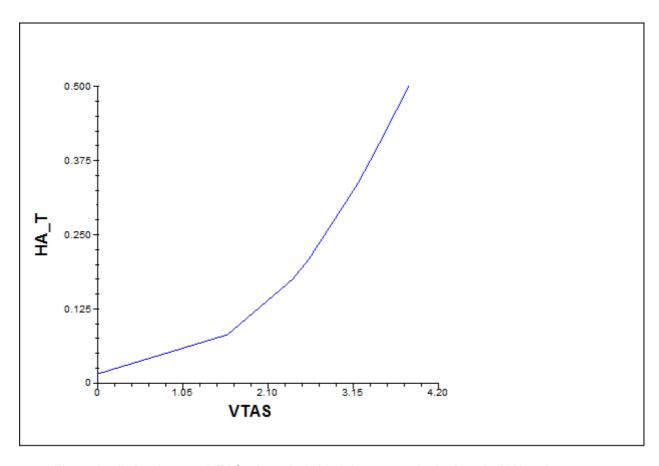


Figura 87. Relación entre VTAS y la probabilidad de ocurrencia de Alegría (HA) en los terapeutas

Tabla 61. Modelos de Regresión HLM de la Conducta Facial Regulatoria de Pacientes y Terapeutas en Episodios de Cambio y Ruptura y su relación con Alianza Terapéutica a nivel episodioª

Terapeutas	Control Adaptador (CTR_T) (AD_T)	IC) OR (95%IC)		9-4.30) 0,02 (0,01-1,00) 1,77 3-7,20) 5,86 (0,32-108,73)	1	0,15 4-2,31) 1,16 (0,25-5,29)	-0,39 4-1,41) 0,67 (0,30-1,55)
Terap	35	B OR (95%IC)		1,11 (0,29-4.30) 1,13* 3,09 (1,33-7,20)		0,01 1,00 (0,44-2,31)	-0,14 0,86 (0,54-1,41)
	Mirada (GB_T)	B OR (95%IC)	3,11** 22,59 (4,53-112,64) -	-1,16 0,31 (0,05-2,17)	ı	-0,09 1,02 (0,71-1,48)	0,03 1,02 (0,71-1,48)
	Adaptador (AD_P)	B OR (95%IC)	-2,29* 0,10 (0,01-0,89) -		ı	-0,86 0,42 (0,09-1,96)	0,25 1,28 (0,55-3,02)
Pacientes	Control (CTR_P)	B OR (95%IC)	-3,06*** 0,47 (0,01-0,19) -	ı	ı	-0,34 0,71 (0,28-1,79)	0,00 1,00 (0,60-1,66)
	Mirada (GB_P)	B OR (95%IC)	-0,43 0,55(0,02-1,89) -	ı	ı	0,19 1,12 (0,56-2,60)	7TAS β02 Intercepto γ020 Intercepto δ0200 0,38 1,46 (0,96-2,20)
		Modelo Intercepto π0 Intercepto β00 Intercepto γ000	Intercepto	Inicial 80001 Cambio Confiable 80002	Sesión γ001 Intercepto δ0010	Tipo de Episodios β01 Intercepto γ010	VTAS β02 Intercepto γ020 Intercepto δ0200

Frame_π1

	0,00*** 1,00 (1,00-1,00)	-0,00*** 0,99 (0,99-0,99)	0,00*** 1,00 (1,00-1,00)	•			0,00*	(0)	-0,00*** 0,99 (0,99-1,00)	3,19*** 0,00 1,42***
	-0,00* 0,99 (0,99-1,00)	0,00* 1,00 (1,00-1,00)	0,00 1,00 (1,00-1,00)	1			-0,00		0,00 1,00 (1,00-1,00)	0,37*** 0,57*** 0,00
	0,00** 1,00 (1,00-1,00)		-0,00** 1,00 (1,00-1,00)	•			0,00***		-0,00* 0,99 (1,00-1,00)	0,54*** 0,00 0,77***
	-0,00*** 0,99 (0,99-1,00)	•	ı	ı			-0,00	(0), (1), (1), (1), (1), (1), (1), (1), (1	0,00*** 1,00 (1,00-1,00)	0,97*** 1,39*** 0,00
	-0,00 0,99 (1,00-1,00)	ı	ı	,			0,00	00,100,1	-0,00 0,99 (1,00-1,00)	0,49*** 0,00 0,20**
	-0,00* 0,99 (1,00-1,00)	•	ı				-0,00		0,00 0,99 (1,00-1,00)	0.52*** 0,00 0.00
Intercepto β 10 Intercepto γ 100	Intercepto δ1000 -0,00* 0,99 (1	Funcionamiento Inicial §1001	Cambio Confiable 81002	Sesión γ101 Interceptoδ1010	Tipo Episodio β11	Intercepto γ 110	Intercepto 81100	VTAS β12 Intercepto γ120	81200	Nivel 2 (r0) 0.52*** Nivel 3 (u00) 0,00 Nivel 4 (v000) 0.00

Nota: ^aTamaño muestral Nivel-1: 6795 turnos de palabra, Nivel-2: 50 episodios, Nivel-3: 39 sesiones, Nivel-4: 5 Terapias. Variables Dicotómicas no centradas. Variable Orden centrada a nivel del promedio de los episodios y Variable Sesión centrada a nivel de Gran Promedio.
*** p < 0,001, ** p < 0,01, ** p < 0,05

Tabla 62. Modelos de Regresión HLM de los Emociones básicas de Pacientes en Episodios de Cambio y Ruptura y su relación con Alianza Terapéutica a nivel episodioª

	lra (AN)	Tristeza (SA)	Asco (DI)	Alegría (HA)	Desprecio (CO)	Mixtas (BLD)	Sonrisa Social (SSM)	Sonrisa (HA_F
Modelo Intercepto π0 Intercepto β00 Intercepto γ000	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%
Intercepto 80000 Funcionamiento Inicial 80001 Cambio Confiable	-2,65* 0,07 (0,01-0,85) - 0,81 2,26 (0,18-28,58)	-3,37* 0,03 (0,00-1,85) -	-2,37* 0,09 (0,01-0,88) - -1,85 0,43 (0,08-2,35)	-0,33 0,71 (0,09-4,77) -0,13 0,87 (0,17-4,36)	-0,75 0,47 (0,08-2,74) -	-1,74 0,18 (0,02-1,34) -	-1,74	-4,93* 1,20 (0,0 -
Sesión y001 Intercepto 80010 Tipo de Episodios β01 Intercepto y010 Intercepto	0,55 1,73 (0,58-5,14)	- -0,71 0,49 (0,04-5,73)	- 1,23* 3.42 (1,07-10,92)	-0,74	0,91		0,31 0,04 -2,10* 1,35 (0,37-1,61) 1,04 (0,29-3,75) 0,12 (0,0	- -2,10* 0,12 (0,0
VTAS β 02 Intercepto γ 020 Intercepto δ 0200 Frame π 1 Intercepto δ 10	-0,22 0,80 (0,43-1,48)	-0,19** 1,22 (0,28-5,23)	-0,10 0,90 (0,47-1,73)	0,20 1,22 (0,66-2,26)	-0,37 0,69 (0,36-1,33)		-0,27 0,76 (0,36-1,06) 0,72 (0,34-1,55)3,26(0,96	1,18 ,26(0,96

