

SISTEMA DE CODIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD TERAPÉUTICA (SCAT-1.0): DIMENSIONES Y CATEGORÍAS DE LAS ACCIONES COMUNICACIONALES DE PACIENTES Y PSICOTERAPEUTAS¹

N. Valdés,
A. Tomicic,
J.C. Pérez,
y M. Krause*

Resumen

Se presenta el Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT-1.0). Este sistema de codificación fue construido para responder a la necesidad de conceptualizar e investigar la actividad verbal de pacientes y terapeutas. En un nivel teórico, subyace al sistema de codificación una noción preformativa del lenguaje, asumiéndose que “decir algo es hacer algo”. De acuerdo con este planteamiento conceptual, las verbalizaciones son llamadas Acciones Comunicacionales ya que cumplen con el doble propósito de transportar información (Contenidos) y ejercer influencia sobre el otro y la realidad construida por los hablantes (Acción). El SCAT-1.0 considera tanto la dimensión de influencia como la dimensión de contenido de las Acciones Comunicacionales. La dimensión de Contenido del SCAT-1.0 incluye la categoría de Ámbito (de qué se está hablando) y la categoría de Referencia (quién es el protagonista). La dimensión de Acción incluye las categorías de Forma Básica, Intención Comunicacional y Técnica. Estas 5 categorías y los 31 códigos que las conforman, fueron desarrollados empleando, en primera instancia, una metodología orientada al descubrimiento y luego, sometidas a análisis de confiabilidad interjueces que arrojaron índices de acuerdo buenos. Finalmente se discute su utilidad para el estudio de la comunicación verbal de pacientes y terapeutas, durante segmentos relevantes en psicoterapias de diferentes enfoques teóricos.

Palabras clave: acción comunicacional, microanálisis, investigación de procesos psicoterapéuticos.

Key words: communicative actions, microanalysis, psychotherapeutic process research.

La comunicación terapéutica, específicamente el habla de psicoterapeutas y pacientes es la dimensión en la cual, hablando microanalíticamente, el cambio terapéutico es construido (Boisvert & Faust, 2003; Elliot, Slatick, & Urman, 2001; Krause, et al., 2007; Llewelyn & Hardy, 2001; Orlinsky, Ronnestad,

& Willutzki, 2004; Wallerstein, 2001). Sin embargo, esta actividad ha recibido una menor atención en comparación con el estudio de la efectividad o del resultado terapéutico (Asay & Lambert, 1999; Messer & Wampold, 2002; Wampold, 2005; Wampold, Ahn, & Coleman, 2001), o en comparación con el estudio de los factores inespecíficos o comunes, tales como la alianza terapéutica (Hubble, Duncan, & Miller, 1999; Krause, 2005; Maione & Chenail, 1999; Meyer, 1990; Orlinsky & Howard, 1987).

* N. Valdés, A. Tomicic, J.C. Pérez y M. Krause: Pontificia Universidad Católica de Chile, Psychotherapy & Change Chilean Research Program (www.psychotherapyandchange.org)

E-Mail: nvaldes@uc.cl

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XIX p.p. 117-130
© 2010 Fundación AIGLÉ.

(1) El sistema presentado en este artículo forma parte de los resultados de los Proyectos Fondecyt N° 1060768 y 1080136 (Fondo Nacional para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología, Ministerio de Educación, Gobierno de Chile).

Concluir que las intervenciones terapéuticas específicas, vinculadas a modelos de terapia particulares, no son las principales responsables del cambio (Lambert & Barley, 2001; Wampold & Brown, 2005) puede ser algo apresurado. Si se desprendiera la acción terapéutica de las escuelas específicas y se la estudiara en términos genéricos, buscando aquellas que son comunes a los distintos enfoques y modalidades psicoterapéuticas, sería posible evaluar su verdadero aporte a la construcción del cambio del paciente en la interacción terapéutica. Sin embargo, para ello se requiere de un sistema de codificación “meta-escuela”, suficientemente exhaustivo para captar todas las dimensiones relevantes del diálogo en la psicoterapia y de sus hablantes. Con este propósito fue construido el Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SACT-1.0), que se expone en este artículo.

Principales Sistemas de Clasificación del Diálogo Psicoterapéutico Existentes en la Actualidad

En términos generales, algunos de los principales sistemas de clasificación del diálogo psicoterapéutico, existentes en la actualidad, consideran sólo las verbalizaciones de los terapeutas (Elkin, Parloff, Haldley, & Autrey, 1985; Elliot, Hill, Stiles, Friedlander, Mahrer, & Marginson, 1987; Friedlander, 1982; Goldberg, et al., 1984; Hill, 1978; Mahrer, Nadler, Stalikas, Schachter, & Sterner, 1988; Shaikh, Knobloch,

& Stiles, 2001; Stiles, 1993; Watzke, Koch, & Schulz, 2006; Wiser, & Goldfried, 1996), mientras que otros pueden ser aplicados tanto a la comunicación de los terapeutas como de los pacientes (Connolly, Chris-Cristoph, Shapell, Barber, & Luborsky, 1998; Jones, Cumming, & Pulos, 1991; Hill, 1990, 2005; Valdés, et al., 2007). Además, estos sistemas han sido construidos desde la perspectiva de un enfoque terapéutico específico, o bien, para analizar una problemática terapéutica particular (Etchebarne, Fernández, & Roussos, 2008; Evans, Piasecki, Kriss, & Hollon, 1984; Trijsburg, Lietaer, Colijn, Abrahamse, Joosten, & Duivenvoorden, 2004) (ver Tabla 1).

Por ejemplo, el Sistema para la Categorización de Respuestas de Asesoría Verbal (Counselor Verbal Response Category System, HCVRCS) desarrollado por Hill en 1978 y perfeccionado por Friedlander en 1982, consideró exclusivamente las intervenciones realizadas por los terapeutas, distinguiendo entre intervenciones de apoyo, directivas, interpretativas, preguntas y parafraseo. Otros sistemas que focalizan en intervenciones específicas del terapeuta son los desarrollados por Goldberg y colaboradores (Sistema de Evaluación de la Conversación Terapéutica -Conversational Therapy Rating System- 1984), por Mahrer y colaboradores (Taxonomía de Procedimientos y Operaciones en Psicoterapia -Taxonomy of Procedures and Operations in Psychotherapy, 1988), por Elliot (1984), por Wiser & Goldfried (1996) y, más recientemente, por Watzke y colaboradores (2006).

