



[http://www.fundacioorienta.com/cast\\_revista.html](http://www.fundacioorienta.com/cast_revista.html)

---

**CAMBIOS EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES EN UN GRUPO TERAPÉUTICO  
DE ADOLESCENTES: UN ESTUDIO PILOTO SOBRE LA APLICACIÓN DE LA  
METODOLOGÍA CCRT**

Víctor Cabré, José A. Castillo, Manel Salamero, Anna España,  
María Gómez, Montserrat Iserte y Antònia Aviñó

*Psicopatol. salud ment. 2005, 5, 9-27*

---

**Suscripción Revista:** <http://www.fundacioorienta.com/subscripcio.aspx>

**Subscription Journal:** <http://www.fundacioorienta.com/subscripcio.aspx>

**EDITA FUNDACIÓ ORIENTA**

[www.fundacioorienta.com/revista.html](http://www.fundacioorienta.com/revista.html)

# Cambios en las relaciones interpersonales en un grupo terapéutico de adolescentes: un estudio piloto sobre la aplicación de la metodología CCRT

VÍCTOR CABRÉ <sup>1,4,5</sup> JOSÉ A. CASTILLO <sup>1,4,5</sup> MANEL SALAMERO <sup>2,4</sup> ANNA ESPAÑA <sup>3,4</sup>  
MARÍA GÓMEZ <sup>3,4</sup> MONTSERRAT ISERTE <sup>3,4</sup> Y ANTÒNIA AVIÑÓ <sup>3,4</sup>

## RESUMEN

En este estudio se adaptó la metodología CCRT para el análisis de las interacciones que se realizan en escenoterapia, tratamiento grupal que consiste en la representación de una situación relacional ficticia y en la reflexión posterior sobre lo representado. La comparación entre el contenido de dos sesiones iniciales y dos finales mostró un gran incremento del número total de interacciones significativas, tanto armónicas como inarmónicas. Ampliar la gama de emociones se relaciona en otros estudios con un buen resultado terapéutico. PALABRAS CLAVE: psicoterapia de grupo, escenoterapia, investigación de proceso y de resultado, metodología CCRT.

## ABSTRACT

CHANGES IN INTERPERSONAL RELATIONSHIPS IN A THERAPEUTIC GROUP OF ADOLESCENTS: A PILOT STUDY ON THE APPLICATION OF CCRT METHODOLOGY. In this study CCRT methodology was adapted to analyse the interactions that take place in scenotherapy, a group treatment which consists in the staging of fictitious relational episodes plotted by the patients followed by a subsequent reflection on what has been staged. The comparison between the content of two initial sessions with two final sessions showed a big increase of the total number of significant interactions, both harmonic and disharmonic, staged by the patients. Widening the range of emotions is related in other studies with a good therapeutic outcome. KEY WORDS: group psychotherapy, scenotherapy, process and outcome research, CCRT methodology.

## RESUM

CANVIS EN LES RELACIONS INTERPERSONALS EN UN GRUP TERAPÈUTIC D'ADOLESCENTS: ESTUDI PILOT SOBRE L'APLICACIÓ DE LA METODOLOGIA CCRT. En aquest estudi es va adaptar la metodologia CCRT per a l'anàlisi de les interaccions que es realitzen en escenoteràpia, tractament grupal consistent en la representació d'una situació relacional fictícia i en la reflexió posterior sobre allò representat. La comparació entre el contingut de dues sessions inicials i dues finals va mostrar un gran increment del nombre total d'interaccions significatives, tant harmòniques com inarmòniques. Ampliar la gamma d'emocions es relaciona en altres estudis amb un bon resultat terapèutic. PARAULES CLAU: Psicoteràpia de grup, escenoteràpia, investigació de procés i de resultat, metodologia CCRT.

La investigación en psicoterapia vive un momento álgido. Las últimas dos décadas se han caracterizado por evaluar los resultados de los tratamientos, a través de estudios clínicos aleatorios que enfatizan la homogeneidad de los pacientes, la aplicación de terapias manualizadas, la medición de cambios sintomáticos, la utilización de grupos de control, etc. Paralelamente, otros clínicos e investigadores subrayan la importancia de que la investigación pueda acercarse más a las condiciones de la práctica clínica real, caracterizada por pacientes diversos que, a menudo, presentan comorbilidad, y por tratamientos que van desarrollándose sobre la marcha, modificando las

*1 Doctor en psicología. 2 Doctor en medicina. 3 Licenciada en psicología. 4 Departament de Recerca de l'Institut Universitari de Salut Mental Vidal i Barraquer (Universitat Ramon Llull). 5 Facultat de Psicologia Blanquerna (Universitat Ramon Llull).*

Correspondència: [recerca@fvb.es](mailto:recerca@fvb.es)

previsiones y los pasos descritos en los “manuales”. Creemos que son dos tipos de investigación necesarias, ambas, y que sería preferible que no se desarrollaran siempre “en paralelo”, que de vez en cuando pudieran entrecruzarse. Es imprescindible plantearse en serio el tema de la investigación en psicoterapia, de la investigación de procesos y de la investigación de resultados, con todas las metodologías posibles y plausibles.

Aunque no es éste el objetivo de nuestro trabajo sí queríamos hacer una rápida mención a esta perentoria necesidad de contrastar empíricamente los resultados de las psicoterapias que practicamos. Dicha necesidad es todavía mayor en el ámbito de la investigación sobre psicoterapia de grupo, mucho menos desarrollada que la de tratamientos individuales, aunque con resultados similares: también los tratamientos cognitivo-conductuales de grupo llevan ventaja en los estudios de eficacia (Greene, 2000).

Los temas habituales de interés en la investigación del proceso grupal serían el estilo de liderazgo, la cohesión, los afectos y las autorevelaciones (Kastner y Ray, 2000). Los instrumentos metodológicos utilizados son diversos, aunque muy pocos se adentran en el complejo mundo de las interacciones que se producen en el seno del grupo. En el terreno específico de la psicoterapia de grupo con adolescentes, los estudios realizados son pocos, mayoritariamente tratamientos cognitivo-conductuales breves con pacientes que presentan un diagnóstico específico (Pollock y Kymissis, 2001). Como ocurre en otras modalidades de tratamiento, las terapias de orientación psicoanalítica (y otras, claro) llevan retraso, mucho retraso.

En el trabajo de Arias (2003) podemos encontrar una amplia revisión de las principales características teóricas y técnicas de las psicoterapias de grupo con adolescentes, un tipo de intervención que puede resultar muy útil para eludir la confusión que frena u obstaculiza la construcción de la identidad personal de algunos adolescentes, en especial de aquellos que presentan problemas de relación. Un grupo de iguales puede ayudar al o a la adolescente a asumir dicha identidad y a potenciar su autonomía en un contexto relacional que estimula el sentido de pertenencia, tan importante en esta etapa evolutiva (Ginsberg, 1996; Kymissis, 1996).

El desarrollo de la personalidad se fundamenta, en efecto, tanto en la posibilidad de establecer relaciones íntimas y satisfactorias como en el desarrollo de una definición estable y diferenciada del *self* (Blatt y Blass, 1996 -citados en Waldinger et al., 2002-). No descubrimos nada si afirmamos que las relaciones interpersonales constituyen un aspecto crucial del desarrollo biológico y psicosocial de los humanos (Fonagy, 2001), uno de los motivos más frecuentes de consulta y, en consecuencia, también parte integrante de los objetivos de cualquier psicoterapia (Holtforth y Grawe, 2002). Los tratamientos psicoanalíticos tienen especialmente en cuenta las vicisitudes relacionales de los pacientes, tanto para determinar qué conflictos aparecen con mayor frecuencia (y, por tanto, son susceptibles de ser tratados) como para distinguir la presencia de relaciones que se han percibido como constructivas, de apoyo y de intimidad: sabemos que la presencia de al menos una relación significativa en la historia del paciente acostumbra a ser un buen indicador terapéutico.

Nuestro estudio, como veremos, pretende aportar herramientas que permitan categorizar el tipo de relaciones interpersonales que se producen en un tratamiento psicoterapéutico de grupo con pacientes adolescentes y jóvenes, así como evaluar sistemáticamente los cambios que tienen lugar entre el inicio y el final del tratamiento. Antes de referirnos al estudio en sí, describiremos de manera resumida la técnica grupal investigada (*escenoterapia*) y la metodología utilizada del *Core Conflictual Relationship Theme* (CCRT).