Intercepto $\gamma 100$ Intercepto $\delta 1000$	-0,00	0,00	0,00	-0,00	0,00	-0,00	-0,00***
	0,99 (0,99-1,00)	1,00 (1,00-1,00)	1,00 (0,99-1,00)	0,99 (0,99-1,00)	1,00 (0,99-1,00)	1.00 (0,99-1,00) 1,00(0,99-1,00)	(0,9) 0,99 (0,9
Luicionalmento Inicial 81001 Cambio Confiable 81002	-0,00 0,99 (1,00-1,00)	ı ı	0,00 1,00 (1,00-1,00)	-0,00 0,99 (1,00-1,00)		1 1	,
Sesión γ101 Interceptoδ1010	,	ı	ı	ı	ı	1	'
Tipo Episodio β 11 Intercepto γ 110 δ 1100	-0,00	0,00	0,00	-0,00*	-0,00	0,00	-0,00*
	0,99 (0,99-1,00)	1,00 (1,00-1,00)	1,009 (1,00-1,00)	0,99 (1,00-1,00)	0,99 (1,00-1,00)	1.00 (1,00-1,00) 1,00 (1,00-1,00) 0,99 (0,9	-1,00) 0,99 (0,9
VTAS β12 Intercepto γ120 Intercepto δ1200 Variabilidad	-0,00 1,00 (1,00-1,00)	-0,00** 0,99 (1,00-1,00)	-0,00 0,99 (1,00-1,00)	0,00* 1,00 (1,00-1,00)	-0,00 0,99 (1,00-1,00)	-0,00 0,99 (0,99-1,00) 0,99 (1,00-1,00) 0,99 (1,0	0,00***
Nivel 2 (r0)	1.03***	2,67***	1.13***	1,67***	0,82***	0,69*** 0,37***	2,14***
Nivel 3 (u00)	0,00	0,90	0,00	0,00	0,00	0,00 0,64***	0,00
Nivel 4 (v000)	1,19***	0,00	0,39**	0,37**	0,00	0,05 0,29*	0,00

Nota: ^aTamaño muestral Nivel-1: 987 turnos de palabra, Nivel-2: 53 episodios, Nivel-3: 42 sesiones, Nivel-4: 5 Terapias. Variables Dicotómicas no centradas. Variable Orden centrada a nivel del promedio de los episodios y Variable Sesión centrada a nivel de Gran Promedio.
*** p < 0,001, ** p < 0,01, ** p < 0,05

Tabla 63. Modelos de Regresión HLM de los Emociones básicas de Terapeutas en Episodios de Cambio y Rupturay su relación con Alianza Terapéutica a nivel episodioª

	Ira	Tristeza	Asco	Alegría	Desprecio	Mixtas	Sonrisa Social
Modelo Intercepto π0 Intercepto β00 Intercepto γ000	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	(S3W) B OR (95%IC)
Intercepto 80000 Funcionamiento	-5,15* 0,01 (0,00-0,54) -	1,49 4,49 (0,32-62,13) -	-5,07* 0,01 (0,00-0,27) 2,49	-3,73* 0,02 (0,01-0,53) -	-4,64* 0,01 (0,01-0,39) -	-6,22* 0,00(0,00-0,22) -	-4,61* 0,01 (0,00-0,20) -
Inicial δ0001 Cambio Confiable δ0002 Sesión γ001 Intercepto δ0010	, 1	-3,60** 0,03 (0,00-0,21) -	12,12 (0,54-273,40) - -	, '	3,24* 25,67 (1,80-367,35) -	i i	, '
Tipo de Episodios β01 Intercepto γ010 Intercepto δ0100	0,71 2,03 (0,17-23,64)	1,39 4,04 (0,75-21,64)	-0,08 0,92 (0,24-3,56)	-1,69 0,18 (0,02-1,55)	027 1,32 (0,26-6,68)	0,99 2,71 (0,14-52,66) 0,29 (0,04-2,14)	-1,21 0,29 (0,04-2,14
Intercepto ₇ 020 Intercepto 80200	0,48 1,61 (0,32-8,20)	-0,65 0,52 (0,22-1,24)	0,22 1,24 (0,57-2,74)	1,22* 3,39 (1,02-11,32)	-0,14 0,87 (0,30-2,49)	0,77 2,17 (0,38-12,47) 2,79 (0,89-8,79)	1,02 2,79 (0,89-8,79
Frameπ1 Intercepto β10 Intercepto γ100 Intercepto δ1000	-0,00	00'0	0,00	00'0	00,00	0,00	-0,00

	0,99 (0,99-1,00)	1,00 (0,99-1,00)	1,00 (1,00-1,00)	1,00 (0,99-1,00)	1,00 (0,99-1,00)	1.00 (0,99-1,00) 0,99 (0,99-1,00)	0,99 (0,99-1,00)
Funcionamiento Inicial §1001 Cambio Confiable §1002	1 1	1	-0,00* 0,99 (0,99-1,00) -			1 1	1 1
Sesión γ101 Interceptoδ1010		ı	ı	1	1	1	ı
Tipo Episodio β11 Intercepto γ110 Intercepto δ1100 VTAS β12	-0,00 1,00 (0,99-1,00)	-0,00 0,99 (0,99-1,00)	0,00 1,00 (1,00-1,00)	-0,00 0,99 (1,00-1,00)	0,00* 1,00 (1,00-1,00)	-0,00 0,99 (0,99-1,00)	-0,00* 0,99 (0,99-1,00)
intercepto $\gamma 120$ intercepto $\delta 1200$ -0,00 0,99 (-0,00 0,99 (0,99-1,00)	0,00 1,00 (0,99-1,00)	-0,00 0,99 (0,99-1,00)	-0,00 1,00 (1,00-1,00)	-0,00 0,99 (0,99-1,00)	-0,00 0,99 (0,99-1,00)	0,00* 1,00 (1,00-1,00)
Variabilidad Nivel 2 (r0) 0.01 Nivel 3 (u00) 1,34** Nivel 4 (v000) 0,59*	0.01 1,34** (z) 0,59*	2,43*** 0,00 0,39*	0,88*** 0,10 0,91***	1,26*** 1,13** 0,00	1,04*** 0,00 0,96**	0,00 2,44*** 0,00	0,87*** 0,60 0,00

Nota: "Tamaño muestral Nivel-1: 767 turnos de palabra, Nivel-2: 48 episodios, Nivel-3: 37 sesiones, Nivel-4: 5 Terapias. Variables Dicotómicas no centradas. Variable Orden centrada a nivel del promedio de los episodios y Variable Sesión centrada a nivel de Gran Promedio.

