



Psicología Iberoamericana

ISSN: 1405-0943

psicología.iberoamericana@uia.mx

Universidad Iberoamericana, Ciudad de

México

México

Ibarra Martínez, Alexis; Galicia Moyeda, Iris Xóchitl
El cambio de versiones en psicoterapia: las respuestas de los pacientes ante las
estrategias discursivas del terapeuta
Psicología Iberoamericana, vol. 24, núm. 2, julio-diciembre, 2016, pp. 74-86
Universidad Iberoamericana, Ciudad de México
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133949832009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

El cambio de versiones en psicoterapia: las respuestas de los pacientes ante las estrategias discursivas del terapeuta

*Changing versions in psychotherapy: patient answers
in the presence of therapist discursive strategies*

Alexis Ibarra Martínez

Iris Xóchitl Galicia Moyeda

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

RESUMEN

Se emplea una metodología discursiva para analizar la interacción terapeuta-paciente. Esta perspectiva asume que cualquier proceso clínico es un trabajo con el lenguaje que se da en la interacción, y busca producir un cambio en las descripciones del paciente. El material de análisis está compuesto por 12 primeras sesiones conducidas por terapeutas sistémicos. El foco de atención está en tres estrategias discursivas que emplean los terapeutas: formulaciones, reformulaciones y preguntas optimistas; éstas son herramientas lingüísticas para recuperar y transformar el relato de los pacientes, y su éxito depende de que sean aceptadas por éstos en la interacción. Por ello se clasificaron las reacciones de los pacientes en un continuo que va del acuerdo al desacuerdo. Los pacientes aceptan con mayor frecuencia las formulaciones, y las preguntas optimistas son las más rechazadas. Se consideran las limitaciones y posibilidades de cada estrategia en el contexto de una primera sesión, así como las implicaciones para la práctica.

Palabras clave: análisis del discurso, psicoterapia, preguntas optimistas, formulaciones, terapia sistémica.

ABSTRACT

A discursive methodology is used to analyze therapist-patient interactions. This perspective assumes that any clinical process is work with language that occurs through interaction and seeks to create change in patient descriptions. Analytical material is composed of 12 initial sessions conducted by systemic therapists. The focus is on three discursive strategies that therapists employ: formulations, reformulations and optimistic questions. These are linguistic tools for recouping and transforming patient narrative; success depends on patient acceptance during the interaction. For this reason, patient reactions were classified on an agree/disagree continuum. Patients accept formulations with greater frequency, whereas optimistic questions were rejected with the greatest frequency. The limitations and possibilities of each strategy are considered in the context of an initial session, as well as implications for therapeutic practice.

Key words: discourse analysis, psychotherapy, optimistic questions, formulations, systemic therapy.

Fecha de recepción: 5 de noviembre de 2015

Fecha de aceptación: 1 de junio de 2016

Para correspondencia: alexisaim@hotmail.com

En la actualidad, la efectividad de la psicoterapia ha quedado más que demostrada (American Psychological Association, 2013; Lambert & Ogles, 2004), aunque persisten las dudas sobre cómo entender el proceso y el resultado de sus herramientas de intervención. Existen visiones contrapuestas sobre la naturaleza del conocimiento que los clínicos usan para moldear su práctica. Hay una que asume que la acción del terapeuta está determinada por la aplicación lineal de conocimientos previamente validados; otra sostiene que el conocimiento de los terapeutas ha sido generado al interior de la práctica y que muchas formas de acción están presentes como un saber tácito, que no ha sido sistematizado o empíricamente validado. Estas visiones contrapuestas se expresan en torno a un debate: si la terapia pertenece a una psicología académica que aplica conocimiento básico, o más bien a una forma de psicología profesional que produce conocimiento práctico (Anderson, 2012; Hoffman, 2007; Hoshmand & Polkinghorne, 1992; Schön, 1983).

Existe una necesidad imperiosa de aislar los “ingredientes activos” de la terapia, y al mismo tiempo hay dificultades para identificar la aproximación metodológica adecuada. En este texto se propone el análisis de la interacción y el discurso como una perspectiva sólida para analizar la práctica terapéutica.

La investigación ha empleado mayoritariamente una metodología cuantitativa que ha servido para mostrar empíricamente la efectividad de la psicoterapia, mediante la identificación de técnicas o modelos que son útiles para tratar síntomas, trastornos o poblaciones específicas (Chambles & Hollon, 1998). Como tal tiene mucho que decir sobre el resultado, pero poco sobre el proceso, pues no describe cómo ocurre el cambio.

Los estudios cuantitativos definen al tratamiento como variable independiente y a sus efectos (observables en el paciente), como variables dependientes. Esta forma de construir el problema de la investigación incorpora supuestos que pueden resultar problemáticos al trasladarlos a la observación de la práctica clínica. El paciente, en cuanto variable dependiente, queda definido como ente pasivo, cuando en realidad toma un papel activo que influye en el curso del tratamiento. En cuanto variable independiente, la efectividad del terapeuta queda definida por su adherencia a un modelo; no hay espacio para considerar formas de actuar y

relacionarse no contempladas por el enfoque teórico. En el debate en torno a la naturaleza de la práctica terapéutica se favorece la noción de que ésta es aplicación de conocimientos estandarizados, mientras que se menosprecia la visión de un conocimiento práctico que se genera *in situ*; esto es, momento a momento y en respuesta a las demandas de la situación (Addis, Cardemil, Duncan & Miller, 2006; Seligman, 1995; Stiles, 2013).

Cuando la terapia se enmarca como un proceso determinado por relaciones causales entre variables se impone una visión unidireccional para un fenómeno que se da en la interacción y, por tanto, es bidireccional. Las acciones de los integrantes de la díada terapéutica surgen en un contexto de responsividad: el terapeuta modifica todos los aspectos de su actuar en función del paciente y viceversa (Stiles, 2013; Stiles, Honos-Webb & Surko, 1998). Es necesario pensar qué metodología puede dar cuenta de lo que sucede en la díada terapéutica como un espacio de interacción.

