From: *Sistemas Familiares, 19*, 23-41 . 2003

ARTICULOS

*Microanálisis de la comunicación en psicoterapia**

*Janet Beavin Bavelas, Dan McGee, Bruce Phillips y Robin Routledge***

El microanálisis –examen detallado de secuencias de comunicación reales– puede ser una manera útil de comprender cómo funciona la comunicación terapéutica. Éste es un reporte preliminar de nuestro grupo de investigación sobre sus aplicaciones del microanálisis a la comunicación en psicoterapia. Primero describimos sus orígenes históricos a partir del Proyecto Historia Natural de una Entrevista de 1950 y luego la subsiguiente evolución de un paradigma alternativo para la psicoterapia que tiene dos principios claves: la comunicación co-constructiva (vs. mera transmisión de información) y una consideración más positiva (vs. patológica) de los clientes. Luego usamos el microanálisis para ilustrar cómo la comunicación en psicoterapia, examinada en detalle, no puede ser no directiva. Finalmente describimos las funciones de tres herramientas discursivas específicas a disposición de los terapeutas: las preguntas *que contienen las presuposiciones del terapeuta y al mismo tiempo invitan al cliente a co-construir una versión particular de los eventos; las* formulaciones *(como el parafraseo o la reflexión) que inevitablemente transforman, en alguna medida, lo dicho por el cliente; y la* elección léxica, *o la decisión de usar ciertas palabras o frases, puede crear nuevas perspectivas. Cada una de estas herramientas es ilustrada contrastando su uso en enfoques terapéuticos tradicionales y alternativos. Proponemos que los efectos de cada una de estas herramientas son inevitables; la única opción es de qué manera usarlas.*

Microanalysis of communication in psychotherapy

Microanalysis, which is the close examination of actual commuication sequences, can be a useful way to understand how therapeutic communication works. This is a preliminary report on our research's group applications of microanalysis to communication in psychotherapy. We first describe the historical origins in the Natural History of an Interview Project of the 1950's and then the subsequent evolution of an alternative paradigm for psychotherapy, which has two key tenets: communication as co-constructive (vs. Merely information transmission) and a more positive (vs. Pathological) view of clients. Next, we use microanalysis to illustrate how communication in therapy, examined closely, cannot be nondirective. Finally, we describe the functions of three specific discursive tools available to therapists: Questions *both embed the* Formulations *(such as paraphrasing or reflection) inevitably transform, to some degree, what the client has said.* Lexical choice, *or the decision to use particular words or phrases, can create new perspectives. Each of these tools is illustrated by contrasting their use in traditional and alternative therapeutic approaches. We propose that the effects of eah of these tools are inevitable; the only choice is how to use them.*

* Publicado originalmente como Microanalysis of communication in psychotherapy. *Human Systems: The Journal of Systemic Consultation & Management*, 11 (1), 47-66, 2000. La traducción es de Agustín Del Vento.

** Department of Psychology, University of Victoria, P.O. Box 3050, Victoria, B.C., Canada, V8W 3P5. E-mail: jbb@uvic.ca

Introducción

La importancia de la comunicación en psicoterapia es obvia, ya sea que uno la vea como el medio para intercambiar información e ideas o como un proceso mediante el cual son co-creadas ideas más beneficiosas. Sin embargo, mientras existen numerosos esfuerzos por enseñar tanto a los terapeutas como a los clientes a comunicarse mejor, hay muy poca investigación que avale estas recomendaciones y aun menos análisis sobre procesos comunicacionales básicos en las sesiones de psicoterapia. Nuestro grupo de investigación (una combinación de investigadores en comunicación y psicoterapeutas) ha comenzado a llevar a cabo dicha investigación. En este artículo describiremos e ilustraremos nuestro enfoque para estudiar la comunicación terapéutica a través del microanálisis, esto es, a partir de un examen detallado de estas conversaciones, momento por momento, expresión por expresión.

Antecedentes

El origen de la investigación interdisciplinaria sobre procesos comunicacionales básicos en psicoterapia puede rastrearse directamente en la analista neo-freudiana y respetada terapeuta, Frieda Fromm-Reichmann. En 1955, Fromm-Reichmann inició el proyecto Natural Histoy of an Interview (NHI) [Historia Natural de una Entrevista] en el Center for Advanced Study in the Behavioral Sciences [Centro para Estudios Avanzados en Ciencias del Comportamiento], cercano a Stanford, porque estaba interesada en obtener evidencias tangibles para sus reacciones intuitivas sobre sus pacientes psiquiátricos. Ella esperaba que la lingüística y la antropología pudieran ser capaces de proveer de dicha evidencia y que el estudio detallado de las entrevistas psiquiátricas le condujera a descubrimientos concretos que pudiera trasmitir a sus estudiantes (Leeds-Hurwitz,1989, pág.123).

Aunque este enorme proyecto nunca fue totalmente publicado, está disponible en microfilm (McQuown,1971) y en varios trabajos relacionados de menor extensión (citado en Leeds-Hurwitz, 1987, notas al pie 6 y 7). Afortunadamente, su historia y logros pioneros han sido bien resumidos por Leeds-Hurwitz (1987,1989). Por ejemplo, fue "el primer trabajo especializado en usar el microanálisis como el método primario para analizar la interacción social" (1987, pág. 2). Esto fue posible debido a otro "primer", que fue el uso sistemático de registros filmados que podían ser estudiados detallada y repetidamente. Era, asimismo, inusual lograr una colaboración interdisciplinaria amplia (desde 1955 hasta alrededor de 1971) de psiquiatras, antropólogos y lingüistas[1], todos dedicados a la trascripción y análisis detallados de una entrevista real filmada. Su objetivo, sin embargo, fue más amplio ya que pensaron generalizaciones que iban desde este análisis particular hacia el proceso comunicacional mismo.

El proyecto del NIH surgió en el contexto más amplio de los comienzos del moderno campo de la comunicación de posguerra, incluyendo el desarrollo y la aplicación de la teoría de la información (Cherry, 1961; Miller, 1951; Shannon y Weaver, 1949) y la cibernética (Ashby, 1956). Las Conferencias Interdisciplinarias Macy (Schaffner, 1955-1960) sobre la aplicación de la cibernética a las ciencias del comportamiento, habían incluido algunos

[1] Los psiquiatras originales fueron Fromm-Reichmann y Henry W. Brosnin, los lingüistas Charles F. Hockett y Norman A. McQuown, y los antropólogos Alfred L. Kroeber y David M. Schneider. Fueron tempranamente reunidos por el lingüista Ray L. Birdwhistell y el antropólogo Gregory Bateson, cuya entrevista con "Doris" se convirtió en objeto del microanálisis (Leeds-Hurwitz,1987, págs. 4-8).

de los participantes del proyecto del NHI (en particular a Gregory Bateson y Henry Brosnin) y contribuyeron a iniciar un cambio de énfasis desde los procesos intrapsíquicos hacia la interacción social, así como a proveer de un modelo de colaboración interdisciplinaria. Bateson ya había comenzado a aplicar los principios de la cibernética en sus investigaciones con John Weakland, Jay Haley, Don Jackson, y William Fry en la comunicación de familias con un paciente esquizofrénico (Bateson, Jackson, Haley, y Weakland, 1956).

En la década de los sesenta, lo que se hizo conocido como el Grupo de Palo Alto (Jackson, 1968a, 1968b; Watzlawick y Weakland, 1977) fue una combinación del grupo de investigadores de Bateson y quienes trabajaron junto a Jackson en el Mental Research Institute. Aunque el trabajo inicial del Grupo de Palo Alto fue más conocido por el estudio de la interacción familiar y el desarrollo de la terapia familiar, la mayoría de sus miembros principales habían sido directa o indirectamente influidos por el proyecto del NHI. Ellos sostenían un fuerte interés tanto en la terapia como en la comunicación terapéutica, que culminó en el Brief Therapy Center [Centro de Terapia Breve] (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974) y, asimismo, en el desarrollo de una teoría general de la comunicación como interacción social (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967[2]).