(z) Modelo no converge al incorporar sesión como predictor en este nivel.

*** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,01, * p < 0,05

Objetivo VI: Establecimiento de la asociación de la expresión discursiva, vocal y facial de la regulación de la díada paciente-terapeuta en episodios de cambio y en episodios de ruptura de la alianza con los resultados durante el proceso psicoterapéutico.

Para dar respuesta a este objetivo se ha evaluado el resultado terapéutico aplicando, sesión a sesión, el instrumento OQ-45.2 (Lambert, et al., 1996). El OQ-45.2 se encuentra validado para la población chilena (von Bergen, 2000; de la Parra & von Bergen, 2001). Consiste en un cuestionario de auto-administración, que consta de 45 ítemes que abarcan los dominios (subescalas)de Síntomas, Relaciones Interpersonales y Rol Social. El OQ-45.2 arroja un puntaje total y por subescalas. Puntajes altos indican que el paciente reporta un nivel elevado de malestar subjetivo en los diferentes dominios considerados. En el proceso de validación para la población chilena se estableció un Puntaje de Corte (PC=73), que permite distinguir la población funcional de la disfuncional, y un Índice de Cambio Confiable (ICC=17), que indica cuando el cambio es clínicamente significativo entre dos momentos de evaluación.

En primer lugar se reportan los resultados descriptivos –sesión a sesión- de las psicoterapias, y luego se reporta la asociación entre la expresión discursiva, sonora y facial de la regulación mutua y los resultados terapéuticos evaluados con el OQ.45.2.

6.1 Resultados descriptivos de los procesos terapéuticos.

En la Tabla64 se presentan el promedio (M) y Desviación Estándar (DS) de los resultados psicoterapéuticos medidos a nivel de la sesión, y en la Tabla 65, se presenta el resumen de su evolución durante el proceso psicoterapéutico. Estos resultados muestran que la Terapia 1, corresponde al único proceso que inició la psicoterapia con el paciente dentro del rango disfuncional, el cual si bien evolucionó positivamente, no alcanzó el ICC al considerar la diferencia entre el puntaje inicial y el final del OQ45.2 medido en la última sesión. Las otras psicoterapias inician con pacientes dentro del rango funcional y evolucionan positivamente. De estas, las Terapia 4 y 5 no lograron ICC.

Tabla 64. Estadística descriptiva de los resultados psicoterapéuticos medidos a nivel de sesión.

	Ν	Sínto	omas	Relac	iones	Rol S	ocial	Escala	a Total
				Interper	sonales				
		М	DS	М	DS	М	DS	М	DS
Terapia 1	40	51,43	14,72	16,70	3,51	10,85	2,07	78,98	18,83
Terapia 2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Terapia 3	11	24,73	11,99	5,64	2,65	6,19	1,78	36,55	15,33
Terapia 4ª	29	34,10	10,53	16,31	5,46	11,28	3,83	61,68	18,43
Terapia 5 ^b	14	30,64	6,99	13,93	2,73	3,78	2,36	48,36	8,19
Terapia 6	20	40,55	2,89	9,35	2,80	8,05	2,11	57,95	6,78

Nota: Missing data ^aen sesiones 15 y 22; ^b en sesión 11.

Tabla 65. Síntesis de la evolución de los resultados durante el proceso psicoterapéutico.

Terapia 1	La paciente en la primera sesión presenta 80 puntos en la escala global del OQ-45.2, ubicándose en la población disfuncional según las normas chilenas ¹⁴ . Al final de la terapia presenta un puntaje global de 74 puntos, ubicándose levemente por sobre el límite funcional de acuerdo a las normas chilenas y presentando un Índice de Cambio de solo 6 puntos (ICC<17).
Terapia 2	Derivación.
Terapia 3	El paciente en la primera sesión presenta 58 puntos en la escala global del OQ-45.2, ubicándose en lapoblación funcional según las normas chilenas. Al finalizar la terapia el paciente presenta un puntaje de 30 puntos, con un ICC de 28 puntos (ICC>17).
Terapia 4	La paciente en la primera sesión presenta 49 puntos en la escala global del OQ-45.2, ubicándose bajo el rango correspondiente a la población funcional según las normas chilenas. En la última sesión evaluada (sesión 31) presenta un puntaje de 56 puntos en la escala global, lo que la mantiene en el nivel funcional .
Terapia 5	La paciente en la primera sesión presenta 55 puntos en la escala global del OQ-45.2, ubicándose bajo el rango correspondiente a la población funcional según las normas chilenas. En la última sesión la paciente presentó un puntaje de 40 puntos en la escala global, lo que la mantiene en el nivel funcional. El ICC es igual a 15 puntos, por lo que desde este punto de vista no alcanza el ICC.
Terapia 6	La paciente en la primera sesión presenta 71 puntos en la escala global del OQ-45.2, ubicándose bajo el rango correspondiente a la población funcional según las normas chilenas. En la última sesión la paciente presentó un puntaje de 52 puntos en la escala global, lo que la mantiene en el nivel funcional y alcanza el ICC (19 pts. diferencia iniciofinal).

¹⁴Von-Bergen & De la Parra (2002). OQ.45.2 Cuestionario para evaluación de resultados y evolución en psicoterapia: Adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación. *Revista Terapia Psicológica, 20*(2), 161-176.

- 6.2. Asociación de la Expresión Discursiva, Vocal y Facial de la Regulación de la díada Paciente-Terapeuta con los Resultados Terapéuticos.
- 6.2.1 Asociación de la Expresión Discursiva de la Regulación de la díada Paciente-Terapeuta con los Resultados Terapéuticos.

Para dar cuenta de este objetivo se incorporó al modelo del **Objetivo 1** la medición de los resultados psicoterapéuticos a través del OQ.45-2 a nivel de sesión. Así, el modelo analizado permite determinar si hay relación entre cada una de las sub-escalas del OQ.45-2 (Sintomatología, Relaciones Interpersonales y Rol social) y la probabilidad de ocurrencia de las diferentes posiciones discursivas de paciente y terapeuta, controlando por las variables relevantes (ver figura 88).