### Escenoterapia

Inscrita en el marco psicoanalítico, la *escenoterapia* utiliza la actividad lúdica y los recursos escénicos con finalidades preventivas, diagnósticas y terapéuticas (Cabré, 2002). La *escenoterapia* tiene una

duración aproximada de 9 meses y está conducida por dos terapeutas. Consiste en escenificar temas o argumentos que los propios miembros del grupo plantean, representando cada uno/a de ellos/as un papel previamente asignado y reflexionando a continuación sobre lo que ha sucedido en la representación. Cada sesión consta de las siguientes fases:

*I. Fase de preparación:* los miembros del grupo deciden qué situación representarán, qué actitudes tendrán los personajes, qué emociones estarían presentes, etc. Pueden ser un grupo de amigos que han sufrido un accidente de tráfico, o que se van de viaje, unos padres que han de decidir si dan o no permiso a un hijo para salir por la noche, etc.

*II. Fase de representación:* el grupo escenifica la situación previamente acordada. Se explicita que no han de ser situaciones que uno/a o varios de los pacientes hayan vivido alguna vez, aunque es evidente que se representan situaciones que generan dudas, inseguridad y otros conflictos.

*III. Fase de comentarios:* finalizada la representación, pacientes y terapeutas reflexionan y dialogan sobre lo acontecido, poniendo un énfasis especial en qué sentimientos han experimentado los pacientes (aislamiento, necesidad de ayuda, etc.), cómo han visto el personaje propio y el de los demás y qué desviaciones se han producido respecto de lo preparado.

Por tanto, la dramatización y la situación grupal son dos de los elementos fundamentales de la técnica: “La dramatización supone una experiencia ‘como si’, en la cual se actúa como si se fuera el personaje imaginario inventado, al mismo tiempo que se es uno mismo en la forma de encarnarlo” (Cabré, 2002, p. 28). El grupo, por otra parte, permite desplegar las pautas relacionales características de cada uno de sus integrantes, especialmente las conflictivas, de tal manera que se toma contacto y se puede pensar sobre ellas, aliviando -al menos en parte- la soledad y el dolor que ello supone.

La escenoterapia se aplica actualmente en diferentes contextos asistenciales privados y públicos - centros de salud mental infantil y juvenil (CSMIJ), hospitales de día, centros de educación especial, así como con pacientes en circunstancias y edades diversas: niños, adolescentes, adultos jóvenes y personas mayores; con diagnósticos diversos, evitando los trastornos en fase aguda, donde la ausencia de una mínima capacidad de contención impide la necesaria vinculación al grupo y a la tarea.

Han pasado ya más de veinte años desde la aparición de los primeros trabajos sobre escenoterapia, describiendo la técnica y la teoría que la sustenta (Font, Cabré, Pérez Testor y Martínez, 1986; Font, Ibáñez, Martínez, Pérez Sánchez y Surís, 1980; Pérez Sánchez, Font y Canals, 1982), la evolución de un grupo concreto (Font, Canals y Cabré, 1984) o los criterios de indicación y contraindicación (Font y Surís, 1993). Todas esas aportaciones han sido desarrolladas y ampliadas en un texto que puede considerarse un “manual” del tratamiento (Cabré, 2002).

Poco a poco van elaborándose, también, algunos trabajos empíricos -como el que presentamos- a partir de grupos de escenoterapia. En el primero que publicamos se observaron cambios significativos en la adaptación social y emocional de los pacientes que realizaron escenoterapia (Olaran, Sunyer, Castillo, Cabré y Salamero, 1998). También, en nuestra primera utilización del método CCRT (Castillo y Cabré, en prensa) observamos un incremento de las interacciones significativas a medida que avanzaban las sesiones, apareciendo al final del tratamiento más respuestas positivas por parte de los demás (compromiso) y por parte de los propios pacientes (sentirse querido/a y respetado/a).

### La metodología CCRT

La metodología del CCRT (*Core Conflictual Relationship Theme*) o “tema relacional conflictivo central” desarrollada por Luborsky (Barber y Crits-Christoph, 1993; Luborsky y Crits-Christoph, 1990) e inscrita en el modelo psicoanalítico, es una de las más ampliamente utilizadas para evaluar las pautas o patrones de relación habitualmente presentes en las relaciones interpersonales de los

pacientes, las formas características de relacionarse con los demás. En su versión clásica, el método CCRT evalúa patrones relacionales a partir de las narraciones sobre interacción con otros que realizan los pacientes en las sesiones de psicoterapia. En cada “episodio relacional”, es decir, en aquellos fragmentos de las sesiones analizadas donde el paciente se refiere a la relación con otras personas, diversos evaluadores entrenados en la aplicación del método determinan la presencia de uno o varios de los componentes relacionales planteados por Luborsky:

- los deseos, necesidades o intenciones de los pacientes hacia los demás (D),
- la respuesta que el paciente percibe, anticipa o imagina que recibe de los otros (RO) y,
- la respuesta de la persona ante la respuesta de los demás (respuesta del *self*, RS).

Los componentes (D, RO y RS) que con más frecuencia aparecen en las narraciones constituyen el patrón relacional básico de los pacientes. El método CCRT puede utilizarse estableciendo los componentes a partir de categorías “a medida” para cada paciente, o bien a partir de sistemas de categorías estándar. Como veremos, ésta ha sido nuestra opción. En los últimos años también se ha desarrollado un cuestionario autoaplicado (Barber, Foltz y Weinryb, 1998; Weinryb, Barber, Foltz, Göransson y Gustavsson, 2000).

### Utilidad clínico-empírica del CCRT

Consideramos que en el método CCRT confluyen los requisitos de rigor metodológico necesarios para la investigación empírica y la proximidad y relevancia hacia la práctica clínica, de manera que la metodología CCRT acerca las distancias entre investigación y práctica de la psicoterapia. Así, entre las aplicaciones clínicas del método CCRT podemos destacar el diagnóstico de las características del paciente, el establecimiento de un foco terapéutico, la valoración de la precisión de las intervenciones verbales del terapeuta (en tanto van dirigidas o no a los diferentes componentes del CCRT) y la evaluación de los cambios en los patrones relacionales del paciente.

### Patrones de relación interpersonal más frecuentes

Como puede observarse en la Tabla 1, diferentes estudios realizados con la metodología CCRT coinciden en señalar que el deseo de proximidad, la percepción de rechazo por parte de los demás y, en consecuencia, la decepción constituyen el patrón relacional más frecuente entre los pacientes.

El estudio longitudinal de Waldinger et al. (2002) pone de manifiesto que los patrones relacionales se mantienen relativamente estables entre la adolescencia y la juventud. El deseo de proximidad resultó ser el más frecuente en ambas etapas, seguido de cerca por el deseo de distancia (adolescencia) y de independencia (juventud). La dialéctica proximidad-distancia, autonomía-dependencia, resulta fundamental para los humanos, todavía más en este periodo de los 14-15 a los 24-25 años. Moya (2004) se refiere a la soledad, la responsabilidad y el compromiso sexual como temas fundamentales para el/la adolescente: llegar a una situación en la que se preserve el sentimiento de autonomía, al tiempo que también pueda mantenerse la vinculación con los demás, es un objetivo evolutivo importante y que sigue preocupando a los jóvenes más allá de los 14 o 15 años. Se observa, también, menor polarización en las experiencias relacionales de los jóvenes que en la de los adolescentes: con la edad se percibe menos oposición y rechazo en las respuestas de los demás, aparece la comprensión y disminuye la percepción del otro como alguien “malo”. Todo ello sugiere que la madurez personal se refleja en ir asumiendo una imagen más integrada de uno mismo y de los demás, y en la aparición de una gama más amplia de Deseos, Respuestas de los Otros y Respuestas del *Self*.

### Cambios a raíz de la psicoterapia

Un posible cambio en el patrón de relación interpersonal evaluado mediante la metodología CCRT de Luborsky sería que los diferentes componentes fueran menos dominantes, es decir, que aparecieran con menor frecuencia en las interacciones con los demás. Como podemos ver en la Tabla 2, Luborsky y Crits-Christoph (1990) hallaron que los Deseos, aquello que el paciente quiere, espera y/o necesita de los demás acostumbra a permanecer bastante estable, incluso después de un

tratamiento psicoterapéutico. Sin embargo, sí disminuye la percepción de que los demás no responden a nuestras necesidades (Respuestas Negativas del Otro) y las consiguientes reacciones negativas —tristeza, decepción, enfado— (Respuestas Negativas del *Self*), aumentando las Respuestas Positivas (tanto del Otro como del *Self*).