Dos paradigmas terapéuticos contrastantes

Numerosos grupos se formaron rápidamente a partir de la temprana influencia del Grupo de Palo Alto desarrollando su propio modelo terapéutico, aunque siempre con un interés especial en la comunicación y el lenguaje como aspectos centrales para la psicoterapia: las originales y subsecuentes Escuela de Milán (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1978; Boscolo, Cecchin, Hoffman, y Penn, 1987); la Terapia Centrada en la Solución de Milwaukee (Berg y de Jong, 1998; de Shazer, 1982, 1985, 1994; de Shazer, Berg, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich, y Weiner Davis, 1986); la Terapia Narrativa de White y Epston (1990) en Australia y Nueva Zelanda; y el enfoque en violencia de Jenkin (1990), también en Australia.

No subestimamos la diversidad y el sano disenso entre estos enfoques, pero proponemos que –desde una visión histórica más amplia– se puede considerar que ofrecen un *paradigma alternativo* (Kuhn, 1962; Wilder, 1978) en el campo de la psicoterapia porque, cualesquiera sean sus diferencias particulares, comparten algunos supuestos fundamentales, específicamente cuando se los compara con los enfoques tradicionales. Lo que denominaremos el *paradigma tradicional* en psicoterapia incluye los enfoques más conocidos: psicoanálisis, *counseling* centrado en el cliente, terapia comportamental, enfoques psicoeducacionales y cognitivos (tales como la terapia cognitivo-comportamental) así como algunas otras formas de terapia de grupo o familia. Nos parece que el paradigma terapéutico tradicional y el alternativo difieren en, al menos, dos supuestos fundamentales que han guiado nuestra investigación (ver Tabla 1). La primera de las diferencias que discutiremos y aplicaremos aquí está relacionada con el rol de la comunicación en psicoterapia y la segunda está vinculada a los individuos que buscan terapia.

El paradigma tradicional aplica un conocido modelo de comunicación al contexto terapéutico: los problemas están dentro de la mente del individuo y las soluciones dentro de la del terapeuta, por lo tanto, la comunicación consiste en monólogos alternantes en los

[2] También publicado en los Estados Unidos como Watzlawick, Beavin Bavelas y Jackson.

Tabla 1. Dos diferencias entre los Paradigmas Tradicional y Alternativo en Psicoterapia

	PARADIGMA TRADICIONAL[a]	PARADIGMA ALTERNATIVO[b]
Comunicación en Psicoterapia	Es efectuada por individuos (monólogos alternantes), es un canal para la transmisión de información, involucra influencia global del terapeuta sobre el cliente.	Es colaborativa y recíproca (diálogo o conversación), es inevitablemente co-constructiva, da forma a la información, involucra (micro) influencia momento por momento.
Clientes en Psicoterapia	Tienen patologías que deberían ser diagnosticadas y tratadas por el terapeuta.	Tienen fortalezas y soluciones que el terapeuta y el cliente pueden descubrir y construir.

[a] Entre las terapias que hacen estas suposiciones se incluyen casi todas las que comenzaron antes de 1950 y muchas otras que han surgido desde: el psicoanálisis, el *counseling* centrado en el cliente, las terapias comportamentales, las terapias psicoeducacionales y cognitivas, entre otras.

[b] Entre las terapias que comparten estas suposiciones se incluyen la terapia breve, la terapia estilo Milán, la terapia centrada en la solución, la terapia narrativa, e invitaciones a la responsabilidad, entre otras; ver el texto para referencias.

cuales se intercambia la información. El cliente describe su problema, historia o sentimientos, y el terapeuta provee de un diagnóstico, *insight*, o instrucción. En este modelo de transmisión-de-información, la comunicación, es implícitamente concebida como un canal a través del cual pueden transmitirse estas ideas reificadas (Reddy, 1979; Phillips, 1998, 1999). El lenguaje es puramente representacional, representa pensamientos, sentimientos y verdades que tienen una existencia separada del lenguaje. Mientras este modelo sí reconoce la influencia de la comunicación del terapeuta sobre el cliente, dicha influencia es considerada globalmente (i.e. ya sea ocurriendo en forma amplia sobre el curso de la terapia o sólo en puntos especiales, como las interpretaciones), en lugar de ser considerada instante por instante.

En contraste, el paradigma alternativo pone un énfasis primario en la comunicación antes que en los sucesos mentales (Anderson y Goolishian, 1988; de Shazer, 1994; Sluzki, 1992; Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967). La comunicación no supone monólogos alternantes sino un diálogo inextricablemente unido; dichas conversaciones son siempre *colaborativas* y recíprocamente influenciables. Como resultado, son además *co-constructivas*: momento por momento, el terapeuta y el o los clientes co-construyen una versión del problema y sus soluciones. Por su centralidad, debemos examinar toda comunicación terapéutica en el micronivel, aun en el nivel de la palabra o frase. Desde esta perspectiva, la comunicación es la herramienta de la terapia, de la misma forma en la que los elementos físicos son herramientas de la cirugía, y nos incumbe manejar la comunicación terapéutica con el mismo cuidado y precisión. Debemos resaltar que hacemos esta asunción para todas las psicoterapias. Esto es, en el paradigma alternativo, los terapeutas no eligen usar el lenguaje simplemente para co-construir los

problemas y soluciones con sus clientes mientras que las terapias tradicionales pueden aun elegir focalizarse en el "problema real". A nuestro criterio, toda comunicación terapéutica es co-constructiva, la única opción es reconocerlo o no. Existe suficiente evidencia reunida señalando que la conversación es una actividad intrínsecamente colaborativa (Clark, 1996). Si esto es así, entonces la influencia mutua es inevitable, y los terapeutas no pueden ser no directivos. Ellos pueden y deben elegir *de qué manera* influirán en la conversación. Estos supuestos han llevado a nuestro equipo fuera del laboratorio experimental o la práctica psicoterapéutica diaria hacia el microanálisis del lenguaje de la psicoterapia.

Observando en detalle

En 1967, Weakland escribió:

> "Probablemente el rasgo principal característico de este enfoque [alternativo] de la comunicación (...) y que lo diferencia de otros enfoques, es nuestro interés por el estudio y la compresión de la comunicación misma tal como existe en los sistemas humanos naturales, en lugar de involucrarnos con algún ideal (...) de lo que la comunicación *debería ser* (...)
>
> Tal focalización puede parecer simple y obvia, pero ha sido hasta hace poco tiempo en gran medida denegada, ignorada o pasada por alto. El estudio de la comunicación involucró todo excepto observar, registrar, examinar, y describir la interacción y comunicación reales en detalle". (pág. 1, las itálicas son del original).

Proponemos que, por no atender en detalle a los efectos de la comunicación del terapeuta sobre el cliente, el paradigma tradicional corre el riesgo de ver sólo aquello que "debería ser" en lugar de estudiar sus comunicaciones e interacciones en detalle. Antes de ilustrar este punto con dos ejemplos, deberíamos ser explícitos con relación a nuestra predilección por las terapias del paradigma alternativo. Sin embargo, nuestros análisis no están diseñados para focalizarse en esta alternativa, sino para revelar los pormenores de lo que puede acontecer en el micronivel de la terapia. Depende de cada terapeuta o investigador juzgar la importancia de lo que se revela –o, incluso, refutar nuestras conclusiones usando las herramientas que aquí ofrecemos.

El primer ejemplo proviene del capítulo de un libro sobre enfoques clínicos (Pervin, 1970, 1980). El autor contrastaba la forma psicoanalítica de entrevistar con la forma propia de la terapia centrada en el cliente y escogió ilustrar esta última con un pasaje de Carl Rogers (1942) reproducido completamente en la Tabla 2. Las preferencias del autor por aquello que "debería ser" fueron claras desde su introducción al pasaje que eligió:

> "Los aspectos directivos y guía de la entrevista psicoanalítica están en contraste con el enfoque más claramente fenomenológico de otras entrevistas. Por ejemplo, en el enfoque de entrevista *no directivo* o centrado en el cliente asociado con Rogers, el entrevistador *hace pocas preguntas directivas y evita hacer interpretaciones que vayan más allá de los datos*. Los fragmentos de la entrevista [psicoanalítica] previa pueden ser contrastados con los siguientes fragmentos de una entrevista con un estudiante que tenía dificultades académicas y personales..." (Pervin, 1970, pág. 104; 1980, págs. 422-423, itálicas agregadas).