Se realizaron modelos de regresión para cada una de las posiciones discursivas dicotomizadas, y se utilizó el modelo Bernoulli (Raudenbush, BrykmCheong, Congdon, & Do toit, 2004) determinando las variables de control relevantes para el modelo. Posteriormente se estimaron los modelos simplificados.

```
LEVEL 1 MODEL (bold: group-mean centering; bold italic: grand-mean centering)
 Prob(P DEPEND=1|\pi) = \phi
 Log[\phi/(1-\phi)] = \eta
 \eta = \pi_0 + \pi_1(ORDEN)
LEVEL 2 MODEL (bold: group-mean centering; bold italic: grand-mean centering)
     \pi_0 = f_{00} + f_{01} \text{(TEPISODI)} + r_0
    \pi_1 = \beta_{10} + \beta_{11} (TEPISODI) + r_1
LEVEL 3 MODEL (bold italic: grand-mean centering)
    f_{00} = \gamma_{000} + \gamma_{001}(SESION) + \gamma_{002}(OQ\_SD) + \gamma_{003}(OQ\_IR) + \gamma_{004}(OQ\_SR) + u_{00}
    \rho_{01} = \gamma_{010} + u_{01}

\beta_{10} = \gamma_{100} + \gamma_{101}(SESION) + \gamma_{102}(OQ\_SD) + \gamma_{103}(OQ\_IR) + \gamma_{104}(OQ\_SR) + u_{10}

    f_{11} = \gamma_{110} + u_{11}
LEVEL 4 MODEL (bold italic: grand-mean centering)
     \gamma_{000} = \delta_{0000} + \delta_{0001}(C_FUNCIO) + \delta_{0002}(ICC_FINA) + v_{000}
     \gamma_{001} = \delta_{0010} + v_{001}
    \gamma_{002} = \delta_{0020} + v_{002}
     \gamma_{003} = \delta_{0030} + v_{003}
    \gamma_{004} = \delta_{0046} + v_{004}
    \gamma_{010} = \delta_{0100} + v_{010}
    \gamma_{100} = \varepsilon_{1000} + \varepsilon_{1001}(C_FUNCIO) + \varepsilon_{1002}(ICC_FINA) + v_{100}
    \gamma_{101} = \delta_{1010} + v_{101}
    \gamma_{102} = \delta_{1020} + v_{102}
     \gamma_{103} = \delta_{1030} + v_{103}
     \gamma_{104} = \delta_{1046} + v_{104}
     \gamma_{110} = \delta_{1100} + v_{110}
```

Figura 88. Modelo Predictivo de las Posiciones Discursivas que considera las mediciones de resultado terapéutico (OQ.45-2) a nivel de las sesiones.

Los resultados indican que¹⁵:

 Las posiciones discursivas del paciente Reflexiva e Independiente, se relacionaron con los resultados psicoterapéuticos medidos a nivel de sesión, una vez consideradas todas las variables del modelo. Por su parte, la posición discursiva del terapeuta El profesor también mostró asociación con los resultados psicoterapéuticos (ver tabla 66).

¹⁵Solo se analizan en detalle solo los resultados relativos a la relación entre resultados psicoterapéuticos y probabilidad de ocurrencia de las diferentes posiciones discursivas. Las otras variables operan como variables control.

- En el caso de la posición Reflexiva, se observó una relación directa entre la probabilidad de ocurrencia de esta posición y el nivel de sintomatología (OQ15.2; B= 0,03; OR 1,03 95%IC 1,01-1,06). A la par, se presenta una relación inversa entre la ocurrencia de esta posición y el puntaje de la sub-escala rol social del OQ.45-2 (B= -0,11; OR 0,89 95%IC 0,85-0,94). Es decir, los pacientes presentaron una mayor probabilidad de hablar desde la posición Reflexiva ante la presencia de niveles alto de sintomatología y tiene una menor probabilidad de hablar de esta posición ante la presencia de puntajes altos en la sub-escala de rol social.
- Un patrón exactamente contrario al anterior se observa al analizar la posición discursiva Independiente de los pacientes. Se presentó una relación inversa entre la probabilidad de ocurrencia de esta posición y el nivel de sintomatología (B= -0,03; OR 0,96 95%IC 0,93-0,99). A la par, se presenta una relación directa entre su probabilidad de ocurrencia y el puntaje en la sub-escala rol social (OR B= 0,14; OR 1,15 95%IC 1,06-1,27). Es decir, los pacientes presentaron una mayor probabilidad de hablar desde la posición Independiente en ante la presencia de niveles bajos de sintomatología y una menor probabilidad de hablar desde esta posición ante un mayor puntaje en la sub-escala de rol social (lo que significa un peor funcionamiento social).
- En el caso de la posición discursiva El Profesor de los terapeutas, se observó una relación inversa entre la probabilidad de ocurrencia de esta posición discursiva y el puntaje de la sub-escala rol social (B= -0,07; OR 0,92 95%IC 0,86-0,99). Es decir, los terapeutas presentan una mayor probabilidad de hablar desde la posición El profesor cuando los pacientes presentan un menor puntaje en la sub-escala de rol social (lo que significa un mejor funcionamiento social).

Tabla 66. Modelos de Regresión HLM de las Posiciones Subjetivas de Pacientes y Terapeutas en Episodios de Cambio y Ruptura y su relación con Resultados psicoterapéuticos a nivel de Sesión^a

		Pacientes		Teraneutas	
	El Reflexivo	El/la Dependiente- Vulnerable	El Independiente- Autosuficiente	El/La Propositivo/a	EI/La Profesor/a
Modelo	B OB (95%IC)	B OB (95%IC)	B OB (95%IC)	B OB (05%IC)	B OB (05%1C)
	(JIWC8) NO		(Si2%iC)	OR (33%IC)	OR (93%IC)
Intercepto πυ Intercepto 800					
Intercepto poo Intercepto 9000					
Intercepto 80000	-3,12***	*69'0-	-2,09***	-1,15**	-1,47***
_	0,04 (0,03-0,07)	0,49 (0,28-0,88)	0,12 (0,06-0,25)		0,23 (0,14-0,38)
Funcionamiento Inicial	1,25***	-2,09***	0,70		-0,20
80001	3,48 (1,88-6,46)	0,12 (0,05-0,31)	2,01 (0,73-5,51)	1,11 (0,47-2,62)	0,81 (0,38-1,71)
Cambio Confiable	-1,35***	1,56*	-0,26	-0,20	0,51
\$0002		4,77 (1,75-13,02)	0,77 (0,26-2,30)	0,81 (0,38-1,75)	1,67 (0,74-3,79)
Sesión y001					
Intercepto 80010	0,02*	0,00	-0,06***	-0,00	0,01
	1,03 (1,01-1,06)	1,00 (0,97-1,04)	0,94 (0,90-0,98)	0,99 (0,98-1,02)	1,01 (0,99-1,04)
QO					
Sintomatología ₇ 002					
Intercepto 80020	0,03*	-0,00	-0,03*	-0,01	0,02
	1,03 (1,01-1,06)	0,99 (0,97-1,03)	0,96 (0,93-0,99)	0,99 (0,98-1,01)	1,02 (0,99-1,04)
00 R.					
Interpersonalesγ003					
Intercepto 80030	-0,01	0,04	-0,03	0,01	00'0
	0,98 (0,94-1,03)	1.058 (0,97-1,13)	0,96 (0,89-1,05)	1,01 (0,97-1,05)	1,00 (0,94-1,07)
OQ R. Socialy004					
Intercepto 80040	-0,11***	0,06	0,14	0,02	-0,07
	0,89 (0,85-0,94)	1,06 (0,97-1,16)	1,15 (1,06-1,27)	1,02 (0,97-1,08)	0,92 (0,86-0,99)
Tipo de Episodios β01					
Intercepto 7010 Intercepto 80100 1.54***	1.54***	-0.65***	***08.0-	0.35***	-0.46***
) ()

