

INVESTIGACIÓN

EL SONIDO DE LA PSICOTERAPIA: VISIÓN GENERAL DE UNA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

(Rev GPU 2010; 6; 1: 98-107)

**Alemka Tomicic¹, Claudio Martínez², Susanne Bauer³,
Alejandro Reinoso⁴, Marco Guzmán⁵, Luis Diego Chacón⁶**

Si usted como psicoterapeuta le pregunta a su paciente “cómo se ha sentido durante la última semana” y éste le responde con una voz monótona, lenta y apagada: “estoy muy contento, ha sido una excelente semana”. ¿Usted le cree más a lo que dice su paciente o a cómo lo dice? De acuerdo con Hirst (2004), enfrentados a un enunciado con discrepancia entre la prosodia y su contenido semántico, el oyente confía más en la prosodia que en la semántica.

Este ejercicio de imaginación de una muy habitual situación terapéutica y este dato que aporta Hirst proveniente de estudios en el ámbito de la fonética, tienen en común que relevan la importancia de la voz para la interacción humana, y en especial para la psicoterapia.

En este artículo presentamos los avances de la línea de investigación “voz y psicoterapia” en funcionamiento desde el año 2007 en la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

¿POR QUÉ LA VOZ EN PSICOTERAPIA COMO OBJETO DE ESTUDIO?

La investigación de proceso-resultado se ha centrado en el estudio de las técnicas e intervenciones verbales facilitadoras de la construcción de la alianza y del cambio en la psicoterapia, produciendo un importante

corpus de conocimiento sobre algunos de los “ingredientes” de la efectividad terapéutica. Este conocimiento se ha desarrollado a través de investigaciones que han focalizado en el estudio de las intervenciones verbales aisladas del terapeuta y/o el paciente (e.g. Buchheim & Mergenthaler, 2001; Czogalik & Russell, 1995; Elliot, *et al.*, 1987; Krause, Valdés & Tomicic, 2009; Stiles

¹ Programa de Doctorado en Psicología, Universidad Católica de Chile. E-mail: atomicic@uc.cl

² Programa de Doctorado en Psicología, P. Universidad Católica de Chile. Unidad de Psicoterapia Dinámica, Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak”.

³ Doctorado Internacional de Investigación en Psicoterapia, P. Universidad Católica de Chile.

⁴ Centro de Salud Mental PUC, P. Universidad Católica de Chile.

⁵ Escuela de Fonoaudiología, Universidad de Chile.

⁶ P. Universidad Católica de Chile.

& Shapiro, 1995; Wiser & Goldfried, 1996). Sin embargo, poco se ha estudiado sobre las interacciones no verbales que se relacionan con una evolución positiva de la psicoterapia.

Estas interacciones no verbales han sido destacadas por algunos investigadores que han mostrado la relación de la coordinación o sincronía no verbal entre paciente y terapeuta con la alianza y el cambio (Ej. momentos dialógicos, Cissna & Anderson, 1998; momentos de encuentro, Stern, 2004; sincronía, Ramseyer & Tschacher, 2006, 2008). Asimismo, han señalado la existencia de una opinión compartida y generalizada entre los psicoterapeutas respecto a la importancia de los aspectos no verbales para el desarrollo y mantención de una alianza terapéutica favorable al cambio (Ramseyer & Tschacher, 2008; Tomicic, Bauer, Martínez, Reinoso & Guzmán, 2009).

El objeto de estudio de esta línea de investigación, integra estas dos dimensiones menos exploradas en el campo de la investigación de proceso-resultado en psicoterapia: el aspecto no verbal y la focalización en la interacción, a través del estudio de la voz en la interacción psicoterapéutica (Tomicic, Martínez, Altimir, Bauer & Reinoso, 2009).

¿Por qué escoger la cualidad vocal?

La mayoría de los estudios sobre la dimensión no verbal en psicoterapia se han focalizado en el análisis de la expresión facial (ej., Aström, Thorell & D'Elia, 1993; Benecke & Krause, 2005; Benecke, Peham, Bänninger-Huber, 2005; Beutel, Ademmer & Rasting, 2005; Krause & Merten, 1999; Merten, 2005), de los movimientos corporales (e.g. Davis & Hadiks, 1994; Davis & Hadiks, 1990; Nagaoka & Komori, 2008; Ramseyer & Tschacher, 2008; Sharpley, Jeffrey & Macmah, 2006) y, en menor medida, de la cualidad vocal (e.g. Holtz, 2004; Nagaoka, Yoshikawa, & Komori, 2006; Rice y Kerr, 1986; Rice & Wagstaff, 1967; Tomicic *et al.*, 2008; Tomicic *et al.*, 2009; Wiseman y Rice, 1989).

La escasez de estudios centrados en fenómenos vocales como el timbre o la cualidad vocal se ha explicado por las dificultades técnicas que implica el registro y el análisis del sonido, así como también porque se ha tendido a pensar que la actividad vocal se encuentra gobernada por las reglas del lenguaje y, en consecuencia, no se trataría de un comportamiento no verbal propiamente tal (Scherer, 1982).

Sin embargo, de acuerdo con Scherer (1982, 1986) éste es un supuesto equivocado por dos razones: (a) Existen muchas vocalizaciones humanas que son esencialmente no lingüísticas (tales como vocalizaciones es-

pontáneas de afectos o conjunciones) y, (b) no todos los aspectos del habla son de naturaleza verbal o lingüística; todas las oraciones producidas por los humanos se caracterizan por un importante número de aspectos no-lingüísticos o no verbales como la entonación, la cualidad vocal, el ritmo. Estos aspectos se mezclarían y modularían el código predominantemente verbal o lingüístico.