Antes de examinar este pasaje en detalle, deberíamos adelantarnos en señalar que nuestro análisis no es una crítica a Rogers. Fue él, probablemente, el primer psicoterapeuta en grabar registros de las sesiones de terapia, tan tempranamente como en los años cuarenta. Esta innovación nos condujo a los

registros vivientes que ahora damos por sentado y que hacen posible el estudio del discurso terapéutico. Además, no estamos criticando a Rogers por practicar teoría rogeriana. Nuestro punto será que el autor que escogió este pasaje en particular (sobre los disponibles) aparentemente vio, en aquel momento, lo que debería ser y no lo que estaba aconteciendo en realidad. Aun un examen superficial del pasaje en la Tabla 2 revela que el *counselor* no evita preguntas directas o interpretaciones. Realiza seis preguntas directas (una en el giro 5, dos en el giro 11, y una en cada uno de los giros 15, 17, y 27). Todos sus giros restantes son interpretaciones. Tanto las preguntas como las interpretaciones orientan el tema hacia la teoría rogeriana del sí mismo ideal versus el sí mismo verdadero (e. g. Rogers, 1959) y van bien más allá de los datos y la experiencia proporcionada por el estudiante. Por ejemplo, nótese la discrepancia entre la descripción que el estudiante hace de su persona ideal (en el giro 6) como alguien que *"sirva a la sociedad construyendo, o haciendo las cosas más convenientes"* y el aparente parafraseo del *counselor* (en el giro 7) como *"alguien que sólo se involucra con cosas y no con emociones"*.

Los reconocimientos y acuerdos que supuestamente son la característica distintiva de un terapeuta no directivo son, en realidad, todos efectuados por el cliente: 9 de los 14 giros correspondientes al estudiante incluyen o consisten en "Sí" o "Es correcto". En síntesis, este pasaje de 28 giros consiste enteramente en pares pregunta-respuesta o interpretación-acuerdo, todos ellos iniciados por el counselor. En nuestra opinión, ni la terapia rogeriana ni ninguna otra terapia puede ser no directiva; interactuar es influir, y la única opción es cómo hacerlo.

En un artículo sumamente original, Davis (1986) analizó una sesión completa de terapia, giro por giro, y mostró de qué manera el terapeuta, durante el curso de la sesión, transformó el problema presentado en uno que se ajustara a su teoría. Si alguien leyera la trascripción provista por Davis desde una orientación en favor de ese enfoque terapéutico, la entrevista podría parecer un revelador descubrimiento del problema del paciente por parte del terapeuta. Examinada más de cerca, sin embargo, la activa influencia del terapeuta se hace evidente. Davis mostró de qué manera, en tres etapas, el terapeuta *reformuló* el problema social, situacional del cliente convirtiéndolo en un problema intrapsíquico, de personalidad; *ilustró* el nuevo problema usando su interpretación de las propias palabras del cliente; y *organizó su consentimiento* sobre el tratamiento hacia el problema recientemente definido.

Investigación en técnicas de escucha activa

Otra forma de cuestionar los modelos que prescriben la manera en que los terapeutas deben comunicarse es a partir de centrarse en las ampliamente difundidas técnicas de escucha activa. Tanto Norgaard (1990) como Armstrong (1998) encontraron que la considerable literatura sobre estas técnicas no contiene, virtualmente, estudios de evaluación demostrando que son efectivas con los clientes o preferidas por ellos. Norgaard (1990) demostró que los oyentes prefirieron una cinta de audio de escucha normal a otra con técnicas de escucha activa. Armstrong (1998) continuó estos descubrimientos estudiando diálogos verdaderos con participantes reales. Los hablantes eran estudiantes del primer año universitario quienes contaban una historia (verdadera) acerca de una mala experiencia académica que habían tenido. (Nótese que no era apropiado llevar problemas a terapia con esta población.) Contaron sus historias dos veces, a dos oyentes diferentes, en orden contrabalanceado. Uno de los oyentes era un estudiante de nivel superior sin entrenamiento, quien sólo escuchó naturalmente. El otro fue también un estudiante de nivel superior,

Tabla 2. Pasaje de Rogers (1942), en Pervin (1970, págs. 104-106; 1980, págs. 423-424)

C = Counselor
E = Estudiante cliente

1. **C:** Sientes que serías mucho más feliz si fueras tal como los otros y no emocional.
2. **E:** Correcto. Por supuesto, quisiera serlo... no experimentar esos miedos. *(Pausa)*. Me gustaría ser calmo y pensar con claridad en todas las situaciones.
3. **C:** En lugar de esas cosas te encuentras siendo emocional de alguna manera.
4. **E:** ¡Pierdo los estribos! *(Risa, seguida de pausa.)*
5. **C:** Has pensado mucho acerca de eso. ¿Cuál es tu persona ideal?
6. **E:** Eh, bueno, un científico. Eso es lo que considero una persona ideal, preferiblemente un científico físico, en química o física o un ingeniero, uno que... uno que sirva a la sociedad construyendo, o haciendo las cosas más convenientes. Me gusta todo moderno.
7. **C:** Alguien que sólo se involucra con cosas y no con emociones.
8. **E:** Correcto, algo tangible.
9. **C:** Entonces realmente quisieras resolver esta dificultad siendo alguien bien diferente de ti mismo.
10. **E:** Sí. Por eso estoy haciendo mis estudios con orientación en ingeniería. Tengo una oportunidad para... bueno, para experimentar conmigo mismo y ver realmente qué talentos tengo en esa dirección. No son tan malos pero me faltan algunos... algunas de las cosas más fundamentales que un buen ingeniero debería tener; esto es, ser calmo, persistente, y olvidarme de las cosas que hubieran surgido. Un buen ingeniero no es emocional, es una de las peores cosas que podría ser... ninguna persona que es emocional es un buen ingeniero.
11. **C:** Entonces en algunos aspectos has entrado a ingeniería porque sentías que sería una muy buena disciplina para ti, ¿correcto? ¿Te hace parar de ser emocional?
12. **E:** Correcto.
13. **C:** Fue aquello, quizás, en lugar de haber estado interesado en ingeniería.
14. **E:** Bueno, estaba mezclado con un cierto interés genuino. Había algo, eso es cierto. Pero fue en gran medida debido a aquello, exactamente lo que dije, en una parte considerable.
15. **C:** No supones que parte de tu problema es que ahora te estás cuestionando si quieres ser verdaderamente tú mismo. ¿Podría esto ser parte de ello? [You don't suppose that part of your trouble is that now you're wondering whether you want to be your real self. Could that be part of it?]
16. **E:** Eh, ¿qué es eso?
17. **C:** Bueno, me preguntaba. Estás tratando arduamente de ser otra persona, ¿no es así?
18. **E:** Sí, porque no estoy satisfecho conmigo mismo.
19. **C:** Tu sientes que el tí mismo que eres no vale la pena serlo. [You feel that the self you are isn't worth being.]
20. **E:** Si, eso es correcto, y al menos que puedas cambiar mi parecer al respecto, continuaré pensando de la misma manera. [Yeah, that's right, and unless you can change my mind about that, then I'll continue thinking along the same line.]
21. **C:** *(Riendo)* Por qué eso prácticamente suena como si estuvieras deseando que alguien cambie tu parecer sobre ello.
22. **E:** *(Sobriamente)* Sí. Porque no sé cómo puedo resolverlo de otra forma.

Tabla 2. ***Continuación***

23.	**C:**	En otras palabras, estás notando que es un planteo bastante difícil tratar de ser un ingeniero calmo, no emocional cuando en realidad eres algo bastante diferente.
24.	**E:**	¡Correcto! Sí, ése es un planteo muy difícil. Lo veo imposible, y detesto la idea de que sea imposible.
25.	**C:**	Y la detestas en parte porque sientes que no hay nada más allá de tu verdadero tí mismo que valga la pena. [And you hate it partly because you feel there's nothing worth while out this real self of yours.]
26.	**E:**	Sí.
27.	**C:**	¿Cuáles son algunas de las cosas que a tu verdadero tí mismo le gustaría hacer? [What are some of the things your real self would like to do?]
28.	**E:**	Ah, veamos. Bueno... eh, te dije que estaba interesado en las matemáticas. Eso es una cosa. También estaba interesado en la antropología. Al mismo tiempo estaba interesado en la música y en... bueno, en realidad, estaba interesado en las novelas, pero no me interesan más, pero –me gustaría– creo que tengo un don para la escritura también, y estoy avergonzado de aquellos dones.

pero éste había sido entrenado en escucha activa y estaba ejercitando estas técnicas como voluntario en un programa de Counseling de Pares en el campus universitario.