(2007)	4,65 (3,23-6,28)	0,52 (0,36-0,75)	0,45 (0,28-0,72)	1,43 (1,13-1,79)	0,63 (0,44-0,92)
Intercepto π1 (Orden) Intercepto β10 Intercepto v100					
Intercepto §1000	0,02	-0,00	-0,01	0,00	-0,02
-	1,03 (0,99-1,07)	0,99 (0,97-1,03)	0,99 (0,94-1,05)	1,00 (0,98-1,04)	0,98 (0,94-1,01)
Funcionamiento Inicial	-0,05	0,06*	-0,01	-0,02	0,01
81001	0,96 (0,91-1,00)	1,06 (1,02-1,11)	0,98 (0,93-1,05)	0,98 (0,96-1,02)	1,01 (0,96-1,05)
Cambio Confiable	-0,01	***80'0-	*90'0	0,01	-0,00
81002	0,99 (0,96-1,02)	0,92 (0,88-0,96)	1,05 (1,03-1,11)	1,01 (0,98-1,04)	0,99 (0,97-1,03)
Sesión √101					
Intercepto \$1010 -0,00	-0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00
-	0,99 (0,99-1,00)	1,00 (0,99-1,00)	1,00 (0,99-1,00)	0,99 (1,00-1,00)	0,99 (0,99-1,00)
OQ Sintomatologíay102 -0,00	00,0-	0,00	-00'0-	-0,00	-0,00
Intercepto 81020 0,99 (0,99-1,00)	0,99 (0,99-1,00)	1,00 (0,99-1,00)	0,99 (0,99-1,00)	0,99 (0,99-1,00)	0,99 (0,99-1,00)
OQ R. Interpersonales	0,00	-0,00	0,00	-0,00	-0,00
γ 103 Intercepto δ 1030	1,009 (0,99-1,00)	0,99 (0,99-1,00)	1,00 (0,99-1,01)	0,99 (0,99-1,00)	0,99 (0,99-1,00)
OQ R. Socialy104	0,00	0,00	-0,00	0,00	0,00
Intercepto 10040	1,00 (0,99-1,00)	1,00 (0,99-1,00)	0,99 (0,99-1,00)	1,00 (0,99-1,01)	1,00 (0,99-1,00)
Intercepto 811					
Intercepto $\gamma 101$					
Intercepto δ1100 0,04***	0,04***	-0,03*	-0,00	-0,00	0,01
•	1,039 (1,01-1,06)	0,97 (0,95-0,99)	0,99 (0,97-1,02)	0,99 (0,98-1,00)	1,02 (0,99-1,03)
Variabilidad					
Nivel 2 (r0)	0,55***	0,54***	1,14***	0,19***	0,89***
	0,00	0,62***	0,27*	0,04	60'0
	0,00**	0,00	0,00	0,07***	0,00

Nota: Modelo no estimado Evitativo por reducido número de casos (56 turnos de palabra con la posición discursiva, representando el 0,02% de casos) a Tamañomuestral Nivel-1: 3645 turnos de palabra, Nivel-2: 190 episodios, Nivel-3: 80 sesiones, Nivel-4: 5 Terapias. b < 0,001, ** p < 0,001, ** p < 0,001, ** p < 0,05.

218

6.2.2 Asociación de la Expresión Vocal de la Regulación de la díada Paciente-Terapeuta con los Resultados Terapéuticos

Para dar cuenta de este objetivo se incorporó al modelo inicial (objetivo 1) la medición de los resultados psicoterapéuticos a través del OQ.45-2 a nivel de sesión.

Así, el modelo analizado permite determinar si hay relación entre cada una de las escalas de resultados (Sintomatología, Relaciones Interpersonales y Rol social) y la

probabilidad de ocurrencia de las diferentes patrones de cualidad vocal (PCV), una

vez que se controla el actor que habla (paciente o terapeuta), el momento de

aparición cada PCV dentro del episodio, el tipo de episodio, el número de la sesión

en el proceso psicoterapéutico, el estado inicial de los pacientes y si estos logran un

Índice de Cambio Confiable (ICC).

Las variables del modelo son:

Nivel 1: TURNO DE PALABRA

Secuencia (ORDEN): Secuencia numérica que indica la secuencia de ocurrencia de los turnos de palabra dentro de un episodio (variable centrada

respecto del promedio del nivel episodio).

Actor (ROL_10):Según quien se encuentra emitiendo el discurso Paciente (1)

o Terapeuta (0).

Nivel 2: EPISODIO

Tipo de Episodio (TEPISODI): Cambio (1); Ruptura (0).

Nivel 3: SESION

Número de sesión (SESION): Número de la sesión que da cuenta del momento de la psicoterapia en que se presenta el episodio, medido como variable continúa según la secuencia de sesiones psicoterapéuticas

desarrolladas (variable centrada respecto del gran promedio).

Resultados Sintomatológicos (OQ_SD): A mayor puntaje mayor

sintomatología reportada por el paciente al inicio de la sesión.

Resultados Relaciones Interpersonales (OQ_IR): A mayor puntaje peor

funcionamiento interpersonal reportada por el paciente al inicio de la sesión.

Resultados Rol Social (OQ_SR): A mayor puntaje peor funcionamiento social por el paciente al inicio de la sesión.

Nivel 4: TERAPIA

Funcionamiento Inicial (C FUNCIO): distinguiendo si el paciente se encontraba en la población funcional (1) o disfuncional (0) al momento del inicio de la psicoterapia.