Se suma a lo anterior que la voz es el medio principal (aunque no el exclusivo) a través del cual ocurre la comunicación verbal en el diálogo psicoterapéutico (Russell, 1993). Las cualidades vocales como el timbre, ritmo, tempo, resonancia, control y acento aportan con significado y contexto a las palabras habladas (Andersen, 1998) y, en la interacción terapéutica, los aspectos sonoros del discurso pueden ser una de las principales fuentes de información sobre el sentido de los actos realizados en la comunicación entre sus participantes (Knoblauch, 2000, 2005).

Como una primera aproximación a este relevante aspecto de la comunicación no verbal en psicoterapia, realizamos un estudio exploratorio sobre el papel de la voz en el contexto psicoterapéutico desde la perspectiva de terapeutas. A partir de un análisis cualitativo emergieron dos categorías centrales: "Cualidad vocal de los pacientes" y "Uso de la voz como herramienta". Ambas categorías indican que los terapeutas prestan atención a las características sonoras del habla de sus pacientes y que sostienen que la voz puede servir como un instrumento específico para evaluar el estado de la relación y para desarrollar la relación terapéutica (Tomicic *et al.*, 2009).

Simultáneamente hemos trabajado en el diseño de herramientas y metodologías para el análisis de la coordinación vocal de paciente y terapeuta como manifestación de la regulación mutua en psicoterapia. Una de estas herramientas es el sistema de Codificación de Patrones de Cualidad Vocal (PCV) aplicable al habla del paciente y el terapeuta y la elaboración de un manual audio-visual para el entrenamiento en el uso del sistema (Tomicic *et al.*, 2009). Adicionalmente hemos desarrollado una metodología para el análisis de Patrones Dinámicos de Vocalización-Silencio (PD-VS, Tomicic, Barraza & Rodríguez, 2009) que incorpora dos aproximaciones gráficas para el análisis de sistemas dinámicos no lineales: Patrones Vocalización-Silencio y Dinámicas Vocalización-Silencio.

A continuación expondremos los principales avances y resultados obtenidos en tres años de vida de esta línea de investigación que, hasta ahora, es conformada por un equipo multidisciplinario compuesto por Alemka Tomicic (investigadora en psicoterapia), Claudio

Martínez (psicoterapeuta e investigador en psicoterapia), Susanne Bauer (musicoterapeuta), Alejandro Reinoso (psicoterapeuta), Marco Guzmán (fonoaudiólogo, especialista en voz), Diego Chacón (tesista de magister) y la colaboración especial de Eugenio Rodríguez, psicólogo, investigador en neurociencias.

La voz como una herramienta psicoterapéutica

En un estudio de carácter exploratorio indagamos la importancia que los psicoterapeutas le asignan a los aspectos no verbales de sus propias voces y las de sus pacientes (Tomicic *et al.*, 2009). Aplicamos un cuestionario a 25 terapeutas chilenos de diferentes orientaciones teóricas y niveles de experiencia. Analizamos sus respuestas empleando procedimientos cualitativo-descriptivos que nos permitieron conceptualizar y categorizar diferentes parámetros de la voz relevantes para la psicoterapia. Emergieron dos categorías centrales: “Cualidad vocal de los pacientes” y “Uso de la voz como herramienta” (ver Figuras 1 y 2).



Figura 2. Esquema de Clasificación Jerárquico de la Categoría “Uso de la Voz como herramienta”

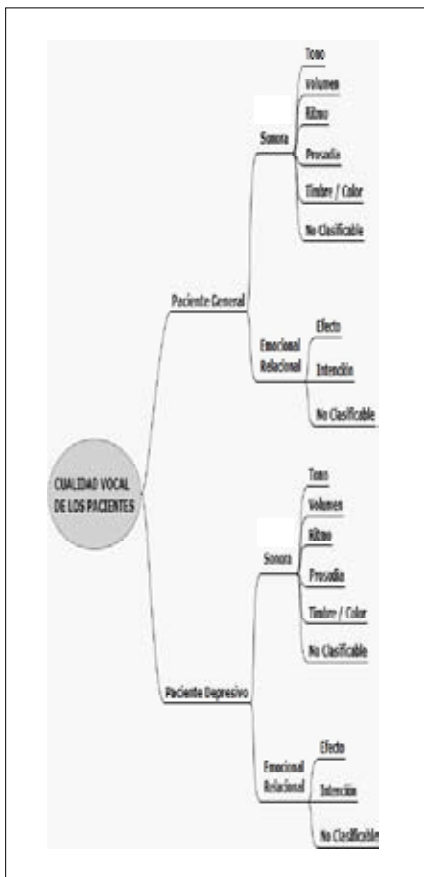


Figura 1. Esquema de Clasificación Jerárquico de la Categoría “Cualidad Vocal de los Pacientes”

A partir de estos resultados concluimos que las y los psicoterapeutas que participaron en este estudio fueron una sólida fuente de información sobre el uso de la voz en el contexto psicoterapéutico. Junto con prestar atención y asignarle importancia a sus propias voces y la de los otros, fueron capaces de distinguir matices en diferentes aspectos de la voz, diferenciando su uso específico en el ámbito de la práctica profesional de la psicoterapia del uso atribuido a diversos ámbitos de la vida cotidiana (Tomicic *et al.*, 2009).

Respecto a la categoría *cualidad vocal de los pacientes*, los terapeutas reportaron preferir un nivel medio en todos los aspectos sonoros de la voz y rechazar las manifestaciones extremas de cada uno de estos parámetros (por ejemplo, coinciden en la mención de que les son desagradables las voces de pacientes que hablan con tonos muy agudos o muy graves, con un volumen de voz muy alto o muy bajo, cuya velocidad de habla se encuentra aumentada, que presentan una prosodia monótona y una voz muy ronca). Por su parte, *la voz de los pacientes depresivos* fue calificada como más cercana a uno de dichos extremos: voces muy graves y bajas, entrecidas, suspiradas y monótonas (Tomicic *et al.*, 2009).

