



UAI
UNIVERSIDAD ADOLFO IBÁÑEZ

∴ capsis

**ACTOS DE HABLA EN TERAPIA ESTRATÉGICA
SISTÉMICA: CARACTERIZACIÓN DE LA TÉCNICA DEL
REENCUADRE MEDIANTE LOS MODOS DE
RESPUESTA VERBAL.**

GONZALO MUÑOZ GÁLVEZ

Trabajo para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica
Mención Psicoterapia Constructivista Sistémica Estratégica

PROFESOR GUÍA: ROBERTO ARÍSTEGUI

SANTIAGO DE CHILE, JULIO, 2006

**ACTOS DE HABLA EN TERAPIA ESTRATÉGICA SISTÉMICA:
CARACTERIZACIÓN DE LA TÉCNICA DEL REENCUADRE MEDIANTE LOS
MODOS DE RESPUESTA VERBAL.**

Autor:

Gonzalo Muñoz, Psicólogo P. Universidad Católica de Chile, Magíster (c) en Psicología
Clínica Universidad Adolfo Ibáñez.

Fono: 675 4654

e-mail: gonzalo.munoz@uai.cl

Correspondencia:

Universidad Adolfo Ibáñez

Av. Diagonal Las Torres 2640, of. 243, Peñalolén

RESUMEN	4
Introducción.....	5
LA TÉCNICA DEL REENCUADRE	6
PERFORMATIVIDAD EN PSICOTERAPIA SISTÉMICA ESTRATÉGICA	8
ACTOS DE HABLA	11
TAXONOMÍA DE LOS MODOS DE RESPUESTA VERBAL	12
ANÁLISIS DE CASOS CLÍNICOS.....	19
 BIBLIOGRAFÍA	 35

RESUMEN

El presente artículo propone un marco teórico y metodológico para investigar los procesos de cambio en psicoterapia desde la perspectiva de los *Actos de Habla*. En general, articula los fundamentos epistemológicos del constructivismo con la Filosofía del Lenguaje Ordinario. Específicamente, se analiza la técnica del reencuadre en Terapia Estratégica Sistémica de acuerdo a la taxonomía de los *Modos de Respuesta Verbal* de Stiles (1992).

La tesis principal del artículo se puede formular en términos lingüísticos diciendo que el éxito de la reformulación se deduce de un acto de aceptación, por parte del consultante, de un contenido proposicional acerca de la estructura de sí-mismo que le ofrece el terapeuta. Esta tesis es evaluada a través del análisis de dos sesiones de terapia conducidas por Hugo Hirsch.

Palabras clave: conversación psicoterapéutica, actos de habla, modos de respuesta verbal, terapia estratégica sistémica

ABSTRACT

This article proposes a theoretical and methodological framework to research the process of change in psychotherapy from the Speech Acts point of view. At a general level, we combine the epistemological foundations of constructivism and the Philosophy of Ordinary Language, it. At a more specific level, we analyze the reframing technique in Systemic Strategic Therapy based on the Verbal Response Modes taxonomy by Stiles (1992).

The main thesis of this article could be stated verbally by saying that the success of reframing derives from the patient's act of acceptance of a propositional content about the self structure, as is offered by the therapist. This thesis is evaluated through a case study of two sessions conducted by Hugo Hirsch.

Keywords: therapeutic conversation, speech acts, verbal response modes, systemic strategic therapy

“Pero ¿Cómo puede el antiguo quedar el antiguo juego obsoleto por el nuevo? Ahora sólo vemos otra cosa diferente y no podemos seguir jugando con ingenuidad.”

L. Wittgenstein

ACTOS DE HABLA EN TERAPIA ESTRATÉGICA SISTÉMICA: CARACTERIZACIÓN DE LA TÉCNICA DEL REENCUADRE MEDIANTE LOS MODOS DE RESPUESTA VERBAL

La investigación en psicoterapia ha tenido un cambio de foco, desde una aproximación cuyo propósito era contrastar la efectividad de distintas orientaciones psicoterapéuticas, hacia una investigación que se preocupa por descubrir los “procesos y factores dentro de la terapia que pudiesen ser responsables por facilitar el cambio” (Wettersten, Lichtenberg, y Mallinckrodt, 2005). Greenberg y Pinsoff (1986, en Llewelyn y Hardy, 2001) definen investigación de proceso como el estudio de la interacción entre paciente y terapeuta, con el objetivo de identificar procesos de cambio en la interacción entre estos sistemas. Ellos consideran que la investigación de proceso se ocupa de todos los comportamientos y experiencias de estos sistemas, dentro y fuera de la sesión. Llewelyn y Hardy (2001) plantean que la investigación de proceso se ocupa del “contenido de la sesión de terapia psicológica y los mecanismos a través de los cuales el cambio del cliente es logrado, tanto en la sesión misma como a través del tiempo” (p. 2). En el ámbito de la investigación de proceso, cabe destacar la investigación de proceso *orientada al descubrimiento*, cuyo objetivo es “la descripción de lo que ocurre en las sesiones terapéuticas para - sobre la acumulación de nuevos conocimientos- aportar al desarrollo teórico” (Hill, 1990 en Aristegui, R., Reyes, L., Tomicic, A., Vilches, O., Krause, M., De la Parra, G., Ben-Dov, P., Dagnino, P., Echávarri, O. & Valdés, N., 2005).