Cambio Confiable (ICC_FINA) según si se produjo (1) o no (0) cambio según el criterio del Índice de Cambio Confiable (OQ-45.2)

Se realizaron Modelos de Regresión para cada uno de los PCV dicotomizados y se utilizó el modelo Bernoulli (Raudenbush, BrykmCheong, Congdon, & Do toit, 2004), según la siguiente especificación (Figura 89):

LEVEL 1 MODEL (bold: group-mean centering; bold italic: grand-mean centering)

REPORTE =
$$\pi_0 + \pi_1(ORDEN) + \pi_2(ROL_10) + e$$

LEVEL 2 MODEL (bold: group-mean centering; bold italic: grand-mean centering)

$$\pi_0 = \rho_{00} + \rho_{01} \text{(TEPISODI)} + r_0$$

$$\pi_1 = \beta_{10} + \beta_{11} \text{(TEPISODI)} + r_1$$

$$\pi_2 = \beta_{20} + \beta_{21} \text{(TEPISODI)} + r_2$$

$$\pi_2 = \beta_{20} + \beta_{21} \text{(TEPISODI)} + r_2$$

LEVEL 3 MODEL (bold italic: grand-mean centering)

$$\label{eq:f00} \begin{split} \mathcal{f}_{00} \; = \; \gamma_{000} + \gamma_{001}(SESION) + \gamma_{002}(OQ_SD) + \gamma_{003}(OQ_IR) + \gamma_{004}(OQ_SR) + u_{00} \end{split}$$

$$F_{01} = \gamma_{010} + u_{01}$$

$$\begin{split} & \rho_{10} = \gamma_{100} + \gamma_{101}(SESION) + \gamma_{102}(OQ_SD) + \gamma_{103}(OQ_IR) + \gamma_{104}(OQ_SR) + u_{10} \\ & \rho_{11} = \gamma_{110} + u_{11} \end{split}$$

$$\rho_{20} = \gamma_{200} + u_{20}$$

```
LEVEL 4 MODEL (bold italic: grand-mean centering)

\gamma_{000} = \delta_{0000} + \delta_{0001}(C_{-}FUNCIO) + \delta_{0002}(ICC_{-}FINA) + v_{000}

\gamma_{001} = \delta_{0010} + v_{001}

\gamma_{002} = \delta_{0020} + v_{002}

\gamma_{003} = \delta_{0030} + v_{003}

\gamma_{004} = \delta_{0040} + v_{004}

\gamma_{010} = \delta_{0100} + \delta_{1001}(C_{-}FUNCIO) + \delta_{1002}(ICC_{-}FINA) + v_{100}

\gamma_{101} = \delta_{1010} + v_{101}

\gamma_{102} = \delta_{1020} + v_{102}

\gamma_{103} = \delta_{1030} + v_{103}

\gamma_{104} = \delta_{1040} + v_{104}

\gamma_{110} = \delta_{1100} + v_{110}

\gamma_{200} = \delta_{2000} + v_{200}

\gamma_{210} = \delta_{2100} + v_{210}
```

Figura 89. Modelo Predictivo de los Patrones de Cualidad Vocal (PCV) que considera los Resultados Psicoterapéuticos

Los resultados indican que¹⁶ (Tablas 67 y 68):

- Solo el PCV Conectado se relacionó con los resultados psicoterapéuticos medidos a nivel de la sesión, una vez que se consideran todas las variables del modelo.
- Así, se observó una relación directa entre la probabilidad de ocurrencia del PCV Conectado y el puntaje en la sub-escala Rol Social(B= 0,041; OR 1.04 95%IC 1,00-1,08). Es decir, los interlocutores tienen una mayor probabilidad de hablar con el PCV Conectado frente a un mayor puntaje del paciente en la sub-escala rol social (mayor puntaje indica un peor funcionamiento social).
- Respecto a las categorías de exclusión, solo se presentó una relación entre la probabilidad de ocurrencia de la Pausa Llena y los resultados psicoterapéuticos medidos a nivel de la sesión. Específicamente, se observó una relación inversa entre la probabilidad de presentarse esta categoría y el

¹⁶Solo se analizan en detalle los resultados relativos a la relación entre resultados psicoterapéuticos y probabilidad de ocurrencia de las diferentes PCV. Las otras variables operan como variables control.

puntaje en la sub-escala Rol Social (B= -0,09; OR 0,91 95%IC 0,87-0,96). Es decir, pacientes y terapeutas presentaron una menor probabilidad de utilizarla Pausa Llena ante puntajes altos de los pacientes en la sub-escala rol social(mayor puntaje indica un peor funcionamiento social).

Tabla 67. Modelos de Regresión HLM de los Patrones de Cualidad Vocal de Pacientes y Terapeutas en Episodios de Cambio y Ruptura y su relación con Resultados psicoterapéuticos ^a

Report	Reporte	Conectado	Afirmativo	Reflexivo	Emocional ^b Contenido-Expresivo
Modelo	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)
Intercepto π0 Intercepto β00 Intercepto γ000					
Intercepto 80000	-0,90* 0.40 (0.18-0.89)	-0,50*	-3,18***	-3,85*	-3,50***
Funcionamiento Inicial	-2,13 (3,13 3,33) -2,41*** 0.09 (0.03-0.25)	0,03 0,03 1 03 (0 57-1 84)	2,44*** 2,44*** 11 47 (5 02-26 21)	-2,38 -0,67 (0 03-14 42)	-0,88 -0,41 (0.12-1.40)
Cambio Confiable	0,09 0,09 1.09 (0.37-3.24)	(1)	-0,22 -0,22 0.80 (0.40-1.58)	(1, (1, 0, 0), 0, 0, 0, 0, 0, 0, 0, 0, 0, 0, 0, 0, 0,	., 1 (3, 12 1, 43) -0,02 0.97 (0.29-3.24)
Sesión γ001					
Intercepto 80010 0,01 1,01	0,01 1,01 (0,97-1,06)	0,00 1,00 (0,98-1,02)	-0,00 0,99 (0,97-1,03)	0,05 1,05 (0,98-1,12)	0,03 1,03 (0,98-1,09)
00					
Sintomatologíay002 Intercepto 80020 -0,01	-0,01 0.98 (0.95-1.02)	0,01	-0,00	-0,03	-0,01
0Q R.				(1)(1)(1)(1)	(0) (1) (0) (0) (0) (0)
Interpersonalesγ003 Intercepto δ0030	0,02	0,00	-0,00	0,08	0,03
OQ R. Socialy004	, 76 (0, 04-1, 1-1)	(00,1-10,0) 00,1	(0), (1), (0), (0), (0), (0), (0), (0), (0), (0	(2, 0, 0, 0, 1, 12)	1,02 (0,04-1,12)
Intercepto 80040	0,00	0,04*	-0,01 0 99 (0 94-1 05)	0,01	0,04
Tipo Episodio β01		(0),	(0), (1), (1), (1), (1), (1), (1), (1), (1	(11, 15, 5)	
Intercepto 7 1 10 Intercepto 80100	repro 7 1 10 Intercepto 80100 -0,64* 0,53 (0,30-0,93)	0,00 1,00 (0,99-1,02)	0,32 1,38 (0,96-2,00)	0,55 1,73 (0,67-4,46)	-0,25 0,77 (0,31-1,93)

