

LA RELEVANCIA DE LA VOZ EN EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO: UN ESTUDIO A DOS VOCES

THE RELEVANCE OF THE VOICE FOR THE PSYCHOTHERAPEUTIC PROCESS: A RESEARCH IN TWO VOICES

Augusto Mellado*, Alemka Tomicic, Ph.D.**,
Claudio Martínez, Ph. D.**, Alejandro Reinoso, Ph.D.***
y Susanne Bauer, Ph.D.****

Resumen

Se presenta una investigación sobre las perspectivas de pacientes y sus psicoterapeutas acerca de la relevancia de la voz en su psicoterapia, enfatizando en sus efectos subjetivos y relacionales. Se entrevistó a seis pacientes atendidos en un Centro de Salud Familiar (CESFAM) de Santiago de Chile, diagnosticados con trastornos depresivos y/o ansiosos, y a sus psicoterapeutas. El material obtenido se analizó con el modelo de la "Teoría Fundada". Como resultado emergieron tres fenómenos explicativos: "Cualidades vocales activadoras de estados físico/emocionales psicoterapéuticamente relevantes"; "construcción de los roles de paciente y psicoterapeuta a partir de ciertas características vocales" y "dinámica vocal de estados alternantes en la conversación psicoterapéutica". Estos resultados se discuten considerando la voz como dimensión no verbal de la psicoterapia, sus procesos de regulación mutua y el cambio terapéutico.

Palabras clave: Voz en la psicoterapia, proceso psicoterapéutico, regulación mutua en psicoterapia.

Abstract

An investigation of the patients and their therapists' perspectives about the relevance of the voice in their psychotherapy is presented, emphasizing its subjective and relational effects. Six patients in a Family Health Center (CESFAM) at Santiago de Chile, diagnosed with depressive and/or anxious disorders were interviewed. Additionally, their psychotherapists were interviewed too. The material obtained was analyzed following the methodological procedures proposed by the Grounded Theory. As a result of these analyses yielded three explanatory phenomena: "Vocal qualities activating psychotherapeutic relevant physical/emotional states", "construction of the roles of patient and psychotherapist from certain vocal characteristics" and "dynamic vocal alternating states in the psychotherapeutic conversation". These results are discussed considering the voice as nonverbal dimension of the psychotherapy, their mutual regulation processes and the therapeutic change.

Key words: Voice in psychotherapy, psychotherapeutic process, mutual regulation in psychotherapy.

Recibido: 03-12-14 | Aceptado: 09-01-17

Introducción

Las aproximaciones al estudio de las variables inespecíficas de la psicoterapia abordan diversos elementos relacionales que consideran tanto la comunicación verbal como la no verbal entre terapeutas y pacientes (Winkler, Cáceres, Fernández y Sanhueza, 1989; Santibáñez et al., 2008). En

cuanto a la comunicación no verbal se han realizado variadas investigaciones que se han enfocado principalmente en dos dimensiones de la interacción entre terapeutas y pacientes: La coordinación de sus movimientos corporales (por ej. Nagaoka y Komori, 2008; Ramseyer y Tschacher, 2006; Ramseyer y Tschacher 2011; Sassenfeld, 2008) y la regulación mutua por medio de sus expresiones faciales (por ej. Bänninger-Huber, 2005; Benecke y Krause, 2005; Merten, 2005). Una tercera dimensión, menos profundizada, ha sido el estudio de cualidades y ritmos vocales de terapeutas y pacientes (por ej. Greenberg, 1980; Holtz, 2004; Reich, Berman, Dale y Levitt, 2014; Rice y Kerr, 1986; Rice

* Facultad de Psicología, Universidad Alberto Hurtado. ** Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales. *** Pontificia Universidad Católica de Chile. **** Universidad Artística de las Artes de Berlín.
E-Mail: augustomellado@gmail.com
REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXVI p.p. 261-273
© 2017 Fundación AIGLÉ.

y Wagstaff, 1967; Tomicic, 2011; Tomicic y Martínez, 2011; Tomicic, Bauer, Martínez, Reinoso y Guzmán, 2009a; Tomicic, Martínez, Altimir, Bauer y Reinoso, 2009b; Tomicic et al., 2010; Tomicic, Martínez y Krause, 2014), no obstante, ser este el principal (aunque no exclusivo) canal de expresión en la conversación terapéutica.

Las cualidades vocales se definen como aquellos aspectos sonoros de la voz que distinguen y caracterizan el habla de los individuos (Knapp, 1988; Pally, 2001). Cuando las cualidades vocales se manifiestan en un intercambio comunicacional pueden cumplir algunas funciones adaptativas para los hablantes. Desde la neurobiología, se ha hipotetizado que el reconocimiento de las voces mediante patrones familiares e identitarios asociados a sus cualidades ha sido importante para la adaptación de la especie humana, específicamente porque la voz puede considerarse como una forma de encarnación (embodiment) del *self* en contextos de intercambio social (Sidtis y Kreiman, 2011). En las interacciones comunicativas cotidianas la dimensión prosódica de la voz tiene un rol protagónico, dando cuenta de significados y aspectos implícitos que ocurren durante la transmisión mutua de la información (Campbell, 2004a, 2004b). Sin el reconocimiento prosódico que acompaña al contenido del habla, no sólo sería casi imposible reconocer diferencias entre los contenidos enunciados (Sarko, Roth y Martin, 2010), sino también sería muy difícil identificar los aspectos implícitos que definen el tipo de interacción en desarrollo.

Específicamente, las variaciones en la voz permiten realizar atribuciones sobre los estados emocionales del hablante y, complementariamente, las emociones influyen en la sonoridad de los mensajes emitidos (Bänzinger y Scherer, 2005; Malloch, 1999; Papoušek, 2007; Scherer, 1982). Se ha observado que la asociación entre los aspectos emocionales y la sonoridad del habla se establece más bien como parte de un proceso idiosincrásico de afianzamiento, es decir, a medida que los individuos se hacen cada vez más partícipes en todo tipo de interacciones sociales (Gobl y Chasaide, 2003).

Junto con lo anterior, la voz puede ser entendida como una experiencia corporal en tanto es un fenómeno físico-acústico que incluye expresiones del cuerpo socialmente determinadas (Bertau, 2007). Si la voz puede considerarse como una extensión del cuerpo, entonces las cualidades vocales puestas en juego en interacciones comunicativas cotidianas no sólo formarían parte de un aspecto no verbal del habla, sino que además, conformarían un complejo entramado de disposiciones corporales no muy distintas de las que suceden en los intercambios corporales propiamente tales. En otras palabras, la voz como extensión corporal, aparentemente, seguiría algunos patrones similares a la interacción común entre dos cuerpos.

En el caso de la psicoterapia, las cualidades vocales de terapeutas y pacientes expresadas durante la interacción parecen tener efectos significativos en el desarrollo y consolidación del proceso psicoterapéutico. Algunos estudios han sugerido la importancia de los efectos de la cualidad vocal de terapeutas y pacientes y su relación con los procesos de cambio (Brown y Sorter, 2008; Rice y Wagstaff, 1967; Tomicic, et al., 2010; Tomicic y Martínez, 2011; Tomicic, et al., 2014). Más particularmente, ha llegado a establecerse una relación secuencial entre la cualidad vocal de terapeutas y pacientes que posibilitaría una transición desde un nivel bajo hacia uno intermedio de experienciación en estos últimos (Greenberg, 1980; Rice y Wagstaff, 1967; Rice y Kerr, 1986; Wiseman y Rice, 1989) o, incluso, la identificación del paciente con aspectos del cuerpo y la voz de su terapeuta, tal como si fuese un modelo para su propio crecimiento psicológico (Bady, 1985). Como complemento, se han propuesto ciertas vocalizaciones orientadas hacia procesos curativos en psicoterapia, principalmente al considerar la voz como reflejo del estado emocional de los pacientes, posibilitando una escucha empática por parte de sus terapeutas (Bady, 1985). Estudios más recientes sobre cualidades vocales y coordinación de ritmos vocales entre psicoterapeutas y pacientes han encontrado ciertos estilos de expresión vocal en procesos de regulación mutua relacionados con el cambio (Bauer et al., 2010; Tomicic, 2011; Tomicic y Martínez, 2011; Tomicic et al., 2009a, 2009b, 2010, 2011, 2014). Además se ha evaluado el impacto de las cualidades vocales sobre el nivel de ajuste y empatía entre pacientes y terapeutas y, su implicancia para la conformación de un espacio intersubjetivo facilitador del cambio, como también la asociación entre altos niveles de sincronía vocal y un empeoramiento de la calidad en la relación terapéutica (Beebe, Knoblauch, Rustin y Sorter, 2005; Holtz, 2004; Knoblauch, 2000; Reich, et al., 2014). Otro estudio realizó una evaluación de características descriptivas y psicométricas del tono de voz de terapeutas estadounidenses, descubriendo que existen características estables en el tono de su voz empleado hacia sus distintos pacientes en un grupo de entrevistas clínicas, y que su tono de voz suele presentarse más “ansioso” cuando interactúan con pacientes ambulatorios que con pacientes internos, aunque ciertas características de sus voces pueden influir en las expectativas de resultados de estos pacientes (Blanck, Rosenthal, Vannicelli y Lee, 1986).