La propuesta es que el análisis del discurso ofrece una vía privilegiada para explorar, de forma sistemática, la interacción en el espacio clínico, porque entiende que se trata de un proceso relacional que se genera momento a momento, donde las respuestas de cada participante moldean el proceso y el resultado. Una perspectiva metodológica que toma como objeto de estudio al discurso se ocupa de los usos específicos del lenguaje, y define al habla como acción, no como una ventana directa a un mundo interno o experiencial. Esta aproximación tiene varias ventajas: busca describir la práctica terapéutica tal cual sucede y no desde un ideal teórico, examina las acciones terapéuticas en un nivel de detalle muy fino e incluye las respuestas de los pacientes y su impacto en el curso de la terapia.

El encuentro que se da en el consultorio ha sido descrito como un intercambio institucional porque el habla de los participantes y su relación es especializada tanto en forma como en contenido (Arminen, 2005). A pesar de ello, se ha identificado que en la terapia coexisten formas de intercambio especializadas (características de cualquier intercambio institucional, de la terapia en general o de un modelo particular), así como formas de intercambio cercanas a la conversación cotidiana que se da entre iguales (Mondada, 1998). Por esta razón, los investigadores del discurso trazan una

distinción entre estrategias clínicas y estrategias discursivas; las primeras son formas de intervención reconocidas por un modelo clínico, y las segundas son formas particulares de hacer uso del lenguaje (Vehviläinen, Peräkylä & Leudar, 2008).

Los terapeutas suelen tener una imagen clara de las técnicas de intervención que emplean, pero no necesariamente son conscientes de sus estrategias discursivas. Toda intervención clínica que emplea como medio el lenguaje se traduce en uno o varios turnos de habla, con una forma y un contenido; es decir, en una estrategia discursiva. Eso no quiere decir que hay una correspondencia unívoca entre ambos tipos de estrategia, pues la misma intervención clínica puede traducirse a un sinnúmero de formatos discursivos. Al mismo tiempo, hay estrategias discursivas no identificables desde la óptica de un modelo clínico, pero que actúan como obstáculo o catalizador de los objetivos terapéuticos.

En este artículo, el foco de atención está en las estrategias discursivas de los terapeutas, con independencia de que sean reconocidas o no en sus marcos teóricos. Al partir de una posición que define el proceso terapéutico en términos de bidireccionalidad y responsividad, se incluye el análisis de las reacciones de los pacientes, en particular si ellos aceptan (implícita o explícitamente) las participaciones del terapeuta. De la multiplicidad de estrategias discursivas se eligen sólo tres en función de su relevancia: formulaciones, reformulaciones y preguntas optimistas.

A modo de introducción se puede decir que una formulación equivale a una paráfrasis. Pero a diferencia de la paráfrasis que alude a la idea de explicar, aclarar o ilustrar un texto con palabras diferentes a las originales, el término formulación se usa para denotar un tipo de acción dentro de un intercambio interpersonal (Garfinkel & Sacks, 1970). De manera específica, abarca aquellos fragmentos de habla que un escucha emplea para mostrar comprensión al interlocutor, a través de la producción de una versión similar a las palabras originales (Heritage & Watson, 1979).

Las formulaciones han sido estudiadas en distintos tipos de interacción. Las personas las emplean con mucha mayor frecuencia en encuentros institucionales que en la conversación cotidiana. Esta diferencia no es casual, pues se trata de una herramienta que se pone en

acción para conducir el intercambio hacia una meta. Por lo tanto, su función varía según el tipo de interacción, el objetivo de la misma y el contexto en que ocurre. El uso de formulaciones se ha detectado en llamadas del público a programas de radio, en entrevistas periódicas, en las negociaciones entre trabajadores sindicalizados y sus empleadores, así como entrevistas de evaluación de la salud (Beach & Dixon, 2001; Drew, 2003; Hak & De Boer, 1996).

La terapia es un encuentro interpersonal que difiere de la charla informal en cuanto que hay expectativas y metas que condicionan lo que ahí debe suceder. En consecuencia, terapeuta y paciente deben cumplir papeles distintos y complementarios; es responsabilidad del terapeuta mantener los contenidos y la estructura de la conversación dentro de ciertos parámetros, aunque esto sólo puede lograrse en la medida en que promueva la cooperación del paciente. Por todas estas razones la interacción que ocurre en este contexto es institucional, de ahí que se puede asumir que los terapeutas usan formulaciones, y que éstas no aparecen azarosamente, sino que se ponen al servicio del logro de objetivos terapéuticos (Antaki, Barnes & Leudar, 2007).

Un terapeuta necesita traducir las guías teóricas de su modelo en repertorios concretos de acción; sus intervenciones clínicas se ponen en práctica a través de herramientas lingüísticas y comunicativas, que pueden pasar inadvertidas por ser microscópicas. Dichas herramientas discursivas incluyen el empleo de continuadores (“mm”, “ajá”, “okei”), el uso de preguntas, o el de enunciados como extensiones y correcciones (Fitzgerald & Leudar, 2010; Vehviläinen, 2003).

Tanto desde el punto de vista clínico como desde el discursivo, algunas de estas participaciones pueden resultar confrontativas. En ese sentido, la formulación aparece como una herramienta útil, ya que tiene un envoltorio neutral y cooperativo. Los terapeutas arman su participación como si estuvieran reproduciendo el sentido o las implicaciones del habla del paciente. Sin embargo, esta simple reproducción es inevitablemente una edición del habla: minimiza o elimina algunos aspectos, preserva y subraya otros; además, condiciona las respuestas del paciente y, por tanto, puede modificar el rumbo de la sesión.

Desde las primeras investigaciones discursivas de la terapia se ha observado que, efectivamente, la formu-

lación es una estrategia lingüística que los terapeutas emplean de forma activa, aunque no necesariamente consciente. Es un medio útil para convertir el material crudo (el relato original de los pacientes) en material de trabajo clínico; esto es, actúa como un puente para transitar de una definición coloquial a una definición psicológica de la situación del paciente (Davis, 1986).

En términos generales, es una herramienta para conducir el rumbo de la sesión. Es de utilidad en las fases de elaboración de historia clínica y diagnóstico porque sirve para constatar hechos y experiencias. Cuando es necesario alienta al paciente para que profundice en algunos temas, o bien impide la introducción de asuntos ajenos a la agenda terapéutica. De igual modo, las formulaciones permiten al terapeuta mostrar que está escuchando y siguiendo el relato (Antaki, 2008; Antaki, Barnes & Leudar, 2005; Hutchby, 2005).