Resulta interesante también la taxonomía para las intervenciones del terapeuta desarrollada por

Tabla 1. Sistemas de Clasificación del Diálogo Psicoterapéutico

SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN	CATEGORÍAS	ACTOR	MODELO TERAPÉUTICO	PROBLEMÁTICA
Counselor Verbal Response Category System (Hill, 1978)	Preguntas cerradas y abiertas, información, guía, reformulación, reflejo, referencia no verbal, interpretación, autorevelación, valoración-refuerzo, confrontación y alentar.	Terapeuta	-	-
Friedlander (1982)	Aprobación, información, orientación, preguntas abiertas, preguntas cerradas, parafrasear, interpretación, confrontación y asociación libre.	Terapeuta	-	-
Conversational Therapy Rating System (Goldberg, Hobson, Maguire, Margison, O'Dowd, Osborn, et al., 1984)	Preguntas cerradas, abiertas y de entendimiento, definición del proceso, información-explicación, definición del área temática, instrucciones generales, consejo, reexpresión, hipótesis de comprensión y propias del terapeuta.	Terapeuta	-	-
Taxonomy of Procedures and Operations in Psychotherapy (Mahrer, Nadler, Stalikas, Schachter, & Sterner, 1988).	35 categorías, por ejemplo: Aclaraciones simples, acuerdos o desacuerdos, estructuración general, identificación de problemas, reflejo, explicación del paciente y respuestas sencillas.	Terapeuta	-	-
Elliott (1984)	Pregunta, información, consejo, reflejo, interpretación y autorrevelación	Terapeuta	-	-
Wiser & Goldfried (1996)	Pregunta, reflejo, interpretación y consejo.	Terapeuta	-	-
Watzke, Koch, & Schulz (2006)	Interpretación, confrontación, intervenciones cognitivas, intervenciones conductuales, intervenciones directivas y focalización.	Terapeuta	-	-
Verbal Response Modes (Stiles, 1992; Shaikh, Knobloch, & Stiles, 2001)	Revelación, información, consejo, confirmación, pregunta, reconocimiento, interpretación y reflejo.	Terapeuta	-	-
Psychotherapy Process Q-Set (Jones, Cumming, & Pulos, 1991)	Actitudes, conductas y experiencias del paciente; actitudes y conductas del terapeuta; y naturaleza de la interacción	Terapeuta y Paciente	-	-
Cognitive Elaboration Rating System (Connolly, Chris-Cristoph, Shapell, Barber, & Luborsky, 1998).	Experiencias, emociones o pensamientos pasados o presentes, y experiencias emociones o pensamientos nuevos o en desarrollo.	Terapeuta y Paciente	-	-
Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale (Evans, Piasecki, Kriss, & Hollon, 1984).	Acciones del terapeuta para lograr la adherencia al tratamiento, acciones directivas explícitas y, métodos y condiciones facilitadoras.	Terapeuta	-	Específica (Depresión)
Etchebarne, Fernández, & Roussos (2008).	Intervenciones específicas, intervenciones no específicas e intervenciones comunes.	Terapeuta	Psicodinámico, cognitivo e interpersonal.	-
Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale (Trijsburg, Lietaer, Colijn, Abrahamse, Joosten, & Duivenvoorden, 2004)	Intervenciones facilitadoras, intervenciones experienciales, intervenciones psicodinámicas, intervenciones conductuales directivas, intervenciones cognitivas, intervenciones psicodinámicas grupales e intervenciones sistémicas.	Terapeuta	Genérico/integrativo	-

Stiles (Modos de Respuesta Verbal -Verbal Response Modes, VRM -, 1992; Shaikh et al., 2001), ya que para su elaboración se valió del marco interpretativo más general de la teoría de los actos de habla (Searle, 1969), que considera tanto el significado literal como el significado pragmático de la acción realizada.

Por su parte, entre los sistemas existentes en la actualidad que permiten clasificar tanto las acciones del terapeuta como las del paciente, se encuentra el Sistema Q-Set (Psychotherapy Process Q-Set, PQS) desarrollado por Jones y colaboradores (1991) y el Sistema de Evaluación de Elaboración Cognitiva (Cognitive Elaboration Rating System, CERS) desarrollado por Connolly y colaboradores (1998) basados en los estudios realizados por Elliot en el año 1985.

Por otro lado, un ejemplo de sistema de clasificación del diálogo terapéutico desarrollado para analizar una problemática terapéutica específica, es la Escala de Evaluación del Estudio Colaborativo en Psicoterapia (Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale, CSPRS) de Evans y colaboradores (1984). Esta escala clasifica las acciones del terapeuta específicamente asociadas con la adherencia del paciente al tratamiento de la depresión (Programa de Investigación Colaborativa para el Tratamiento de la Depresión- TDCRP; Elkin et al., 1985).

Con respecto al estudio de las intervenciones del terapeuta asociadas a modelos psicoterapéuticos específicos, Etchebarne y colaboradores (2008) han desarrollado una clasificación de las intervenciones específicas, no específicas y comunes del terapeuta a través de un “análisis multidimensional de las dimensiones”. Por su parte, la Escala de Evaluación de las Intervenciones para la Comprensión Psicoterapéutica (Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale, CPIRS) desarrollada por Trijsburg y colaboradores (2004) focaliza en la clasificación de intervenciones comunes por parte del terapeuta, ya que surge como resultado del análisis de los principales enfoques terapéuticos (terapia centrada en el cliente, terapia psicodinámica, terapia conductual, terapia cognitiva y terapia sistémica).

Aún cuando todos los sistemas de clasificación recién mencionados han sido útiles para analizar la interacción verbal durante la conversación psicoterapéutica, se consideró necesario desarrollar un sistema único que permitiese estudiar las verbalizaciones de ambos actores de la terapia (paciente y terapeuta), que pudiera ser aplicado con el propósito de describir la comunicación terapéutica, de comprender su evolución, de distinguir entre episodios de diferente tipo y de vincularse con el cambio en procesos psicoterapéuticos de diferentes enfoques

y modalidades, y para diferentes problemáticas psicológicas.

El Diálogo Psicoterapéutico como Acción y como Contenido

Subyace al SCAT una noción performativa del lenguaje. Desde esta perspectiva, el lenguaje es entendido no como un mero reflejo de la realidad, sino como constitutivo de ésta. Se asume que “decir algo es hacer algo” (Krause, de la Parra, & Arístegui, 2006; Reyes et al., 2008; Searle, 1969, 1979) y, en consecuencia, la conversación terapéutica entre paciente y terapeuta configura una nueva realidad, que forma parte del cambio psicológico del paciente. Pero el lenguaje también implica la comunicación de contenidos por parte del hablante, los cuales están directamente relacionados con el objeto del trabajo terapéutico. Tomando en consideración esta doble perspectiva de la comunicación, es decir, la realización de acciones y la vehiculización de contenidos, se consideró desarrollar un sistema a través del cual fuese posible analizar la conversación terapéutica, identificando acciones verbales a través de las cuales ambos actores logran influirse mutuamente sin perder de vista el contenido, ya que ambas dimensiones están involucradas en la construcción del cambio psicológico.

El propósito de este artículo es, entonces, introducir el Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT-1.0), exponiendo la metodología empleada para su desarrollo, ilustrando sus principales categorías de análisis, y dando cuenta de su utilización como un sistema de codificación confiable.

Método

Para la construcción del SCAT-1.0, se empleó un diseño de investigación de tipo exploratorio-descriptivo, y de enfoque mixto, es decir, utilizando secuencialmente técnicas cualitativas y cuantitativas. Se realizaron periódicamente procedimientos de revisión, discusión y validación de los análisis por medio de acuerdos intersubjetivos entre los investigadores. Finalmente se realizó un estudio de confiabilidad del sistema empelando el índice Kappa.