Por otra parte, estudios que han considerado las perspectivas independientes de psicoterapeutas chilenos (Tomicic et al., 2009a) y pacientes alemanes (Bauer et al., 2010) acerca de la importancia de la voz en psicoterapia, han encontrado que: a) los psicoterapeutas entrevistados pueden distinguir y matizar distintos aspectos de su propia voz y la de sus pacientes (Tomicic et al., 2009a); b) los psico-

terapeutas dicen utilizar su voz como herramienta terapéutica para la regulación del clima emocional en sesión, como marcador de contexto y para la realización de intervenciones específicas (Tomicic et al., 2009a); c) los pacientes entrevistados pueden distinguir y describir distintos matices de su tono de voz y del de sus terapeutas (Bauer et al., 2010); d) los pacientes reconocen la utilización de su propia voz como herramienta para regular sus emociones y la relación afectiva con sus terapeutas (Bauer et al., 2010) y; e) señalan que sus terapeutas emplean sus voces como una herramienta para alcanzar fines terapéuticos, para la regulación de sus estados de ánimo, para motivarlos, obtener información y acentuar su propio rol de psicoterapeuta (Bauer et al., 2010).

Considerando los antecedentes anteriormente descritos, y haciéndose parte del estudio de la voz en psicoterapia, la presente investigación buscó comprender en conjunto las perspectivas de diádas de pacientes y terapeutas chilenos, respecto del

lugar y la relevancia de sus cualidades vocales en sus propios procesos psicoterapéuticos.

METODOLOGÍA

El diseño del estudio fue descriptivo. Empleando una metodología cualitativa se indagó la percepción de pacientes sobre sus cualidades vocales y las de sus actuales psicoterapeutas y, complementariamente, la de dichos psicoterapeutas sobre sus propias cualidades vocales y las de sus pacientes.

Participantes

Los participantes fueron seis pacientes adultos en psicoterapia (ver Tabla 1), cinco mujeres y un hombre (43,6 años en promedio) usuarios del Sistema Público de Salud chileno. Los criterios de inclusión fueron: pacientes diagnosticados con trastornos depresivos y/o ansiosos, según criterios DSM-IV y CIE-10 y asistencia a un mínimo de 10 sesiones con su actual psicoterapeuta.

Tabla 1. Descripción de los pacientes participantes de la investigación.

Participantes	Género	Edad	Ocupación	Sesiones	Psicoterapeuta tratante
Paciente 1 (P1)	F	44	Vendedora de ropa	25	T1
Paciente 2 (P2)	F	35	Asesora del hogar	55	T1
Paciente 3 (P3)	F	34	Dueña de casa	11	T2
Paciente 4 (P4)	M	42	Profesor de Ed. básica	18	T1
Paciente 5 (P5)	F	62	Dueña de casa	13	T2
Paciente 6 (P6)	F	45	Dueña de casa	16	T2

Nota. La denominación numérica de cada paciente corresponde al orden en que fueron entrevistados. Las sesiones fueron contabilizadas hasta el momento de la primera parte de cada entrevista.

Complementariamente, se entrevistó a los dos psicoterapeutas (ver Tabla 2) que atendían a estos pacientes. Ambos varones, de 33 años de edad, uno

identificado con la formación psicoanalítica y el otro con la constructivista, con siete años de experiencia clínica cada uno.

Tabla 2. Descripción de los psicoterapeutas participantes en la investigación.

Participantes	Género	Edad	Experiencia Clínica	Orientación Psicoterapéutica
Terapeuta 1 (T1)	M	33	7 años	Psicoanalítica
Terapeuta 2 (T2)	M	33	7 años	Constructivista

Tanto los pacientes como sus psicoterapeutas fueron contactados a través del Servicio de Salud (CESFAM) en el que se realizaban las psicoterapias y se les informó oralmente sobre la invitación a participar en el presente estudio. Una vez obtenida su aprobación, se les solicitó leer y firmar el respectivo consentimiento informado. Tres docentes de pre y post grado de la Escuela de Psicología de

la Pontificia Universidad Católica de Chile oficiaron como garantes de los aspectos éticos y de la calidad en la implementación de las distintas etapas de este estudio.

Técnica de recolección de datos

Se realizaron entrevistas individuales, semi-estructuradas, tanto a los pacientes como a los psicoterapeutas que los atendían al momento de la

investigación. Para la realización de las entrevistas se elaboraron guiones temáticos diferentes para los pacientes y para los terapeutas. Todas las entrevistas fueron realizadas por el autor principal de este artículo.

El guión de entrevista para los pacientes fue elaborado a partir de los temas más relevantes aparecidos en otras investigaciones sobre la voz en la psicoterapia y otros aspectos que dieran cuenta de los efectos subjetivos y relacionales más importantes percibidos por ellos. El guión se organizó en torno a dos temas, los que fueron tratados en momentos diferentes. El primero, tratado al final de una sesión de terapia, contemplaba preguntas sobre los gustos generales de los pacientes respecto a la sonoridad de las voces, la importancia de sus voces en la vida cotidiana e indagaciones en la percepción sobre sus cualidades vocales, variaciones vocales y las de sus psicoterapeutas en psicoterapia. El segundo, tratado una semana después del primero y al final de la sesión correspondiente, contemplaba preguntas para profundizar en aspectos relacionales de sus cualidades vocales y las de sus psicoterapeutas.

El guión de entrevista para los psicoterapeutas también fue elaborado a partir de hallazgos de investigaciones previas y, adicionalmente, considerando aspectos relevantes que emergieron de las entrevistas a sus pacientes. A diferencia de los pacientes, los terapeutas fueron entrevistados en un solo momento. Los temas tratados fueron: gustos generales respecto a la sonoridad de las voces, características y variaciones de sus propias cualidades vocales y las de sus pacientes; y especificación y triangulación de algunos de los comentarios de sus pacientes respecto a los efectos relacionales de sus intercambios vocales.

Todas las entrevistas fueron audio-grabadas y transcritas para su posterior análisis.

Procedimiento de análisis

La información obtenida mediante las entrevistas fue analizada descriptiva y relacionamente según los procedimientos de codificación abierta y axial propuestos por la Teoría Fundada (Charmaz, 2006; Corbin y Strauss, 2008; Strauss y Corbin, 2002.). Por medio del procedimiento de codificación abierta se desarrollaron conceptos y categorías a partir de las entrevistas. Estos fueron organizados en esquemas de clasificación jerárquicos emergiendo siete categorías descriptivas centrales: (1) *Escucha de la voz*, (2) *Efectos de la voz*, (3) *Uso de la voz*, (4) *Asociación de la voz con elementos biográficos*, (5) *Asociación de la voz con otros fenómenos psicológicos y corporales*, (6) *Voz en la interacción psicoterapéutica* y, (7) *Expresiones vocales y silencios*. Por medio del procedimiento de codificación axial, se desarrollaron fenómenos explicativos, relacionándolos de manera sistemática con las categorías centrales, sus conceptualizaciones y propiedades, obtenidas en el paso

previo de codificación abierta. Estos análisis fueron organizados gráficamente por medio de esquemas relacionales (ver figuras 1, 2 y 3).