La literatura revisada parece indicar que las formulaciones pueden ser usadas en cualquier terapia con independencia del modelo teórico. Esta aseveración se basa en dos hallazgos; primero, en la presencia de formulaciones en toda interacción que involucra a profesionales y sus clientes; segundo, en la utilidad de la formulación para reconocer, trabajar y modificar la versión original del cliente. Las investigaciones han encontrado que en terapias psicoanalíticas, cognitivo-conductuales y humanistas, los terapeutas usan formulaciones. Cada orientación emplea distintas variedades con diferentes finalidades; la mayor parte de las veces existe coherencia entre su empleo y el modelo teórico del terapeuta, aunque también llegan a usar formulaciones que contradicen las prescripciones de su marco de referencia (Fitzgerald & Leudar, 2012; Weiste & Peräkylä, 2013).

La característica fundamental de la formulación es que guarda cercanía con el discurso original; además, es siempre el paciente quien confirma si la devolución del terapeuta representa una comprensión cercana a lo que él o ella acaban de expresar. En ocasiones, las participaciones del terapeuta tienen un envoltorio y un efecto distinto; no buscan repetir o parafrasear, sino introducir cambios en el relato; se trata de una versión nueva que no formaba parte de las palabras originales del paciente y que no se había mencionado explícitamente en el transcurso de la interacción.

Algunas propuestas clínicas sugieren que la terapia, en cuanto que “cura a través del habla”, puede ser descrita como un proceso de creación de nuevas versiones que se logra a través de la participación conjunta del terapeuta y el paciente. Desde este argumento, el proceso terapéutico quedaría definido como la transición de una descripción problemática a una más liberadora o terapéutica (Anderson & Gehart, 2007; Gergen, 2006; Lock & Strong, 2012; Strong & Paré, 2004).

Los analistas del discurso describen la cadena de microacciones que se dan en el lenguaje y que fomentan el cambio de versiones. Hasta ahora se ha encontrado que los terapeutas empiezan por preparar el terreno alentando a los pacientes a producir su propio relato, y que responden a este relato inicial mostrando que ha sido escuchado y reconocido. Ante estas condiciones, el terapeuta está en posibilidad de recuperar y transformar elementos de la historia original para producir su propia lectura; una versión distinta que busca tener un efecto. En este proceso el terapeuta enfrenta un desafío comunicativo singular: ofrecer una versión que se aleja de lo dicho literalmente, y simultáneamente demostrar que surge de las palabras originales del paciente (Bercelli, Rossano & Viaro, 2013; Fitzgerald & Leudar, 2010; Peräkylä, 2004; Voutilainen, Peräkylä & Ruusu-vuori, 2010).

En cualquier caso, no se trata de un proceso lineal. Lo que hace el terapeuta, o deja de hacer, está sometido a las reacciones del paciente, y siempre pueden ocurrir desavenencias o desfases entre ambos; el paciente puede rechazar las líneas de exploración, la definición del problema, las interpretaciones o las metas sugeridas por el terapeuta (Antaki & Jahoda, 2010; Antaki, Leudar & Barnes, 2004). Algunas teorías psicológicas ofrecen explicaciones acerca de las causas de estos desacuerdos; en contraste, el análisis del discurso se limita a describir los problemas comunicativos que ocurren en el proceso de coordinación entre hablantes.

Por estas razones es importante considerar cómo responde el paciente a las nuevas versiones sobre su historia, ya que su reacción tiene implicaciones: acerca a ambos participantes a las metas establecidas, o por el contrario los aleja de la conclusión exitosa del proceso. En el caso del cambio de versiones, el paciente llega a rechazar parcial o totalmente la lectura del terapeuta, de modo que la transición de una versión problemática

a una liberadora se da en un proceso de negociación y fabricación de consensos (Bercelli, Rossano & Viaro, 2008; Buttny, 1996; Gale & Newfield, 1992).

Para los propósitos de este trabajo, la versión nueva o terapéutica se denomina reformulación; la intención es subrayar que se entiende como una práctica discursiva con características y funciones diferentes a la formulación. De igual manera, se busca identificar cómo responden los pacientes ante estas versiones novedosas, y por tanto se incluyen desde las manifestaciones de aceptación (parcial o total) hasta el desacuerdo absoluto.

Hasta ahora se ha establecido que las formulaciones y las reformulaciones son estrategias que desempeñan una función clave. Este tipo de conclusiones siempre se obtiene de la observación y la transcripción de sesiones reales de terapia, así como de la comparación entre distintos escenarios. La forma de aproximarse al análisis es inductiva; sólo se puede afirmar que determinadas pautas son constantes cuando la observación de instancias particulares así lo confirma. En la medida en que se incorporen más estudios sobre distintos modelos en distintos contextos, las conclusiones sobre la relevancia de la formulación y el cambio de versiones pueden consolidarse o modificarse.

Las preguntas constituyen otra herramienta fundamental para el trabajo clínico. Al igual que las formulaciones, son una práctica inherente a cualquier contexto institucional (Freed & Ehrlich, 2010). Se usan en escenarios disímiles: en la examinación de testigos en la corte, en los estudios de mercado con *focus groups* o en la enseñanza, por mencionar sólo algunos ejemplos (Tracy & Robles, 2009). También desempeñan un papel importante en las prácticas de las profesiones dedicadas a la ayuda; esto es, aquellos intercambios en los que un cliente busca la asesoría de un experto: la entrevista médica y la psicoterapia son dos casos representativos (Graf, Sator & Spranz-Fogasi, 2014).

La función discursiva de las preguntas ha sido poco estudiada en la terapia; se ha analizado la asimetría que se produce entre la persona que ejerce el papel de cuestionador y la que sólo puede limitarse a contestar. Esta línea de investigación adopta una mirada sociológica para reflexionar sobre el fenómeno del control y la dominación del profesional (Bartesaghi, 2009).

Sin embargo, existen estudios sobre preguntas en contextos análogos como la psiquiatría o la consejería.