Wilczek et al. (2004) -Tabla 2- también observaron pocos cambios en los Deseos, necesidades o intenciones expresados por los pacientes: es difícil y, por otro lado, innecesario cambiar el deseo de “proximidad y aceptación” o el de “amor y comprensión”. Al igual que en el estudio de Luborsky y Crits-Christoph, los resultados sí indicaron descenso en las Respuestas Negativas de los Otros y del *Self*, en concordancia con el incremento en las Respuestas Positivas de los Otros y del *Self*: al final del tratamiento los pacientes perciben menos rechazo y control por parte de los demás, de manera que se sienten más respetados, aceptados y queridos. La flexibilidad de los pacientes se acrecienta, ya que pueden utilizar una mayor variedad de deseos y respuestas después de la psicoterapia.

### Críticas al CCRT

Una de las limitaciones del CCRT (al menos en su versión de categorías a medida y estándar) es que no discrimina diferentes formas de psicopatología. Wilczek et al. (2004) ha planteado introducir un criterio de “madurez” para cada categoría, de manera que pudieran hacerse distinciones —por ejemplo— en el deseo de ser querido o de ser comprendido. Conseguir un método CCRT más sensible a dichas diferencias en rasgos psicopatológicos continúa siendo un desafío para el futuro, así como determinar si la menor presencia de conflictos relacionales es realmente un factor curativo central de las psicoterapias psicoanalíticas.

### Método

#### Pacientes

El grupo de escenoterapia objeto de nuestro estudio estuvo formado por 7 pacientes, si bien uno de ellos abandonó el tratamiento y otro no fue incluido en el análisis de resultados porque no había asistido a las sesiones que se utilizaron para codificar los tipos de relación que se establecían de la parte final del tratamiento (sesiones 27 y 28). Son pacientes adolescentes y adultos jóvenes (media de edad: 21 años, rango: 17-25), mayoritariamente chicas (6,87%), estudiantes (5,71%), que reciben también tratamiento psicofarmacológico (5,71%): ansiolíticos (1), antidepresivos (1), ansiolíticos y antipsicóticos(1), y antidepresivos y antipsicóticos (2).

Todos los pacientes presentan dificultades importantes de relación interpersonal y diagnósticos CIE-10 diversos:

- P: trastorno delirante (F22) y trastorno esquizotípico de la personalidad (F21). Ha sufrido un ingreso psiquiátrico a raíz de una crisis autorreferencial con alucinaciones auditivas. Tiene dificultades para comunicarse y presenta cambios bruscos en el estado de ánimo.
- N: trastorno límite de la personalidad (F60.31). Se describe como una chica “cerrada”, habla poco y con pocas palabras, “no tiene nada que decir”. Siente que provoca rechazo en los demás.
- I: trastorno límite de la personalidad (F60.31), con antecedentes de anorexia y bulimia e intentos de suicidio. Tiene dificultades para confiar en la gente y mantener las amistades, le cuesta expresarse y presenta cambios en el estado de ánimo.
- F: trastorno esquizoide de la personalidad (F60.1), con rasgos de fobia social e hipocondría. Es tímida e introversa, tiene dificultades de comunicación y presenta diferentes miedos (a estar sola, a hablar en público, etc.).
- J: trastorno de ansiedad con agorafobia (F40.01) y trastorno histriónico de la personalidad (F60.4). Presenta timidez, inseguridad, nerviosismo y dificultades para relacionarse, tanto a nivel social como familiar (se queja de falta de comprensión y apoyo).

Se trata, pues, de pacientes con trastornos de personalidad de carácter esquizoide, esquizotípico y límite, asociados a importantes alteraciones relacionales.

### Tratamiento

La escenoterapia se ha realizado en modalidad de co-terapia, conducida por un terapeuta con más de 20 años de experiencia en la aplicación de la técnica y una licenciada en psicología que realizaba formación clínica de postgrado. Se desarrolló a lo largo de 31 sesiones de 60 minutos de duración, siguiendo los principios descritos en la primera parte de este trabajo (Cabré, 2002).

Se han escogido para el análisis dos sesiones de la fase inicial del tratamiento (6 y 7) y dos de la fase final (27 y 28), con el objetivo de observar posibles cambios en los patrones de relación interpersonal que aparecían. No se escogieron ni las primeras sesiones ni las últimas del tratamiento, caracterizadas por ansiedades y defensas vinculadas al encuentro en el grupo y a la separación.

### Instrumento (CCRT, método LU)

La codificación de los patrones de relación interpersonal se realizó a partir de una adaptación del sistema de categorías CCRT-LU desarrollado por Albani et al. (2002). El método CCRT-LU mantiene los componentes básicos del CCRT (Deseos -D-, Respuestas del Otro -RO- y Respuestas del *Self* -RS-), si bien incrementa las dimensiones analizadas:

- *Deseos, necesidades o intenciones (D)*

DOO: El paciente expresa un deseo sobre cómo debería ser o actuar el otro, sin que el propio paciente esté implicado o afectado directamente. Por ejemplo: “Deberías ser más capaz de entenderte con tu pareja”.

DOS: El paciente expresa un deseo sobre cómo debería ser o actuar el otro hacia él/ella. Por ejemplo: “Me gustaría que mi pareja me entendiera”.

DSO: El paciente expresa un deseo sobre cómo le gustaría ser o actuar hacia otra persona. Por ejemplo: “Quiero darle a mi pareja el cariño que se merece”.

DSS: El paciente expresa un deseo referido a cómo le gustaría ser, a un rasgo personal que querría tener. Por ejemplo: “Me gustaría poder expresar mis sentimientos”.

- *Respuestas (R)*

ROO: El paciente describe una manera de ser o de actuar de otra persona. Por ejemplo: “X no sabía qué decisión tomar”.

ROS: El paciente se refiere a una actuación del otro hacia él/ella. Por ejemplo: “X me ha dado mucho apoyo”.

RSO: El paciente describe cómo ha actuado o ha tratado a otra persona: “Me opuse a que me implicara en aquella situación”.

RSS: El paciente se refiere a una manera de comportarse propia, o a un sentimiento o estado de ánimo que experimenta. Por ejemplo: “El otro día me sentí realmente solo”.

- *Reflexión (Reflex)*: hemos añadido esta dimensión para poder codificar aquellas verbalizaciones realizadas por los pacientes en la fase de comentario de las sesiones, en las que reflexionaban sobre la representación realizada, sobre el personaje propio o sobre los personajes de los demás pacientes.

Mientras que en un tratamiento psicoterapéutico convencional son los pacientes los que se refieren a las relaciones que mantienen fuera del propio tratamiento (con la excepción de las menciones a la transferencia), la peculiaridad de la escenoterapia hace que observemos las interacciones tal como se producen en el grupo. Lo que codificamos habitualmente, pues, serán RSO y ROS, es decir cómo un paciente trata a los demás y cómo es tratado por ellos y ellas.

Tres evaluadoras, una licenciada en psicología que estaba realizando estudios de postgrado y dos estudiantes de cuarto de psicología, todas ellas con experiencia en la observación de grupos de escenoterapia, fueron entrenadas en la aplicación del método CCRT. Cada una de ellas realizaba la codificación de las sesiones por separado, llegándose posteriormente a un acuerdo entre las tres (consenso) sobre cuál era la categoría específica que mejor describía la interacción.

Por tanto, el proceso de categorización sigue los siguientes pasos:

1. decidir si la verbalización del paciente implica o no una interacción significativa;
2. decidir la dimensión a la que pertenece (RSO, ROS, DOO, etc.);
3. decidir si lo afirmado por el paciente implica una descripción o una interacción armónica o inarmónica;
4. asignarle la categoría y subcategoría específica del sistema de clasificación, y
5. consensuar la categoría definitiva.

El sistema de categorías propuesto por Albani et al. (2002), en el que nos hemos basado, se divide en 11 categorías armónicas y 9 inarmónicas, cada una de ellas subdividida, a su vez, en diferentes subcategorías (ver Tabla 3).

Sirvan como ejemplo de la temática de las sesiones y de la codificación de las mismas, dos fragmentos de las sesiones 6 y 27.

En la sesión 6 se escenifica una reunión de vecinos “para restablecer el orden”. En la escalera hay un piso donde se ejerce la prostitución, aunque en realidad todos los vecinos se molestan entre sí por algún motivo.