Considerando la *dimensión relacional y emocional* de la cualidad de la voz de los pacientes en general y los pacientes depresivos, nos fue posible apreciar que todas las características de la voz a las cuales los terapeutas les atribuyen efectos placenteros fueron evaluadas de manera positiva. Asimismo, la congruencia

entre la cualidad vocal y el contenido del discurso del paciente también fue evaluada positivamente por los participantes de este estudio (Tomicic *et al.*, 2009). Estos primeros hallazgos nos parecen de relevancia por dos razones:

- En primer lugar, muestran que los terapeutas entrevistados son capaces de distinguir matices sonoros entre la variedad de sus pacientes, y de manera específica y consensuada, características particulares en la voz de pacientes depresivos. Esto nos indica que los terapeutas no sólo prestan atención al contenido de lo que sus pacientes dicen, sino también a la manera en que este discurso se materializa y adquiere un sentido relacional y emocional a través de sus características sonoras.
- En segundo lugar, la caracterización y evaluación, en términos de agrado y desagrado, de la voz de los pacientes en general y de los pacientes depresivos en particular, nos revela la importancia de algunos aspectos implícitos presentes en el espacio psicoterapéutico y su posible impacto en la generación de un vínculo positivo o negativo entre el terapeuta y el paciente. En este sentido, se nos hace evidente el peso que adquiere la cualidad de la voz en la construcción relacional con los pacientes y nos genera la interrogante respecto de la conciencia que tienen o no los terapeutas de este elemento no verbal de la interacción.

Respecto a la segunda categoría, *el uso de la voz como una herramienta*, los resultados muestran que los terapeutas entrevistados no sólo reconocen en términos generales el uso de la voz como una herramienta de comunicación no verbal o paraverbal, sino también usos bien específicos de acuerdo a la identificación de diversas instancias del espacio psicoterapéutico. Emplean la voz como un instrumento de comunicación, mencionando que las variaciones en la cualidad de la voz de los pacientes les permiten diferenciar en ellos diversos afectos y emociones. A su vez, usan estas variaciones sonoras para mejorar la comprensión de los pacientes y del proceso terapéutico. Adicionalmente, señalan la voz como una herramienta para la producción de cambios (ej. transformaciones del clima emocional de la sesión, uso de la voz como marcador de cambios durante el proceso psicoterapéutico y uso de la voz para la realización de intervenciones específicas) (Tomicic *et al.*, 2009).

De este segundo hallazgo, dos aspectos nos llaman especialmente la atención.

- En primer lugar, los terapeutas entrevistados parecen contar con un *know how* –un saber hacer– respecto de cómo y con qué características sonoras particulares del habla es posible producir cambios tanto en el clima emocional como en el contexto de trabajo terapéutico, incluso en el mismo paciente. Esto es especialmente llamativo, considerando que todos los entrevistados nos manifestaron explícitamente no haber tenido en su formación aproximación específica alguna a temáticas relacionadas con la voz en la conversación terapéutica.
- En segundo lugar, específicamente cuando nos centramos en las menciones sobre el uso de la cualidad vocal como un marcador de contexto, en la mayoría de los casos los participantes refirieron emplear las variaciones sonoras del habla para trabajar y desarrollar la relación y la alianza terapéutica. Esto último es interesante si se considera que algunos autores han planteado que buena parte de la relación terapéutica se construye en un nivel subsimbólico y no verbal (Bucci, 2007).

Por último, aun cuando los resultados de este estudio muestran que los terapeutas entrevistados dan cuenta de un conocimiento procedural sobre cuándo y cómo utilizar la voz en la psicoterapia como una forma de comunicación no verbal y como una herramienta de intervención, lo cierto es que este conocimiento se encuentra en un nivel intuitivo y conectado principalmente con su experiencia y práctica profesional, no constituyendo un *saber-saber* sistematizado.

En un segundo estudio exploramos la importancia que los pacientes les asignan a los aspectos no verbales de sus propias voces y las de sus terapeutas (Bauer *et al.*, 2009). Nuevamente realizamos un estudio cualitativo, aplicando a 20 pacientes alemanes (12 mujeres y 8 hombres, con un promedio de 41 años, con diagnóstico de depresión o de trastorno ansioso consultantes en el Outpatient-Psychotherapy-Center, KEH-Hospital en Berlín) un cuestionario similar al empleado en la primera investigación con psicoterapeutas chilenos. Sus respuestas fueron analizadas por medio de procedimientos cualitativos-descriptivos que permitieron conceptualizar y categorizar los diferentes parámetros de la voz mencionados y aplicar las mismas dos categorías centrales que emergieron en el estudio anterior: “Cualidad vocal” y “Uso de la voz como herramienta” (Bauer *et al.*, 2009) (ver Figuras 3 y 4).