Un aspecto a resaltar es que son diferentes en contenido, forma y función de acuerdo con las particularidades de la relación, del contexto y de las metas que persigue el encuentro (por ejemplo, orientar, diagnosticar o intervenir) (Antaki & O'Reilly, 2014; Silverman, 1997; Speer & Parsons, 2007).

En el ámbito clínico, las preguntas se han visto fundamentalmente como herramientas de diagnóstico y obtención de información; sin embargo, también constituyen una forma de intervención poderosa. Se han llevado a cabo intentos por clasificarlas en función de su intención terapéutica; es decir, del tipo de cambio que buscan provocar. A pesar de ello debe considerarse que no hay una correspondencia directa entre la intención del terapeuta al plantear una pregunta y el efecto que realmente consigue. Por lo tanto, debe tomarse en cuenta cómo reaccionan los pacientes ante aquellas que buscan intervenir (McGee, Vento & Bavelas, 2005; Tomm, 1988).

El interés está en las preguntas que efectúan un cambio positivo en el cliente, observable a partir de su reacción inmediata; en otras palabras, se emplea una metodología discursiva para evaluar efectos terapéuticos. Aquí el énfasis se coloca en una categoría específica de preguntas, aquellas que buscan lograr un cambio hacia una versión positiva. Las reformulaciones lo consiguen a través de una afirmación directa, mientras que las preguntas representan una estrategia indirecta. Su éxito depende de que el paciente elabore una respuesta que sale del terreno de lo problemático y embona con el campo de experiencia que ha sido iluminado por el terapeuta.

En el campo clínico, existen distintos enfoques que emplean una línea de interrogación constructiva o centrada en posibilidades (Anderson, 1997; De Jong & Berg, 2008; Miller & McKergow, 2012; White, 2007). Para delimitar el campo de interés se recurre a criterios discursivos; así, se emplea la categoría de pregunta optimista para referirse a cualquiera que da por hecho un punto de vista positivo sobre el paciente o su situación. Este tipo de interrogantes contienen una aseveración implícita que resalta aspectos como agencia, habilidades, fortalezas, logros y recursos; son planteadas de manera abierta, y llevan al paciente a elaborar una respuesta, en contraste con aquellas que sólo abren la opción de un sí o un no (MacMartin, 2008).

Brevemente, en este trabajo el foco de atención está en tres estrategias discursivas: las formulaciones, las reformulaciones y las preguntas optimistas; se consideran relevantes en cuanto que apuntalan o catalizan el cambio. Las formulaciones parecen ser un prelude para intervenir, mientras que las reformulaciones y las preguntas optimistas inciden directamente en el cambio hacia una versión liberadora.

Paralelamente, se indaga en las respuestas de los pacientes ante dichas intervenciones, puesto que no se puede afirmar que las participaciones de los terapeutas son útiles si los pacientes las demeritan, las rechazan o las ignoran. Esta línea de exploración puede contribuir a la literatura clínica que se ocupa de sistematizar las acciones terapéuticas en función de su intención y no de su efecto directo en los pacientes.

Se pone énfasis especial en aquellas intervenciones que buscan modificar el relato del paciente hacia aspectos positivos (a través de las reformulaciones y las preguntas). De igual manera, se busca detallar las formas de reaccionar del paciente en un continuo que va desde la aceptación y el acuerdo hasta el rechazo o el desacuerdo total.

Esta investigación es exploratoria, pues pretende obtener un panorama general de lo que sucede en la primera sesión. Las preguntas son si los terapeutas emplean las estrategias mencionadas, con qué frecuencia y con qué resultados.

Aquí se da preferencia a una visión panorámica; se incluyen más casos (mayor número de sesiones con diferentes terapeutas) para hablar de pautas generales, en lugar de presentar un análisis individual de fragmentos aislados (análisis exhaustivo pero con menor número de sesiones y terapeutas).

De igual manera, se busca tener un primer acercamiento a la práctica de terapeutas sistémicos. Aunque algunos estudios aquí reseñados incluyen a terapeutas sistémicos o combinaciones de prácticas sistémicas con otros modelos (Bercelli, Rossano & Viaro, 2008; Fitzgerald & Leudar, 2010, 2012; Gale & Newfield, 1992; MacMartin, 2008), no se encontraron trabajos que consideren simultáneamente la presencia de las tres estrategias discursivas, ni que analicen la gama posible de reacciones de los pacientes. Además, a diferencia de otros estudios, aquí sólo se incluyen las reformulaciones que producen una transformación positiva.

Se plantean como objetivos específicos: *a)* identificar y describir las participaciones del terapeuta que toman la forma de preguntas optimistas, formulaciones y reformulaciones; *b)* identificar la frecuencia con que se emplean dichas estrategias discursivas; *c)* identificar las respuestas del paciente ante estas estrategias; *d)* clasificar tipos de acuerdo y desacuerdo, y *e)* identificar la frecuencia con que se presentan.

MÉTODO

Esta investigación se ubica en el ámbito de los estudios sobre el proceso terapéutico, en contraste con aquellos centrados en la efectividad o el resultado. Además, se inserta en una tradición cualitativa, en la cual se han identificado tres grandes marcos interpretativos para examinar la terapia: el histórico-filosófico, el etnográfico y el microinteraccional. La perspectiva discursiva que se adopta aquí encaja dentro de este último marco porque pone énfasis en los detalles del habla en la interacción (Miller & Strong, 2008).

Muestra

Una perspectiva discursiva o microinteraccional tiene similitudes y diferencias con otros marcos de interpretación que son parte de la metodología cualitativa. El fenómeno relevante es la interacción tal como se evidencia en la forma en que paciente y terapeuta concatan sus turnos de habla. La premisa central es que el habla es una forma de acción y no una ventana a un mundo interno; como tal, los estudios discursivos dan prioridad a la intersubjetividad (Peräkylä, Antaki, Vehviläinen & Leudar, 2008; Silverman, 2005).