Muestra

La unidad muestral considerada tanto para la elaboración del SCAT-1.0 como para la realización del estudio de confiabilidad, fue el episodio de cambio psicoterapéutico (Krause et al., 2006). Se ha demostrado que episodios relevantes durante el proceso

psicoterapéutico facilitan el estudio de la efectividad en psicoterapia (Hill, 1990, 2005; Krause, 2005; Mergenthaler, 2000), y que estos episodios pueden ser identificados confiablemente no sólo por observadores externos, sino también por pacientes y terapeutas (Helmeke & Sprenkle, 2000; Hill, 1990). Adicionalmente, el uso de los episodios de cambio conlleva dos ventajas metodológicas. En primer lugar, se trata de un sistema de selección de segmentos relevantes en sesiones psicoterapéuticas que se encuentra validado empíricamente (véase, el instrumento de Indicadores Genéricos de Cambio ICG en Echávarri et al., 2009; Krause, et al., 2006; Krause et al., 2007; Reyes et al., 2008, Valdés et al., 2005). En segundo lugar, la utilización de estos episodios relevantes, permite resolver el problema de la excesiva cantidad de información que puede resultar del microanálisis de la comunicación verbal en cada sesión de un proceso psicoterapéutico, asignándole simultáneamente, un sentido teórico y práctico al procedimiento de muestreo que se halla implícito en la selección de dichos episodios (Elliot, et al., 1987; Krause, 2005).

De este modo, la muestra quedó conformada por 69 episodios de cambio, identificados en 5 psicoterapias de diferentes enfoques y modalidades terapéuticas (ver Tabla 2), las cuales fueron realizadas por cinco terapeutas (1 mujer y 4 hombres) con diferentes niveles de experticia (entre 10 a 30 años de práctica profesional). Todos los tratamientos fueron considerados exitosos de acuerdo a los puntajes ob-

tenidos por los pacientes en el OQ-45.2 y el criterio de Índice de Cambio Confiable (ICC) (Lambert, Hansen, Umphress, Lunnen, Okiishi, & Burlingame, 1996; versión adaptada y validada para la población Chilena (de la Parra & Von Bergen, 2001).

Procedimiento

El Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT-1.0) se desarrolló en dos fases sucesivas. El objetivo de la primera fase fue construir el sistema de codificación, en tanto en la segunda se llevó a cabo un estudio para asegurar la confiabilidad en la aplicación del sistema y, en consecuencia, los resultados obtenidos a partir de su análisis.

Primera Fase: Construcción del SCAT. Se realizó un análisis cualitativo (Análisis de Contenido Orientado al Descubrimiento: Hill & O'Grady, 1985) a las *Acciones Comunicacionales* (AACC) verbalizadas por pacientes y terapeutas en episodios de cambio. Las AACC fueron conceptualizadas como aquellas acciones lingüísticas que la persona realiza cuando habla (qué es lo que la persona hace al hablar) y que cumplen el doble propósito de transportar información (comunicar contenidos), y de influir al otro y la realidad construida por ambos actores (acción). El SCAT, por lo tanto, considera ambas dimensiones.

Para el análisis, los episodios fueron divididos en *turnos de palabra*. Su división fue realizada considerando que "los límites del turno de palabra es-

Tabla 2. Caracterización de las Terapias Analizadas

Nº TERAPIA	ENFOQUE TERAPÉUTICO	MODALIDAD TERAPÉUTICA	GÉNERO	EDAD	OCUPACIÓN	ESTADO CIVIL	FOCO DE LA TERAPIA	Nº DE EPISODIOS DE CAMBIO
I	Psicodinámica	Individual	F	29	Tecnóloga médica	Casada	Disminución de la Ansiedad como resultado de la separación; fortalecimiento de la autonomía; y favorecer la expresión de las necesidades emocionales	10
II	Psicodinámica	Individual	F	38	Maestra	Separada	Elaboración del duelo por la separación y las pérdidas recientes	14
III	Construccionista-Social	Familiar	F	38	Vendedora	Separada	Resolución de conflictos entre madre e hijo, y entre los padres	12
IV	Cognitivo-Conductual (abuso de sustancias)	Grupal	M M M M M	19 23 32 34 36 52	Estudiante Desempleado Médico Vendedor Téc. Informática Profesor	Soltero Soltero Soltero Casado Casado Casado	Reconocimiento de la existencia del problema de adicción; Fortalecimiento de la habilidad para poner límites; identificación de las situaciones de riesgo	9
V	Psicodinámica	Individual	F	43	Directora de Colegio	Casada	Expresión de necesidades; fortalecimiento de la autonomía; mejorar la calidad de las relaciones interpersonales	24

tán definidos por el inicio de la verbalización de uno de los participantes, la que finaliza con el inicio de la verbalización del otro” (Krause et al., 2009). El análisis de los turnos de palabra se realizó en dos etapas:

- Etapa 1. En un primer momento un equipo de investigación integrado por investigadores y terapeutas de diferente orientación teórica llevó a cabo la codificación de los turnos de palabras de los primeros cinco episodios de cambio de cada terapia (N=25). Para ello se empleó una estrategia de validación intersubjetiva, es decir, por medio de una discusión grupal se etiquetaron AACC formando categorías y diversas opciones de codificación. El resultado de esta primera etapa fue un listado preliminar que incluía 108 AACC agrupadas en las siguientes 3 categorías: 4 Formas Básicas (Asentir, Aseverar, Preguntar y Negar), 58 Acciones que se agruparon en 9 Intenciones Comunicacionales (Explorar, Clarificar, Focalizar, Sintonizar, Retroalimentar, Resignificar-Constuir, Resignificar-Consolidar, Orientar el Comportamiento y Trabajar lo Afectivo) y 46 Técnicas (Krause et al., 2006; Valdés, et al., 2007). Con este listado preliminar se procedió a codificar los episodios de cambio restantes (N=44) de todas las terapias. Esta codificación fue realizada por subequipos de trabajo, dejando abierta la posibilidad de que sugieran en esta etapa nuevas AACC.

- Etapa 2. En un segundo momento se llevó a cabo una depuración del SCAT con el propósito de elaborar de manera consensuada, una versión final del sistema. Con este fin, fueron revisadas una a una las categorías del sistema (*Formas Básicas, Intenciones Comunicacionales y Técnicas*), con sus diferentes opciones de codificación mediante tres estrategias semi-simultáneas. La primera estrategia consistió en un análisis de frecuencia de aparición de los códigos correspondientes a cada una de las categorías, eliminando aquellos que mostraban una baja frecuencia. La segunda estrategia consistió en una revisión teórica y empírica de los sistemas de clasificación existentes (e.g. Elliott et al., 1987), con el fin de chequear las categorías y códigos del SCAT con las de estos otros sistemas y, a la luz de esta comparación, reagrupar los códigos contenidos en las categorías del SCAT, según correspondieran a una misma clase de forma (*Forma Básica*), propósito (*Intención Comunicacional*) o herramienta (*Técnica*) comunicacional - por ejemplo, las Intenciones Comunicacionales Explorar, Clarificar y Focalizar fueron agrupadas en una única Intención Comunicacional llamada Explorar, puesto que en las tres el propósito comunicacional es recabar, entregar o clarificar información en forma precisa (Krause et al., 2009). Finalmente, la tercera estrategia consis-

tió en la inclusión de dos categorías de análisis que permitieran al sistema dar cuenta de los contenidos y de la referencia comunicada por medio de las acciones antes mencionadas (Valdés, et al., 2010).