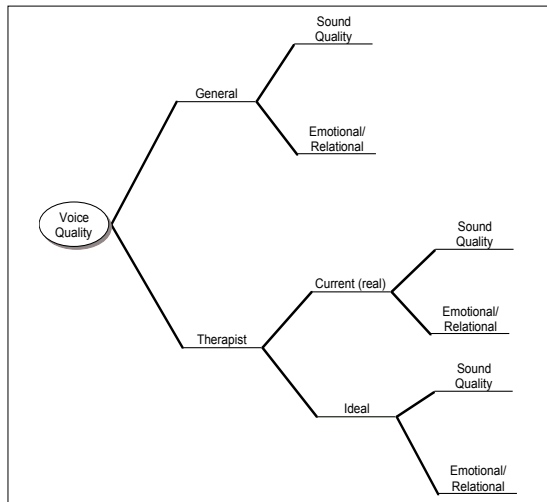


Figura 3. Esquema de Clasificación Jerárquico de la Categoría "Calidad Vocal de los Terapeutas"

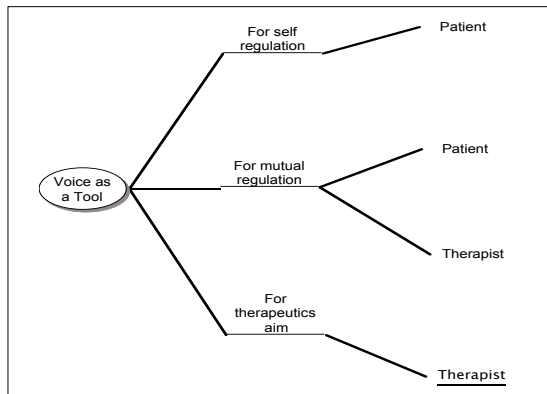


Figura 4. Esquema de Clasificación Jerárquico de la Categoría "Uso de la Voz como Herramienta"

Sobre estos resultados concluimos que los pacientes entrevistados, de la misma manera que los psicoterapeutas del primer estudio, fueron capaces de distinguir y describir distintos aspectos de la voz, y lograron diferenciar entre sus cualidades sonoras y emocional-relacionales. Los pacientes mencionaron preferir una voz calmada y profunda en términos de volumen y tempo, y reportaron sentirse disgustados con tonos de voz muy fuertes, así como también con voces muy lentas que podrían ponerlos nerviosos. Respecto a los aspectos emocionales-relacionales de la voz, evaluaron positivamente la autenticidad y la empatía, mientras que refirieron que voces percibidas como agresivas o planas les causan una impresión negativa (Bauer *et al.*, 2009).

Cuando se les preguntó acerca del tono de voz de su actual terapeuta y el tono de voz que esperaban de un terapeuta ideal, incluyeron la mayoría de las

características de la voz deseada en la descripción de la voz de sus actuales psicoterapeutas. Adicionalmente, señalaron algunas cualidades sonoras y relacionales específicas y deseadas que, desde nuestra perspectiva, dan cuenta de la necesidad de contención emocional, cercanía y seguridad (Bauer *et al.*, 2009).

En cuanto a la segunda categoría, la *utilización de la voz como una herramienta*, los pacientes entrevistados dicen utilizar su voz para regular emociones, tales como la tristeza o la ira; para modular su estado de ánimo; y para afrontar situaciones que producen estrés. Además, los pacientes mencionaron la cualidad de la voz como una herramienta de regulación interactiva de los afectos con sus terapeutas (Bauer *et al.*, 2009).

En concordancia con el primer estudio realizado con psicoterapeutas chilenos (Tomicic, *et al.*, 2009), los pacientes alemanes describieron que sus terapeutas hacen uso de la voz como un medio para alcanzar fines psicoterapéuticos, señalándola como una herramienta de regulación del estado de ánimo, la motivación, como un medio para obtener información, y también para acentuar el rol del terapeuta (Bauer *et al.*, 2009).

En síntesis, los resultados de este estudio nos han mostrado que la voz es un importante elemento de la comunicación no verbal del que las personas son conscientes en sus contactos con otros. Los pacientes entrevistados mostraron estar muy atentos a la voz de sus terapeutas y fueron capaces de describir sus propias formas de regular y reaccionar mediante su propia voz así como también las de sus psicoterapeutas. De esta manera, los pacientes expusieron estar bastante conscientes sobre la importancia de la voz en psicoterapia, y la reconocen como un poderoso medio de autorregulación y como una herramienta clínica.

PATRONES DE CUALIDAD VOCAL (PCV): DESARROLLO DE UN SISTEMA DE CODIFICACIÓN

La literatura existente en este campo y nuestros propios resultados nos han hecho presente que la cualidad vocal de paciente y terapeuta puede ser uno de los aspectos clave para la descripción de los procesos de cambio en psicoterapia (Bady, 1985; Bauer *et al.*, 2009; Knoublaug, 2000, 2005; Rise & Kerr, 1986; Rise & Wafgstaff, 1967; Tomicic *et al.*, 2009, Wiseman & Rice, 1989).

Específicamente, algunos autores han planteado que la cualidad vocal de los terapeutas puede tener efectos significativos sobre sus pacientes (Bady, 1985; Beebe *et al.*, 2000). Este planteamiento fue demostrado en un estudio realizado por Wiseman y Rice (1989) hacia finales de la década de los años 1980.

Laura Rice *et al.* (Rice & Wagstaff, 1967; Rice & Kerr, 1986; Wiseman & Rice, 1989) desarrollan durante

las décadas de 1970-1980 sistemas de codificación de patrones de cualidad vocal para pacientes (cuatro patrones) y para terapeutas (seis patrones). Estos instrumentos les permitieron realizar una serie de estudios en los que asociaron ciertos patrones de cualidad vocal de paciente y terapeuta con la productividad en psicoterapia.

Debido a que estos patrones fueron descritos para el habla inglesa y no se encuentran disponibles descripciones exhaustivas de estos sistemas de codificación, decidimos elaborar un nuevo Sistema de Codificación de Patrones de Cualidad Vocal (PCV) (Tomicic *et al.*, 2009). Este nuevo sistema presenta al menos dos diferencias relevantes respecto a los elaborados por Rice *et al.*:

- a) Describimos patrones de cualidad vocal aplicables al habla hispana; y
- b) Desarrollamos un solo Sistema de Codificación de Patrones de Cualidad Vocal aplicable tanto a paciente como a terapeuta. Esto último nos permite hacer estudios comparativos de los PCV utilizados por pacientes y terapeutas, así como también estudios secuenciales de los PCV empleados por ambos a lo largo del proceso psicoterapéutico.