Por ello, las conclusiones únicamente se extraen a partir de lo que es visible en el habla de los participantes, y no de las variables sociodemográficas que los caracterizan. De ahí que se omitan las características específicas de pacientes y terapeutas, dado que no son el punto de partida para llegar a conclusiones sobre el efecto de las intervenciones. Para situar en contexto a lectores y lectoras debe mencionarse que los datos provienen de las sesiones de terapia realizadas en la Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores (FES) Iztacala. Los terapeutas son estudiantes de maestría del segundo y tercer semestres (es decir, están en la fase intermedia de su entrenamiento) y emplean un marco sistémico. El material de análisis está

conformado por la primera sesión de cada paciente o proceso terapéutico. Se analizaron 12 sesiones conducidas por 12 terapeutas distintos; los casos estudiados se eligieron aleatoriamente.

Todas las sesiones que ocurren en esta clínica son videograbadas como parte del proceso de formación; antes de iniciar cada proceso, los pacientes otorgan su consentimiento informado para que estas sesiones sean grabadas y analizadas con propósitos didácticos y de investigación. Dado que los terapeutas están habituados a la presencia de la cámara, ésta no representa un elemento extraño que pueda afectar su desempeño.

Procedimiento

Se siguieron los lineamientos para el análisis del discurso de Potter y Wiggins (2007). Esta aproximación metodológica parte de la premisa de que el habla es una forma de acción social; las palabras de las personas no se analizan únicamente en términos de contenido, sino de su efecto en la interacción. Desde una perspectiva discursiva, cualquier fragmento de habla

debe estudiarse en un contexto secuencial, responsivo y retórico: como respuesta a turnos de habla anteriores que condicionan el habla subsecuente y simultáneamente como argumentos que actúan para fortalecer, debilitar o negociar versiones de la realidad (Edwards, 2003).

Se identificaron aquellos turnos de habla que cumplían con los requisitos para ser clasificados en alguna de las tres categorías: formulaciones, reformulaciones y preguntas optimistas. También se consideró la frecuencia de una cuarta categoría, la repetición; esto es, aquellos fragmentos de habla en que el terapeuta reproduce literalmente las palabras de su interlocutor. Dicha estrategia se incluyó como un modo de tener una comprensión acerca de la actividad terapéutica, en un continuo que va desde la reproducción literal de las palabras del otro a la transformación radical de las versiones. Se realizó un análisis secuencial, turno por turno, para determinar qué dice el terapeuta, cómo lo dice (formato o diseño de la expresión) y en respuesta a qué fragmentos previos de la conversación.

Tabla 1. Tipos de acuerdo y desacuerdo

Acuerdos	Extendido	Además de una afirmación clara y demostrativa, el paciente amplía su respuesta a través de ejemplos y argumentos que sirven para aceptar y validar la intervención terapéutica.
	Parcial	El paciente acepta la pertinencia de la intervención sin aceptar todas las implicaciones que se derivan de ella; así el paciente puede aceptar una parte del argumento, corregir algunos aspectos de lo dicho por el terapeuta o disminuir los aspectos positivos u optimistas.
	Mínimo	El paciente produce una demostración clara de acuerdo aunque ésta es breve y monosilábica.
Desacuerdos	Duda	El paciente acepta la relevancia de la intervención; sus palabras muestran que está poniendo en cuestión su propia versión del relato sin llegar a aprobar la versión del terapeuta.
	No comprensión	El paciente muestra que no entendió el contenido o la intención de la intervención; la falta de comprensión puede mostrarse de forma explícita.
	Ignorar	El paciente no da indicios de que ha escuchado o recibido las palabras del terapeuta; no hay nada en su habla que haga referencia directa a la intervención terapéutica.
	Extendido	Además de una respuesta negativa evidente y demostrativa, el paciente amplía su respuesta con ejemplos y argumentos que validan su oposición al contenido de la intervención terapéutica.

Para describir y analizar las reacciones de aceptación o rechazo ante dichas estrategias se tomó en cuenta el turno subsecuente inmediato. La noción de que el habla está situada en un contexto secuencial y retórico implica que una participación del terapeuta demanda una respuesta y constriñe el rango de reacciones posibles. Cualquiera que sea la acción inmediata del paciente, ésta será leída como una respuesta que califica el turno anterior. Así, no es necesario que el paciente exprese literalmente su acuerdo o desacuerdo, pues éste va implícito en el contenido y el formato de su respuesta.

Inicialmente, las respuestas de los pacientes se agruparon en dos grandes rubros de acuerdo o desacuerdo; pero ya que estos dos no eran lo suficientemente precisos para abarcar la gama de reacciones posibles, se crearon subcategorías que permitieran organizar las respuestas en un continuo que va desde el rechazo extremo hasta la aceptación de la intervención del terapeuta.

En el análisis se incluyeron únicamente los aspectos textuales del habla, aunque en futuras investigaciones se pueden considerar los elementos no verbales o paralingüísticos (silencios, habla que se traslapa, cambios de volumen o tono).

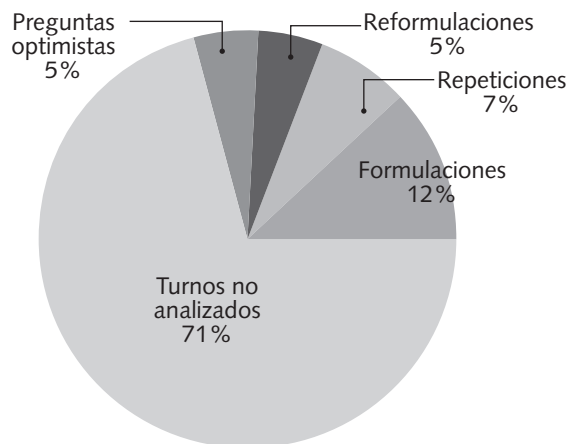
Para asegurar la validez y la confiabilidad se conformó un equipo integrado por cuatro investigadores, a fin de consensuar los modos de clasificar las participaciones de pacientes y terapeutas. Inicialmente, cada miembro del equipo hizo un análisis individual; en un segundo momento se llevó a cabo un análisis conjunto para unificar criterios. Un fragmento de habla se incluía en una categoría sólo si había consenso entre todos los miembros del equipo.