Armstrong creó una amplia gama de escalas de comparación, incluyendo posibles reacciones positivas y negativas. Los resultados fueron claros, la escucha activa obtuvo la mayoría de las atribuciones negativas. Los narradores evaluaron estas técnicas como significativamente más *extrañas, artificiales, falsas* y *ficticias* que la escucha no entrenada. También evaluaron a los oyentes activos como más propensos a *malinterpretar* e *interrumpir en ciertas ocasiones*. Hubo dos resultados positivos: los narradores evaluaron a los oyentes activos como más comprensivos, aparentemente reconociendo sus buenas intenciones, y como más propensos a hacer que el hablante *piense diferente* con relación al problema. Una posible interpretación de estos resultados es que los narradores apreciaron la persona del oyente pero no estuvieron satisfechos con su estilo comunicacional.

Nuestra investigación de laboratorio sobre oyentes naturales (Bavelas, Coates y Johnson, 2000) ha demostrado que un oyente preocupado experimentalmente no podía escuchar normalmente y que sus respuestas ficticias afectaban significativamente la historia del narrador, haciéndola menos elaborada y menos coherente. Si extrapoláramos estos resultados, sería posible que los oyentes activos (y quizás otros terapeutas) estuvieran igualmente preocupados por sus técnicas, las cuales inducirían narrativas aparentemente monótonas e inconexas en sus clientes. Tenemos, por lo tanto, dudas sobre estas supuestas habilidades comunicacionales, las cuales continúan siendo ampliamente enseñadas como la manera en que la comunicación "debería ser", sin una observación sistemática de cómo funcionan en la interacción.

Algunas herramientas básicas del discurso terapéutico

Los ejemplos de la sección anterior sugieren la utilidad de una evaluación y análisis

detallado de la comunicación terapéutica. ¿Qué sucedería si, de la misma manera que el equipo del NHI, deseáramos simultáneamente microanalizar entrevistas terapéuticas reales, al tiempo que buscáramos generalizaciones y comprensiones más amplias de la comunicación a través de estos análisis –en tal caso, cómo comenzamos? Nuestro grupo comenzó con varios criterios. El primero fue ser selectivos en lugar de exhaustivos. El proyecto del NHI quedó, en gran medida, inconcluso y no publicado debido a que se buscaba analizar virtualmente cada aspecto de varias escenas de una entrevista. (La versión de 1971 es de cinco volúmenes, tres de los cuales fueron dedicados sólo a la trascripción; Leeds-Hurwitz, 1987.) Aunque este nivel de detalle constituye una valiosa introducción para entender qué tipo de regularidad y patrones pueden ser encontrados a través del microanálisis, asimismo, demuestra que la cuidadosa selección de ciertos aspectos o rasgos podría ser una mejor estrategia de investigación. Otro criterio clave fue que el análisis debía ser interactivo; esto es, debía estar enfocado en los fenómenos característicos del diálogo en lugar del monólogo. Esto excluiría, por ejemplo, el análisis de las expresiones de un individuo como una forma de entender sus procesos mentales (sean éstos de un cliente o de un terapeuta). En su lugar, quisimos examinar declaraciones primariamente en términos de su impacto e implicaciones para la interacción terapéutica.

Nuestra búsqueda de fenómenos interactivos que ocurrieran virtualmente en todas las conversaciones terapéuticas nos condujo a centrarnos en tres de las herramientas discursivas a disposición de los terapeutas: éstas pueden responder a lo que el cliente dice (llamada *formulación*), pueden realizar *preguntas* y –en éste o en otro tipo de expresiones tales como las aserciones o las descripciones– pueden elegir como frasear aquello que quieren decir (llamada *elección léxica*).

Hemos analizado cada una de estas herramientas en relación con la manera en que funcionan para construir significado en el diálogo terapéutico. Una forma de develar este proceso es contrastando el tipo de significados que se van construyendo. Para ello, comparamos los significados construidos en los dos paradigmas descriptos anteriormente, centrándonos específicamente en sus contrastantes visiones sobre la patología (cf. segundo punto principal en Tabla 1). Las terapias tradicionales parten de la noción de que los individuos concurren a psicoterapia porque algo malo les sucede, usualmente relacionado con una patología intrapsíquica (depresión, TDA, baja autoestima, habilidades comunicacionales deficientes, carencia de habilidades de afrontamiento u otras conductas, etcétera), que Wade (2000) ha denominado *asunción de deficiencia personal.* La terapia breve rápidamente rechazó la utilidad de la patología (Watzlawick, Weakland, Fisch y Bodin, 1974) y asumió que "las personas saben cómo estar bien" (Weakland, comunicación personal), Wade (1997, 2000) ha denominado a esto *la asunción de una capacidad pre-existente.* Desde esta perspectiva, los problemas que los individuos llevan a terapia son, en principio, pasajeros y frecuentemente sociales u externos en causa y origen. Otra manera de describir esta diferencia es señalando que las terapias tradicionales son *esencialistas*, resaltando la realidad de una patología individual reificada, mientras que el paradigma alternativo es más *construccionista*, enfatizando la naturaleza social de los rótulos diagnósticos y, en particular, el papel del lenguaje en la construcción y reconstrucción de los problemas y las soluciones. En los análisis que siguen, mostraremos cómo el uso de herramientas comunicacionales básicas por parte del terapeuta puede construir tanto versiones patológicas como no patológicas de los clientes y sus vidas.

Formulación y reformulación

Una de las técnicas comunicacionales más comunes y aparentemente neutrales del terapeuta es resumir o parafrasear lo que el cliente ha dicho (ej. en el giro 23 en la Tabla 2). Dado que parece simple repetir lo que el cliente ha dicho, esta herramienta frecuentemente se concibe como no directiva, esto es, que no influye en la narrativa del cliente. El microanálisis de Phillips (1998, 1999) ha demostrado cuán influyentes y co-constructivas son inevitablemente estas respuestas. Phillips (1998) se sirvió de investigaciones realizadas fuera de la psicoterapia, en prácticas conversacionales comunes. Garfinkel y Sacks (1970, pág. 350) identificaron el proceso de *formulación*, a partir del cual uno de los participantes podía describir, explicar, caracterizar, aclarar, traducir, resumir, o proporcionar lo esencial de lo que la otra persona había dicho recientemente. Por ejemplo:

> A: *¿Es bueno que haya tantos de ustedes en la oficina?* [Isn't it nice that there's such a crowd of you in the office?]
> B: *Nos estás pidiendo que nos vayamos, no diciéndonos que nos vayamos, ¿correcto?* [You're asking us to leave, not telling us to leave, right?]
> (Garfinkel y Sacks, 1970, Pág. 350)

En su formulación, B está explicando tanto el significado como los matices del comentario de A.

Heritage y Watson (1979) han desarrollado aun más el concepto de formulación señalando que, inclusive cuando parecen constituir simples parafraseos, las formulaciones cumplen tres funciones: preservan, eliminan, y transforman la afirmación original. Si una persona dice: *"Estuve en la Universidad desde 1985 hasta 1996"* y la otra dice *"¡Eso es más de 10 años!"*, su formulación ha preservado parte de la información suministrada, eliminado los años del comienzo y final, y transformado la información de un lapso preciso a una cantidad aproximada de tiempo total. En su artículo de 1986, Davis introdujo la posibilidad de la *reformulación* en psicoterapia, a partir de la cual los enunciados del cliente son selectivamente transformados en una versión que se ajusta a la orientación teórica del terapeuta.