Por lo tanto, la reelaboración de este instrumento constituyó un esfuerzo para posibilitar el análisis de la cualidad vocal de los participantes en el diálogo terapéutico a través de una apreciación auditiva entrenada.

Para generar el Sistema de PCV seguimos tres pasos sucesivos (Tomicic, *et al.*, 2009):

En un primer momento, como equipo de investigación, nos entrenamos y capacitamos con un fonoaudiólogo especialista en voz⁷, en la escucha e identificación de parámetros relevantes para el análisis de la voz de los participantes en el diálogo psicoterapéutico. En este primer paso determinamos que el tono, la intensidad, la duración y el timbre, como aquellos parámetros que mediante una apreciación auditiva entrenada permitían caracterizar la cualidad vocal de paciente y terapeuta y las variaciones de la misma en diferentes momentos del proceso psicoterapéutico.

En un segundo momento identificamos y nominamos los seis patrones de cualidad vocal que constituyen actualmente el sistema: Reporte, Afirmativo, Conectado, Reflexión, Emocional-Expresivo y Emocional-Contenido. La identificación de estos patrones la

⁷ Fonoaudiólogo Marco Guzmán, actualmente miembro del equipo de investigación.

Tabla 1
SISTEMA DE CODIFICACIÓN DE PATRONES DE CUALIDAD VOCAL

PCV	Descripción Fenomenológica
Reporte	Este patrón vocal imprime al habla la cualidad de "lo conocido," de desafección respecto de lo dicho y/o de cierta distancia emocional. Suena como si el hablante estuviese reportando, contando o indagando un contenido sin participación afectiva. En este patrón lo central es la impresión en el oyente de un habla desafectada.
Conectado	Este patrón vocal imprime al habla la cualidad de estar orientado hacia un otro (el interlocutor) y de estar siendo elaborado en el mismo momento de su emisión. Puede dar la impresión de un habla reflexiva si lo que prima es el carácter elaborativo, o bien de un habla excitada, si lo que prima es una reafirmación o una oposición a una elaboración del otro. Suena como si el hablante estuviese en conexión con el otro. En este patrón lo central es la impresión en el oyente de un habla elaborativa y orientada al otro.
Afirmativo	Este patrón vocal imprime al habla la cualidad de certeza y convicción. Suena como si el hablante estuviese aleccionando o instruyendo al oyente. Se diferencia del patrón Reporte en que este patrón no impresiona como desafectado y se diferencia del patrón conectado en que éste no impresiona como elaborativo sino como afirmativo. En este patrón lo central es la impresión en el oyente de un habla segura e instructiva.
Reflexión	Este patrón vocal imprime al habla la cualidad de estar orientado 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	Este patrón vocal 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	Este patrón vocal 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.

realizamos por medio de la escucha acuciosa de tres episodios relevantes provenientes de tres psicoterapias de diferentes orientaciones teóricas y constituidas por distintas duplas paciente-terapeuta. En este paso, la caracterización de los PCV la realizamos por medio de una aproximación fenomenológica, prestando atención a la manera en que las diferentes formas de habla de los participantes impresionaban nuestra escucha, independiente del contenido de lo hablado.

Finalmente, en un tercer momento, retomamos los parámetros sonoros definidos en el primer paso (tono, intensidad, duración y timbre) y los asociamos a cada PCV. Esto fue realizado analizando un episodio de cambio correspondiente a la tercera sesión de una terapia de orientación psicodinámica, terapeuta hombre y paciente mujer. En total, el análisis incluyó la codificación de 40 unidades de análisis y 25 turnos de habla. Posteriormente, el sistema PCV continuó siendo perfeccionado mediante el análisis de una psicoterapia de orientación psicodinámica completa, terapeuta hombre-paciente hombre. El análisis ha incluido la codificación de 2 episodios de cambio y 2 episodios de estancamiento (88 unidades de análisis), obteniéndose un índice de acuerdo promedio de kappa de 0.8 para dos parejas de jueces (Tomicic *et al.*, 2009).

El resultado del procedimiento ya relatado lo constituyen los seis PCV que dan forma al sistema actual de codificación que se muestra en la Tabla 1.

En síntesis, hasta ahora hemos identificados seis patrones de cualidad vocal y, para cada uno de ellos hemos realizado una descripción fenomenológica, así como también una descripción basada en parámetros vocales específicos.

Adicionalmente, hemos finalizado la primera versión del Manual para el Entrenamiento y Codificación de Patrones de Cualidad Vocal (PCV-1.0) (Tomicic *et al.*, 2009). En este manual hemos incluido ejemplos en audio para cada uno de los parámetros vocales seleccionados (fase de entrenamiento, apreciación acústica) y para cada PCV (fase de codificación).

COORDINACIÓN DE PATRONES VOCALIZACIÓN-SILENCIO ENTRE PACIENTE Y TERAPEUTA

Estudios fuera del campo psicoterapéutico han mostrado que la coordinación de patrones de comportamiento vocal constituye un aspecto crucial para la organización del vínculo madre-bebé, para el desarrollo futuro de los patrones de apego del infante (Beebe *et al.*, 2000) y, también, para mantener exitosamente una conversación entre adultos (Capella, 1996; Capella & Planalp, 1981).