Los análisis fueron asistidos por medio del uso del CAQDAS (Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software) ATLAS.TI v5, diseñado para el manejo y procesamiento de grupos de datos textuales. La función de este software consistió en agilizar el trabajo de análisis cualitativo y su interpretación, por ejemplo, en la segmentación del texto en pasajes o citas, su codificación, estructuración, categorización, comentarios o anotaciones relevantes (Martínez, 2006; Muñoz, 2005).

Los criterios de calidad y rigor científico (Krause, 1995) aplicados en esta investigación fueron el de *densidad y aplicabilidad/utilidad* mediante descripciones suficientemente detalladas de los distintos conceptos y categorías, además de la descripción del contexto de emergencia de los datos y resultados; el criterio de profundidad por medio de la triangulación de perspectivas -la de los pacientes y sus terapeutas- y a través de la elaboración de guiones de entrevistas *ad hoc*; y el criterio de *intersubjetividad* por medio de la *triangulación* de los análisis entre los autores del presente artículo.

RESULTADOS

Como resultado de los procedimientos de codificación abierta y axial a las entrevistas realizadas a los pacientes y sus psicoterapeutas, emergieron tres fenómenos explicativos centrales: (a) *Cualidades vocales activadoras de estados físico/emocionales psicoterapéuticamente relevantes*, (b) *Construcción de los roles de paciente y psicoterapeuta a partir de ciertas características vocales* y, (c) *Dinámica vocal de estados alternantes en la conversación psicoterapéutica*. A continuación se describe en detalle cada uno de ellos, dando cuenta de los antecedentes y aspectos intervinientes que condicionan su emergencia y, de las consecuencias que contribuyen a la ocurrencia reiterada de dichos fenómenos. Adicionalmente, se presentan extractos de las entrevistas a modo de ilustración de los aspectos más relevantes que componen los fenómenos explicativos ya mencionados.

(a) Cualidades vocales activadoras de estados físico/emocionales psicoterapéuticamente relevantes.

El fenómeno de las cualidades vocales activadoras de estados físico/emocionales psicoterapéuticamente relevantes (ver Figura 1) describe la experiencia reportada, tanto por los pacientes como por los terapeutas entrevistados, de una activación de sensaciones corporales y emocionales como consecuencia de ciertas características vocales de sus interlocutores y a la atribución de un efecto psicoterapéutico relevante a dicha experiencia. Los siguientes dos fragmentos provenientes de una entrevista a una

paciente y a uno de los terapeutas, ilustran la manera como las voces de sus interlocutores activan estados físicos y emocionales, respectivamente, y que resultan en ambos casos, relevantes para la terapia:

P1: *“suavísima... sí, es un tono de voz muy suave, un tono de voz como que apapachara*... es como... él no me puede abrazar pero en el tono de voz es como si igual dijera “yaaa” (pone sus manos en su espalda) una cosa así... es que es una voz suavcita (...) sí, es que como su voz es tan suave es como que me acurrucara... yo sé que no puede dar un abrazo entonces... o sea, yo sé cuales son sus limitaciones y las mías también (...) no, porque tuve la mala suerte de no tener... a casi nadie que me hablara así... quizás por eso me gusta... porque mi madre ha tenido toda la vida una voz mandona y dominante, y un tono alto... entonces a mí me habría gustado tener a alguien que me acunara como lo que él hace con su voz... yo creo que es por eso...”*

T2: *“mira, no sé si es respecto a la voz pero inicialmente con la P5 yo me quedaba tremendamente frustrado... como con la monotonía, con el poco cambio... súper frustrado... bueno, ella tenía un tono bien “depre” (depresivo), súper “depre,” súper quejoso, como echándole la culpa al empedrado (excusándose vanamente), un poco... me da la impresión de una experiencia bien vivida por los otros y poco vivida por ella, no sé... siempre me quedaba súper frustrado...”*

* Según la RAE, “apapachar” significa dar apapachos, es decir, palmaditas cariñosas.

Intervienen en la aparición de este fenómeno el estado afectivo previo de pacientes y psicoterapeutas, quienes pueden interactuar en diversos grados de conexión emocional, facilitando o bloqueando la posibilidad de que ambos experimenten este tipo de sensaciones (por ej. “porque tuve la mala suerte de no tener... a casi nadie que me hablara así... quizás por eso me gusta” -P1-). Este fenómeno también contempla como condiciones intervinientes el grado de comunicación oral en la psicoterapia y la circunscripción relativamente estricta de los contactos físico-corporales entre pacientes y psicoterapeutas, condición que forma parte del encuadre tradicional de psicoterapia. Así por ejemplo, en el primer extracto, la paciente (P1) menciona limitaciones asociadas al encuadre psicoterapéutico y, relaciona esas condiciones con la importancia que en este caso adquieren algunas de las características de la voz de su psicoterapeuta: “él no me puede abrazar pero en el tono de voz es como si igual dijera “yaaa” (pone sus manos en su espalda) una cosa así”, “yo sé que no puede dar un abrazo entonces... o sea, yo sé cuáles son sus limitaciones y las mías también”.

Asimismo, la posibilidad de explicitar las cualidades vocales en la interacción psicoterapéutica se presenta como otra condición interviniente en la medida que las cualidades vocales de pacientes y psicoterapeutas puedan surgir de manera más o menos consciente en la conversación (por ej. “me quedaba tremendamente frustrado... como con la monotonía, con el poco cambio”-T2-).

Antecede y posibilita más directamente a este fenómeno, la percepción por parte de los pacientes de la voz de su psicoterapeuta como una extensión de su cuerpo que hace resonancia en el suyo - no sólo como si se tratase de una simple entidad oyente sino como un verdadero órgano receptor interconectado con aquella voz -. Algunos de los pacientes entrevistados mencionan sentirse “tocados”, “abrazados”, “acurrucados”, “arrullados”, “sostenidos” por la voz de su psicoterapeuta. Por otra parte, los pacientes reconocen en la voz una vía expresiva y facilitadora de diversas emociones. La mayoría de ellos mencionan que su voz expresa emociones en momentos de conexión y que experimenta emociones de diverso tipo con la voz de su respectivo psicoterapeuta. Por último, antecede al fenómeno de la voz como activadora de estados físico/emocionales relevantes, la potencialidad de generar espacios de autorregulación vocal. Esto corresponde a la mención por parte de los pacientes entrevistados de cierto manejo sobre sus propias voces, control que ejercen tanto en sus interacciones cotidianas como en la interacción que establecen en la psicoterapia.

Las consecuencias de este fenómeno son la vivencia de sensaciones y/o la presencia de reacciones cognitivo-conductuales activadas por cualidades y variaciones vocales de pacientes y psicoterapeuta que influyen en el proceso, y el hecho que pacientes y psicoterapeutas experimentan sensaciones emocionales/corporales que facilitan u obstaculizan el vínculo entre ambos y el trabajo psicoterapéutico. Específicamente, algunos de los pacientes entrevistados, reportan la activación de sensaciones corporales que pueden implicar una reconstitución de experiencias fundamentales, principalmente vivencias de contención, seguridad y protección. En el siguiente fragmento, es posible apreciar como una de las pacientes entrevistadas menciona la vivencia de la voz de su psicoterapeuta como una voz paternal que le entrega seguridad:

P3: *“hay cosas que hemos hablado y yo he reaccionado y he dicho ‘sí po (sic) el doctor en realidad tiene razón,’ pero la voz es siempre igual... es muy cariñoso, tiene una voz muy paternal que da seguridad, que da tranquilidad...”*

Además, los pacientes mencionan algunas reacciones cognitivo-conductuales activadas por la voz