Sesión 6/Frase 35. Paciente J dirigiéndose a I: “¿Hay necesidad de que estén por la escalera dando vueltas?” (se refiere a las prostitutas que trabajan en un piso de la finca). “Porque a veces mis hijos salen y son pequeños todavía”. RSO (J - I), j12 (reprochar).

6/36. Paciente I “¡Si son amigas de sus hijos! Todavía es peor el olor que sale de tu piso” (dirigiéndose a N)... “a veces me cogen un *colocón*...” ROS (J - I), j12 (reprochar) + RSO (I - J), i12 (ser cínico) + RSO (I - N), j12 (quejarse).

6/37. Paciente N: “Es la habitación de unos compañeros que fuman”. ROS (I - N), j12 (quejarse) + RSO (N - I), i12 (eludir la responsabilidad).

6/38. Paciente F: “Como la peste a puro de usted” (dirigiéndose a P). RSO (F - P), j12 (quejarse)

6/39. Paciente P: “Lo dejé hace poco...”. ROS (F - P), j12 (quejarse) + RSO (P - F), i12 (eludir la responsabilidad).

En la sesión 27 se escenifica la situación de un productor discográfico que quiere hacer famoso a un grupo musical, aunque le exige que cambie de estilo. El grupo se divide entre los que quieren y no quieren cambiar, abandonando el estilo *heavy* que habían practicado hasta entonces:

27/12: Paciente P: “Tenéis que cambiar...”. RSO (P - N/F/J), k21 (presionar)  
(...)

27/15: Paciente I: “El *heavy* no se escucha en verano. Lo que se quiere es orquestilla de pueblo”. RSO (I - N/F/J), j22 (rechazar) + k22 (imponer).

27/16: Paciente N: “Alguna canción podemos incorporar, pero...” ROS (I - N), k22 (imponer) + RSO (N - I) a26 (tener una postura conciliadora) + RSO (N - I) j21 (oponerse).

27/17: Paciente I: “No, todas”. ROS (N - I) j21 (oponerse) + RSO (I - N) k22 (imponer).

Como vemos, en el fragmento de la sesión 6 predominan el reproche, la queja y la elusión de responsabilidad, mientras que en el fragmento de la sesión 27 la interacción se caracteriza por el intento de imponer y la oposición a ello, apareciendo alguna postura conciliadora.



## Resultados

### Fiabilidad interobservadores

Ya que los componentes del CCRT se determinan a partir de varios observadores, es evidente que la preocupación por la fiabilidad ocupa un lugar importante en cualquier investigación que utiliza dicho método. En nuestro estudio, refiriéndonos a las dos evaluadoras que han presentado mayor disparidad, hemos obtenido valores *kappa* de fiabilidad también dispares. Así, la fiabilidad es alta en la identificación de las principales dimensiones de interacción: 0,88 (RSO), 0,84 (ROS) y 0,96 (Reflex). La fiabilidad es buena (0,66) cuando las evaluadoras determinan el carácter armónico o inarmónico de la interacción: no es tan sencillo como puede parecer determinar esa característica, ya que las evaluadoras no habían tenido ocasión de observar directamente ese grupo y puede haber comentarios irónicos o en los que surjan dudas sobre la intencionalidad del que los realiza. Por último, la fiabilidad ha resultado muy pobre (0,25) en la identificación de la categoría específica de la interacción, de manera que será necesario desarrollar criterios para mejorarla. La gran amplitud del sistema de categorías CCRT-LU (118 categorías, 51 armónicas y 67 inarmónicas) dificulta alcanzar valores de fiabilidad altos. Los resultados a los que nos referiremos a continuación no están afectados por esta limitación de la fiabilidad, ya que recordemos las diferentes interacciones se han categorizado a través del consenso entre las tres evaluadoras.

A continuación nos referiremos a las variaciones observadas en los patrones relacionales representados por cada paciente en las sesiones iniciales (6-7) y finales (27-28) de la escenoterapia, presentando después los resultados en el conjunto del grupo.

### Cambios en los patrones relacionales de cada paciente

*El paciente P* (ver Tabla 4 y Anexo 1) es el miembro del grupo que más interacciones significativas realiza con el resto del grupo, mostrando un incremento en dichas interacciones entre el inicio y el final del tratamiento (de 43 a 69). Dicho incremento afecta en especial a las interacciones armónicas (de 8 a 35), mientras que las inarmónicas prácticamente no se modifican (de 35 a 34).

Al inicio del tratamiento predominan la queja (categoría j12) y el distanciamiento respecto de los demás (m11), mientras que al final del tratamiento se ha reducido la queja y ya no aparece el distanciamiento. Las interacciones inarmónicas, al final del tratamiento, se expresan más como discrepancia (j21), imposición (j21), negarse a algo (j22) o culpar al otro (j12). También al final del tratamiento aparecen actitudes armónicas orientadas hacia los demás miembros del grupo: ayudar (b23), proponer (d28), elogiar y animar (b12), etc.

Por lo que respecta a las ROS, es decir, a la interacción recibida, las sesiones iniciales se caracterizan porque el resto del grupo le ofrece consejos (a23) y muestra apoyo (b12), interés (a11) y protección (b23) hacia P. Al final del tratamiento -coincidiendo con la actitud más desafiante de P- recibe interacciones inarmónicas en forma de quejas, confrontaciones, acusaciones (j12), imposiciones y exigencias (k21).

También al final del tratamiento aumentan las reflexiones sobre el personaje propio y los personajes ajenos. El personaje propio pasa de la desconfianza a afrontar (d15), estar desmotivado (e11) o sentirse incapaz (g22). Los personajes ajenos son vistos tanto con aspectos positivos como negativos (mostrar interés -a23-, ayudar -b23-, ser autosuficiente -d25-, ser superficial -i12-, justificarse -i23-,...).

Por lo que respecta a la *paciente N* (ver Tabla 4 y Anexo 2), al final del tratamiento se incrementan las interacciones (RSO armónicas) que implican ocuparse del otro, atender, aceptar (a21), estar interesado (a11) y conciliar (a26). También se produce un aumento notable de las interacciones inarmónicas en la línea de descuidar, justificar y desentenderse (i12). Respecto de las interacciones de los demás hacia ella (ROS), la paciente N recibe únicamente una interacción armónica al final del

tratamiento (ninguna al principio), mientras que se incrementan las inarmónicas (de 3 a 8): la paciente capta tanto al inicio como al final la queja, el desafío, el reproche, en definitiva el rechazo (categoría J), si bien al final percibe en mayor medida cómo se sienten aquellos con quien interactúa (frustrados, decepcionados -e11 y f14-) y la actitud dominante en los demás (k21 y k22), expresando asimismo aceptación de sí misma (a23) y deseo de mejorar (d28). Las reflexiones de la paciente enfatizan al inicio su inhibición debida al sentimiento de debilidad (g25) que, al final, cambia hacia el sentimiento de inseguridad (f22), apareciendo también reflexiones sobre aspectos armónicos: interés por los demás (a11), sentirse bien (c33), ser autocrítica (d27) y ser capaz (d22).

A pesar de que la *paciente I* no asistió a la sesión 28, los datos (Anexo 3 y Tabla 4) señalan un claro incremento de las interacciones RSO inarmónicas, así como -en menor medida- de las ROS y las reflexiones. Vayamos por partes. El estilo de interacción armónica de I hacia los demás, caracterizado por actitudes de aconsejar (a23), conciliar (a26), ayudar (b23) y proponer (d28) va decantándose al final del tratamiento hacia el esfuerzo por convencer a los demás (b11), quejarse y culpar (j12) y, sobre todo, intentar dominar, seducir (k12), presionar e imponer (k21, k22), amenazar (l21). También al final del tratamiento recibe alguna reacción positiva, de aceptación e interés hacia ella (a11). Sus reflexiones al inicio del tratamiento se circunscriben a desconfiar y guardar distancia (M), mientras que al final se centran en la terquedad de los demás (j21).

La *paciente F* faltó a la sesión 27. En el tratamiento, F (Anexo 4 y Tabla 4) representa diferentes conflictos relacionales: de 5 interacciones inarmónicas hacia los demás al inicio del tratamiento (sobre todo quejas y reproches, j12), pasa a 36 interacciones inarmónicas, con una mayor amplitud de posibilidades: sentirse frustrada y herida (e11), insatisfacción (f), se mantienen las quejas y reproches (j) y aparecen con fuerza actitudes de oponerse (j21), discrepar, negarse, rechazar (j22), pedir explicaciones (k21), la ironía (l12), etc. Las reflexiones realizadas por la paciente muestran un cambio desde el sentimiento de decepcionar a los demás (i12) y sentirse decepcionada (f14) a percibir sentimientos (a24) y ser considerada hacia los demás (d13), al tiempo que puede sentirse más segura (d26).