Jaffe & Feldstein (1970) desarrollaron un modelo de comunicación de sistemas diádicos por medio del estudio empírico de la coordinación del ritmo vocal en diadas de adultos y, posteriormente, lo aplicaron al estudio de la asociación entre la coordinación vocal madre-bebé y el desarrollo del apego en el infante (Jaffe *et al.*, 2001, Beebe, *et al.*, 2000). Con este modelo en mente, hemos desarrollado el método de Patrones Dinámicos de Vocalización-Silencio (PD-VS) (Tomicic, Barraza, & Rodríguez, 2009) que recoge sus planteamientos centrales, siendo nuestra principal motivación dar cuenta empíricamente de la existencia de patrones de coordinación vocal en la interacción terapéutica y examinar las hipótesis que establecen asociaciones entre la coordinación vocal entre paciente y terapeuta, y el desarrollo del proceso psicoterapéutico.

El sistema PD-VS permite evaluar el grado en que la interacción diádica paciente-terapeuta muestra periodicidad como una unidad, por medio de una aproximación gráfica a los sistemas dinámicos no lineales, empleando conjuntamente Gráficos de Patrones Vocalización-Silencio (GP-VS) y Gráficos Dinámicos Vocalización-Silencio (GD-VS). Empleamos la periodicidad como una medida indirecta de los patrones de coordinación vocalización-silencio, basados en el supuesto de que la coordinación entre ambos participantes es la propiedad que hace posible la observación de dicha regularidad (Bernieri & Rosenthal, 1991). Los GP-VSs nos hacen posible examinar la presencia de regularidades en los episodios relevantes considerando el grado de dispersión o aglutinamiento entre los puntos, mientras que los GD-VSs nos permiten observar la manera cómo estos patrones o regularidades se despliegan a lo largo del tiempo (ver Figura 5).

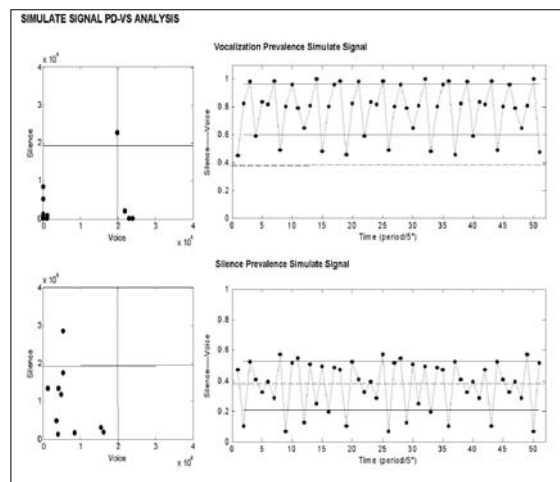


Figura 5. GP-VSs y GD-VSs de señales simuladas con prevalencia de vocalización y prevalencia de silencio.

En un primer análisis hemos estudiado los patrones de coordinación del ritmo vocal en la interacción terapéutica asociada a episodios de cambio psicoterapéutico (Tomicic *et al.*, 2009). Específicamente, examinamos la hipótesis de la existencia de un patrón rítmico de coordinación común en episodios de cambio.

En un estudio no experimental y naturalista, empleamos registros acústicos de 13 episodios de cambio de diferentes niveles jerárquicos, tomados de psicoterapias individuales de diferentes orientaciones teóricas. Estos episodios, grabados en una única pista de audio, fueron analizados empleando GP-VS y GD-VS con el propósito de observar patrones de vocalización-silencio y quiebres en dichos patrones (Tomicic, Barraza, & Rodríguez, 2009; Tomicic *et al.*, 2009).

Preliminarmente, concluimos que los episodios de cambio muestran un particular patrón de coordinación vocalización-silencio entre paciente y terapeuta. Como mencionamos antes, esta conclusión la basamos en el supuesto de que la coordinación del comportamiento de los participantes de la interacción es lo que nos hace posible la observación de un patrón. Además, observamos que episodios de cambio correspondientes a un nivel inicial de complejidad pueden ser caracterizados por un patrón de cortas y largas vocalizaciones seguidas por cortos silencios y por quiebres de este patrón hacia el silencio. Encontramos que estos quiebres hacia el silencio marcan momentos relevantes para la construcción de este tipo de cambios que parecen tener un sentido deconstructivo. Adicionalmente, cuando rastreamos en el texto estos silencios, nos fue posible constatar que éstos no pertenecen ni al paciente ni al terapeuta, a diferencia de lo que ocurre con las vocalizaciones. En este sentido, pensamos que los quiebres hacia el silencio en este tipo de episodios parecen contribuir a la configuración de un espacio intersubjetivo (Tomicic *et al.*, 2009).

Por su parte, episodios de cambio de un mayor nivel de complejidad pueden ser caracterizados por un patrón de cortas y largas vocalizaciones seguidas por muy cortos silencios y por una tendencia general hacia la vocalización (Tomicic *et al.*, 2009). En este punto, nos llamó la atención que la prevalencia de la vocalización es coherente con la noción de que este tipo de cambios tienen un sentido más constructivo: la construcción y consolidación de una teoría subjetiva sobre el paciente y sus problemas (Krause, 2005). Adicionalmente, cuando rastreamos en el texto estos largos periodos de vocalización, encontramos que estos correspondían a intercambios fluidos entre el paciente y el terapeuta o a largas verbalizaciones del paciente, ambas relacionadas con el contenido del cambio (Tomicic *et al.*, 2009).

Esta coordinación vocal entre los participantes y, entre ellos con el proceso de cambio observado en este tipo de episodios, parece configurar también un espacio intersubjetivo. Pero en este caso esta construcción ocurre de una manera diferente a la que describimos en episodios de cambio de nivel inicial.