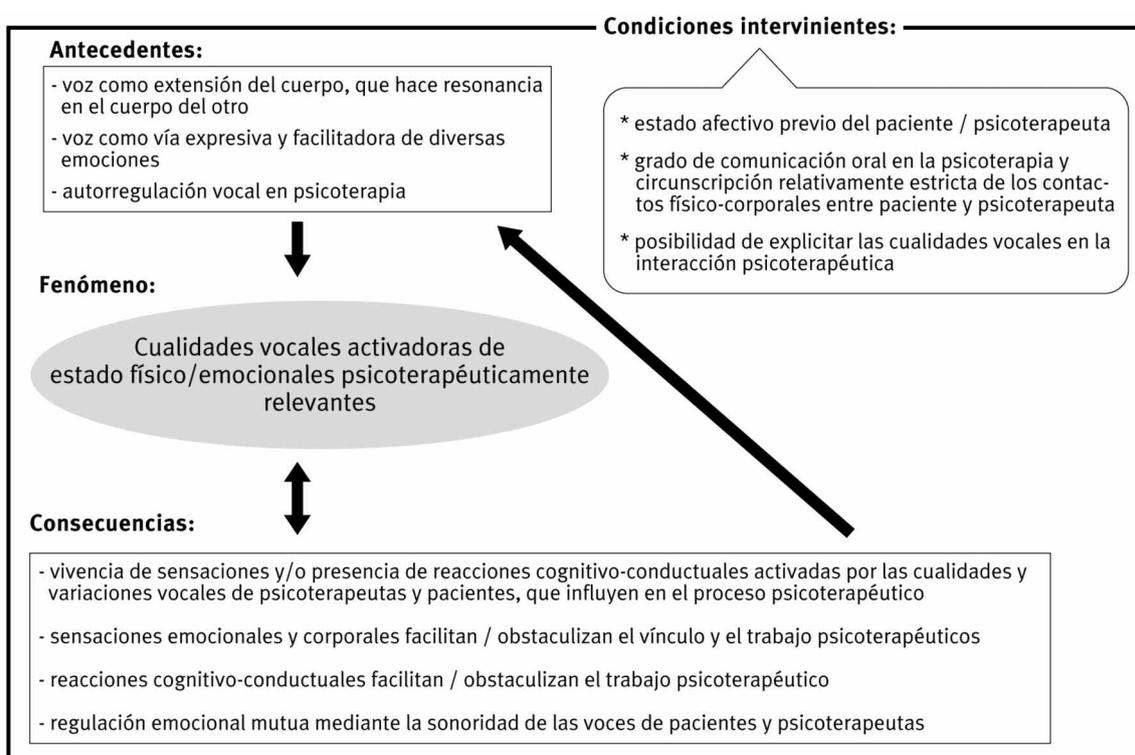
del psicoterapeuta que facilitan u obstaculizan el trabajo terapéutico, entre las que resaltan reacciones como abrirse y/o cerrarse emocionalmente o activarse vivencialmente frente algunas experiencias que se están consolidando en psicoterapia. En el siguiente extracto se observa la manera como una de las pacientes señala activarse vivencialmente con la voz de su psicoterapeuta:

P1: "con esa voz tierna, dulce y suave como que me acunara y al mismo... como que me fuera despertando de a poco... para que no despierte de golpe (sonríe)... (...) si, me siento

como más grande porque empiezo como a despertar po (sic)... y al despertar siento que no soy la niñita que era..."

En conjunto, los estados físico/emocionales activados por las cualidades y variaciones vocales de pacientes y psicoterapeutas, les otorgan la posibilidad de regularse mutuamente a través de la conversación terapéutica. De esta forma, los contenidos del diálogo adquieren un sentido emocional y relacional que pareciera contribuir a la conformación de la relación y del vínculo psicoterapéutico.

Figura 1. Esquema relacional (a) "Cualidades vocales activadoras de estados físico/emocionales psicoterapéuticamente relevantes"



(b) Construcción de los roles de paciente y psicoterapeuta a partir de ciertas características vocales

El fenómeno de la construcción de los roles de paciente y psicoterapeuta a partir de ciertas características vocales (ver Figura 2), hace referencia a la identificación por parte de los participantes entrevistados de cualidades vocales propias y de sus partners conversacionales que, junto con otras dimensiones no relacionadas con la prosodia y sonoridad de la voz, participan en la conformación del propio rol y el del otro en el encuadre psicoterapéutico.

Las condiciones que intervienen en la emergencia de este fenómeno son la representación imaginaria que los pacientes tienen de los psicólogos

clínicos que han conocido, en cuanto a su persona y a la contribución que pueden hacer a la solución de sus dificultades personales; el nivel de conciencia respecto a las propias cualidades vocales y las de los demás, que les permite distinguir diversas formas de expresión vocal tanto en su contexto cotidiano como en el contexto psicoterapéutico; y la atención selectiva de aspectos acústicos de la voz del otro, dándoles a los pacientes y a sus psicoterapeutas entrevistados la posibilidad de generar categorizaciones personales de las características vocales del otro.

Uno de los aspectos que antecede la constitución de los roles en psicoterapia a partir de ciertas características vocales es la significación de la pro-

pia voz como parte constituyente de la identidad. Específicamente, los pacientes entrevistados, consideran que la propia voz debiese guardar una relación de coherencia con la percepción que tienen de sí mismos. De esta manera, los pacientes y psicoterapeutas establecen asociaciones de la voz con diversos fenómenos psicológicos en sí mismos y en los demás, entre las que destacan asociaciones entre voz y personalidad, voz y estado de ánimo, voz y experiencia de vida. Estas y otras asociaciones son extrapoladas por los entrevistados al espacio psicoterapéutico. Por último, los pacientes parecen tener expectativas formadas respecto al encuadre, condición que les permite considerarse parte de este proceso terapéutico y estar conscientes de que están en este espacio para recibir ayuda. Los pacientes también demuestran distinguir una amplia variedad de características y variaciones vocales, en distintos momentos de su vida cotidiana, lo que les permite reconocer matices (por presencia o ausencia) en sus propias vocalizaciones y en las de sus psicoterapeutas.

Las consecuencias de esta construcción de roles a partir de la voz, consisten en que los psicoterapeutas asocian algunas características vocales del paciente con su historia de vida, actitudes en psicoterapia y su proceso de cambio terapéutico. De esta manera, otorgan sentido a los comportamientos que el paciente despliega en psicoterapia y a las posibles vivencias que ha experimentado en su vida. Por ejemplo, en los siguientes fragmentos los dos psicoterapeutas entrevistados asocian ciertas cualidades vocales de sus pacientes con las formas de vivenciar el tratamiento psicológico:

T1: *“ehm, con el tercero (P3)... yo creo que la velocidad (velocidad de la voz) traducida a algo que no sólo tenía que ver con su voz, su forma de hablar sino también con... que uno pudiese decir con su forma de estar ahí en el tratamiento... había momentos en los que parecía que no quisiera profundizar en algunas cosas... claro, y yo reaccionaba a eso... señalándole por ejemplo... de que habían cosas en las que él no quería... ahí era mucho más claro que si...”*

T2: *“si, en ella es con quien más podría hacer distinciones en su voz... esto de una cosa muy plana, incluso en los tonos, a una cosa... y que da harta cuenta de como ella se sentía, es una cosa a la larga flexible, en la voz también... que podía subir y bajar el tono... me da la impresión que podía experimentar con una grado mayor de emociones...”*

Además, desde la perspectiva de los pacientes entrevistados, algunas cualidades vocales relativa-

mente estables del psicoterapeuta son consideradas como parte de una formación académica o un estilo psicológicamente saludable, dando cuenta de esta manera de la idoneidad de su psicoterapeuta, en particular, para ayudarles en la resolución de sus dificultades.