El resultado de esta segunda etapa fue el listado definitivo de la primera versión del Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica, denominado desde este momento SCAT-1.0. Adicionalmente y, basado en esta última versión, se desarrolló un manual para el entrenamiento en su utilización (Krause et al., 2009) que incluye la descripción de las categorías de análisis, los criterios de segmentación del turno de palabra, los procedimientos para completar las planillas de codificación y, un glosario con ejemplos para cada uno de los códigos de las distintas categorías.

Segunda Fase: Estudio de Confiabilidad del SCAT-1.0. El estudio de confiabilidad del SCAT-1.0 se realizó en dos etapas. En la primera etapa, dos jueces entrenados en el uso del SCAT-1.0, codificaron de manera independiente una muestra de 2 episodios de cambio psicoterapéuticos. Una vez finalizada la codificación de 190 turnos de palabra, se procedió a realizar el análisis de confiabilidad y, con estos resultados, se analizaron las fuentes de desacuerdos para corregirlas en el manual. En la segunda etapa, este mismo procedimiento se realizó, empleando un episodio de estancamiento* (117 turnos de palabra) con el propósito de descartar la posibilidad de un efecto del tipo de episodio en la confiabilidad del sistema. En total se codificaron 307 turnos de palabra/segmentos, correspondientes a 2 episodios de cambio y 1 episodio de estancamiento extraídos del mismo proceso psicoterapéutico. Para el análisis de confiabilidad del SCAT-1.0 se utilizó el índice Kappa (índice de acuerdo), que es un índice frecuentemente empleado para el caso de variables categóricas. Los análisis fueron realizados con SPSS 14.0 y EPI-DAT versión 3.1.

Resultados

Los resultados se han organizado de la siguiente forma: primero, se presentan la definición final y las categorías que componen las distintas dimensiones del SCAT-1.0, luego se exponen los resultados de los estudios de confiabilidad del sistema, y finalmente, se ilustra la aplicación del sistema con un extracto de un episodio de cambio.

Dimensiones, Categorías y Códigos del SCAT-1.0

El Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT-1.0) está conformado por cinco categorías de análisis: tres categorías corresponden a la

* Un episodio de estancamiento se define como aquel segmento de la sesión terapéutica en el que el o la paciente exhibe una reiteración de su patrón de funcionamiento problemático, caracterizado por la persistencia en sus formas de entendimiento, emociones y comportamiento, relacionadas con el problema e incompatibles con el cambio.

dimensión *Acción* y dos categorías corresponden a la dimensión *Contenido*. Las categorías que agrupan 22 códigos de Acción son: Forma Básica, Intención Comunicacional y Técnica. Asimismo, las categorías que agrupan 9 códigos de *Contenido* son: Ámbito y Referencia (ver Figura 1).

Categorías de la Dimensión Acción. La primera categoría de la dimensión Acción se denomina Forma Básica y permite clasificar la estructura formal de la verbalización realizada por el hablante, distinguiendo entre los códigos: Asentir, Aseverar, Negar, Preguntar y Dirigir. La Forma Básica *Asentir* es la Acción Comunicacional (AC) realizada por el hablante para admitir como cierto lo dicho por el otro (Ej., “claro”, “por supuesto”, “puede ser”, “mhmm”), mientras que la Forma Básica *Negar* es realizada por el hablante para no admitir como cierto lo dicho por el otro (Ej., “no”, “de ninguna manera”). Por otra parte, la Forma Básica *Aseverar* es realizada por el hablante para afirmar algo que pretende ser verdad (Ej., “pero igual la echa de menos, esa podría ser otra manera”, “lo hizo para comprometerse”, “imposible”), mientras que la Forma Básica *Dirigir* es realizada para intentar que el otro ejecute una acción cognitiva, emocional o comportamental (Ej., “piense en lo que le acabo de decir”, “sostenga la emoción que está sintiendo ahora”, “mire a su marido mientras le habla”). Finalmente, la Forma Básica

Preguntar es la AC realizada por el hablante para interrogar al otro sobre cierta información (Ej., “¿y de qué cosa se quejaba entonces?”, “¿cómo se sintió en ese momento?”).

La segunda categoría de la dimensión Acción se denomina Intención Comunicacional y permite clasificar el propósito comunicacional expresado durante la verbalización del hablante, vale decir, lo que la persona persigue con su comunicación. Esta categoría permite distinguir entre los códigos: Explorar, Sintonizar y Resignificar. La Intención Comunicacional *Explorar* es la AC realizada por el hablante con el propósito de: (a) averiguar o entregar contenidos que se desconocen (“¿a qué le teme?”, “mi madre tenía entonces 36 años”, “¿cuándo fue la última vez que recaíste?”); (b) clarificar contenidos (“¿o sea que esas cosas no las cuentas?”, “quiero decir que no terminaré la universidad”); y/o (c) dirigir la atención y los esfuerzos hacia un determinado foco de la conversación (“voy a contarle algo que me pasó el fin de semana”, “yo quiero volver sobre algo que usted dijo al inicio de la sesión”, “has nombrado varias cosas, pero quedémonos con la primera”). La Intención Comunicacional *Sintonizar* es realizada con el propósito de: (a) entender o ser entendido por el otro (“necesito que me entienda lo que intento explicarle”, “ahh lo que me quieres decir es que te cuesta reconocerlo”, “o sea que usted piensa que

Figura 1. Dimensiones, Categorías y Códigos del SCAT-1.0



ese suceso tuvo que ver con que no lo llamara”); (b) armonizar con el otro (“me pongo en tu lugar y para ti debe ser muy complicado todo esto”, “la situación de su hija debió ser motivo de gran alegría para usted”); y/o (c) darle una retroalimentación al otro (“lo que acabas de decir me molestó”, “eso habla bien de tu proceso porque has sabido enfrentar situaciones difíciles”). Finalmente, la Intención Comunicacional *Resignificar* es la AC realizada con el propósito de: (a) construir nuevos significados (“usted no se ha puesto a pensar que hay una parte suya que anda por la vida como aplanadora, y otra parte suya que nadie ve. Esa es la parte que sufre”, “yo creo que eso de ser tan seria y aburrida tiene que ver con la manera como mi papá me educó”); y/o (b) consolidarlos (“usted reconoció que se guarda las emociones, pero además eso la hace alejarse de los demás”, “en el fondo, fondo, nunca quise dejar de ser niña”).

La tercera categoría de la dimensión Acción se denomina Técnica y permite clasificar los recursos metodológicos comunicacionales presentes en la verbalización del hablante, distinguiendo entre los códigos: Argumentación, Autorrevelación, Confrontación, Consejo, Imaginería, Información, Interpretación, Narración, Nominación, Paradoja, Reflejo, Refuerzo, Resumen y Role Playing.