La *paciente J* falta a la sesión 27. Se muestra muy poco activa en las sesiones analizadas y prácticamente no se observan modificaciones en sus interacciones con los demás (Anexo 5 y Tabla 4). Quizás, sólo destacar la aparición de la inseguridad (f22) que se expresa en la escenificación y que ella recoge en sus reflexiones.

### **Cambios en los patrones relacionales en el conjunto del grupo**

Considerando globalmente los datos de todos los miembros del grupo (Tabla 5), una primera observación es que en las sesiones de la fase final del tratamiento se incrementan las interacciones (de 124 a 214), a pesar de que dos de los miembros del grupo no asisten a alguna de las sesiones de dicha fase final. El incremento en las interacciones se produce tanto en las interacciones armónicas como en las inarmónicas, si bien es especialmente notorio en estas últimas: las interacciones inarmónicas pasan de 76 (inicio de la escenoterapia) a 144 (final).

Dentro de las interacciones armónicas, es en la categoría A (atender, estar interesado, aceptar, entender) donde encontramos mayor variación: al final del tratamiento aparecen más interacciones en las que los pacientes muestran interés por el otro, comprensión, aceptación, etc. Destacaríamos también que sólo una interacción ha sido clasificada en la categoría C, que engloba aspectos como ser cercano, amar, enamorarse, confiar, satisfacer, tener amigos, ser romántico o tener relaciones sexuales.

Respecto de las interacciones inarmónicas, únicamente se observa un descenso en la categoría M, que tiene que ver con retraerse, distanciarse y desconfiar. Por contra, el contrario, se incrementan notablemente las interacciones que implican falta de fiabilidad (I: eludir la responsabilidad,

desentenderse, descuidar, ser egoísta, justificarse); rechazo (J: culpar, reprochar, oponerse) y dominio del otro (K: presionar, exigir, forzar a hacer algo). Las frecuencias más bajas aparecen en las categorías E (estar deprimido, resignarse), G (ser determinado por otros) y H (enfadarse, sentirse herido).

### Discusión y conclusiones

El objetivo de nuestro estudio era comprobar las posibilidades de utilizar la metodología CCRT de Luborsky (en su versión CCRT-LU de Albani et al., 2002) para la categorización de las interacciones que se producían en dos sesiones de la fase inicial y dos sesiones de la fase final de una psicoterapia grupal particular (la escenoterapia), aplicada a pacientes jóvenes con dificultades importantes de relación.

Necesitamos procedimientos metodológicos que nos permitan evaluar aspectos del proceso y del resultado de las psicoterapias de grupo, procedimientos rigurosos que sintonicen con la sensibilidad de los clínicos y sean próximos al trabajo psicoterapéutico. Creemos que la metodología CCRT cumple el requisito de rigurosidad y que se centra en un aspecto clínicamente tan significativo como los patrones de relación interpersonal.

La comparación entre las interacciones que realizan los pacientes al inicio y al final de la escenoterapia resultan variados y difíciles de interpretar. No parece haber un modelo de cambio en los patrones relacionales que sea generalizable a todos los pacientes del grupo. Si nos fijamos en un primer dato, en el número de interacciones significativas en que se involucra cada paciente, pueden observarse diferencias espectaculares: por ejemplo, entre las 112 interacciones del paciente P y las 16 de la paciente J (a pesar de que ésta falta a una de las sesiones analizadas). Desde el punto de vista de la calidad y el sentido de las interacciones, también se observan cambios diversos en los pacientes. Mientras que como acabamos de señalar la paciente J apenas aparece en las interacciones del grupo, el paciente P se muestra muy activo y modifica estilos de interacción inarmónicos (de la tendencia al distanciamiento a negarse o discrepar), expresa sentimientos de inseguridad que antes no aparecían y muestra más actitudes de interés hacia los demás. La paciente F con importantes problemas de expresión parece desplegar un buen número de dificultades de relación: frustración, decepción, preocupación, sentirse herida, eludir la responsabilidad, reprochar, oponerse, amenazar, etc. Parece significativo que una persona con miedo a estar sola y con dificultades de comunicación pueda expresar toda esa gama de conflictos, superando el miedo al rechazo. Pero es que en todos los pacientes predominan las interacciones inarmónicas, que prácticamente se multiplican por dos en las sesiones de la fase final del tratamiento (de 76 a 144).

Claro está -y ésta es una de las peculiaridades de la escenoterapia- que todos esos conflictos *se representan* en las sesiones. No son directamente los pacientes los que experimentan los conflictos (o las satisfacciones) sino los *personajes* que representan. Esta posibilidad de representar situaciones relacionales conflictivas a través de “un personaje que no soy exactamente yo, aunque pueda haber cosas mías en él/ella”, permite vivir experiencias “reales” en una situación “ficticia”, acercarse a sentimientos dolorosos sin sentirse invadido por ellos, aproximarse con cierta distancia. Y sobre todo, claro, hacerlo en un grupo que se intenta que trabaje como tal y en un entorno seguro y de confianza, tanto por la contención que ejercen los terapeutas como porque se estimula la reflexión sobre lo que ha sucedido. Fonagy (1999) ha planteado que en el tratamiento psicoanalítico se activan diferentes modelos de las relaciones entre uno mismo y los demás, estimulando los recuerdos autobiográficos de cada uno de esos modelos. Pero lo curativo -tal como lo plantea Fonagy- no sería esa recuperación de recuerdos sino adquirir conciencia sobre las relaciones: “La acción terapéutica recae en la elaboración consciente de representaciones relacionales preconscientes, principalmente a través de la atención del analista a la transferencia” (p. 218). Pensamos que la escenoterapia es una técnica que estimula de manera decidida que los pacientes experimenten viejas y nuevas maneras de relacionarse, y que -sobre todo- potencia dicha función reflexiva.

Pero continuemos repasando diferentes tipos de cambio observados en las interacciones de los pacientes. El cambio en la paciente I va desde las actitudes de aconsejar y proponer del inicio a los intentos (fracasados) de convencer al otro. Sus reflexiones al inicio del tratamiento se circunscriben a desconfiar y guardar distancia, mientras que al final del tratamiento dichas reflexiones parecen centrarse en la terquedad de los demás más que en su propia actitud de imposición. ¿Existe un sesgo en las reflexiones de I, que ve más las dificultades ajenas (“los demás son tercos”) que las propias (“quiero imponer mi punto de vista”)? Parece claro que una línea de investigación futura puede ser valorar si las reflexiones de los pacientes se ajustan a las relaciones que se han establecido en las representaciones que realiza el grupo en las sesiones. También puede resultar muy sugerente estudiar si el terapeuta dirige sus intervenciones a resaltar lo fundamental de las relaciones que se desarrollan en el grupo, es decir, aquellos tipos de interacción predominantes. En nuestros trabajos actuales ya estamos incluyendo este aspecto como un nuevo objeto de estudio.