RESULTADOS

La primera figura toma como punto de partida la totalidad de turnos empleados por el terapeuta; se excluyen aquellos en que se utilizan continuadores (expresiones que sirven para mostrar escucha como “ajá”, “sí”, “okei”). Sólo 29% de los turnos del terapeuta corresponde a repeticiones, formulaciones, reformulaciones o preguntas optimistas. Esto implica que, con independencia de su utilidad, las estrategias aquí analizadas son poco empleadas en una primera sesión. Para futuras investigaciones es necesario indagar qué características tienen

los otros turnos, si se entrelazan con las intervenciones aquí estudiadas y de qué manera.

Figura 1. Porcentaje de turnos del terapeuta



En una primera sesión el terapeuta emplea con mayor frecuencia formulaciones y repeticiones, y con menor frecuencia, las reformulaciones y las preguntas optimistas. Su participación tiende a mantenerse dentro de la versión planteada por el cliente; en menor medida produce participaciones que buscan modificar esta versión.

En términos generales, las intervenciones del terapeuta son exitosas en el sentido de que son aceptadas (aunque en diferentes grados); los pacientes mostraron algún tipo de acuerdo con 74.57% de las participaciones del terapeuta. En comparación, el porcentaje de intervenciones que se topan con algún tipo de rechazo es menor, sólo 25.43%.

De las estrategias discursivas aquí analizadas, las formulaciones son las más aceptadas; el paciente demuestra su acuerdo en 79% de las ocasiones. Del lado opuesto, las preguntas optimistas son las más rechazadas (32.6%), y de una forma mucho más abierta y explícita. Según los resultados, las preguntas optimistas no llegan a buen término en la primera sesión; los pacientes las rechazan directamente y con argumentos, y en un porcentaje importante de ocasiones (8.69%) demuestran que no han comprendido el contenido o la intención de la pregunta terapéutica.

En cambio, las reformulaciones tienden a ser bien aceptadas por los pacientes. Las estrategias discursivas

aquí analizadas se pueden organizar en dos rubros: las que preservan el sentido original del relato (repeticiones y formulaciones), y las que introducen transforma-

ciones y están diseñadas para actuar como intervención directa (preguntas optimistas y reformulaciones).

Tabla 2. Porcentaje de acuerdos y desacuerdos ante cada estrategia discursiva

	Formulaciones	Reformulaciones	Preguntas optimistas	Promedio
Acuerdos	79	77.27	67.39	74.5
Extendido	34.56	18.18	39.13	30.62
Mínimo	40.74	36.36	4.34	27.14
Parcial	3.7	22.7	23.91	16.77
Desacuerdos	20.98	22.72	32.6	25.43
Duda	0	0	8.69	2.89
No comprensión	1.23	0	8.69	3.31
Ignorar	13.58	22.72	2.17	12.82
Extendido	6.17	0	13.04	6.40

Al contrastar estos dos rubros, las estrategias discursivas dirigidas a la comprensión o reproducción de las palabras del paciente son mucho mejor aceptadas que las que tienen un formato interventor. En este último rubro, las reformulaciones tienen mayor impacto que las preguntas optimistas.

DISCUSIÓN

El propósito de esta investigación era obtener un panorama general de las estrategias discursivas del terapeuta en una primera sesión y de la manera en que los pacientes responden a ellas. Como tal se trata de un estudio de los usos del lenguaje en la interacción al interior de la díada terapéutica.

El análisis cuantitativo muestra tendencias claras: predomina el acuerdo sobre el desacuerdo, y por ello se puede afirmar que las estrategias de los terapeutas son mayormente exitosas. Es importante considerar este resultado en función de las particularidades de cada forma de participación. Del mismo modo, no deben imponerse juicios de valor sobre los resultados, esto es, asumir que una respuesta de desacuerdo representa automáticamente un hecho negativo, o lo contrario.

No hay que olvidar que, desde una perspectiva centrada en la interacción, el paciente influye en el actuar

del terapeuta tanto como éste en aquél. Las respuestas de los pacientes son una oportunidad para ajustar las intervenciones clínicas; por esa razón las respuestas mínimas o monosilábicas pueden ser negativas, ya que no proporcionan evidencias tangibles que permitan al terapeuta saber qué elementos contribuyeron a la aceptación o al rechazo de su turno, ni tampoco cómo entiende el paciente lo que él dijo. Así pues, las respuestas mínimas resultan insuficientes porque impiden al terapeuta saber con exactitud los efectos de sus participaciones.

A la inversa, una respuesta que proporciona más argumentos, aunque sean de rechazo, proporciona material para que el terapeuta pueda ajustar su participación. Por esta razón, las respuestas de desacuerdo no necesariamente tienen un impacto negativo en el proceso, si es que el terapeuta puede usar este rechazo para modificar el contenido o la forma de sus participaciones. Una futura investigación podría considerar las prácticas de reciclaje del terapeuta; es decir, analizar trayectorias de conversación más amplias que permitan describir si el terapeuta abandona su estrategia discursiva cuando es rechazada, si opta por otro tipo de estrategias como hacer más preguntas o parafrasear, o por el contrario retoma la estrategia original y la replantea hasta que sea aceptada.

Las estrategias de los terapeutas se organizan en un continuo que va desde la reproducción hasta la transformación del relato del paciente; en una primera sesión, tiende a recrear la historia original antes que a transformarla. Si la actividad del terapeuta es producto de la interacción y se ajusta a la respuesta del paciente, esto implica que más allá de sus objetivos o intenciones, no tiene posibilidad de buscar cambios en el relato, puesto que en la práctica son rechazados. Una manera de leer la preponderancia numérica de repeticiones y formulaciones es como un ajuste del terapeuta al rechazo de otras intervenciones.

De acuerdo con la literatura, las formulaciones suelen ser seguidas de una respuesta mínima de aceptación o reconocimiento; dado que con una formulación el terapeuta no aporta nada nuevo, una confirmación breve es suficiente (Bercelli, Rossano & Viaro, 2008). El hecho de que en este análisis se encuentren respuestas mínimas y extendidas de acuerdo quiere decir que las formulaciones pueden servir como invitaciones a que el paciente amplíe su relato; para confirmar esta hipótesis sería necesario constatarlo en futuros estudios.