En la Tabla 2, podemos ver que el counselor responde frecuentemente a las afirmaciones del cliente con formulaciones. Algunas de ellas están explícitamente etiquetadas como formulaciones con marcas del discurso tales como *"En otras palabras"* (giro 23), *"Eso prácticamente suena como si..."* (giro 21), o *"Entonces..."* (giros 9 y 11). Debido a estas marcas, las respuestas del counselor son oficialmente sólo parafraseos, pero el lector puede fácilmente notar cómo, en cada ejemplo, selectivamente preservan, eliminan y transforman lo que el estudiante ha dicho. Es importante resaltar, una vez más, que estos cambios son necesarios y no pueden evitarse aun con la repetición literal. Si el terapeuta vuelve a repetir algunas afirmaciones, la selección que hace de éstas en lugar de otras es importante. (Sólo si el terapeuta repitiera exactamente todas las palabras y la entonación del cliente no habría eliminación o transformación; sin embargo, dichas respuestas serían bastante bizarras. Proviniendo de un terapeuta, serían probablemente interpretadas como ridículas, transformando así la afirmación original drásticamente.)

Phillips (1998, 1999) señaló que la diferencia entre formulación y reformulación supone sólo una cuestión de grados y que cualquier formulación debe inevitablemente cambiar la afirmación original. Asimismo propuso que lo que se ha llamado parafraseo, reflexión, reencuadre, etcétera, es empíricamente indistinguible de la formulación. Para demostrar las funciones de la formulación, comparó cómo eran usadas éstas en una sesión tradicional de resolución de conflicto versus una sesión de resolución de conflicto alternativa orientada a la solución de Insoo Kim Berg. La información se tomó de videos de dramatizaciones de entrenamientos[3] (Brief Family Therapy Center, 1995; Rogers y Salem, 1987).

Phillips (1998) identificó dos parámetros diferentes de formulación. Veamos el primero, formulación centrada en el problema vs. centrada en la solución. Una formulación centrada en el problema selecciona los aspectos problemáticos de la afirmación original, mientras que una formulación centrada en la solución seleccionaría los aspectos más positivos de la misma afirmación. Por ejemplo, la secuencia siguiente ocurrió al principio de la sesión de mediación tradicional entre dos vecinos:

> 5. Sra. M: *Bueno, estuve en la policía y les pedí reiteradas veces y los llamé por este disturbio y eh, nada parece pasar y eh, continua igual que antes, y, eh, la última vez que fui a la estación y me quejé, sobre estas situaciones intolerables, por qué, eh, dijeron, bueno, puede llevarlo a la corte, y yo dije, eh, no tengo dinero para un abogado. ¿Qué puedo hacer? Usted sabe. Y, eh, y el oficial que estaba allí dijo bueno, ¿hay un proceso de mediación?*
> 6. Mediador: *Hum*
> 7. Sra. M: *y podríamos resolver esto con su ayuda, pero no lo sé.*
> 8. Mediador: *Bueno*
> 9. Sra. M: *Estoy perdida, realmente lo estoy. No sé qué hacer.*
> 10. Mediador: *Bueno, usted mencionó disturbios y estuvo en la policía...*

En el giro 10, el mediador explícitamente formuló los giros 5, 7, y 9 de la Sra. M ("usted mencionó"). De todo lo que ella dijo, seleccionó "disturbios" y "la policía" –claramente centrado en el problema. Una formulación centrada en la solución comúnmente usada sobre las afirmaciones de la Sra. M podría haber sido, por ejemplo:

> M: *Entonces usted ha intentado arduamente encontrar una solución. ¿Qué debería pasar hoy aquí para que, dentro de algunos meses, usted diga que fue una buena idea haber ido a ver un mediador?*

El segundo parámetro considerado por Phillips fue determinar si la formulación era *abierta o cerrada*. Las formulaciones abiertas dan la oportunidad al primer hablante de evaluar y comentar sobre la formulación. Ambas formulaciones descriptas anteriormente son abiertas porque invitan a la respuesta o elaboración de la Sra. M. Una formulación cerrada restringiría el comentario... por ejemplo, manteniendo el giro y continuando con un nuevo comentario.

El análisis detallado de Phillips mostró que el mediador tradicional difería notablemente del otro centrado en la solución en el uso de las formulaciones centradas en el problema vs. las formulaciones centradas en la solución. Las formulaciones del mediador tradicional estaban centradas consistentemente en los problemas en lugar de las soluciones, mientras que lo opuesto se comprobaba en la sesión de Berg. Asimismo, el mediador tradicional usaba sistemáticamente más formulaciones cerradas con un disputante que con el otro, lo cual proporcionaba a cada uno oportunidades desiguales de extenderse o cuestionar sus formulaciones. Aunque indudablemente la meta del mediador era ser justo, no lo era en el micronivel y, por lo tanto, tampoco en la sesión como un todo.

[3] Cuando no ha sido posible obtener registros de sesiones terapéuticas reales, hemos escogido videos de dramatizaciones de entrenamiento, entendiendo que los procedimientos de los videos presentan el mejor ejemplo. Esto es, los videos de entrenamiento representan la manera en que un enfoque particular "debería ser" conducido; por lo tanto examinamos de qué manera estas recomendaciones son llevadas a cabo.

Cómo funcionan las preguntas en psicoterapia

Es sorprendente que desde el paradigma alternativo los terapeutas formulen numerosas preguntas. El Grupo de Milán fue el primero en reconocer explícitamente la utilidad de las preguntas para la terapia (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin, y Prata, 1980; Freedman y Combs, 1996). Ha habido varios esfuerzos por clasificar estas preguntas, aunque tales taxonomías son necesariamente estáticas. Extraen la pregunta de su contexto original y no consiguen describir cómo funciona en ese contexto. McGee (1999; ver también www.talkworks.bc.ca) ha desarrollado un análisis funcional exhaustivo de las preguntas que muestra cómo funcionan y por qué son a menudo tan útiles. Su presupuesto básico es que una de las principales funciones de las preguntas es introducir presuposiciones contenidas. Esto es que, a partir de ellas, es posible presentar nuevas ideas sin afirmarlas directamente. Tómese como ejemplo, la "pregunta sobre el milagro" propuesta por de Shazer (1985):

> *"Si una noche, mientras estuviera durmiendo, sucediera un milagro y el problema hubiera desaparecido al despertar, ¿cómo lo sabría? ¿Qué sería lo primero que notaría?"*

Esta pregunta contiene varias presuposiciones: que es concebible que el problema pueda desaparecer y que, si así lo hiciera, el cliente lo advertiría a partir de eventos específicos y observables en el mundo. Más ampliamente, esta pregunta impone una perspectiva que es al mismo tiempo positiva y orientada hacia el futuro. Contrariamente, las terapias tradicionales a menudo formulan preguntas que contienen presuposiciones sobre la patología y la importancia del pasado. Preguntar sobre la infancia de un chico presupone que la infancia es relevante para el problema actual. Preguntar sobre los síntomas presupone patología.

Las preguntas son, más sutilmente, una forma en la que el terapeuta introduce su perspectiva teórica sin que expresamente aparente hacerlo. Volviendo por ultima vez al pasaje presentado en la Tabla 2, el counselor pregunta (en el giro 5) "*¿Cuál es tu persona ideal?*" Esta pregunta contiene la presuposición de que existe algo como la persona ideal de cada uno y que el estudiante no es su propia persona ideal (de otra forma la pregunta sería, "¿Qué clase de persona eres?"). La pregunta del counselor en el giro 15 amplía aun más estas presuposiciones: *"No supones que parte de tu problema es que ahora te estás cuestionando si quieres ser verdaderamente tú mismo. ¿Podría esto ser parte de ello?"*. Esta pregunta contiene la presuposición de que existe (además de su persona ideal) un sí mismo verdadero [real self]. Juntas, las dos preguntas forman una afirmación indirecta pero clara de la teoría rogeriana sobre la discrepancia entre el sí mismo ideal y el verdadero (Rogers, 1959). Estas preguntas sólo tienen sentido –y sólo pueden ser respondidas– si el estudiante acepta la teoría y comienza a hablar en los términos que ésta propone, como en efecto lo hace. Hay una secuencia drástica entre los giros 15 al 21 en la cual podemos observar el proceso a la vista: nótese que en el giro 16 el estudiante no comprende la pregunta (y su presuposición de que quiere ser verdaderamente él mismo [real self] en lugar de su persona ideal). El counselor reformula la pregunta explicitando mucho más sus presuposiciones y solicita consentimiento (en los giros 17 y 19). Obtenido el acuerdo, el estudiante (en el giro 20) adopta estas nociones como su propia manera de pensar, lo que deriva en un intrincado intercambio en el cual el estudiante parece estar preguntando –aun desafiando– al counselor para que le ayude a resolver la discrepancia entre su sí mismo ideal y el verdadero. Sólo un examen detallado de la conversación real revela de qué manera el counselor introdujo este marco y condujo al estudiante hacia él.