Mientras que los pacientes P y F parecen acercarse al grupo en las sesiones del final del tratamiento (más interacciones que implican interés, ánimo, defensa del otro, consideración, actitud constructiva), N parece debatirse entre acercarse y ocuparse de los demás (percibe más sentimientos en los otros al final del tratamiento) o bien desentenderse y reaccionar ante el rechazo que recibe en las interacciones representadas -recordemos que la paciente se siente rechazada en sus relaciones interpersonales externas al tratamiento-. La dialéctica proximidad-distancia, acercarse o alejarse del grupo (y, en general, de los demás) es una de las más significativas para los humanos, de manera que es lógico que se vean reflejadas en las interacciones. Bernfeld, Clark y Parker (1984) -citados por Kastner y Ray (2000)- evaluaron tres tipos de procesos en grupos de adolescentes: a) roles que ayudan a que el grupo cumpla su tarea; b) roles que ayudan a que el grupo se mantenga como tal, y c) roles individuales, que responden más a necesidades personales que grupales. Los resultados de su estudio mostraron que eran los roles de grupo los que aumentaban a medida que el grupo se desarrollaba, mientras que los roles individuales decrecían y los de tarea se mantenían. El aumento observado en las relaciones armónicas que se producen entre los pacientes podría responder a ese incremento en los roles de grupo, ya que las interacciones que más aumentan son justamente las de la categoría A: atender y ocuparse del otro, estar interesado, comprender, aceptar, respetar, entender, etc., actitudes primordiales en los tratamientos grupales. En esta línea de incremento de actitudes progrupales podemos interpretar, también, que las únicas interacciones inarmónicas cuya presencia disminuye al final del tratamiento son justamente las de la categoría M, que tiene que ver con la retirada, el retraimiento, distanciarse de los demás, etc. En consonancia con otros estudios realizados (De Roten, et al., 2004; Luborsky y Crits-Christoph, 1990; Waldinger et al., 2002; Wilczek et al., 2004), el rechazo (categoría K) es el tipo de interacción más frecuente, ocupando el 45% de las interacciones inarmónicas al inicio del tratamiento y el 53% al final. La presencia del rechazo, sin embargo, no estimula la retirada, lo cual no deja de ser notable en un grupo de pacientes en los que predominan los aspectos esquizoides. Aparte del rechazo, en los conflictos relacionales se hace presente la falta de fiabilidad (I: eludir la responsabilidad, desentenderse, descuidar, ser egoísta, justificarse) y los intentos de dominar al otro (K: presionar, exigir, forzar a hacer algo). Las frecuencias más bajas aparecen en las categorías E (estar deprimido, resignarse), G (ser determinado por otros) y H (enfadarse, desagradar). Uno de los criterios de indicación de la escenoterapia son los problemas para expresar emociones verbalmente, así que no es extraño que los pacientes expresen dichos sentimientos a través de la queja, la oposición y la presión hacia el otro.

Únicamente aparece una interacción clasificada en la categoría C, que engloba aspectos como amar, enamorarse, confiar, satisfacer, tener amigos, ser romántico o tener relaciones sexuales. Por tanto, los vínculos armónicos que se incrementan se circunscriben específicamente a la disponibilidad a interesarse por el otro, a comprenderle y aceptarle, quedando al margen vinculaciones específicas y más íntimas como la amistad o el amor. Los miembros del grupo parecen más predispuestos a representar relaciones conflictivas y a ir mostrando progresivamente más interés por el otro, que no

a representar vínculos de amor o amistad que funcionen. Bueno, no es mala manera de trabajar. Está bien que la psicoterapia, y la escenoterapia, sea apasionante para el paciente, que genere satisfacción y emociones de todo tipo... donde tampoco falte un poco (o bastante) de humor..., pero lo que está claro es que los conflictos relacionales han de ser objeto de atención y reflexión conjunta.

En síntesis, podemos encontrar pacientes que incrementan notablemente la gama de interacciones conflictivas que pueden experimentar en el grupo, pacientes que tienden a permanecer bastante inactivos y pacientes que experimentan mayor sentido de implicación en el grupo y de aceptación por parte de los demás. En cualquier caso, la experimentación de una amplia gama de emociones es una característica significativa de los tratamientos que se relaciona con un buen resultado terapéutico (Whiston y Sexton, 1993). Otros estudios realizados con la metodología CCRT también han puesto de manifiesto que uno de los cambios observados después de un tratamiento es la mayor variedad relacional (Luborsky y Crits-Christoph, 1990; Waldinger et al., 2002; Wilczek et al., 2004) y la aparición de más patrones relacionales de los que existían al principio.

Las limitaciones de nuestro estudio son múltiples. Las evaluadoras no habían observado directamente las sesiones que se trabajaron, lo cual podría restar precisión a sus codificaciones. Junto con otros motivos que conviene analizar, ello podría haber afectado a la fiabilidad interobservadoras, que ha resultado demasiado baja. Otra limitación es que no hemos aplicado el método CCRT a los patrones relacionales que los pacientes mantienen en sus vínculos externos al tratamiento, de manera que no sabemos el grado de correspondencia entre lo que se representa en las sesiones de escenoterapia y los conflictos que acaecen con la familia, los amigos, etc. Tampoco sabemos si las variaciones observadas entre los patrones relacionales que aparecen al inicio y al final de la escenoterapia suponen también cambios en las relaciones que los pacientes mantienen en su “vida real”. Otra cuestión sin resolver: ¿Qué relación hay entre cambios en los patrones relacionales y cambios sintomáticos? ¿Observaremos resultados semejantes al trabajar con otros grupos?

Todo ello son limitaciones e interrogantes que nos obligan a seguir trabajando. Consideramos que los resultados aquí presentados son suficientemente estimulantes como para intentar desarrollar al máximo las posibilidades de la metodología CCRT para la evaluación del proceso y el resultado de las psicoterapias de grupo.

### Bibliografía

- ALBANI, C.; POKORNY, D.; BLAZER, G.; GRÜNINGER, S.; KÖNIG, S.; MARSCHKE, F.; GEISLER, I.; KOERNER, A.; ET AL. (2002). Reformulation of the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) categories: The CCRT-LU category system. *Psychotherapy Research*, 12 (2), 319-338.
- ARIAS, E (2003). Estudi observacional de la interacció en un grupo de psicoterapia d'orientació psicoanalítica, a partir de l'anàlisi de la conversa. *Tesi Doctoral no publicada*. Universitat de Barcelona.
- BARBER, J.P. & CRITS-CHRISTOPH, P (1993). Advances in measures of psychodynamic formulations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 574-585.
- BARBER, J. P; FOLTZ, C. AND WEINRYB, R. M (1998). The Central Relationship Questionnaire: initial report. *Journal of Counselling Psychology*, 45, 131-142.
- BERNFELD, G; CLARK, L AND PARKER, G (1984). The process of adolescent group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 34, 111-126.
- CABRE, V (2002). *Escenoterapia: dramatización terapéutica en grupo*. Barcelona: FVB-Paidós.
- CASTILLO, J. A., Y CABRÉ, V (en prensa). Cambios en los patrones de relación interpersonal de pacientes en psicoterapia de grupo. *Revista de la Asociación Española de Psicoterapia Psicoanalítica*.
- DE ROTEN, Y., DRAPEAU, M., STIGLER, M., AND DESPLAND, J. N (2004). Yet another look at the CCRT: The relation between Core Conflictual Relationship Themes and defensive functioning. *Psychotherapy Research*, 14 (2), 252-260.

- FONAGY, P (1999). Memory and therapeutic action. *International Journal of Psycho-Analysis*, 80, 215-357.
- FONAGY, P (2001). *Teoría del apego y psicoanálisis*. Barcelona: Espaxs, 2004.
- FONT, J, CANALS, M, Y CABRE, V (1984). Evolución de un grupo de escenoterapia. *Informaciones Psiquiátricas*, 95, 53-63.
- FONT, J., IBAÑEZ, J.M., MARTINEZ, M., PEREZ SANCHEZ, A., Y SURIS, S (1980). La actividad lúdica en psicoterapia: escenoterapia. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, VII (4), 285-294.
- FONT, J, Y SURIS, S (1993). Indicaciones y contraindicaciones en escenoterapia. *Informaciones Psiquiátricas*, 131, 337-343.
- FONT, J., CABRE, V., PEREZ, C., AND MARTINEZ, M (1986). Social impact of scenotherapy : Possibilities of this therapeutic technique in the mental health field. *Mediterranean Journal of Social Psychiatry*, 7 (2).
- GINSBERG, B.G (1996). Together in group therapy: Fathers and their adolescent sons. In M.P. Andronico (Ed.), *Men in groups: Insights, interventions, and psychoeducational work* (269-282). Washington, DC: American Psychological Association.
- GREENE, L.R (2000). Group psychotherapy research: Current status and future trends on the dawn of the new millennium. *Group*, 24 (2/3), 157-165.
- HOLTFORTH, M.G, AND GRAWE, K (2002). Bern Inventory of Treatment Goals: Part 1. Development and first application of a taxonomy of treatment goal themes. *Psychotherapy Research*, 12 (1), 79-99.
- KASTNER, J.W, AND RAY, K. P (2000). Adolescent ratings of group process: What they see may not be exactly what we see. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 10 (4), 213-221.
- KYMISSIS, P (1996). Terapia de grupo con adolescentes. En H.I. Kaplan y B.J. Sadock, *Terapia de grupo* (pp. 631-639). Madrid: Ed. Médica Panamericana.
- LUBORSKY, L, AND CRITS-CHRISTOPH, P (1990). *Understanding transference. The CCRT Method*. New York, Basic Books, Inc. Publishers.
- LUBORSKY, L, AND DIGUER, L (1995). A novel CCRT reliability study: Reply to Zander et al. *Psychotherapy Research*, 5 (3), 237-241.
- LUBORSKY, L, DIGUER, L, ANDRUSYNA, T, FRIEDMAN, S, TARCA, C, POPP, C. A, ET AL. (2004). A method of choosing CCRT scorers. *Psychotherapy Research*, 14 (1), 127-134.
- MOYA, J (2004). Padres, adolescentes y docentes. Los avatares de un encuentro difícil aunque no imposible. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 3, 13-19.
- OLARAN, I., SUNYER, M., CASTILLO, J.A., CABRÉ, V., Y SALAMERO, M (1998). Evaluación del factor adaptación en un grupo de escenoterapia. *Clínica y Análisis Grupal*, 20 (2), 295-302.
- PEREZ SANCHEZ, A., FONT, J., Y CANALS, M (1982). Una modalidad de psicoterapia de grupo en adolescentes: escenoterapia. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, IX, 433-446.
- POLLOCK, K.M, AND KYMISSIS, P (2001). The future of adolescent group therapy: An analysis of historical trends and current momentum. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 11 (1), 3-11.
- WALDINGER, R. J, DIGUER, L, GUASTELLA, F, LEFEBVRE, R, ALLEN, J. P, LUBORSKY, L, AND HAUSER, S. T (2002). The same old song? Stability and change in relationship schemas from adolescence to young adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 31 (1), 17-29.
- WEINRYB, R. M, BARBER, J. P, FOLTZ, C, GÖRANSSON, S. G .M, AND GUSTAVSSON, J. P (2000). The Central Relationship Questionnaire (CRQ): Psychometric properties in a Swedish sample and cross-cultural studies. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9, 201-212.
- WILCZEK, A, WEINRYB, R. M, BARBER, J. P, GUSTAVSSON, J. P, AND ASBERG, M (2004). Change in the Core Conflictual Relationship theme after long-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 14 (1), 107-125.
- WHISTON, S.C, AND SEXTON, T. L (1993). An overview of psychotherapy outcome research: Implications for practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 43-51.