Ocho de los códigos de esta categoría coinciden con técnicas clásicas propias de distintos enfoques psicoterapéuticos:

En la *Confrontación* se enfrenta al otro o a sí mismo con sus propias aseveraciones (“te va a ser muy difícil mantener el mismo estilo de vida que tenías, y hacer las mismas cosas que hacías antes”, “usted quiere que se hagan las cosas como usted quiere”);

En la *Imaginería* se representa mentalmente una situación presente, pasada o futura, real o fantaseada (“imagine cómo va a actuar usted en ese momento”, “imagino que debe haber quedado triste después de mi llamada”);

En la *Interpretación* un contenido es comprendido, expresado y traducido a una nueva forma de expresión del mismo (“pareciera que usted, pensando en esto que me contaba acerca de ser precavida, de cuidar su imagen, tuviera como susto parecerse a su papá en algún momento, y por eso cuida su imagen”);

En la *Nominación* se da un nombre a una idea, hecho o acción relatada (“no es vergüenza, es miedo”);

En la *Paradoja* se declara algo en apariencia verdadero, pero que guarda una contradicción lógica que se presenta como absurda para el sentido común (“si no tienes ganas de levantarte no te levantas, ni te duches. Y al tercer día te van a dar ganas de levantarte”);

tes, ni te duches. Y al tercer día te van a dar ganas de levantarte”);

En el *Reflejo* ese hace de espejo de los estados afectivos, cognitivos y/o comportamentales del otro (“además, te ves como desganado y cansado”, “parece que se quedó pensando lo que le acabo de decir”);

En el *Refuerzo* se alienta o valida al otro (“pero a ver, usted es capaz de reflexionar sobre cuál podría ser el camino correcto”, “o sea, definitivamente usted ha demostrado su capacidad de ejercer su rol de madre”);

En el *Role Playing* se actúa una situación poniendo en escena distintos personajes (“T: hable como si usted fuera su nariz, P: mi principal labor como nariz es respirar”).

Por otro lado, seis códigos de esta categoría corresponden a recursos comunicacionales propios de la interacción cotidiana:

En la *Argumentación* se da un fundamento, un ejemplo, una generalización o una justificación para un contenido (“he andado con ganas de consumir porque ando muy cansado y desmotivado”, “por ejemplo cuando usted tomó la decisión de no llamarlo más”, “no voy a llorar porque los hombres nunca lloran”);

En la *Autorrevelación* el terapeuta o, el paciente en el rol de co-terapeuta (el rol de paciente implica una constante autorrevelación), evidencia información personal de sí mismo (“lo entiendo porque yo como padre también me preocuparía”, “en mi caso cuando tengo sueños de consumo, los cuento al otro día”);

En el *Consejo* se persuade al otro de manera que ejecute determinados actos, se da una instrucción o una tarea (“no debería permitirle, porque si usted se lo permite, él la va a seguir tratando así”, “mire atentamente la cara de su esposa mientras le dice cómo se siente”, “la próxima vez que camine por el centro quiero que lo haga lo más lento que pueda”);

En la *Información* se entregan conocimientos dados por verdaderos (“es importante que los niños tengan límites”);

En la *Narración* se citan contenidos que dan cuenta de una sucesión de hechos que se producen a lo largo de un tiempo determinado (“esa vez, lo que pasó fue que él me dijo que no quería que siguiéramos juntos, y a mí me dio terror, y le pedí que por favor nos diéramos otra oportunidad. Desde entonces, él empezó a llegar muy tarde a casa, casi todas las noches”, “cuando salgo con mi hermano a la calle, él siempre corre, no se deja tomar de la mano y es ahí cuando yo me enojo y nos ponemos a pelear”);

En el *Resumen* se sintetizan los contenidos expresados por el otro o por uno mismo (*"en síntesis, de acuerdo a lo que hemos conversado, se puede decir que usted considera que su trabajo es poco variado"*).

Categorías de la Dimensión Contenido. La primera categoría de la dimensión contenido se denomina *Ámbito* y permite clasificar la Acción Comunicacional considerando para ello si el objeto del trabajo terapéutico es principalmente cognitivo (ámbito de las ideas), emocional (ámbito de los afectos) o comportamental (ámbito de las acciones).

El código *Ideas* de la categoría *Ámbito*, indica que el trabajo terapéutico se circunscribe principalmente al mundo de los pensamientos, siendo de carácter cognitivo (*"tengo la impresión de que le hizo sentido lo que le acabo de decir"*, *"yo creo que por eso soy así, porque no abuso del tiempo de los otros"*). El código *Afectos* de la categoría *Ámbito*, indica que el trabajo terapéutico se circunscribe principalmente al mundo de las emociones, sentimientos y/o estados anímicos (*"quédese con eso, conéctese con lo que está sintiendo en estos momentos"*, *"producto de eso no puedo lograr sentir algo de placer, yo creo que ahí sentiría mucha pena"*). Finalmente, el código *Acción* de la categoría *Ámbito*, indica que el trabajo terapéutico se circunscribe principalmente al mundo del comportamiento, siendo de carácter conductual (*"cuando ellos empiezan a discutir yo prefiero no meterme"*, *"ahora que yo le estaba hablando y la estaba llevando por otro camino del que usted me había llevado, usted empezó a mirar la hora"*).

Finalmente, la segunda categoría de la dimensión Contenido se denomina *Referencia* y permite clasificar la AC dependiendo de si está dirigida a sí mismo (paciente o terapeuta), a otro presente en la sesión (paciente, terapeuta u otros), a un tercero fuera de la sesión, a la relación terapéutica, a la relación con un tercero fuera de la sesión, o si se refiere a un sujeto neutral.

Los siguientes tres códigos de esta categoría permiten clasificar la Referencia a los actores principales de la conversación psicoterapéutica:

La Referencia es a *Sí mismo* cuando la verbalización en relación al objeto del trabajo terapéutico se dirige hacia el propio hablante, ya sea este paciente o terapeuta (*"yo trato de ser lo más honesta posible y no alcanzo a darme cuenta que sea realmente así"*);

La Referencia es a *Otro presente* cuando se dirige hacia el otro hablante presente en la sesión ya sea este paciente o terapeuta (*"tú deberías tomar en cuenta lo que ella te dice"*, *"¿ustedes acaso no se han puesto a pensar en eso?"*);

Y la Referencia es a la *Relación terapéutica* cuando se dirige a la relación actual del o de los pacientes con el terapeuta (*"nosotros estuvimos conversando de eso en la sesión pasada"*, *"y con usted logro darme cuenta de cosas que no había visto antes"*, *"cuando yo le señalo eso que usted hace, entonces le da rabia"*).

Los siguientes dos códigos de esta categoría permiten clasificar la Referencia a otros actores que participan de la conversación psicoterapéutica, estén o no presentes en la sesión:

La Referencia es a *Un tercero* cuando se dirige a un otro dentro o fuera de la sesión (*"ella nunca ha admitido que le molestó"*, *"ellos no me entienden ni me tienen paciencia"*, *"las mujeres creen siempre tener la razón de todo"*);

Y la Referencia es a *la relación con un tercero* cuando se dirige a la relación del hablante con un otro dentro o fuera de la sesión (*"nosotros con mi marido no logramos ponernos de acuerdo con respecto a ese tema"*).

Finalmente, puede darse el caso de una Referencia *Neutral* cuando se dirige a algo indefinido, en la que se omite el sujeto de la comunicación, independizando la acción de un agente (*"sigue ocurriendo porque las cosas no cambian de un día para otro"*, *"esa justamente es la pregunta"*).

Resultados del Estudio de Confiabilidad del SCAT-1.0

Se analizó el grado de concordancia entre dos jueces independientes para la codificación de las 5 categorías del SCAT-1.0 en tres episodios, dos de cambio y uno de estancamiento. Tal como se aprecia en la tabla 3, se realizaron análisis de confiabilidad para el total de los segmentos (N=307) correspondientes a los tres episodios analizados. Además, se calculó por separado la confiabilidad obtenida para el análisis de los episodios de cambio y para el análisis del episodio del estancamiento.