Las reformulaciones están diseñadas para ofrecer algo nuevo, y por lo tanto el paciente tendría que dar una respuesta que visibiliza que, efectivamente, ha escuchado algo distinto a través de un turno largo (Bercelli, Rossano & Viaro, 2008). En cambio, en estos datos el paciente responde con acuerdos mínimos o ignora las reformulaciones. Este tipo de respuestas son insuficientes para poder afirmar que es una estrategia exitosa; más bien, es una estrategia que parece pasar inadvertida cuando su intención es la contraria.

Las preguntas optimistas representan la estrategia discursiva más rechazada y menos comprendida. A diferencia del estudio pionero sobre este tema (MacMartin, 2008), aquí sí se localizaron casos de aceptación mínima y extendida. De cualquier modo, hace falta estudiar qué elementos de la pregunta, o de su lugar en el flujo de la interacción, marcan la diferencia entre una respuesta de aceptación o de rechazo.

Como ya se señaló, si el terapeuta se mantiene cercano al discurso del paciente en una primera sesión, sus intervenciones encuentran mayor aceptación. Cuando el terapeuta busca cambiar la versión del paciente, una reformulación es más efectiva que una pregunta optimista; esta diferencia puede explicarse en términos

discursivos. Aceptar una reformulación implica recibir una versión novedosa que previamente ha sido elaborada por el terapeuta. En comparación, cuando propone una pregunta optimista abre un campo novedoso de experiencia, y el paciente no sólo recibe un planteamiento distinto sino que además debe construir por sí solo una versión inusual.

Algunas propuestas clínicas sugieren que una conversación terapéutica es exitosa cuando se da en un proceso de transición paulatina de lo familiar a lo novedoso; con este propósito, el terapeuta provee andamios para promover este desplazamiento. Cuando estos andamios son insuficientes, cuando el hueco entre lo conocido y lo novedoso es muy amplio, el paciente no tiene elementos para asirse a una versión terapéutica y adueñarse de ella (White, 2007).

Los hallazgos refuerzan el argumento sobre el proceso de andamiaje, pues en una primera sesión las versiones demasiado novedosas tienden a fracasar. Este fracaso no representa una falla o un defecto en la intervención *per se*, más bien implica que aparece en un momento de la interacción en que la distancia existente entre la versión original del paciente y la versión terapéutica es muy grande.

La ventaja de una metodología discursiva es que rastrea, turno por turno, lo que sucede en la interacción; describe cómo se da el movimiento entre lo ya dicho hacia lo nuevo, hacia versiones terapéuticas. Futuras investigaciones deberían dar cuenta de las estrategias discursivas que emplea el terapeuta para trabajar con el material original y reciclarlo hasta producir una versión terapéutica. Este tipo de análisis debería considerar la ubicación temporal y secuencial de las intervenciones, pues como este trabajo evidencia una versión novedosa, es insuficiente a menos que embone dentro de un momento específico de la interacción, o que recupere lo ya dicho por ambos participantes a través de un proceso de reciclaje y andamiaje. De igual modo, el éxito terapéutico no se construye a partir de una estrategia discursiva aislada y desconectada del resto de la conversación, sino que se llega a él desde un proceso de negociación donde el terapeuta debe modificar el contenido y la forma de sus participaciones en función de lo que hace el paciente.

REFERENCIAS

- Addis, M., Cardemil, E. V., Duncan, B. & Miller, S. (2006). Does manualization improve therapy outcomes? En J. C. Norcross, L. E. Beutler & F. R. Levant (Eds.). *Evidence-based practices in mental health*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, language and possibilities: A postmodern approach to therapy*. New York: Basic Books.
- _____ (2012). Collaborative relationships and dialogic conversations: Ideas for a relationally responsive practice. *Family Process*, 51, 8-24.
- Anderson, H. & Gehart, D. (2007). *Collaborative therapy: Relationships and conversations that make a difference*. New York: Taylor & Francis Group.
- American Psychological Association (2013). Recognition of Psychotherapy Effectiveness. *Psychotherapy*, 50, 102-109.
- Antaki, C. (2008). Formulations in psychotherapy. En A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen, & I. Leudar (Eds.). *Conversation Analysis and Psychotherapy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Antaki, C., Barnes, R. & Leudar, I. (2005). Diagnostic formulations in psychotherapy. *Discourse Studies*, 7, 627-647.
- _____ (2007). Members and analysts interests: "Formulations" in psychotherapy. En A. Hepburn & S. Wiggins (Eds.). *Discursive research in practice: New approaches to psychology and interaction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Antaki, C. & Jahoda, A. (2010). Psychotherapists' practices in keeping a session "on-track" in the face of clients "off-track" talk. *Communication & Medicine*, 7(1), 11-21.
- Antaki, C., Leudar, I. & Barnes, R. (2004). Trouble in agreeing on a client's problem in a cognitive-behavioural therapy session. *Rivista di Psicolinguistica Applicata*, 4(2-3), 127-138.
- Antaki, C. & O'Reilly, M. (2014). Either/or questions in child psychiatric assessments: The effect of the seriousness and order of the alternatives. *Discourse Studies*, 16(3), 327-345.
- Arminen, I. (2005). *Institutional interaction*. Aldershot: Ashgate Publishing Ltd.
- Bartesaghi, M. (2009). Conversation and psychotherapy: how questioning reveals institutional answers. *Discourse Studies*, 11(2), 153-177.
- Beach, W. A. & Dixson, C. N. (2001). Revealing moments: Formulating understandings of adverse experiences in a health appraisal interview. *Social Science and Medicine*, 52, 25-44.
- Bercelli, F., Rossano, F. & Viaro, M. (2008). Clients' responses to therapists' reinterpretations. En A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen & I. Leudar (Eds.). *Conversation Analysis and Psychotherapy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- _____ (2013). Supra-session courses of action in psychotherapy. *Journal of Pragmatics*, 57, 118-137.
- Buttny, R. (1996). Clients' and therapist's joint construction of the clients' problems. *Research on Language and Social Interaction*, 29(2), 125-153.
- Chambles, D. L. & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 66, 7-18.
- Davis, K. (1986). The process of problem (re)formulation in psychotherapy. *Sociology of Health & Illness*, 8, 44-74.
- De Jong, P. & Berg, I. K. (2008). *Interviewing for solutions*. Belmont: Brooks/Cole.
- Drew, P. (2003). Comparative analysis of talk-in-interaction in different institutional settings: A sketch. En P. J. Glenn, C. D. LeBaron & J. Mandelbaum (Eds.). *Studies in language and social interaction: In honor of Robert Hopper*. Mahwah: Erlbaum.
- Edwards, D. (2003). Psicología discursiva: el enlace de la teoría y el método mediante un ejemplo. En L. Iñiguez (Ed.). *Análisis del discurso: manual para las ciencias sociales*. Barcelona: UOC.
- Fitzgerald, P. & Leudar, I. (2010). On active listening in person-centred, solution focused psychotherapy. *Journal of Pragmatics*, 42, 3188-3198.
- _____ (2012). On the use of formulations in person-centered, solution-focused short-term psychotherapy. *Communication & Medicine*, 9(1), 13-22.
- Freed, A. & Ehrlich, S. (2010). *Why do you ask? The functions of questions in institutional discourse*. New York: Oxford University Press.
- Gale, J. & Newfield, N. (1992). A conversation analysis of a solution-focused marital therapy session. *Journal of Marital and Family Therapy*, 18(2), 153-165.
- Garfinkel, H. & Sacks, H. (1970). On formal structures of practical actions. En J. C. McKinney & E. A. Tiryakian (Eds.). *Theoretical Sociology*. New York: Appleton-Century-Crofts.