Orden π1 Intercepto β10					
Intercepto γ 100 Intercepto δ 1000	-0,02	0,01	-0,02	0,02	0,03
Funcionamiento Inicial	0,97 (0,92-1,04) -0,00	(10,1-88-1,01)	1,01 (0,96-1,08) -0,04	1,00 (0,98-1,06)	1,02 (0,97-1,09) -0,00
\$1001	0,99 (0,91-1,09)	ı	0,97 (0,90-1,04)	1	0,99 (0,92-1,08)
Cambio Confiable 81002	0,02 0,99 (0.94-1.10)	ı	0,02 1.02 (0.98-1.06)	ı	-0,09** 0.91 (0.85-0.98)
Sesión γ101 Intercepto δ1010 -0,00	00'0-	0,00	00'0	*90'0-	-0,03**
C	(0,99-1,00)	1,00 (0,99-1,00)	1,00 (0,99-1,00)	0,99 (0,99-1,00)	0,99 (0,99-1,00)
Sintomatologíaγ102 Intercepto 10020 0.00	00.0	0.00	0.00	00.0-	0.00
	1,00 (0,99-1,00)	1,00 (1,00-1,00)	0,99 (0,99-1,00)	0,99 (0,99-1,00)	1,00 (0,99-1,00)
Interpersonalesy103	00 0-	00 0-	00		0
	0,99 (0,99-1,00)	0,99 (0,99-1,00)	1,00 (0,99-1,01)	1,00 (1,00-1,01)	0,99 (0,99-1,01)
OQ R. Socialγ104 Intercepto δ1040	-0,00 0,99 (0,99-1,01)	0,00 1,00 (0,98-1,01)	0,00 1,00 (0,99-1,00)	-0,00 0,99 (0,99-1,01)	-0,00 0,99 (0,99-1,01)
Tipo Episodio 811					
Intercepto 7110 Intercepto 81100	-0,02 0,99 (0,99-1,00)	-0,00 0,99 (0,98-1,01)	0,00 1,00 (0,99-1,03)	0,02 1,02 (0,98-1,06)	0,00 1,00 (0,99-1,03)
Rol π2					
Intercepto 620 Intercepto $\gamma200$ Intercepto 52000	to $\beta20$ epto $\gamma200$ lintercepto $\delta2000$ 0,26***	-0,46***	-043**	1,32***	2,71***
Tipo Episodio ß21	1,30 (0,75-2,37)	0,62 (0,49-0,80)	0,64 (0,49-0,87)	3,76 (1,73-8,17)	15,06 (8,26-27,47)

Intercepto γ210

-0,09 0,91 (0,39-2,18)	0,63***	0,21**	0,00
-0,42 0,65 (0,25-1,69)	0,24*	0,00	1,14***
-0,36 0,69 (0,57-1,02)	0,34***	0,02	0,00
0,21 1,24 (0,89-1,72)	0.13***	*40,0	0,00
0,12 1,13 (0,65-1,99)	0,50***	0,02	0,00**
Intercepto 82100 Variabilidad	Nivel 2 (r0)	Nivel 3 (u00)	Nivel 4 (v000) (

Nota: ^aTamañomuestral Nivel-1: 2855turnos de palabra, Nivel-2: 147 episodios, Nivel-3: 62 sesiones, Nivel-4: 5 Terapias. ^bSe colapsaron las categorías de PCV emocional expresivo y contenido, dada la baja frecuencia de este último. Variables Dicotómicas no centradas. Variable Orden centrada a nivel de Gran Promedio de los episodios y Variable Sesión centrada a nivel de Gran Promedio.
*** p < 0,001, ** p < 0,001, * p < 0,05

Tabla 68. Modelos de Regresión HLM de las Categorías Pausa Llena y Solapamiento de Pacientes y Terapeutas en Episodios de Cambio y Ruptura y su relación con Resultados psicoterapéuticos ^a

	Pausa Llena	Solapamiento⁵
Modelo	В	В
	OR (95%IC)	OR (95%IC)
Intercepto π0		
Intercepto β00		
Intercepto γ000		
•	-1,58***	-6,45***
	0,20 (0,11-0,37)	0,00 (0,0-0,03)
	0,12	3,56*
δ0001	1,13 (0,52-2,50)	35,08 (1688-728,91)
Cambio Confiable	,09	-
δ0002	1,10 (0,54-2,23)	
Sesión γ001		
•	-0,00	-0,02
δ0010	0,97 (0,94-1,00)	0,99 (0,97-1,02)
OQ Sintomatología		-
•	1,02 (0,99-1,05)	
Intercepto δ0020		
OQ R. Interpersonales		-
•	1,00 (0,95-1,06)	
Intercepto δ0030		
	-0,09***	-
•	0,91 (0,87-0,96)	
Intercepto δ0040		
OQ Puntaje Totalγ002	-	
Intercepto δ0020		-0,00
Time Forter die 004		0,99 (0,97-1,02)
Tipo Episodio β01		
Intercepto γ110	0.04	0.40
Intercepto δ0100	-0,24	-0,13
0.1. 4	0,78 (0,59-1,06)	1,06 (0,54-2,08)
Orden π1		
Intercepto β10		
Intercepto γ100	0.04	0.00
Intercepto δ1000	0,04	-0,00
Funcionamiento Inicial δ1001	1,04 (0,99-1,09) -0,06	0,99 (0,99-1,01)
i uncionamiento iniciai 01001	0,95 (0,89-1,00)	_
Cambio Confiable	0,02	-
δ1002	1,02 (0,97-1,07)	-
Sesión γ101	.,52 (5,57 1,57)	
Intercepto δ1010	0,00	-0,00
πιετσερίο στο το	1,00 (0,99-1,00)	1,00 (0,99-1,00)
OQ Sintomatologíaγ102	.,55 (5,55 1,55)	-
Intercepto 10020	-0,00	
microopio 10020	0,99 (0,99-1,00)	
OQ R. Interpersonalesγ103	-, (-, 1,00)	-
Intercepto 81030	-0,00	
	0,99 (0,99-1,00)	

OQ R. Socialγ104 Intercepto δ1040	0,00 1,00 (0,99-1,00)	-
Tipo Episodio β11 Intercepto γ110		
Intercepto δ1100	-0,02 0,98 (0,97-1,01)	0,03* 1,03 (1,00-1,05)
Rol π2		
Intercepto β20		
Intercepto γ200		
Intercepto δ2000	-0,99***	-0,06
	0,36 (0,27-0,50)	0,94 (0,58-1,51)
Tipo Episodio β21		
Intercepto γ210		
Intercepto δ2100	0,53**	0.14
intercepto 62 100	1,72 (1,14-2,57)	1,15 (0,59-2,25)
Variabilidad	1,12 (1,112,01)	1,10 (0,00 2,20)
Nivel 2 (r0)	0,00	0.62
Nivel 3 (u00)	0,17***	0,30
Nivel 4 (v000)	0,00	0,39***

Nota: ^aTamaño muestral Nivel-1: 2885 turnos de palabra, Nivel-2: 147 episodios, Nivel-3: 62 sesiones, Nivel-4: 5 Terapias. ^bSolo modelo simplificado converge. Variable Orden centrada a nivel del promedio de los episodios y Variable Sesión centrada a nivel de Gran Promedio.