Los resultados indican que los jueces presentan elevados niveles de acuerdo ($\kappa_s \geq .90$, 95% IC, .86 - .99) en la categoría Forma Básica, conformada por 5 códigos, tanto al analizar los tres episodios conjuntamente, como al considerar los episodios de cambio y episodio de estancamiento en forma separada. Por su parte, en la categoría Intención Comunicacional, conformada por 3 códigos, los jueces presentan niveles buenos de acuerdo ($\kappa_s \geq .71$, 95% IC, .63 - .87) en el conjunto de las mediciones. El acuerdo entre los jueces en la categoría Técnica (conformada por 14 códigos) fue la que mostró los índices más bajos de acuerdo. En esta categoría se observó un $kp = 0.53$ al considerar el conjunto de los episodios,

Tabla 3. Análisis de Confiabilidad del SCAT-1.0

CATEGORÍAS DEL SCAT	N SEGMENTOS	KAPPA	KAPPA ES	P
Episodios de Cambio y Episodios de Estancamiento				
Formas Básicas	307	0,92	0,02	,000
Intenciones	307	0,74	0,03	,000
Comunicacionales	307	0,53	0,04	,000
Técnicas	307	0,73	0,03	,000
Contenido-Ámbito	307	0,79	0,03	,000
Contenido-Referencia	307	0,79	0,03	,000
Episodios de Cambio				
Formas Básicas	190	0,91	0,03	,000
Intenciones	190	0,71	0,04	,000
Comunicacionales	190	0,42	0,04	,05*
Técnicas	190	0,73	0,04	,000
Contenido-Ámbito	190	0,73	0,04	,000
Contenido-Referencia	190	0,73	0,04	,000
Episodio de Estancamiento				
Formas Básicas	117	0,93	0,03	,000
Intenciones	117	0,78	0,05	,000
Comunicacionales	117	0,70	0,06	,000
Técnicas	117	0,73	0,05	,000
Contenido-Ámbito	117	0,82	0,05	,000
Contenido-Referencia	117	0,82	0,05	,000

Nota. Kappa ES = error estándar; * $p < .05$

un $k_p = 0.42$ en los episodios de cambio y, un $k_p = 0.70$ en el episodio de estancamiento.

En la categoría Ámbito de la dimensión contenido, conformada por 3 códigos, el acuerdo entre los jueces es bueno, obteniéndose valores ($\kappa_s \geq .73$, 95% IC, .62 - .83) en el conjunto de las mediciones. Por su parte, el acuerdo entre los jueces en la categoría Referencia de la dimensión Contenido (6 códigos) fue similar al obtenido para la categoría Ámbito de la misma dimensión ($\kappa_s \geq .73$, 95% IC, .65 - .89), presentando buenos niveles de acuerdo.

Finalmente, a partir del análisis de la superposición de los intervalos de confianza de cada uno de los índices kappa calculados para cada una de las 5 categorías del SCAT-1.0, es posible concluir que las diferencias entre estas no son estadísticamente significativas (Hernández, Fernández, & Baptista, 1991).

Ilustración de la Aplicación del SCAT-1.0

A continuación se presenta un ejemplo de la aplicación del SCAT-1.0 al análisis de una interacción verbal entre paciente y terapeuta tomada de un

episodio de cambio correspondiente a una psicoterapia breve, de modalidad individual y de orientación psicodinámica. El extracto que se analiza está constituido por tres *turnos de palabra*. Los turnos de palabra contienen la unidad de análisis del SCAT-1.0, es decir, la verbalización de terapeutas y pacientes. Los límites del turno de palabra están definidos por el inicio de la verbalización de uno de los participantes que finaliza con el inicio de la verbalización del otro. Esto se expresa en la transcripción de las sesiones a través de párrafos, separados con punto aparte, enumerados secuencialmente, en este caso, 260, 261 y 262. El participante que lo inicia es indicado por las letras P (paciente) o T (terapeuta) (ver tabla 4).

En el turno de palabra 260 el terapeuta *Pregunta* (Forma Básica) y *Explora* (Intención Comunicacional) con el propósito de solicitar una explicación a la paciente, relacionada con su elección de pareja (Ámbito), constituyéndose este ámbito el objeto de trabajo terapéutico, en el cual, el uso explícito del verbo “elegir” indica que está situado en el mundo de los comportamientos, es decir, en el ámbito de la *Acción*. En este mismo turno, el hablante es el terapeuta, sin embargo la protagonista del trabajo

terapéutico es la paciente, quien desde la perspectiva del terapeuta es *Otro presente en la sesión* (Referencia). Finalmente, no se aprecia el uso de una herramienta comunicacional en particular (Técnica), por lo tanto no se codifica.

En el turno de palabra 261 la paciente *Asevera* (Forma Básica) y *Explora* (Intención Comunicacional) con el propósito de entregar la información solicitada por el terapeuta, y además, emplea la *Argumentación* (Técnica) como herramienta comunicacional para apoyar dicho propósito, porque a través de ella la paciente ofrece un fundamento o una justificación al contenido expresado. Dicho contenido se codifica como *Idea* (Ámbito), puesto que aún cuando la conversación sigue centrada en la temática de la elección de pareja que hizo la paciente, el uso de la conjunción causal “porque” permite interpretar que el trabajo terapéutico se traslada a la representación que tiene la paciente del comportamiento en cuestión. En esta ocasión, la paciente en tanto hablante es a su vez la protagonista del trabajo terapéutico, es decir su Acción Comunicacional se encuentra referida a *Sí misma* (Referencia).

En el turno de palabra 262 el terapeuta realiza dos Acciones Comunicacionales consecutivas, siendo esta la razón para codificarlas separadamente. En el primer segmento, el terapeuta sólo *Niega* (Forma Básica) y no es posible codificar ninguna de las otras categorías de análisis que contempla el SCAT-1.0 (para revisar las reglas de codificación véase Krause et al., 2009). En el segundo segmento, el terapeuta *Asevera* (Forma Básica) y *Resignifica* (Intención Comunicacional) al cuestionar la información entregada por la paciente. Este propósito comunicacional es apoyado con una *Confrontación* (Técnica) como re-

curso metodológico empleado por el terapeuta para enfrentar a la paciente con su propia aseveración, y mostrarle la inconsistencia de aquellos contenidos relacionados con la conducta específica de elegir una pareja. Por lo tanto, se codifica *Acción* (Ámbito) puesto que el objeto de trabajo terapéutico nuevamente es trasladado a dicho comportamiento. Por último, el hablante es otra vez el terapeuta, quien sitúa como protagonista del trabajo terapéutico a la paciente, es decir, como *Otro presente en la sesión* (Referencia).

Conclusión

La noción del habla que está a la base del SCAT-1.0 se basa en la idea de un lenguaje performativo (decir algo es hacer algo). A partir de esta noción, el sistema fue desarrollado contemplando dimensiones de análisis paralelas y no inclusivas, que permiten extender este argumento en términos de que decir algo es realizar algo y más. En este sentido, la inclusión de más de una dimensión que da cuenta de la acción comunicativa (con las categorías Forma Básica, Intención Comunicacional y Técnica) y del contenido transportado a través de dicha acción (con las categorías Ámbito y Referencia), hace del SCAT-1.0 una herramienta de análisis que permite dar cuenta de la complejidad y multidimensionalidad de la interacción comunicativa en el contexto de la psicoterapia.