- Gergen, K. (2006). *Therapeutic realities: Collaboration, oppression and relational flow*. Chagrin Falls: Taos Institute.
- Graf, E., Sator, M. & Spranz-Fogasy, T. (2014). *Discourses of the helping professions*. Amsterdam: Johns Publishing Company.
- Hak, T. & De Boer, F. (1996). Formulations in first encounters. *Journal of Pragmatics*, 25, 83-99.
- Heritage, J. & Watson, R. (1979). Formulations as conversational objects. En G. Psathas (Ed.). *Everyday Language*. New York: Irvington Press.
- Hoffman, L. (2007). The art of "withness": a new bright edge. En H. Anderson & D. Gehart (Eds.). *Collaborative therapy: Relationships and conversations that make a difference*. New York: Taylor & Francis Group.
- Hoshmand, L. T. & Polkinghorne, D. E. (1992). Redefining the science-practice relationship and professional training. *American Psychologist*, 47, 55-66.
- Hutchby, I. (2005). Active listening: Formulations and the elicitation of feeling-talk in child counseling. *Research on Language and Social Interaction*, 3, 303-329.
- Lambert, M. J. & Olges, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. En M. J. Lambert (Ed.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 5a. ed., New York: Wiley.
- Lock, A. & Strong, T. (Eds.) (2012). *Discursive perspectives in therapeutic practice*. Oxford: Oxford University Press.
- MacMartin, C. (2008). Resisting optimistic questions in narrative and solution focused therapies. En A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen & I. Leudar (Eds.). *Conversation analysis and psychotherapy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- McGee, D., Vento, A. D. & Bavelas, J. B. (2005). An Interactional Model of Questions as Therapeutic Interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31, 371-384.
- Miller, G. & McKergow, M. (2012). Wittgenstein, complexity, and narrative emergence: discourse and solution-focused brief therapy. En A. Lock & T. Strong (Eds.). *Discursive Perspectives in Therapeutic Practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Miller, G. & Strong, T. (2008). Constructing therapy and its outcomes. En J. A. Holstein & J. F. Gubrium (Eds.). *Handbook of Constructionist Research*. New York: Guilford Press.
- Mondada, L. (1998). Therapy interactions: specific genre or "blow up" of ordinary conversational practices? *Pragmatics*, 8, 155-66.
- Potter, J. & Wiggins, S. (2007). Discursive psychology. En C. Willig & W. Stainton-Rogers (Eds.). *Handbook of qualitative research in psychology*. London: Sage.
- Peräkylä, A. (2004). Making links in psychoanalytic Interpretations: a conversation analytical perspective. *Psychotherapy Research* 14(3) 289-307.
- Peräkylä, A., Antaki, C., Vehviläinen, S. & Leudar, I. (2008). Analysing psychotherapy in practice. En A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen & I. Leudar (Eds.). *Conversation Analysis and Psychotherapy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schön, D. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York: Basic Books.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Silverman, D. (1997). *Discourses of counselling: HIV counselling as social interaction*. London: Sage.
- _____ (2005). *Doing qualitative research*. London: Sage.
- Speer, S. A. & Parsons, C. (2007). "Suppose it wasn't possible for you to go any further with treatment, what would you do?". Hypothetical questions in interactions between psychiatrists and transsexual patients. En A. Hepburn & S. Wiggins (Eds.). *Discursive Research in Practice: New Approaches to Psychology and Interaction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stiles, W. B. (2013). The variables problem and progress in psychotherapy research. *Psychotherapy*, 30, 33-41.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L. & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 439-458.
- Strong, T. & Paré, D. (Eds.) (2004). *Furthering talk: Advances in the discursive therapies*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Tomm, K. (1988). Interventive Interviewing: Part III. Intending to ask lineal, circular, strategic or reflexive questions. *Family Process* 27(1), 1-15.
- Tracy, K. & Robles, J. (2009). Questions, questioning, and institutional practices: an introduction. *Discourse Studies*, 11(2), 131-152.
- Vehviläinen, S. (2003). Preparing and delivering interpretations in psychoanalytic interaction. *Text*, 23, 573-606.

- Vehviläinen, S., Peräkylä, A. & Leudar, I. (2008). A review of conversational practices in psychotherapy. En A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen & I. Leudar (Eds.). *Conversation analysis and psychoterapy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Voutilainen, L., Peräkylä, A & Ruusuvuori, J. (2010). Recognition and interpretation: responding to emotional experience in psychotherapy. *Research on language and social interaction*, 43(1): 85-107
- Weiste, E. & Peräkylä, A. (2013). A comparative conversation analytic study of formulations in psychoanalysis and cognitive psychotherapy. *Research on Language and Social Interaction*, 46(4), 299-321.
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York: Norton.