Una de las principales consecuencias de este fenómeno consiste en la adaptación de los pacientes y psicoterapeutas al contexto terapéutico por reconocimiento mutuo de patrones vocales. Paciente y psicoterapeuta en su interacción manifiestan un conjunto limitado de comportamientos vocales que, al reiterarse en el transcurso de las sesiones, se van haciendo cada vez más regulares y habituales para ambos. En el siguiente fragmento uno de los pacientes describe la manera como determinadas características de la voz de su terapeuta dan cuenta de cómo es, a su juicio, ejercido su rol profesional:

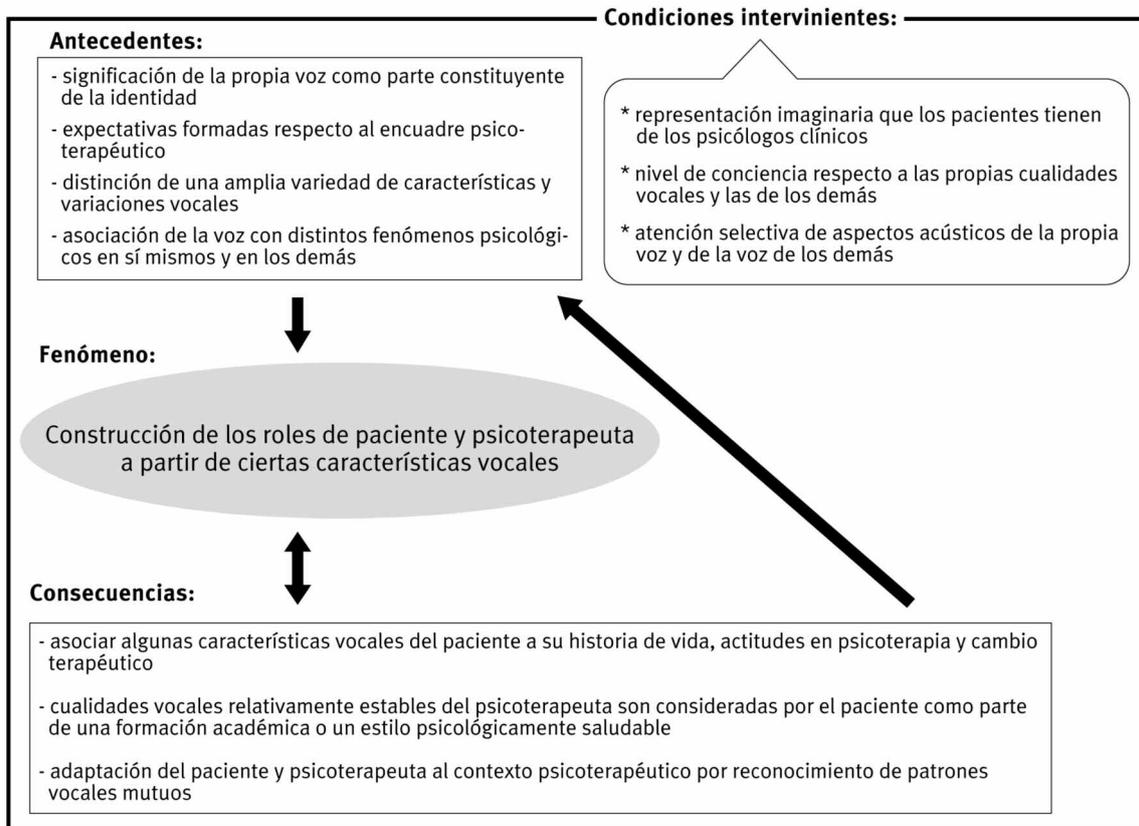
P4: *“pero después descubro que sí es parte de la terapia... descubro que el hecho de que la voz del otro no se vea alterada con mi situación de vida, me está demostrando que está capacitada para recibir mi situación y poder sostenerla sin caerse (...) porque a la hora que él se me cae, yo cierro mi comunicación... a la hora que él me cambia el tono de voz, yo cierro mi comunicación...”*

En el comienzo del fragmento el entrevistado señala que, es en un momento posterior en el que reconoce una regularidad en el comportamiento vocal de su terapeuta e interpreta este patrón como parte de la conformación de un encuadre con fines terapéuticos: “pero después descubro que sí es parte de la terapia”. En este contexto interpreta que la característica de invariabilidad de la intensidad vocal de su psicoterapeuta es una señal de su competencia como profesional y del correcto ejercicio de su rol.

Con respecto a la importancia terapéutica que tiene la generación y reconocimiento mutuo de patrones vocales, el siguiente extracto muestra como uno de los terapeutas logra reconocer, a partir de un comportamiento vocal no habitual de su paciente, un estado psicológico -de preocupación- que no se manifiesta en el contenido de la conversación:

T1: *“me quedo en parte... claro... con eso de la rapidez, la velocidad con que él habla... ehmm y... creo que la última vez que lo vi estaba preocupado, se notaba en la voz (...) o sea, yo lo sentí en la voz de él (...) ehmm, en la forma, ehmm, no sé yo creo que él quizás habló más lento y con un tono distinto, yo siento...”*

Figura 2. Esquema relacional (b) "Construcción de los roles de paciente y psicoterapeuta a partir de ciertas características vocales"



(c) Dinámica vocal de estados alternantes en la conversación psicoterapéutica

El fenómeno de dinámica vocal de estados alternantes en la conversación psicoterapéutica (ver figura 3), consiste en la posibilidad de que dos estados relacionados con intercambios vocales entre pacientes y psicoterapeutas sean susceptibles de activación, con la restricción de que ante la activación de uno de ellos, el otro sea inhibido. En este sentido, para que en un momento posterior el segundo estado se active, se requiere necesariamente de un efecto de estimulación "gatillante" que permita, en consecuencia, una alternancia.

Las alternancias entre vocalizaciones y silencios; entre estabilidad y variaciones de la cualidades vocales; entre la percepción de la propia voz y la percepción de la voz del otro (asimetría en la percepción de la voz) y; entre las intervenciones vocales directas e indirectas, son manifestaciones concretas que refieren los entrevistados de una dinámica vocal de estados alternantes. El efecto de estimulación "gatillante", aquel que permite el cambio de un estado al otro, está dado por la conciencia relativa de los pacientes y psicoterapeutas respecto a las características de su propia voz, lo que pareciera contribuir a marcar una diferencia

mediante variaciones en los aspectos sonoros de su habla. Además, este efecto de estimulación "gatillante" pareciera ser regulado con aspectos armónicos y disarmónicos respecto a una cualidad vocal o una articulación esperable de cualidades vocales en una interacción dada. Es decir, frente a un estímulo afectivo o vocal, los pacientes y sus psicoterapeutas describen reaccionar de dos maneras opuestas: Sintonizando las propias cualidades vocales a ese estímulo o presentando comportamientos vocales que no tienen relación con tal estímulo y que resultan disonantes.

Las características fisiológicas del sistema fonador/auditivo y su funcionamiento en la interacción comunicacional son condicionantes de la ocurrencia de este fenómeno. Características como hablar y escuchar alternadamente, tener determinado timbre más o menos invariable, entre otras, forman parte de la estructura fisiológica de la producción y audición de la voz humana, y participan inevitablemente en la interacción comunicacional entre dos o más personas. Las formas de comunicación así producidas se concatenan en episodios temporales y secuenciales de comunicación vocal, de tipo no verbal, entre las que se encuentran los turnos de palabra, la coordinación de ritmos vocales, la coordi-

nación de patrones de cualidad vocal, solapamientos y pausas llenas*.

* Las pausas llenas corresponden al caso de vocalizaciones breves y cuyo contenido es para-verbal (mmh, aha, ya). Suele ser una manera de asentir, comunicar atención, desacuerdo o el deseo de acabar la conversación. Su sentido depende principalmente del contexto y de ciertas características vocales de la enunciación (Tomicic et al., 2011, p.86).

Ahora bien, influyen en esta dinámica vocal de estados alternantes, los procesos de autorregulación y de regulación emocional mutua de los pacientes y sus psicoterapeutas en sus intercambios comunicacionales no verbales; la atención selectiva de cualidades vocales en sí mismos y en los demás, haciendo que los pacientes escuchen características vocales que los psicoterapeutas desconocen de sí mismos y viceversa y; el hecho de que las intervenciones vocales se enmarcan en criterios intuitivos del psicoterapeuta, es decir, cambios intencionales de ciertas cualidades vocales que los psicoterapeutas realizan con el fin de conseguir un propósito, pero con cierto grado de desconocimiento e incertidumbre respecto al efecto que dichos cambios podrían ocasionar en sus pacientes.