Esta secuencia ilustra la utilidad del examen detallado del rol de las preguntas, de McGee, para comprender el diálogo terapéutico.

Los terapeutas estilo Escuela de Milán formulan *preguntas circulares* (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980), como la siguiente, formulada a la hermana de un chico anoréxico en presencia de toda la familia:

> *¿Cuándo tu madre trata de hacer que Marcelo coma y él rehúsa la comida, qué hace tu padre?*

Esta pregunta contiene varias presuposiciones, todas deliberadamente dirigidas a centrarse en las relaciones entre los miembros de la familia (vs. un foco aislado en el paciente): que la madre es quién está dispuesta a hacer que Marcelo coma, que Marcelo está dispuesto a rehusarse; que cuando esto sucede, el padre está dispuesto a hacer algo por lo cual puede ser valioso peguntar; y que la hija está dispuesta a observar todo esto y que sus observaciones podrían ser de interés. Nótese que estas presuposiciones (y los nuevos pensamientos que puedan provocar) están a disposición de quien los escuche, no sólo de la persona hacia quien la pregunta fue dirigida.

Las preguntas de "paisaje" ["landscape" questions] de White (1989) contienen presuposiciones sobre las fortalezas y habilidades pasadas y futuras del individuo. Por ejemplo:

> *¿De todas las personas que te han conocido, quién estaría menos sorprendido de que has sido capaz de dar este paso en tu vida?*

Esta pregunta presupone que el cliente ha dado un paso sobre el cual vale la pena hablar; que el paso refleja su propia habilidad (*"has sido capaz de"*); que muchas personas notarían y reaccionarían ante este paso, algunas con sorpresa; que hay al menos una persona que no estaría sorprendida; que, por lo tanto, su habilidad para dar semejante paso fue evidente para, al menos, una persona en el pasado.

Estas preguntas, asimismo, ilustran otro aspecto de la teoría más amplia de McGee, a saber, que al buscar y proveer de respuestas a las preguntas del terapeuta, el cliente participa co-construyendo una perspectiva diferente de sí mismo y de su relación con los otros. Esta versión (ya sea como deficiente o como capaz) tiene posibilidad de ser más convincente ya que el cliente provee de la evidencia a partir de su propia vida.

Wade (1995, 1997, 2000) ha enfatizado la importancia de las preguntas específicas para el trabajo con clientes que fueron abusados y maltratados. Los terapeutas tradicionales preguntan sobre la manera en que el cliente fue *afectado por* el abuso, lo cual contiene las presuposiciones de que el individuo fue un objeto pasivo y que él o ella ha tenido y puede continuar manifestando efectos sintomáticos (disociación, depresión, etc.). Wade propone que si, en cambio, el terapeuta pregunta de qué manera el cliente *respondió a* los incidentes del abuso, la pregunta presupone un individuo activo, agente, y se focaliza en la situación de abuso inmediata en lugar de en presumidos efectos colaterales. En respuesta a tales preguntas, emergen versiones dramáticas, emotivas y previamente no mencionadas. Aunque los abusadores siempre eligen individuos vulnerables, sus "víctimas" se enredan en una resistencia imaginativa y juiciosa?: los niños abusados por un padre o hermano regresan a su hogar desde la escuela caminando más lentamente, llevan amigos a casa, o se vuelven indispensables para otra familia para así poder pasar la mayor parte del tiempo fuera de casa. Las mujeres abusadas por sus esposos devienen depresivas, esto es, se rehúsan a estar satisfechas con el maltrato. Wade señaló que muchas formas de resistencia pueden sólo ser reveladas formulando preguntas que presupongan la posibilidad. Estas artes de la resistencia son escondidas por las preguntas tradicionales que presupo-

nen una víctima pasiva y afectada. Desde nuestro punto de vista, dado que las preguntas inevitablemente contienen presuposiciones teóricamente motivadas, existen sólo dos diferencias entre las preguntas en el paradigma tradicional y el alternativo: que las presuposiciones contenidas patologicen o dignifiquen al cliente y que el terapeuta incluya estas presuposiciones conscientemente o sólo inadvertidamente.

Elección léxica

Ya sea preguntando, formulando las afirmaciones del cliente, o haciendo uso de otras formas conversacionales (por ejemplo, aserciones tales como aconsejar, interpretar, describir u ofrecer información), el terapeuta debe elegir las palabras precisas entre todas aquellas disponibles. La elección léxica (van Dijk, 1983) es un término técnico para este aspecto del discurso, la selección sistemática del fraseo o formulación y su influencia potencial en el receptor[4]. Por ejemplo, Danet (1980) analizó el uso sistemático de los términos "bebé" o "feto" en un juicio por aborto. Los términos "en favor de la vida" [pro-life] y "en favor de la elección" [pro-choice] también se han vuelto elecciones léxicas comunes en este debate. Routledge (1997a, 1997b) ha examinado la elección léxica en un contexto terapéutico específico, a saber, el lenguaje que los psiquiatras, y muchos otros, usan para hablar sobre la medicación.

Dos aspectos de la elección léxica son de nuestro particular interés: las *metáforas,* que construyen la realidad de una manera en lugar de la otra (véase específicamente Lakoff y Johnson, 1980) y reflejan versiones subyacentes de los eventos. Por ejemplo, hablar de los empleados como "compañeros de equipo" o como "recursos humanos" son ambas metáforas, pero crean versiones muy diferentes de los empleados y su relación con el empleador. Segundo, el proceso de *re-lexicalización* (Fowler y Kress, 1979; Fairclough, 1992) que se refiere a "generar nuevas formulaciones que son construidas como alternativas, y en oposición, a las existentes" (Fairclough, 1992, pág. 194); "promueve una nueva perspectiva para los oyentes, frecuentemente en áreas especializadas" (Fowler y Kress, 1979, pág. 210). En lo sucesivo, examinaremos en primer lugar las elecciones léxicas tradicionales en la relación entre el médico, el paciente y la medicación y luego mostraremos de qué manera la re-lexicalización y las nuevas metáforas pueden ofrecer una perspectiva diferente.

Los médicos frecuentemente hablan de la medicación haciendo uso de elecciones léxicas que los sitúan a ellos mismos como los agentes y al paciente como el objeto del tratamiento. Por ejemplo, una elección común es *"Voy a poner a usted en esta medicación"*[5] [I'm going to put you on this medication]. La familiaridad e inocuidad de esta frase ilustra la afirmación de Fairclough (1992, pág. 195) sobre que: "Algunas metáforas están tan profundamente naturalizadas dentro de una cultura particular que las personas no sólo no están suficientemente conscientes de ellas la mayor parte del tiempo, sino que además les es extremadamente difícil, aun cuando su atención esté dirigida hacia ellas, escapárseles en el discurso, el pensamiento o la acción".