Adicionalmente, el SCAT-1.0 ha sido desarrollado en coherencia con la idea que el proceso de cambio psicoterapéutico es co-construido tanto por la Acciones Comunicacionales realizadas por el tera-

Tabla 4. Ilustración de la aplicación del SCAT-1.0

TRANSCRIPCIÓN	FORMA BÁSICA	INTENCIÓN COMUNICACIONAL	TÉCNICA	ÁMBITO	REFERENCIA
260					
T: ¿por qué eligió a Luis pues?	1. Preguntar	1. Explorar	1. —	1. Acción	1. Otro Presente
261					
P: porque era lo que yo tenía a mano	1. Aseverar	1. Explorar	1. Argumentación	1. Ideas	1. Sí mismo
262					
T: no, pero cómo ¹ /, Ud. lo eligió ²	1. Negar	1. —	1. —	1. —	1. —
	2. Aseverar	2. Resignificar	2. Confrontación	2. Acción	2. Otro Presente

peuta como las realizadas por el paciente. Aunque todas las dimensiones y categorías consideradas en el SCAT-1.0 se encuentran teñidas de esta noción, quizás la categoría Técnica es la que mejor la plasma. La idea de técnica comunicacional que apoya un propósito comunicacional no se plantea como tradicionalmente se lo ha hecho, como una acción exclusiva del terapeuta, sino por el contrario, como una acción que puede ser realizada por ambos actores de la psicoterapia, terapeutas y pacientes. Esta característica del SCAT-1.0, ofrece la posibilidad, por ejemplo, de dar cuenta del carácter complementario o simétrico de la interacción terapéutica y/o de la evolución de la relación en estos términos a lo largo del proceso psicoterapéutico.

Asimismo, el SCAT-1.0 como sistema de codificación de la actividad terapéutica no fue construido a partir de un modelo psicoterapéutico particular o de una intervención específica. Por el contrario, el SCAT-1.0 fue desarrollado con el propósito de permitir el estudio de la interacción entre paciente y terapeuta en el contexto de psicoterapias de diferentes modalidades y orientaciones. Este carácter genérico del sistema hace posible el análisis simultáneo de la actividad terapéutica en términos de su especificidad (por ejemplo, el análisis de Acciones Comunicacionales que pudieran ser más frecuentes en cierto tipo de psicoterapias), y en términos de su carácter común (por ejemplo, el análisis de Acciones Comunicacionales presentes en distintos tipos de psicoterapias).

Finalmente, el SCAT-1.0 es un sistema confiable para la codificación de las Acciones Comunicacionales presentes en el diálogo entre paciente y terapeuta durante episodios relevantes en psicoterapias de distintas modalidades y orientaciones teóricas. Cuatro de las cinco categorías que lo conforman (Formas Básicas, Intenciones Comunicacionales, Ámbito y Referencia), mostraron índices de acuerdo entre jueces igual y por sobre un nivel calificado como sustancial o bueno ($k_p \geq 0.61$; Landis & Koch, 1977). La categoría Técnica, por su parte, mostró el nivel más bajo de acuerdo entre jueces. Sin embargo, los índices de acuerdo para esta categoría, se mantuvieron en el rango de valores calificados en un nivel moderado o aceptable ($.60 \geq k_p \geq .41$; Landis & Koch, 1977), sobre todo si se considera que de todas las categorías del SCAT-1.0, esta es la que presenta un mayor número de códigos (14).

En conjunto, las características del SCAT-1.0 anteriormente sintetizadas, dan cuenta del propósito último perseguido al desarrollar este sistema de codificación: posibilitar el estudio y análisis riguroso de las verbalizaciones tanto de pacientes como de terapeutas durante el diálogo psicoterapéutico, de manera de obtener conocimiento sobre la evolución

de la comunicación, los mecanismos y las acciones responsables del cambio a través del proceso psicoterapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

- Asay, T. P. & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. En M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *The heart & soul of change. What works in therapy* (pp. 23-55). Washington, DC: American Psychological Association.
- Boisvert, C., & Faust, D. (2003). Leading researchers' consensus on psychotherapy research findings: Implications for the teaching and conduct of psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 508-513.
- Connolly, M. B., Chris-Cristoph, P., Shapell, S., Barber, J. P. & Luborsky, L. (1998). Therapist Interventions in Early Sessions of Brief Supportive-Expressive Psychotherapy for Depression. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 290-300.
- de la Parra, G., & von Bergen, A. (2001). *Administration of the Outcome Questionnaire OQ-45.2 in Santiago de Chile: Validity, reliability, applicability, normative data and clinical projections*. Paper presented at the 32nd International Congress of the Society for Psychotherapy Research, Montevideo, Uruguay.
- Echávarri, O., González, A., Krause, M., Tomicic, A., Pérez, C., Dagnino, P., et al. (2009). Cuatro terapias psicodinámicas breves exitosas estudiadas a través de los Indicadores Genéricos de Cambio. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18 (1), 5-19.
- Elkin, L., Parloff, J. M., Hadley, S. W. & Autrey, J. H. (1985). NIMH treatment of depression collaborative research program. *Archives of General Psychiatry*, 42, 305-316.
- Elliott, R. (1984). A discovery-oriented approach to significant change events in psychotherapy: Interpersonal process recall and comprehensive process analysis. In L. Rice & L. S. Greenberg (Eds.), *Patterns of change: intensive analysis of psychotherapy process* (pp. 249-286). New York: Guilford.
- Elliot, R., Hill, C.E., Stiles, W.B., Friedlander, M.L., Mahrer, A.R. & Margison, F.R. (1987). Primary therapist response modes: A comparison of six rating systems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 218-223.
- Elliott, R. (1985). Helpful and nonhelpful events in brief counseling interviews: an empirical taxonomy. *Journal of Counseling Psychology*, 32, 301-322.