Las consecuencias de esta dinámica de la conversión terapéutica, hacen referencia a la ambivalencia que adquieren los estados alternantes asociados con la voz: vocalizaciones tranquilizadoras versus silencios angustiantes o vocalizaciones angustiantes versus silencios tranquilizadores. Por otra parte, se aprecia en las menciones de los pacientes que la estabilidad de ciertas cualidades vocales genera un sentimiento de pertenencia al contexto psicoterapéutico mientras que su variación posibilita un cambio en la disposición psicológica hacia dicho contexto. En general, no se espera una variación en todos los ámbitos de la voz, puesto que según algunos de los pacientes entrevistados, esta sería vivenciada de forma perturbadora e incluso podría tener consecuencias en su participación y compromiso con la psicoterapia. Con respecto a la intervención terapéutica, otro efecto de esta dinámica es que las intervenciones vocales de los psicoterapeutas, sean estas consideradas intencionales o no, pueden generar los efectos intuidos o efectos no previstos en la conducta y emocionalidad del paciente. Al mirar en conjunto las entrevistas de los pacientes con las de sus psicoterapeutas se descubre que, algunas intervenciones realizadas intencionalmente por el psicoterapeuta son experimentadas por su paciente, como provocando los efectos esperados, aunque en ningún momento esta intencionalidad y sus propósitos se hayan explicitado:

T2: “si en algún momento he mostrado preocupación por alguien y me he esforzado porque eso se note (aumentar intensidad de la voz), digamos... (...) si, era un momento en que yo estaba pensando que había como cierto riesgo vital...”

P1: “porque no sé si soy yo la loca o todos funcionamos al revés... porque ahí siento que él tiene razón po... y yo soy la que está mal, me hace entender que yo estoy mal (...) que aunque crea que mi vida es mía puedo echar a perder la vida de los demás también... porque si bien yo descanso, a los demás les quedan los problemas y tampoco quiero ser responsable de los demás... entonces él me hace entender eso cuando levanta su voz... ahí la ha levantado... (...) si, es como para frenarme, yo siento que pone el freno ahí... es una manera, sabe que esa es la manera en que despierto... ya me conoce, entonces sabe que de esa manera yo despierto y logra sacarme del estado en el que estoy cayendo en ese momento...”

P6: “cuando yo me quise suicidar, ahí lo sentí con una voz muy firme, muy fuerte, muy metido en mí... como que lo sentí muy adentro mío...”

Por último, algunas intervenciones vocales del psicoterapeuta pueden ser no suficientemente elaboradas, más bien indirectas o simplemente no llegan a constituir una intervención posible de sistematizar. Todas estas modalidades de vocalización del terapeuta son experimentadas, por la mayoría de los pacientes entrevistados, como expresiones especialmente dispuestas a ayudar en su proceso terapéutico, generándose a partir de ellas efectos relativamente inesperados en estos últimos. Aunque parte de estos efectos puedan ser disruptivos en primera instancia para algunos pacientes, posteriormente ellos mismos tratan de elaborar esta experiencia en función de la relación que han generado con su psicoterapeuta. Por ejemplo, en el siguiente fragmento uno de los psicoterapeutas describe sus intentos por evitar la expresión de algunas de sus cualidades vocales para no generar efectos contra-terapéuticos y, aunque siente que no lo logra tan claramente, una de sus pacientes percibe en las cualidades vocales de este terapeuta características muy distintas a las que él imagina:

T2: “trato de hacerlo (de evitar hablar con voz de “cuico”*)... si... trato de hacerlo harto... a parte bueno, también tiene que ver con una cosa teórica, desde mi visión uno intenta tener relaciones horizontales y puede ser que la relación se empiece a... se empiece a poner más vertical... si... así como con la papa en la boca... y me carga (...) en contextos de atención primaria me pasa un poco eso, yo siento que puede ser una barrera... no sé, un rollo (preocupación) que me paso, tampoco nadie me lo ha dicho...”

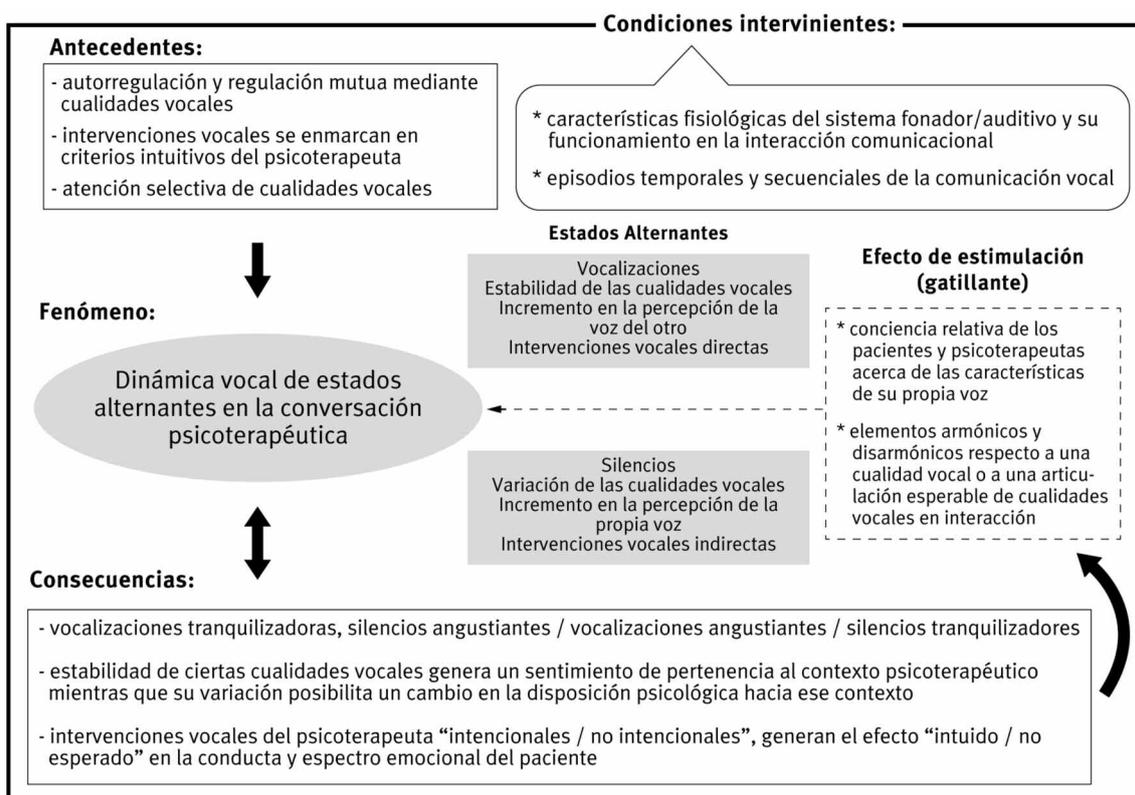
P5: claro, con el doctor (terapeuta actual) si,

porque como le decía la semana pasada, si es que él hubiese sido así como un doctor (médico) que le contaba, con voz prepotente, gruesa, con un timbre tan... tan pesá (prepotente), porque no lo puedo decir de otra manera, yo no, mejor no, para qué vengo... nunca más... (...) pero como le digo una persona que es suave en el carácter, se va des-

pacito, con un buen carácter, con una voz bien humilde como le digo yo... porque la humildad ayuda mucho también... (...) la voz humilde es una cosa así como habla el doctor (terapeuta actual), se ve sonriente, alegre..."

* En Chile, se denomina "cuico" a una persona perteneciente a un sector socioeconómico alto, a la que generalmente se asocia una forma de hablar característica.

Figura 3. Esquema relacional (c) "Dinámica vocal de estados alternantes en la conversación psicoterapéutica"



CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

A través del proceso psicoterapéutico las voces de pacientes y terapeutas se entrecruzan, coordinan y descoordinan permanentemente, configurando un contexto comunicacional y relacional que le da sustento a sus diálogos. De manera casi imperceptible, la sonoridad de estas conversaciones adquiere un protagonismo que, algunas veces, sólo es posible de ser reconocida una vez que sus participantes pueden hablar sobre ello de manera un poco más consciente. Este estudio tuvo como fin indagar en la presencia consciente de esta sonoridad entre los participantes, a propósito de sus propias experiencias terapéuticas.