ANEXOS

Anexo 1: Interacciones del paciente P.

Pac. P	Inicio del tratamiento	Final del tratamiento
<b>RSO</b>	<p>a21 aceptar</p> <p>b11 (3) explicar, confirmar (2)</p> <p>d18 tener responsabilidad</p> <p>g11 sentirse excluido</p> <p>h12 descalificar</p> <p>i12 (3) eludir la responsabilidad, justificarse (2)</p> <p>j11 desalentar</p> <p>j12 (7) quejarse (6), reprochar</p> <p>j21 oponerse</p> <p>j22 negarse</p> <p>k21 pedir explicaciones</p> <p>l12 ser irónico</p> <p>m11 (3) distanciarse (3)</p> <p>m12 guardar las distancias</p> <p>m13 desconfiar</p>	<p>a11 estar interesado</p> <p>a26 conciliar</p> <p>b11 (2) explicar, convencer</p> <p>b12 (2) elogiar, animar</p> <p>b23 (5) defender, aconsejar (3), ayudar</p> <p>d13 ser considerado</p> <p>d17 ser constructivo</p> <p>d28 (3) proponer (3)</p> <p>e11 sentirse frustrado</p> <p>f13 (2) sentirse incómodo, sentirse insatisfecho</p> <p>h14 sentirse herido</p> <p>i12 (2) eludir la responsabilidad, justificarse</p> <p>j11 desplazar</p> <p>j12 (6) quejarse (2), culpar (3), reprochar</p> <p>j21 (2) discrepar, desafiar</p> <p>j22 (3) negarse (2), excluir</p> <p>k21 (2) presionar</p> <p>l11 humillar</p> <p>m13 desconfiar</p>
<b>ROS</b>	<p>a11 (5) ser interesado (5)</p> <p>a23 aconsejar</p> <p>a26 entender</p> <p>b11 convencer</p> <p>b12 (3) apoyar (3)</p> <p>b23 (3) aconsejar, advertir para proteger (2)</p> <p>d16 ser confiable</p> <p>d18 tener responsabilidad</p> <p>f14 sentirse decepcionado</p> <p>j12 quejarse</p> <p>j21 oponerse</p> <p>k21 presionar</p> <p>l12 ser irónico</p>	<p>a11 estar interesado</p> <p>a26 tener una postura conciliadora</p> <p>g11</p> <p>i12 (3) eludir responsabilidad (2)</p> <p>i22 ser injusto</p> <p>j12 (3) quejarse, confrontar, acusar</p> <p>j21 desafiar</p> <p>k21 (3) imponer, pedir explicaciones, comprometer, exigir</p> <p>l12 (2) ser irónico, reírse de alguien</p>
<b>ROO</b>	f14 sentirse decepcionado	i11 ser insensible
<b>RSS</b>	d28 madurar	d18 tener responsabilidad
		i12 abandonar
		k21 hacer trampas
<b>refPRSS</b>		d15 afrontar
		e11 estar desmotivado
		g22 sentirse incapaz

	m13 desconfiar	
refPROO	g22 ser incompetente	a23 mostrar interés b23 ayudar d25 ser autosuficiente  i12 ser superficial, justificarse i23 (2) ser ambicioso (2)
refPRSO		a26 conciliar
refTROO		a11 implicarse

### Anexo 2: interacciones de la paciente N.

PAC. N	Inicio del tratamiento	Final del tratamiento
RSO	a26 conciliar  b11 convencer b23 (2) aconsejar (2) d16 (2) ser confiable, ser sincero d18 tener responsabilidad  i12 eludir la responsabilidad (2)  j12 (2) quejarse, confrontar j21 (2) oponerse, discrepar k21 presionar	a11 (3) estar interesado (3) a21 (2) aceptar (2) a26 (2) tener una postura conciliadora b11 convencer  d14 ser paciente  g11 sentirse excluido g12 dejarse llevar i12 (7) justificarse (5), desentenderse (2) i23 (3) ser ambicioso (3) j12 (2) confrontar, quejarse  k21 exigir l12 ser irónico
ROS	j12 (2) reprochar, quejarse j11 desalentar	a11 estar interesado e11 sentirse frustrado f14 sentirse decepcionado j12 quejarse j21 (2) desafiar (2) k21 pedir explicaciones k22 imponer l11 humillar
RSS		a23 aceptarse
DSS		d28 mejorar
refPRSS	g25 moderarse por debilidad i12 eludir la responsabilidad	a11 estar interesado c33 sentirse bien d27 ser autocrítico g13 no ser autosuficiente
refPROO	d13 moderarse  g25 moderarse por debilidad l13 (2) molestar (2) m15 no dejarse ayudar	a23 aceptarse  f22 ser inseguro respecto una decisión o tema
refPRSO		i12 justificarse
refPDSO	j12 quejarse	
refPDSS	d21 ser asertivo	
refTROO	a11 implicarse	d22 ser capaz f22 ser inseguro



Anexo 3: interacciones de la paciente I.

Pac. Li	Inicio del tratamiento	Final del tratamiento
RSO	a11 explorar a23 aconsejar a26 conciliar b12 estar de acuerdo b23 ayudar d28 proponer  h12 descalificar  j12 (2) culpar, quejarse j21 desafiar  l12 (4) ser irónico (3), ser cínico m13 desconfiar	a11 aceptar a26 (2) tener una postura conciliadora (2) b11 (3) convencer (3)  d28 proponer  f14 sentirse decepcionado g22 ser incompetente h12 (2) descalificar (2)  i12 desentenderse j11 desalentar j12 (4) culpar (2), quejarse, advertir j22 rechazar k12 seducir k21 (6) presionar (4), influenciar, forzar a hacer algo k22 (3) imponer (3) l21 amenazar
ROS	j12 (4) reprochar (2), advertir, quejarse	a11 (3) aceptar, estar abierto a, estar interesado j21 (2) oponerse, discrepar j12 culpar j22 rechazar k22 imponer
ROO	d12 estar dispuesto al compromiso	
RefPRSS	m12 guardar las distancias m13 desconfiar	b21 proteger f23 estar nervioso
RefPROO		j21 (2) ser terco (2)
RefPRSO		b11 (2) comunicar, convencer j12 ser inseguro respecto una decisión o tema j22 criticar

Anexo 4: Interacciones de la paciente F.