- Elliott, R., Slatick, E., & Urman, M. (2001). Qualitative Change Process Research on Psychotherapy: Alternative Strategies. In: J. Frommer and D.L. Rennie (Eds.), *Qualitative psychotherapy research: Methods and methodology* (pp. 69-111). Lengerich, Germany: Pabst Science Publishers.
- Etchebarne, I., Fernández, M., & Roussos, A.J. (2008). Un esquema clasificatorio para las intervenciones en terapia interpersonal. *Anuario de Investigaciones – Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires*, 15, p.15-30.
- Evans, M. D., Piasecki, J. M., Kriss, M. R. & Hollon, S. D. (1984). *Raters' Manual for the Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale--Fonn 6*. Minneapolis: MN University of Minnesota and the St. Paul-Ramsey Medical Center.
- Friedlander, M. L. (1982). Counseling discourse as a speech event: Revision and extension of the Hill Counselor Verbal Response Category System. *Journal of Counseling Psychology*, 29, 425-429.
- Goldberg, D. P., Hobson, R. F., Maguire, G. P., Margison, F. R., O'Dowd, T., Osborn, M., et al. (1984). The clarification and assessment of a method of psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 144, 567-580.
- Helmeke, K. B. & Sprenkle, D. H. (2000). Clients' perceptions of pivotal moments in couples therapy: A qualitative study of change in therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 469-483.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (1991) *Metodología de la investigación* McGraw-Hill, México.
- Hill, C. E. (1978). The development of a system for classifying counselor responses. *Journal of Counseling Psychology*, 25, 461-468.
- Hill, C. E. (1990). Exploratory In-Session Process Research in Individual Psychotherapy: A Review. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 288-294.
- Hill, C. (2005). Therapist techniques, client involvement, and the therapeutic relationship: inextricably intertwined in the therapy process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 431-442.
- Hill, C.E., & O'Grady, K.E. (1985). List of Therapist Intentions: Illustrated in a Single Case and with Therapists of Varying Theoretical Orientations. *Journal of Counseling Psychology*, 32, 3-22.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (Eds.). (1999). *The heart & soul of change: What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Jones, E. E., Cumming, J. D., & Pulos, S. (1991). The psychotherapy process Q-set: Applications in single case research. In N. Miller, L. Luborsky, J. Barber & J. Docherty (Eds.). *Handbook of psychodynamic research and treatment*.
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y cambio: Una mirada desde la subjetividad*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Krause, M., de la Parra, G. & Arístegui, R. (2006). *Hacia una práctica efectiva en psicoterapia: estudio de episodios de cambio relevantes en diferentes tipos de psicoterapia y sus efectos en los resultados terapéuticos* (Proyecto FONDECYT 1030482). Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Psicología.
- Krause, M., de la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., et al. (2007). The evolution of therapeutic change studied through generic change indicators. *Psychotherapy Research*, 17, 673-689.
- 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 (Manuscrito sin publicar).
- Lambert, M., & Barley, D. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357-361.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., Umphress, V., Lunnen, K., Okiishi, J., & Burlingame, G. M. (1996). *Administration and scoring manual for the OQ-45.2*. Wilmington, DE: American Professional Credentialing Services.
- Landis, J. & Koch, G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- Llewellyn, S.P., & Hardy, G. (2001). Process research in the practice of psychological therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 1-21.
- Mahrer, A.R., Nadler, W.P., Stalikas, A., Schachter, H.M. & Sterner, I. (1988). Common and distinctive therapeutic change processes in client-centered, rational-emotive, and experiential psychotherapies. *Psychological Reports*, 62, 972-974.
- Maione, P.V., & Chenail, R.J. (1999). Qualitative inquiry in psychotherapy: Research on the common factors. In M. Hubble, B. Duncan, & S. Miller (Eds.), *The heart and soul of change* (pp. 57- 88). Washington, D.C.: APA Press.
- Mergenthaler, E. (2000). The Therapeutic Cycle Model in psychotherapy research: Theory, measurement, and clinical application. *Ricerche sui Gruppi*, 5, 34-40.
- Messer, S., & Wampold, B. (2002). Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy

- ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 21-25.
- Meyer, A. E. (1990). Eine Taxonomie der bisherigen Psychotherapieforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 14, 287-291.
- Orlinsky, D., & Howard, K. J. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6, 6-27.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. Lambert, Ed., *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th edn. (pp.). New York: Wiley.
- Reyes, L., Arístegui, R., Krause, M., Strasser, K., de la Parra, G., Tomicic, A., et al. (2008). Language and therapeutic change: A speech acts analysis. *Psychotherapy Research*, 18, 355-362.
- Searle, J. R. (1969). *Speech Acts: An Essay in the Philosophy of Language*. Cambridge University Press.
- Searle, J. (1979). *Speech acts*. New York: Cambridge University Press.
- Shaikh, A., Knobloch, L., & Stiles, W. (2001). The use of a verbal response mode coding system in determining patient and physician roles in medical. *Health Communication*, 13 (1), 49-60.
- Stiles, W.B. (1992). Describing Talk: a taxonomy of verbal response modes. *SAGE Series in Interpersonal Communication*. SAGE Publications.
- Stiles, W. B. (1993). Quality control in qualitative research. *Clinical Psychology Review*, 13, 593-618.
- Trijsburg, R.W., Lietaer, G., Colijn, S., Abrahamse, R.M., Joosten, S., & Duivenvoorden, H.J. (2004). Construct validity of the comprehensive psychotherapeutic interventions rating scale. *Psychotherapy Research*, 14, 346-366.
- Valdés, N., Dagnino, P., Krause, M., Pérez, J.C., Altimir, C., Tomicic, A., et al. (2010). Analysis of verbalized emotions in the psychotherapeutic dialogue during change episodes. *Psychotherapy Research*, 20, 136-150.
- Valdés, N., Krause, M., Vilches, O., Dagnino, P., Echávarri, O., Ben-Dov, P., et al. (2007). Proceso de cambio psicoterapéutico: análisis de episodios relevantes en terapia grupal con pacientes adictos. En D. Sharim, A. Machuca, & A. Reinoso (Eds.), *Salud Mental. Práctica clínica en un centro universitario* (pp. 245-270). Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica.
- Valdés, N., Krause, M., Vilches, O., Dagnino, P., Echávarri, O., Ben-Dov, P., et al. (2005). Proceso de Cambio Psicoterapéutico: Análisis de Episodios Relevantes en una Terapia Grupal con Pacientes Adictos. *Psyche*, 14, 3 -18.
- Wallerstein, R. (2001). The generations of psychotherapy research: An overview. *Psychoanalytic Psychology*, 18, 243-267.
- Wampold, B. E. (2005) Establishing Specificity in Psychotherapy Scientifically: Design and Evidence Issues. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 194-197.
- Wampold, B., Ahn, H., & Coleman, H. (2001). Medical model as metaphor: Old habits die hard. *Journal of Counseling Psychology*, 48(3), 268-273.
- Wampold, B. E., & Brown, G. S. (2005). Estimating therapist variability: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 914-923.
- Watzke, B., Koch, U., & Schulz, H. (2006). Zur theoretischen und empirischen Unterschiedlichkeit von therapeutischen Interventionen, Inhalten und Stilen in psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch begründeten Psychotherapien. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 56(6), 234-248.
- Wiser, S., & Goldfried, M. R. (1996). Verbal interventions in significant psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapy sessions. *Psychotherapy Research*, 6, 309-319.

Abstract: The Therapeutic Activity Coding System (SCAT-1.0) is presented. This coding system was built to respond to the need to conceptualize and investigate the verbal activity of patients and therapists. At a theoretical level, the coding system is based on a notion of performative language, assuming that “saying something is doing something.” According to this conceptual approach, the verbalizations are called Communicative Actions and they have the dual purpose of carrying information (content) and influence of others and the reality constructed by speakers (Action). The SCAT-1.0 considers both dimensions (Content and Action) of Communicative Action. The dimension of Contents includes the category Areas (of what is being discussed) and the category Reference (who is the protagonist). The dimension of Action includes the categories Basic Form, Communicative Intention and Technique. A total of 31 codes included in these 5 categories were developed using in the first instance, a discovery-oriented methodology, and then using an inter-rater reliability analysis. Good agreement indices were found. Finally, usefulness for the study of patients’ and therapists’ verbal communication during relevant segments of therapies of different theoretical approaches was discussed.