Una primera forma en que esta sonoridad se hace presente en la experiencia de los entrevistados es en la asociación de la voz propia o del interlocu-

tor, con la activación de estados corporales y emocionales que, a juicio de los participantes, tienen una influencia en el desarrollo del proceso psicoterapéutico. Si bien las teorías de la comunicación no verbal han descrito que la voz humana es una vía que expresa y estimula diversas emociones (Bachorowski y Owren, 2008; Knapp, 1988; Martínez, 2003), estas teorías no consideran más específicamente la experimentación de sensaciones corporales provocadas por ciertas cualidades vocales. Posiblemente la limitación relativamente estricta de los contactos físico-corporales entre pacientes y psicoterapeutas, dispuesta por los contratos terapéuticos habituales, amplifica la resonancia en el propio cuerpo de la voz de una persona con la cual se ha establecido un particular vínculo de confianza. La voz del psicoterapeuta, en este estudio, se vivencia como si se tratase de una extensión de su cuerpo. A su vez, los estados

físico/emocionales descritos por los entrevistados se manifiestan en sensaciones y reacciones que influyen en el vínculo y en el trabajo en psicoterapia. De esta manera, las distintas etapas por las que puede llegar a atravesar una terapia psicológica podrían estar compuestas por una serie de segmentos en que las cualidades vocales, entre otras dimensiones verbales y no verbales, posibilitarían u obstaculizarían la elaboración psicológica y las acciones derivadas de sus respectivos fines.

Un segundo aspecto relativo a la experiencia de la sonoridad de la voz en terapeutas y pacientes es el sentimiento de pertenencia a un contexto psicoterapéutico que se adquiere, en parte, por la relativa estabilidad de las cualidades vocales del otro. Esta es una experiencia esencial de reconocimiento mutuo que deriva de principios de adaptación neurobiológica al contexto social producto de la identificación vocal que ha logrado la especie humana durante su evolución (Sidtis y Kreiman, 2011). Esta función de reconocimiento podría orientar y contribuir a que pacientes y psicoterapeutas desarrollen la capacidad de identificar al otro en su alteridad y, por tanto, adquirir la habilidad de distinguir variaciones sutiles en sus cualidades vocales, asociando estas variaciones con significados y sentidos relativos al devenir del intercambio psicoterapéutico y el proceso de cambio del paciente.

Un tercer aspecto que surge de las descripciones que los pacientes entrevistados hacen sobre su propia voz respecto de la gama de variaciones en su cualidad vocal, sugiere que en el contexto psicoterapéutico no utilizan conscientemente todo su repertorio vocal. Algunos de ellos no sólo rechazan explícitamente ciertas expresiones como cantar o gritar (aunque sientan la necesidad de ello), sino también otras formas vocales como coquetear o hablar con voz de “engrupimiento” (cualidad sonora al mentir) al psicoterapeuta, además de otras muchas variaciones de la voz que ellos no rechazan directamente pero que no aparecen en su relato (por ej. aumentar la intensidad, velocidad o ritmo vocal por sobre sus parámetros habituales). Quizás, esta reducción de las posibilidades de expresión de las características vocales se relacione con la construcción de los roles de paciente y psicoterapeuta a partir de dichas características. Esto puede significar que pacientes y psicoterapeutas se enmarquen en un “continuum” histórico que incluya sus características vocales como parte su conformación identitaria, relacionándolas con sus historias de vida y sustentando una configuración imaginaria sobre lo que es posible expresar en el espacio psicoterapéutico. En tal escenario podría haber una tendencia -tanto en los pacientes como en los psicoterapeutas- a establecer coherencia entre las características vocales y otros fenómenos psicológicos, integrando diversas expresiones vocales en un marco de sentido que explicaría su aparición en dicho contexto. Tal vez, por

esta razón, la distinción de determinadas cualidades vocales en los pacientes, mediante la atención selectiva de sus psicoterapeutas, puede considerarse en coherencia con las vivencias de los primeros (eventos vitales, relaciones conflictivas, problemáticas relacionales, etc.) o con la posibilidad de un cambio terapéutico (es decir, un cambio integrado prospectivamente a su historia de vida). Por parte de estos pacientes, la atención selectiva de cualidades vocales relativamente estables en sus psicoterapeutas, puede explicarse desde la formación académica o un estilo psicológicamente saludable que ellos detentan, manifestando precisamente un grado de coherencia entre las características vocales positivamente connotadas por su contexto social y la esperanza de ser ayudados y comprometerse afectivamente en un proceso de psicoterapia. Posiblemente una de las manifestaciones más claras de este punto es la asociación que algunos de los pacientes establecen entre características relevantes de la voz de su psicoterapeuta con voces de personas afectivamente cercanas o significativas (por ej., madre, pareja, amigo especial) o, en la mención de algunos de ellos de no haber tenido en sus vidas a alguien que les hablara con la disposición vocal que lo hace su psicoterapeuta.

Un cuarto aspecto que destacan los resultados, es la idea de que la atención que los terapeutas presen a sus propias voces y a las de sus pacientes les brinda la posibilidad de ensayar comportamientos de autorregulación vocal que contribuyen al proceso de regulación emocional mutua. Dicha regulación se extiende por medio de una cadena de retroalimentaciones negativas (Bateson, 1985), es decir, mediante un ciclo circular de autorregulación que reintroduce constantemente información acerca de los propios estados emocionales relacionados con las conductas vocales propias y del otro. Este ciclo sigue una continuidad a lo largo del proceso terapéutico, tanto en momentos meramente formales (saludos, despedidas, inicios temáticos de la sesión) como en otros emocionalmente significativos (angustia, conexión emocional con el dolor psíquico, sufrimiento o emociones movilizadoras de cambio).

Relacionado con lo anterior, los resultados muestran que las intervenciones vocales consideradas como intencionales por los psicoterapeutas, aunque basadas en sus intuiciones y no en criterios sistematizados, pueden llegar a homologarse con la sensación de los pacientes de que efectivamente dichas intervenciones son intencionales, y que los efectos que en ellos generan son los que sus psicoterapeutas esperan. Esta manera de experimentar la sonoridad de la voz en psicoterapia también ha sido descrita en estudios anteriores en los que se han entrevistado a pacientes y psicoterapeutas de manera separada (Bauer et al., 2010; Tomicic et al., 2009a). Por esta razón, la amplia posibilidad de variaciones vocales no intencionales desplegadas por los terapeutas po-

dría resultar muy beneficiosa para la intervención terapéutica. Sin embargo, también podría constituir un riesgo debido a que eventualmente pueden generar efectos no deseados en los pacientes y ser atribuidos como una acción voluntaria de sus psicoterapeutas. Por ejemplo, estos podrían atribuir sentido a ciertas expresiones vocales dentro de un marco de significado único y específico (por ej. la voz suave ayudará a calmarse al paciente) mientras que, el paciente, por su parte, podría interpretarla de maneras más diversas, efectivamente sentirse calmado con esa voz suave o, por el contrario, sentirse molesto al no percibirla como parte de lo que esperaba recibir en ese momento. Esto puede significar que la intencionalidad de los psicoterapeutas, en cuanto al uso de sus cualidades vocales, y en la medida que se vuelven más conscientes de su expresividad sonora, podría llegar a generar experiencias disruptivas en los pacientes al conducirlos indirectamente hacia un particular campo experiencial (por ej. un psicoterapeuta puede presionar a que su paciente se active vivencialmente hablándole con una intensidad vocal más elevada y el paciente sentirlo invasivo).

Finalmente, estos resultados llaman la atención sobre eventuales momentos de hiper-coordinación de ritmos vocales entre pacientes y terapeutas, y sobre la tendencia homeostática que puede provocar una atmósfera afectiva inercial que imposibilite una evolución terapéutica; situaciones que podrían afectar la posibilidad del cambio o ser un subproducto recursivo de la relación terapéutica (Beebe et al., 2000; Hess, Philippot y Blairy, 1999; Reich et al, 2014; Tomicic y Martínez, 2011). Knoblauch (2000), da ejemplos de intervenciones a partir de vocalizaciones del psicoterapeuta que irrumpen disarmonicamente en estados vocales hiper-coordinados con sus pacientes, provocando la salida de ciertos episodios de inercia. Lo mismo puede acontecer cuando los psicoterapeutas de este estudio aumentan la intensidad de su voz o la velocidad de su ritmo vocal habitual en momentos en los que los pacientes no lo esperan, y al ser removidos por esta disrupción en el patrón comunicacional no verbal en que estaban entrampados, generar un cambio en la disposición psicológica que les permita rearticularse nuevamente en el proceso de psicoterapia. Posiblemente, estos elementos generadores de efectos disarmonicos pueden jugar un papel muy relevante en el proceso de cambio psicoterapéutico.