Finalmente, las diferencias entre los patrones de vocalización-silencio y el quiebre de estos patrones observados en los episodios de cambio de nivel inicial y de mayor complejidad, nos sugieren una evolución de éstos a lo largo del proceso psicoterapéutico: por ejemplo, un periodo inicial deconstructivo y menos regular en términos de coordinación, y un periodo final constructivo y más regular (Tomicic *et al.*, 2009).

PRÓXIMOS PASOS: PROYECTANDO LA VOZ EN LA PSICOTERAPIA

Los resultados que hemos obtenido hasta ahora, lejos de ser conclusivos nos abren múltiples interrogantes y nuevas alternativas de exploración.

Con respecto a la importancia de la voz en psicoterapia, proyectamos en el corto plazo un estudio sobre la visión de pacientes chilenos y terapeutas alemanes sobre el valor y uso de la voz en psicoterapia. De este modo, pretendemos concluir sobre la mirada que ambos participantes, terapeutas y pacientes, tienen de este aspecto no verbal en la psicoterapia, como también contrastar estas visiones desde un punto de vista intercultural.

En relación con los Patrones de Calidad Vocal, hemos proyectado aplicar este sistema de codificación al análisis de episodios psicoterapéuticos relevantes, estableciendo secuencias de coordinación de PCV entre paciente y terapeuta y asociando estas secuencias con diferentes variables del proceso psicoterapéutico (Alianza Terapéutica, Resultados, Estilos de Apego Adulto, etc.). Además, proyectamos incluir los PCV en estudios multidimensionales del discurso en psicoterapia, integrando el análisis dialógico del discurso, que ilumina la presencia de múltiples voces en el diálogo terapéutico, con el establecimiento de patrones sonoros diferentes asociados a estas voces o posiciones discursivas.

Con respecto al estudio de la coordinación del ritmo vocal paciente-terapeuta, se proyecta un segundo estudio longitudinal para analizar diferentes patrones en una díada a lo largo de la evolución de un proceso terapéutico único, con ello esperamos iluminar la evolución de los patrones rítmicos vocalización-silencio en una misma pareja terapéutica en diferentes momentos del proceso.

Finalmente, pensamos que esta línea de investigación visibiliza un aspecto hasta ahora olvidado en la enseñanza de la psicoterapia. Las escuelas psicoterapéuticas tradicionales y sus programas de entrenamiento académico no consideran la voz como una herramienta específica. Investigaciones con resultados como los aquí hemos presentado muestran la importancia de continuar estudiando la voz (y otros canales de comunicación no verbal) en el espacio psicoterapéutico, así como también nos enseñan la relevancia de incorporar estas reflexiones en la formación y supervisión de los psicoterapeutas.

REFERENCIAS

- Andersen P. (1998). *Nonverbal communication: forms and functions*, Mountain View, California: Mayfield
- Aström J, Thorell L, D'Elia G. (1993). Attitudes towards and observations of nonverbal communication in a psychotherapeutic greeting situation: III. An interview study of outpatients. *Psychological Reports*, 73(1): 151-168
- Bady S. (1985). The voice as a curative factor in psychotherapy. *Psychological Review*, 72: 479-490
- Bauer S, Tomicic A, Martinez C, Reinoso A, Schäfer H, Peukert A, Frangkouli A. (2009). The voice as a psychotherapeutic instrument: The patient view. Poster session presented at 40th Annual Meeting of Society for Psychotherapy Research (SPR). Chile, Santiago, Junio
- Beebe B, Jaffe J, Lachmann F, Feldstein S, Crown C, Jasnow M. (2000). Systems models in development and psychoanalysis: The case of vocal rhythm coordination and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 21(1-2): 99-122
- Benecke C, Krause R. (2005). Facial Affective Relationship Offers of Patients with Panic Disorder. *Psychotherapy Research* 15(3): 178-187
- Benecke C, Peham D, Bänninger-Huber E. (2005). Nonverbal relationship regulation in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15(1): 81-90
- Bernieri, F, Rosenthal R. (1991). Interpersonal coordination: Behavior matching and interactional synchrony. En R. Feldman & B. Rime (Eds.), *Fundamentals of nonverbal behavior* (pp. 401-432). Cambridge: Cambridge University Press
- Beutle M, Ademmer K, Rasting M. (2005). Affective interaction between patients and therapists. Its impact on treatment outcome in short-term impatient psychotherapy. *Psychotherapeut*, 50(2): 100-106
- Bucci W. (2007). Four domains of experience in the therapeutic discourse. *Psychoanalytic Inquiry*, 27: 617-639
- Buchheim A, Mergenthaler E. (2001). The relationship among attachment representation, emotion-abstraction patterns, and narrative style: A computer-based text analysis of the Adult Attachment Interview. *Psychotherapy Research*, 10(4): 390-407
- Capella JN. (1996). Dynamic coordination of vocal and kinesic behavior in dyadic interaction. En Watt J, Van Lear C (Eds.), *Dynamic patterns in communication processes*. London: Sage Publications
- Capella JN, Planalp S. (1981). Talk and silence sequences in informal conversations III: interspeaker influence. *Human Communication Research*, 7: 117-132
- Cissna K, Anderson R. (1998). Theorizing about dialogic moments: The Buber-Rogers position and postmodern themes. *Communication Theory*, 8(1): 63-105
- Czagalik D, Russell R. (1995). Interactional Structures of the Therapist and Client Participation in Adult Psychotherapy: P Technique and Chronography. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(1): 28-36
- Davis M, Hadiks D. (1990). Nonverbal behavior and client state changes during psychotherapy. *Journal of clinical psychology*, 46(3): 340-351
- Davis M, Hadiks D. (1994). Nonverbal aspects of therapist attunement. *Journal of clinical psychology*, 50(3): 393-405
- Elliott R, Hill C, Stiles W, Friedlander M, Mahrer A, Margison F. (1987). Primary therapist response modes: comparison of six rating systems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(2): 218-223
- Hirst D. (2004). The phonology and phonetics of speech prosody: Between acoustics and interpretation. *International Speech Communication Association*. Available in <http://www.isca-speech.org/archive>
- Holtz P. (2004). The self- and interactive regulation and coordination of vocal rhythms, interpretive accuracy, and progress in brief psychodynamic psychotherapy. (Disertación Doctoral, Fielding Graduate Institute, 2003). *Dissertation Abstracts International*, 64: 3526
- Jaffe J, Beebe B, Feldstein S, Crown CL, Jasnow MD. (2001). Rhythms of dialogue in infancy. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, Serial N°265, 66, 2
- Jaffe J, Feldstein S. (1970). *Rhythms of dialogue*. New York: Academic Press
- Knoblauch S. (2005). Body rhythms and the unconscious: Toward an expanding of clinical attention. *Psychoanalytic Dialogues*, 15(6): 807-827
- Knoblauch SH. (2000). *The Musical Edge of Therapeutic Dialogue*. The Analytic Press Hillsdale, NJ
- Krause R, Merten J. (1999). Affects, Regulation of Relationship, Transference and Countertransference, *Forum Psychoanalysis*, 8: 103-114
- Krause M, Valdés N, Tomicic A. (2009). Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT-1.0): Manual de Procedimiento. Proyecto Fondecyt N°1080136, *Psychotherapy and Change Chilean Research Program* (Under revision)
- Merten J. (2005). Facial microbehaviour and the emotional quality of the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research* 15(3): 325-333
- Nagaoka C, Komori M. (2008). Body movement synchrony in psychotherapeutic counseling: A study using the video-based quantification method. *IEICE Transactions*, E91, 6
- Nagaoka C, Yoshikawa S, Komori M. (2006). Embodied Synchrony of Nonverbal Behaviour in Counselling: a Case Study of Role Playing School Counselling. *Proc. of the 28th Annual Conference of the Cognitive Science Society (CogSci 2006)*, Vancouver, July 2006, 1862-1867
- Ramseyer F, Tschacher W. (2006). Synchrony: A core concept for a constructive approach to psychotherapy. *Constructivism in the human sciences*, 11(1/2): 159-180
- Ramseyer F, Tschacher W. (2008). Synchrony in dyadic psychotherapy sessions. In S. Vrobel, O. E. Roessler & T. Marks-Tarlow (Eds.) *Simultaneity: Temporal structures and observer perspectives* (pp. 329-347). Singapore: World Scientific
- Rice L, Wagstaff A. (1967). Client voice quality and expressive style as indexes of productive psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31(6): 557-563