Examinada más en detalle, esta frase, en primer lugar, crea al médico (*"Voy"*) [I] como el único agente de la acción con el paciente (*"usted"*) como objeto. La habitual metáfora *"poner a usted en"* [put you on] recuerda la estructura del uso literal de la frase (e. g. "poner el libro en el estante" [put the book on the shelf], *Random House Unabridged Dictionary,* 1993) en la cual el objeto no es capaz de realizar un movimiento independiente o de poseer agencia. ("Poner" [to put] tiene también el significado "imponer" [to impose], *Random House Unabridged Dictionary,* 1993) ¿*"En"* qué otra cosa *"ponemos"* a una persona? [What else do we *"put* a person *on?"*) Un agente de viajes puede poner a alguien en determinado vuelo, o un padre puede poner a su hijo en un avión, tren u autobús. Por lo tanto, como máximo, el paciente es un pasajero pasivo, marchando o siendo acarreado *"en"* la medicación [*"on"* the medication]. En contraste, si uno toma una mirada más colaborativa y sitúa al médico como sirviendo al paciente, decir entonces *"Voy a poner a usted en esta medicación"* [I'm going to put you on this medication] es análogo y tan inapropiado como un camarero diciendo *"voy a ponerlo en esta sopa"* [I'm going to put you on this soup]. Una elección un tanto menos autoritaria es *"Voy a dar a usted esta medicación"* [I'm going to give you this medication]. La metáfora *"dar"* [give] implica que el objeto indirecto ("usted") es al menos capaz de aceptar, y hasta implica un acto de amabilidad no solicitada a favor de quien da. Todavía aquí, el manejo principal está en el médico (*"Voy"*), y el prefacio *"Voy a"* [I'm going to] no admite una elección por parte del receptor. En efecto, una vez que el paciente ha sido "puesto en" la medicación, el lenguaje médico tradicional incluye términos tales como *"obediencia"* ("el acto de conformar, consentir, o ceder", *Random House Unabridged Dictionary,* 1993) y *"desobediencia"* para describir las posteriores decisiones del paciente. Estos términos claramente estipulan que el rol del paciente es consentir sobre la decisión del médico, e implícitamente catalogan cualquier decisión independiente preferida por el paciente tanto como incompetente o como desobediente. Si el paciente no toma la medicación como le fue indicado, es el paciente quién está equivocado, no el médico o la medicación.

Routledge propone un lenguaje alternativo, más colaborativo, frecuentemente con forma de preguntas en lugar de afirmaciones y usando la re-lexicalización para introducir nuevas metáforas. Por ejemplo, *"¿Estarías interesado en ver si esta medicación puede ser beneficiosa para ti?"* o *"¿Considerarías hacer uso de esta medicación?"* Estas preguntas contienen varias presuposiciones: que no es seguro que esta medicación pueda ser beneficiosa para este paciente en particular; que depende completamente de la elección del paciente considerar la posibilidad de tomarla; que el médico está en segundo plano, un consultor junto al paciente, quien puede elegir si emplear la medicación o no. Otra frase hace que sus roles recíprocos sean aun más evidentes: *"Soy un experto en los protocolos de esta medicación, pero usted es el único experto en cuán adecuada es para usted".* Una metáfora que aclara este asunto es preguntar al paciente qué tan bien le calzan al médico sus propios zapatos. Es obvio que sólo quien los usa puede responder a esa pregunta y que, por analogía, el médico puede sugerir medicaciones pero es sólo el paciente quien puede juzgar cuán bien funcionaron para él/la.

Quien prescribe puede, asimismo, cambiar las metáforas habituales (*"ponerte en"*, *"dar"*) por unas que apoyen la autonomía del paciente a partir de *personificar* la medicación, convirtiéndola en una parte metafóricamente explícita en la interacción en la cual el paciente sea quien juzgue. Estas personificaciones pueden incluir: *"Me gustaría contarle un poco sobre los efectos de esta medicación"* o *"¿Podría una medicación como ésta ayudarlo con esta crisis o impedirle ver el problema claramente?"*

La personificación, asimismo, crea una alternativa al lenguaje tradicional de los *"efec-*

[4] Entre otros términos para designar este fenómeno u otro similar se incluyen "variación léxica-diferencias en la formulación" (Trew, 1979, pág. 131), "estilo léxico" (van Dijk, 1993, pág. 264) y "lexicalización" o "relexicalización" (Fairclough, 1992).

[5] Se ha preferido traducir esta frase en forma textual para evitar errores en el análisis de los conceptos que siguen. La oración correctamente traducida sería "Poner a usted bajo esta medicación". (*N. del T.*)

tos secundarios" que implícitamente culpa al paciente en frases tales como *"Desarrolló efectos secundarios"* [He developed side effects] o *"no tolera"* o *"No está respondiendo bien a..."*. Una construcción alternativa, usando la personificación, culparía a la medicación:

> *"Esta medicación tiene el hábito de..."* [This medication has a habit of...]
> *"Una de sus trampas es que..."* [One of its tricks is to...]
> *"Tiene mala reputación para..."* [It has a bad reputation for...]

La personificación puede ser útil para describir más acabadamente las medicaciones y sus posibles efectos secundarios:

> *Topiramate es una medicación que comenzó como un antiepiléptico pero actualmente se usa como un estabilizador del humor. El problema es que afecta negativamente a alrededor de un 25% de las personas que la prueban. Sin embargo, el otro 75% de las personas continúan usándola porque realmente les ayuda.*

O para preguntar sobre las interacciones entre drogas diferentes *"¿Cómo están llevándose tus medicaciones entre sí?"* comparado con *"¿Estás teniendo algún problema con tus medicaciones?"* que implícitamente culpa al paciente por las limitaciones de la medicación.

La personificación puede también ser usada en metáforas más amplias:

> *"Existen pocas medicaciones que se comporten bien, pero la situación es la siguiente: su lavaplatos deja de funcionar y se hace necesario arreglarlo. Usted llama a un plomero, pero fuma mientras trabaja. El segundo mira a su hija de mala manera. El tercero lleva barro en sus zapatos. Ahora se quedó sin plomeros, no hay otros en la ciudad. ¿Qué hace?"*

Las elecciones léxicas efectuadas por el médico definirán inevitablemente el triángulo de relación entre quien prescribe, el paciente, y la medicación. ¿Quién tiene el manejo o la autoridad en esta situación, y quién recibe el reconocimiento o la culpa? Como hemos visto, las herramientas de re-lexicalización y la introducción de nuevas metáforas pueden crear un rol más positivo del paciente.

Sumario

Hemos recurrido a nuestros diversos antecedentes como analistas del discurso, investigadores en comunicación y terapeutas para examinar la comunicación terapéutica más de cerca mientras relacionamos estos detalles con temas más amplios en el campo. El microanálisis del discurso terapéutico puede ser una manera provechosa de entender el proceso de la psicoterapia. A partir de "observar, registrar, examinar, y describir la interacción y comunicación reales en detalle" (Weakland, 1967, pág.1), es posible obtener nuevos *insights* sobre lo que ocurre en el consultorio. Además de su interés intrínseco, el microanálisis puede comenzar a identificar las herramientas específicas a disposición de los terapeutas (aquí, preguntas, formulaciones y elección léxica) para que puedan ser utilizadas con mayor precisión y para que puedan ser aun más desarrolladas. Hemos destacado que el uso de estas herramientas es inevitable y debería ser, por lo tanto, explícito. El terapeuta no puede evitar la influencia al micronivel en la terapia. La única opción está en los tipos de relaciones construidas a través de su influencia, si son deliberadas y respetuosas o si son precipitadas y pueden, por lo tanto, ser inadvertidamente irrespetuosas.

Agradecimientos

Partes de esta investigación fueron sustentadas por subsidios de investigación concedidos a Bavelas: la investigación sobre formulación comenzó a partir de un subsidio inicial de la Universidad de Victoria, y el programa más amplio de investigación sobre diálogo es apoyado por el Social Sciences and Humanities Research Council de Canadá. La mayor parte del trabajo de Phillips sobre la formulación en mediación fue realizado en el Institute for Dispute Resolution, University of Victoria.

Tenemos una deuda intelectual con muchos otros colegas no citados directamente aquí, especialmente Linda Coates y Shawn O'Connor. El material no publicado perteneciente a la Universidad de Victoria pueden solicitarse a J.B. Bavelas (jbb@uvic.ca).

Referencias

Anderson, H., y Goolishian, H.A. (1988), Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process, 27*, 317-393.

Armstrong, M.N. (1998), *Active listener and the speaker: How does that make you feel?* Tesis Honoraria (pre-grado) no publicada. Department of Psychology, University of Victoria.

Ashby, W.R. (1956), *An Introduction to Cybernetics.* Londres: Chapman & Hall.

Bateson, G.; Jackson, D.D.; Haley, J. y Weakland, J. (1956), Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science, 1* , 252-264.

Bavelas, J.B.; Coates, L. y Johnson, T. (1995), Listeners as co-narrators. Trabajo presentado en el Language and Social Interaction Interest Group, Annual Meeting of the International Communication Association, Albuquerque, NM.

Bavelas, J.B.; Coates, L. y Johnson, T. (2000). Listeners as co-narrators. *Journal of Personality and Social Psychology, 79*, 941-952.