6.2.3 Asociación de la Expresión Facial de la Regulación de la díada Paciente-Terapeuta con los Resultados Terapéuticos.

Se estableció la relación entre la probabilidad de ocurrencia de las categorías de expresión facial (CEF) en pacientes y terapeutas con los resultados psicoterapéuticos a nivel de las sesiones y medidos con OQ45.2. Se utilizaron los modelos simplificados que incluyen solo los predictores significativos (derivados del análisis realizado en el objetivo 1, de los niveles sesión y terapia, controlando el nivel tipo de episodio (cambio v/s ruptura). En base a estos análisis, solo se contrastó la variable *Adaptadores* en el paciente y las variables *Control*, *Rabia* y emociones básicas *Mixtas* en el terapeuta.

A estos modelos, se les agregaron los siguientes predictores de resultados psicoterapéuticos en el nivel sesión:

Resultados Sintomatológicos (OQ_SD): A mayor puntaje mayor sintomatología reportada por el paciente al inicio de la sesión.

Resultados Relaciones Interpersonales (OQ_IR): A mayor puntaje peor funcionamiento interpersonal reportada por el paciente al inicio de la sesión.

^{***} p < 0.001, ** p< 0.001, * p< 0.05

Resultados Rol Social (OQ_SR): A mayor puntaje peor funcionamiento social por el paciente al inicio de la sesión.

Los análisis para cada conducta afectiva facial se realizaron en forma separada. Se dicotomizó la variable facial, codificando "1" cuando se presenta una determinada conducta facial y "0" cuando se presentan las otras. Dado el carácter binario de la variable dependiente, se utilizó el modelo Bernoulli (Raudenbush, BrykmCheong, Congdon, & Dotoit, 2004).

Los resultados (ver tabla 69) indican que:

- En el caso de los pacientes, los resultados psicoterapéuticos medidos a nivel de sesión no se relacionan con la conducta facial regulatoria, en este caso, medida a través de los Adaptadores(AD).
- En el caso de los terapeutas los resultados psicoterapéuticos medidos a nivel de sesión no se relaciona con la conducta facial regulatoria, en este caso, medida a través de los procesos de *Control* (CTR).
- Los resultados indican que en los terapeutas no se observa relación entre las expresiones faciales de las emociones básicas Rabia(AN) y Mixtas(BL) con los resultados psicoterapéuticos a nivel de las sesiones.

Tabla 69. Modelos de Regresión HLM de la Conducta Facial Regulatoria de Pacientes y Terapeutas en Episodios de Cambio y Ruptura y su relación con los resultados terapéuticos.

	Pacientes		Terapeutas	
	Conducta Facial Regulatoria	Conducta Facial Regulatoria ^a	Emoci	Emociones básicas ^b
	Adaptores (AD_P)	Control (CTR T)	Rabia (AN°)	Mixtas (BL)
Modelo	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)	B OR (95%IC)
Intercepto π0 Intercepto β00 Intercepto γ000				
Intercepto 80000	-1,64	-5,33***	-3,11	-4,97**
Funcionamiento Inicial 80001	0,00 (0,02-1,79)	0,00 (0,00-0,07) 0,27 1.31 (0.26-6.71)	0,04 (0,01-1,17)	0,00,00,00
Cambio Confiable 80002	ı	2,27** 9,68 (2,50-37,49)	1	i
Sesión y001				
Intercepto 80010	-0,02 0,97 (0,92-1,04)	i		ı
OQ Sintomatologíaγ002				
Intercepto 80020	0,03	00,00	0,06	0,04
OQ R. Interpersonalesy003				((
Intercepto 80030	-0,05 0,85 (0,85-1,06)	0,09 1,09 (0,95-1,25)	-0,20 0,82 (0,67-1,01)	-0,05 0.95 (0,82-1,11)
OQ R. Socialy004				

-0,02 0,98 (0,79-1,12)	1,80* 6,05 (1,19-30,90)	0,00 1.00 (0,99-1,00) _	ı	ı	0,00 1,00 (1,00-1,00)	0,00 1,00 (1,00-1,00)	-0,00 0,99 (1,00-1,00)	-0,00 0,99 (0,99-1,00)
	1	1 1	1	ı	ı	ı	1	1
0,00 1.01 (0,89-1,14)	-0,05 0,95 (0,74-1,22)	-0,00* 0,99 (0,99-1,00) 0,00	1,00 (1,00-1,00) 1,00 (1,00-1,00)	ı	-0,00 0,99 (1,00-1,00)	0,00 1,00 (1,00-1,00)	-0,00 0,99 (1,00-1,00)	0,00* 1,00 (1,00-1,00)
-0,03 0,97 (0,84-1,12)	-0,66 0,52 (0,17-1,54)	-0,00 0,99 (1,00-1,00) -		0,00 1,00 (1,00-1,00)	0,00 1,00 (1,00-1,00)	0,00 1,00 (1,00-1,00)	0,00 1,00 (1,00-1,00)	0,00*** 1,00 (1,00-1,00)
Intercepto 80040 Tipo de Episodios 801	Intercepto y010 Intercepto 80100 Framex1 Intercepto 810	Intercepto γ100 Intercepto δ1000 Funcionamiento Inicial δ1001	Cambio Confiable 81002	Sesión γ101 Interceptoδ1010	Intercepto 81020	OQ Κ. Interpersonalesγ103 Intercepto δ1030	OG R. Socialy 104 Intercepto δ1040 Tipo de Episodios β11	Intercepto y110 Intercepto 81100

Variabilidad

0,00	1,19***	0,00
0.00	1,06**	0,74***
0,00	0,80***	00,00
***06'0	***66,0	0,00
Nivel 2 (r0)	Nivel 3 (n00)	Nivel 4 (v000)

Nota: ^aTamaño muestral Nivel-1: 6659 turnos de palabra, Nivel-2: 48 episodios, Nivel-3: 38 sesiones, Nivel-4: 5 Terapias. Variables Dicotómicas no centradas. Variable Orden centrada a nivel de los episodio. Ninguna de las Emociones Básicas en pacientes presentó variabilidad signitificativa a nivel de sesión para modelar predictores a este nivel. ^bTamaño muestral Nivel-1: 748 turnos de palabra, Nivel-2: 46 episodios, Nivel-3: 36 sesiones, Nivel-4: 5 Terapias. Variables Dicotómicas no centradas. Variable Orden centrada a nivel del promedio de los episodios. ^cModelo fue simplificado para permitir su convergencia.
*** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05