REFERENCIAS

- Bady, S. (1985). The voice as a curative factor in psychotherapy. *Psychoanalytic Review*, 72, 479-490.
- Bachorowski, J. A., & Owren, M. J. (2008). Vocal expressions of emotion. En: M. Lewis, J. M. Haviland-Jones & L. Feldman Barrett (Eds.), *Handbook of emotions* (3rd ed., pp. 196-210). New York, NY: The Guilford Press.
- Bänninger-Huber, E. (2005). Prototypical Affective Microsequences in Psychotherapeutic Interaction. En: Paul Ekman y Erika L. Rosenberg (Eds). *What the face reveals: Basic and applied studies of spontaneous expression using the facial action coding system (FACS)*, Second Edition (pp. 512-531). NewYork, NY US: Oxford University.
- Bänzinger, T., & Scherer, K. (2005): The role of intonation in emotional expressions. *Speech Communication*, 46 (3-4): 252-267.
- Bateson, G. (1985). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Editorial Planeta (trabajo original publicado en 1972).
- Bauer, S., Tomicic, A., Martínez, C., Reinoso, A., Schäfer, H., Peukert, A., & Frangkouli, A. (2010). Die Bedeutung von Stimme und StimmklangimpsychotherapeutischenProzess: aus der Sicht der Patienten und Patientinnen. *Psychoanalyse und Körper*, 17, 27-50.
- Bertau, M.nC. (2007). On the notion of voice: an exploration from a psycholinguistic perspective with developmental implications. *International Journal for Dialogical Science*, 2, 133-161.
- Beebe, B., Knoblauch, S., Rustin, J., & Sorter, D. (2005). *Forms of intersubjectivity in infant research and adult treatment*. New York: Other Press.
- Beebe, B., Jaffe, J., Lachmann, F., Feldstein, S., Crown, C., & Jasnaw, 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 ofers of patients with panic disorder. *Psychotherapy Research*, 15, 178-187.
- Blanck, P., Rosenthal, R., Vannicelli, M., & Lee, T. (1986). Therapists' tone of voice: Descriptive, psychometric, interactional, and competence analyses. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4, 154-178.
- Brown, K., & Sorter, D. (2008). Voice and cure: the significance of voice in repairing early patterns of disregulation. *Clin Soc Work J*, 36, 31-39.
- Campbell, N. (2004a). Listening between the lines: a study of paralinguistic information carried by tone-of-voice. *International Symposium on Tonal Aspects of Languages*, 28-31. Disponible en http://www.isca-speech.org/archive/tal2004/tal4_013.pdf
- Campbell, N. (2004b). Accounting for voice-quality variation. *Speech Prosody*, 23-26.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory. A practical guide through cualitative analysis*. Los Angeles, CA: Sage.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research (3rd edition)*. Los Angeles, CA: Sage.
- Cortés, C. (2003). Comunicación y metacomunicación: redefiniendo una relación axiomática. *Psykhé*, 12, 65-71.
- Gobl, C., & Chasaide, A. (2003). The role of voice quality in communicating emotion, mood and attitude. *Speech Communication*, 40, 189-212.
- Greenberg, L. (1980). The intensive analysis of recurring events from the practice of Gestalt therapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 17, 143-152.
- 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).
- Knapp, M. (1988). Capítulo 10 Los efectos de las señales vocales que acompañan a las palabras habladas. En M. Knapp, *La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno*. Barcelona: Editorial Paidós.

- Knoblauch, S. (2000). *The musical edge of therapeutic dialogue*. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press.
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de educación*, 7, 19-39.
- Malloch, S. (1999) Mother and infants and communicative musicality. *Musicae Scientiae: Rhythms, Musical Narrative, and the Origins of Human Communication, Special Issue, 1999-2000*, 29-57
- Martínez, E. (2003). *El sonido en la comunicación humana: Introducción a la fonética*. Barcelona: Editorial Octaedro.
- Martínez, M. (2006). La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Rev. Invest. en Psicol*, 9(1), 123-146.
- Merten, J. (2005). Facial microbehaviour and the emotional quality of the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, 15, 325-333.
- Muñoz, J. (2005). *Análisis cualitativo de datos textuales con Atlas.ti 5*. Creative Commons. Disponible en: <http://www.ucpr.edu.co/centros/investigaciones/Atlas5.pdf>
- Nagaoka, C., & Komori, M. (2008). Body movement synchrony in psychotherapeutic counseling: A study using the video-based quantification method. *IEICE Transactions on Information and Systems*, 91(6), 1634-1640.
- Pally, R. (2001). A primary role for nonverbal communication in psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry*, 21, 71-93.
- Papoušek, M. (2007). Communication in early infancy: an arena of intersubjective learning. *Infant behavior & development*, 30, 258-266.
- Ramseyer, F., & Tschacher, W. (2011). Nonverbal synchrony in psychotherapy: coordinated body movement reflects relationship quality and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 3, 284-295.
- Ramseyer, F., & Tschacher, W. (2006). Synchrony: A core concept for a constructivist approach to psychotherapy. *Constructivism in the human sciences*, 11, 150-171.
- Reich, C., Berman, J., Dale, R., & Levitt, H. (2014). Vocal Synchrony in Psychotherapy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 33, 481-494.
- Rice, L., & Kerr, G. P. (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.
- Rice, L., & Wagstaff, A. (1967). Client voice quality and expressive style as indexes of productive psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 557-563.
- Sassenfeld, A. (2008). Lenguaje corporal e intencionalidad relacional. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 4, 83-92.
- Santibáñez, P., Román, M., Lucero, C., Espinoza, A., Iribarra, D. y Müller, P. (2008): Variables inespecíficas en psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 26, 89-98.
- Sarko, D., Roth, H., & Martin, E. (2010). Prosody-preserving voice transformation to evaluate brain representations of speech sounds. *IEEE transactions on audio, speech and language processing*, 18, 1017-1029.
- Scherer, K. (1982). Methods of research on vocal communication: paradigms and parameters. En Scherer, K., & Ekman, P. (Eds.) *Handbook of methods in nonverbal behavior research* (Cap. 4, 136-199). Cambridge: Cambridge University press.
- Sidtis, D., & Kreiman, J. (2011). In the beginning was the familiar voice: personally familiar voices in the evolutionary and contemporary biology of communication. *Integr Psych Behav*. Published online.
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia (trabajo original publicado en 1990).
- Tomicic, A. (2011). *Vocal coordination: a window for the study of mutual regulation in psychotherapeutic dialog*. Thesis presented to Pontificia Universidad Católica de Chile as part of the requirements to receive the degree of Ph.D. in Psychology. Santiago de Chile.
- Tomicic, A., Martínez, C., Bauer, S., Reinoso, A., Guzmán, M. y Chacón, L. (2010). El sonido de la psicoterapia: Visión general de una línea de investigación. *Gaceta Psiquiátrica Universitaria*.
- Tomicic, A., Bauer, S., Martínez, C., Reinoso, A. y Guzmán, M. (2009a). La voz como una herramienta psicoterapéutica: la perspectiva de los terapeutas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18, 197-207.
- Tomicic, A. & Martínez, C. (2011). Voice and psychotherapy: introduction to a line of research on mutual regulation in psychotherapeutic dialog. *Praxis*, 13, 20, 109-139.
- Tomicic, A., Martínez, C., Altimir, C., Bauer, S. y Reinoso, A. (2009b). Coordinación vocal como una dimensión de la regulación mutua en la psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18, 1, 31-41.
- Tomicic, A., Martínez, C., Chacón, D., Guzmán, M. y Reinoso, A. (2011). Patrones de cualidad vocal en psicoterapia: desarrollo y estudio de confiabilidad de un sistema de codificación. *Psykhé*, 20, 77-93.
- Tomicic, A., Martínez, C., & Krause, M. (2014). The sound of change: A study of the psychotherapeutic process embodied in vocal expression. Laura Rice's ideas revisited. *Psychotherapy research*, DOI: 10.1080/10503307.2014.892647.
- Winkler, M., Cáceres, C., Fernández, I. y Sanhueza, J. (1989). Factores inespecíficos de la psicoterapia y efectividad del proceso terapéutico: una sistematización. *Terapia Psicológica*, 11, 34-40.
- Wiseman, H., & Rice, L. (1989). Sequential analyses of therapist-client interaction during change events: a task-focused approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 57, (2), 281-286.