Boscolo, L.; Cecchin, G.; Hoffman, L. y Penn, P. (1987), *The Milan Systemic Family Therapy: Conversations in Theory and Practice.* Nueva York: Basic Books.

Brief Family Therapy Center (1995), *Irreconcilable Differences: A Solution-Focussed approach to Marital Therapy* [video]. Nueva York: W. W. Norton & Company.

Cherry, C. (1961), *On Human Communication.* Nueva York: Science Editions.

Clark, H.H. (1996), *Using Language.* Cambridge: Cambridge University Press.

Danet, B.(1980), "Baby" or "fetus"? Language and the construction of reality in a manslaughter trial. *Semiotica, 32*, 187-219.

Davis, K. (1986). The process of problem (re)formulation in psychotherapy. *Sociology of Health and Illness, 8*, 44-74.

De Jong, P. y Berg, I.K. (1998), *Interviewing for Solutions.* Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

de Shazer, S. (1982), *Patterns of Brief Therapy.* Nueva York: Guilford.

de Shazer, S. (1985). *Keys to Solutions in Brief Therapy.* Nueva York: Norton.

de Shazer, S. (1994), *Words Were Originally Magic.* Nueva York: Norton.

de Shazer, S.; Berg, I.; Lipchik, E.; Nunnally, E.; Molnar, A.; Gingerich, W. y Weiner-Davis, M. (1986), Brief therapy: Focussed solution development. *Family Process, 25*, 207-222.

Fairclough, N. (1992), *Discourse and Social Change.* Cambridge, MA: Polity Press.

Fowler, R.G. y Kress, G.R. (1979), Critical linguistics, en R.G. Fowler, G.R. Kress, A.A. Trew y R.I.V. Hodge (eds.). *Language and Control.* Londres: Routledge & Kegan Paul, 185-213.

Freedman, J. y Coombs, G. (1996), *Narrative Therapy.* Nueva York: Norton.

Garfinkl, H. y Sacks, H.(1970), On formal structures of practical actions, en J.C. McKinney y E.. Tiryakian (eds.). *Theoretical Sociology.* Nueva York: Appleton-Century-Crofts, 337-366.

Heritage, J. y Watson, R. (1979), Formulations as conversational objects, en G. Pasathas (ed.), *Everyday Language: Studies in Ethnomethodology.* Nueva York: Irvington, 123-162.

Jackson, D.D. (1968a), *Communication, Family, and Marriage.* Palo Alto: Science and Behavior Books.

Jackson, D.D. (1968b), *Therapy, Communication and Change.* Palo Alto: Science and Behavior Books.

Jenkins, A. (1990), *Invitations to Responsibility.* Adelaida, Australia: Dulwich Centre Publications.

Kuhn, T. S. (1962), *The Structure of Scientific Revolutions.* Chicago: University of Chicago Press.

Lakoff, G. y Johnson, M. (1980), *Metaphors We Live By.* Chicago: University of Chicago Press.

Leeds-Hurwitz, W. (1987), The social history of the Natural History of an Interview: A multidisciplinary investigation of social communication. *Research on Language and Social Interaction, 20,* 1-51.

Leeds-Hurwitz, W. (1989), Frieda Fromm-Reichmann and the Natural History of an Interview, en A-L.S. Silver (ed.), *Psychosis and Psychoanalysis.* Madison, CN: International Universities Press, 95-127.

McGee, D. (1999), *Constructive Questions.* Tesis Doctoral no publicada, Department of Psychology, University of Victoria.

McQuowan, N.(ed.) (1971), *The Natural History of an Interview.* Microfilm Collection, Manuscripts on Cultural Anthropology, Joseph Reginstein Library, Department of Photoduplication, University of Chicago.

Miller, G.A. (1951), *Language and Communication.* Nueva York: McGraw-Hill.

Norgaard, B.D. (1990), *A Comparison of Listener Styles.* Tesis Honoraria (pre-grado) no publicada, Department of Psychology, University of Victoria.

Pervin, L.A. (1970), *Personality: Theory, Assessment, and Research.* Nueva York: Wiley.

Pervin, L.A. (1980), *Personality: Theory, Assessment, and Research* (3ª ed.). Nueva York: Wiley.

Phillips, B. (1998), *Formulation and Reformulation in Mediation and Therapy.* Tesis de Maestría no publicada, Department of Psychology, University of Victoria.

Phillips, B. (1999), Reformulating dispute narratives through active listening. *Mediation Quarterly, 17,*161-180.

Random House Unabridged Dictionary (1993), Nueva York: Random House.

Reddy, M. (1979), The conduit metaphor, en A. Orlony (ed.). *Metaphor and Thought.* Cambridge: Cambridge University Press, 21-43.

Rogers, C.R. (1942), *Counseling and Psychotherapy.* Boston: Houghton Mifflin Co.

Rogers, C.R. (1959), A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework, en S. Koch (ed.). *Psychology: A Study of a Science* (Vol. 3). Nueva York: McGraw-Hill.

Rogers, N.H. y Salem, R.A. (1987), *The Neighbourhood Spat.* Video que acompaña *A Student's Guide to Mediation and the Law.* George Mason University Television.

Routledge, R. (1997a), Talking about medication. Ponencia, 25th Anniversary Conference in Honour of the Milan Group. Milán, Italia.

Routledge, R. (1997b), Speaking of medication. *Journal of Collaborative Therapy, 4* (3), 18-24.

Schaffner, B. (ed.) (1955-1960), *Group Processes* (Vols. 1-5). Nueva York: Josiah Macy, Jr. Foundation.

Selvini-Palazzoli, M.; Boscolo, L.; Cecchin, G. y Prata, G. (1978), *Paradox and Counterparadox.* Nueva York: Jason Aronson.

Selvini-Palazzoli, M.; Boscolo, L.; Cecchin, G. y Prata, G. (1980), Hypothesizing-circularity and neutrality. *Family Process, 19,* 73-85.

Shannon, C.E. y Weaver, W. (1949), *A Mathematical Theory of Communication.* Urbana: University of Illinois Press.

Sluzki, C.E. (1992), Transformations: A blueprint for narrative changes in therapy. *Family Process, 31,* 217-230.

Trew, T. (1979), "What the papers say": Linguistic variation and ideological difference, en R.G. Fowler, G.R. Kress, A.A. Trew y R.I.V. Hodge (eds.). *Language and Control.* Londres: Routledge & Kegan Paul. 117-156.

van Dijk, T.A. (1993), Principles of critical discourse analysis. *Discourse and Society, 4,* 249-283.

Wade, A. (1995), Resistance knowledges: Therapy with aboriginal persons who have been subjected to violence, en P.H. Stephenson, S.J. Elliott, L.T. Foster y J. Harris (eds.). *Towards Understanding Aboriginal Health in British Columbia.* Canadian Western Geographical Series, vol. 31. Victoria, B.C.: University of Victoria.

Wade, A. (1997), Small acts of living: Everyday resistance to violence and other forms of oppression. *Contemporary Family Therapy, 19,* 23-40.

Wade, A. (2000), Resistance to personal violence: Implications for the Practice of Therapy. Tesis Doctoral no publicada, Department of Psychology, University of Victoria, Victoria, B.C., Canada.

Watzlawick, P.; Beavin, J. y Jackson, D.D. (1967), *Pragmatics of Human Communication. A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes.* Nueva York: Norton.

Watzlawick, P. y Weakland, J.H. (1977), *The Interactional View.* Nueva York: Norton.

Watzlawick, P.; Weakland, J.H. y Fisch, R. (1974), *Change.* Nueva York: Norton.

Watzlawick, P.; Weakland, J.H.; Fisch, R. y Bodin, A. (1974), Brief therapy: Focused problem resolution. *Family Process, 13,*141-168.

Weakland, J.H. (1967), Communication and behavior: An introduction. *American Behavioral Scientist, 10,* 1-4.

White, M. (1989), The externalizing of the problem and the re-authoring of lives and relationships, en *Selected Papers.* Adelaida, Australia: Dulwich Centre Publications.

White, M. y Epston, D. (1990), *Narrative Means to Therapeutic Ends.* Nueva York: W.W. Norton & Company.

Wilder, C. (1978), From the interactional view: A conversation with Paul Watzlawick. *Journal of Communication, 28,* 35-45.