33. Rice LN, Kerr GP. (1986). Measures of client and therapist vocal quality. En L.S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 73-105). New York: Guilford
34. Russell R. (Ed.). (1993). *Language in Psychotherapy: Strategies of Discovery*. New York: Plenum Press
35. Scherer KR. (1986). Vocal affect expression: A review and a model for future research. *Psychological Bulletin*, 99: 143-165
36. Scherer KR. (1982). Methods of research on vocal communication: Paradigms and parameters. In: K.R. Scherer and P. Ekman, Editors, *Handbook of Methods in Nonverbal Behavior Research*, Cambridge University Press, Cambridge, UK, pp. 136-198
37. Sharpley C, Jeffrey A, Macmah T. (2006). Counsellor facial expression and client-perceived rapport. *Counseling Psychology Quarterly*, 19(4): 343-356
38. Stern DN. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: W.W. Norton & Company, Inc
39. Stiles W, Shapiro D. (1995). Verbal exchange of brief psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2): 15-27
40. Tomicic A, Bauer S, Martínez C, Reinoso A, Guzmán M. (2009). La Voz como una Herramienta Psicoterapéutica: La Perspectiva de los Terapeutas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(3)
41. Tomicic A, Barraza P, Rodríguez E. (2009). Vocal-Silence Dynamics Patterns: A system for measuring coordination in psychotherapy. (Manuscript in preparation)
42. Tomicic A, Chacón D, Martínez C, Guzmán M, Bauer S, Reinoso A. (2009). Sistema de codificación de Patrones de Calidad Vocal de paciente y terapeuta (PCV-1.0): Manual de entrenamiento y procedimiento para la codificación de Patrones de Calidad Vocal. Grupo de Voz y Psicoterapia, P. Universidad Católica de Chile. (Manuscrito sin publicar)
43. Tomicic A, Martínez C, Altimir C, Bauer S, Reinoso A. (2009). Coordinación Vocal Como una Dimensión de la Regulación Mutua en Psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(1), 31-41
44. Tomicic A, Martínez C, Rodríguez E, Bauer S, Reinoso A, Guzmán M. (2008). Coordination of the vocal rhythm between patient and therapist: Preliminary Results. Panel conducted at the 39th Annual Meeting of Society for Psychotherapy Research (SPR). España, Barcelona, Junio
45. Tomicic A, Rodríguez E, Barraza P, Martínez C, Bauer S, Reinoso A. (2009). Vocalization-Silence Patterns of Coordination Between Patient and Therapist Discriminate Different Levels of Change Episodes. Panel conducted at the 40th Annual Meeting of Society for Psychotherapy Research (SPR). Chile, Santiago, Junio
46. Wiseman H, Rice L. (1989). Sequential analyses of therapist-client interaction during change events: a task-focused approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2: 281-286
47. Wiser S, Goldfried M. (1996). Therapist interventions and client emotional experiencing in expert psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(4): 634-640