Pac. F	Inicio del tratamiento	Final del tratamiento
RSO	a11 estar interesado b11 convencer b23 aconsejar d28 proponer  i12 desentenderse  j12 (3) advertir, quejarse, confrontar	a24 percibir sentimientos b23 aconsejar  d26 estar seguro de uno mismo e11 sentirse frustrado f14 sentirse decepcionado f21 estar preocupado h14 sentirse herido i12 (3) eludir la responsabilidad (2), desentenderse j12 (5) reprochar (2), confrontar (2), acusar j21 (6) oponerse (2), discrepar (2), ser terco, desafiar

	j22 criticar	j22 (6) negarse (3), rechazar (2), criticar k21 (4) pedir explicaciones (3), comprometer k22 reprender l11 no darse cuenta l21 amenazar l12 (4) ser irónico (2), reírse de alguien, ser cínico m15 encerrarse
<b>ROS</b>	b11 confirmar  j21 oponerse	a11 (2) estar interesado (2) b11 convencer b12 animar f13 sentirse insatisfecho h12 descalificar h21 sentirse resentido i12 (2) eludir la responsabilidad, desentenderse j12 (2) culpar, quejarse j22 negarse k12 seducir l13 molestar a alguien
<b>ROO</b>		g22 ser tonto i12 eludir la responsabilidad k11 ser malo k21 hacer trampas m13 desconfiar
<b>RSS</b>		e11 sentirse frustrado
<b>DOO</b>		d28 trabajar
<b>RefPRSS</b>	f14 sentirse decepcionado i11 no darse cuenta i12 decepcionar	a24 percibir sentimientos d13 ser considerado d26 estar seguro de uno mismo f21 estar preocupado i12 abandonar
<b>RefPROO</b>	d16 ser sincero e21 resignarse	
<b>RefPRSO</b>		j22 criticar

#### Anexo 5: Interacciones de la paciente J.

<b>Pac. Hi</b>	<b>Inicio del tratamiento</b>	<b>Final del tratamiento</b>
<b>RSO</b>	a11 estar abierto a a26 conciliar d16 ser sincero  j12 (2) quejarse, reprochar	a11 (2) aceptar, estar interesado a21 aceptar  f13 sentirse incómodo f22 sentirse inseguro respecto una decisión j12 (2) quejarse (2)
<b>ROS</b>		b11 explicar
<b>refPRSS</b>	g11 sentirse solo m11 distanciarse	f22 (2) ser inseguro respecto una decisión (2)

Tabla 1. Componentes del CCRT más frecuentes en diferentes estudios.

	Deseos	Respuesta del otro	Respuestas del self
<i>De Roten, et al. (2004)</i>	Proximidad y aceptación (32%) Ser amado y comprendido (25%)	Rechazo y oposición (52%)	Indefensión (29%) Sentirse decepcionado y deprimido (27%)
<i>Luborsky y Crits-Christoph (1990)</i>	Proximidad y aceptación (39%) Asertividad e independencia (33%) Ser amado y comprendido (36%)	Rechazo y oposición (73%) Control (36%) Disgustar (27%)	Decepción, depresión, enfado (45%) No receptivo (42%) Indefensión (36%)
<i>Waldinger et al. (2002)</i> Pacs. adolescentes	Proximidad (48%) Conseguir algo (41%) Distancia (40%)	Oposición y rechazo (48%) Maldad (20%)	Independencia (20%) Decepción (20%) No receptividad (18%)
<i>Waldinger et al. (2002)</i> Pacs. adultos jóvenes	Proximidad (35%) Independencia (20%)	Oposición y rechazo (27%) Comprensión (16%)	Indefensión (23%) Respeto (18%)
<i>Wilczek et al. (2004)</i>	Proximidad y aceptación (36 %) Ser amado y comprendido (23%) Controlarse, herir (23%)	Rechazo y oposición (47 %) Comprensión (21%)	Depresión y decepción (47%) Indefensión (27%)

Tabla 2. Comparación de los componentes del CCRT entre el inicio y el final del tratamiento (las cifras se refieren a porcentajes en que aparecen en las narraciones de los pacientes).

	D		RNO		RNS		RPO		RNS			
	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F		
Luborsky y Crits-Christoph (1990)	66.3	61.9	40.7	28.5	41.7	22.8	8.6	18.7	13.4	19.1		
	D				RO				RS			
Wilczek et al. (2004)	Proximidad y aceptación		Amor y Comprensión		Rechazo y oposición		Comprensión		Depresión y Decepción		Respeto y Aceptación	
	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F
	36	33	23	20	47	32	21	28	47	32	24	36

I = Inicio de la psicoterapia; F = Final de la psicoterapia. D = Deseos; RO = Respuesta del Otro; RS = Respuesta del Self. RNO = Respuesta Negativa del Otro; RNS = Respuesta Negativa del Self; RPO = Respuesta Positiva del Otro; RPS = Respuesta Positiva del Self

Tabla 3. Categorías y ejemplos de algunas subcategorías del sistema CCRT-LU (Albani et al., 2002).

Categorías	Subcategorías
<b>ARMÓNICAS</b>	
A. Atender	Estar interesado (a11), aceptar (a21), entender (a26)...
B. Dar apoyo	Convencer (b11), apoyar (b12), ayudar, proteger (b21)...
C. Amar, sentirse bien	Ser cercano (c11), consolar (c12), confiar (c31), sentirse bien (c33)...
D. Ser autónomo	Ser capaz (d22), ser autocrítico (d27), mejorar (d28)...
<b>INARMÓNICAS</b>	
E. Estar deprimido, resignarse a algo	Sentirse frustrado (e11)...
F. Sentirse insatisfecho, tener miedo	Sentirse incómodo, sentirse insatisfecho (f13), decepción (f14), inseguridad (f22)
G. Ser dominado por otros	Sentirse excluido (g11), sentirse débil (g25)
H. Estar enfadado, desagradar	Descalificar (h12), sentirse herido (h14)...

I. Ser poco fiable	Justificarse (i11), eludir la responsabilidad (I12), ser injusto (i22)...
J. Rechazar	Quejarse (j12), desafiar (j21), negarse (j22)...
K. Dominar	Presionar, exigir (k21)...
L. Molestar, atacar	Reírse de alguien (l12), Molestar (l13)...
M. Retirada, retraimiento	Distanciarse (m11), desconfiar (m13)...

Tabla 4. Tipos de interacción de cada paciente: cambios inicio-final de la escenoterapia.

Tipo de interacción	<i>Pacientes</i>					
		P	N	I	F	J
Interacción armónica hacia otro miembro del grupo (RSO Arm)	Inicio	5	7	6	4	3
	Final	16	9	7	3	3
Interacción inarmónica hacia otro miembro del grupo (RSO Inarm)	Inicio	22	7	9	5	1
	Final	22	16	22	36	4
Interacción armónica recibida de otro/a miembro del grupo (ROS Arm)	Inicio	16	0	0	1	0
	Final	2	1	3	4	1
Interacción inarmónica recibida de otro/a miembro del grupo (ROS Inarm)	Inicio	5	3	4	1	0
	Final	14	8	5	10	0
Reflexión sobre el propio personaje (Reflex)	Inicio	2	10	2	5	2
	Final	12	9	8	6	2

Tabla 5. Cambio inicio-final en las categorías de interacción en el conjunto de los pacientes.

		Inicio	Final
A. Atender	Estar interesado (a11), aceptar (a21), entender (a26)	16	31
B. Dar apoyo	Convencer (b11), apoyar (b12), ayudar, proteger (b21)	18	21
C. Amar, sentirse bien	Ser cercano (c11), consolar (c12), confiar (c31), sentirse bien (c33)	0	1
D. Ser autónomo	Ser capaz (d22), ser autocrítico (d27), mejorar (d28)	14	17
TOTAL INTERACCIONES ARMÓNICAS		48	70
E. Estar deprimido, resignarse a algo	Sentirse frustrado (e11)	1	5
F. Sentirse insatisfecho, tener miedo	Sentirse incómodo, sentirse insatisfecho (f13), decepción (f14), inseguridad (f22)	3	15
G. Ser determinado por otros	Sentirse excluido (g11), sentirse débil (g25)	5	7
H. Estar enfadado, desagradar	Descalificar (h12), sentirse herido (h14)	2	6
I. Ser poco fiable	Justificarse (i11), eludir la responsabilidad (I12), ser injusto (i22)	9	30
J. Rechazar	Quejarse (j12), desafiar (j21), negarse (j22)	34	57
K. Dominar	Presionar, exigir (k21)	3	28
L. Molestar, atacar	Reírse de alguien (l12), Molestar (l13)	8	13
M. Retirada, retraimiento	Distanciarse (m11), desconfiar (m13)	11	3
TOTAL INTERACCIONES INARMÓNICAS		76	144