El propósito de este trabajo es analizar la Técnica del Reencuadre a través del microanálisis de la interacción verbal en sesiones de psicoterapia conducidas por reconocidos terapeutas de orientación Estratégica Sistémica. El análisis se fundamenta en la Teoría de los Actos de Habla y persigue dilucidar los

componentes pragmáticos y proposicionales implicados en el uso estratégico del reencuadre. La hipótesis general es que mediante la Técnica del Reencuadre el terapeuta introduce estratégicamente un marco de referencia que modifica las premisas sobre las que se han construido las soluciones intentadas por el paciente, posibilitando la emergencia de nuevas alternativas de solución al problema. Las premisas o presupuestos estarían estructurados como contenidos proposicionales y son modificables con fines estratégicos en el contexto de un acuerdo a nivel ilocutivo por parte del paciente y el terapeuta.

La Técnica del Reencuadre

El constructivismo, siguiendo a los especialistas en semántica general, entiende la relación entre el lenguaje y la realidad como “una herramienta que impone distinciones en la percepción de nuestro mundo” (Ceberio y Watzlawick, 1998, p.164). Es decir, nunca nos enfrentamos con la realidad en sí, tal como se presenta ante nuestros ojos, sino que siempre nos enfrentamos con interpretaciones de ella (Watzlawick, 2002). De acuerdo a esta concepción, los problemas que experimenta el consultante, y que presenta en el transcurso de la terapia, surgen de una manera determinada de éste de interpretar la realidad. Por su parte, estos esquemas referenciales devienen en comportamientos que serán más o menos eficaces en cuanto a resolver dichos problemas. Es interesante observar que, aunque el número de posibles interpretaciones para cada situación es muy amplia, éstas suelen casi siempre quedar reducidas a *una*, que parece ser la única posible, razonable y permitida (Watzlawick, 2002). Luego, de acuerdo a esta única interpretación, la mayoría de las veces “sólo se considera posible, razonable o permitida *una sola* solución, y cuando esta solución no lleva a la meta apetecida, se busca, típicamente, *más de lo mismo*” (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1994). Dado lo anterior, una terapia exitosa debiera estar orientada principalmente “a la modificación de los puntos de vista del consultante respecto a las razones de sus malestar, la naturaleza del mismo o los modos de resolverlo [y que] el paciente cambia en tanto acepta una o más redefiniciones con sus correspondientes direcciones de acción implícitas o explícitas” (Hirsch y Berezovsky, 1987, p. 45). Para Hirsch y Berezovsky (1987), las redefiniciones son la base del proceso terapéutico en cualquier tipo de psicoterapia.

La Técnica del Reencuadre¹ “implica recodificar la realidad pero sin modificar las estructuras de sentido por sobre las cosas” (Ceberio y Watzlawick, 1998, p. 162). Lo que se modifica son los marcos en los cuales el significado se inserta, “poniendo un mismo suceso dentro de contextos diversos y mirándolos desde perspectivas diferentes” (op.cit., p. 163). El propósito de esta técnica no es poner en cuestión la idea o concepción del cliente, sino que “se proponen diversos recorridos lógicos y distintas perspectivas de enfoque de las mismas” (op.cit., p. 163). Watzlawick aclara que “una reestructuración no es una interpretación tal como lo entiende la psicología profunda [ya que] no *descifra* nada, ni pone al descubierto la *verdadera* significación que se oculta tras la fachada alegórica, simbólica o extraña que se quiera” (2002).

Las reestructuraciones “pueden ser actos comunicativos puramente verbales, o bien también determinadas acciones del terapeuta que conduzcan a la persona a un desplazamiento de la perspectiva [...] como pueden producirse también efectos de reestructuración mediante prescripciones de comportamiento” (Nardone & Watzlawick, 1992, p.90). De acuerdo con esta definición, las reestructuraciones tienen distintos niveles de complejidad, desde simples *redefiniciones cognoscitivas* hasta *reestructuraciones paradójicas*, pasando por el uso de *metáforas* y *sugestiones evocativas* (op.cit., p.90).

Hay dos condiciones, que pueden influir para que una reformulación funcione y que tendremos en cuenta para posteriores análisis:

- 1. Lo cerca que está esa reformulación de modos de pensar y sentir que el consultante reconoce como propios. Debe basarse en algo que el sujeto puede aceptar cotidianamente, en hechos que no puede discutir o en su sistema de valores. Otra manera de decir esto es que tiene que ponerse en contacto con su realidad psicológica.**
- 2. El poder del terapeuta, definido como la capacidad de influenciar los pensamientos, emociones y comportamientos de su paciente en lo relativo a cuestiones vinculadas con sus motivos de consulta (Hirsch y Berezovsky, 1987, pp. 51-52).**

¹ Del inglés *reframe*. Traducida también como reestructuración, redefinición, reformulación o reenmarcación (Ceberio, M. & Watzlawick, P., 1998).

Para los fines de este trabajo, deduciremos ambas condiciones del *acto de aceptación* por parte del paciente del marco referencial que ofrece el terapeuta como interpretación del problema. Sin embargo, existen condiciones adicionales para entender el efecto transformador de la redefinición sobre la persona, condiciones consistentes además con el planteamiento de Ceberio y Watzlawick (1998) sobre el carácter autorreferencial de la terapia. Para estos autores, la inclusión del observador en la observación “posibilita redimensionar la perspectiva de la construcción de la realidad y transformar, aprovechando la autorreferencialidad de la observación, el juicio crítico a..., por autocrítica, y la reflexión acerca de..., por autorreflexión” (Ceberio y Watzlawick, 1998, p. 149). En otras palabras, la reestructuración es posible en tanto la reinterpretación de la realidad por parte del consultante recae sobre la representación de la estructura de sí-mismo. Tal como plantea Aristegui et al. (2005), esta condición se presenta como un tipo de declaración cuyo contenido proposicional (p) verse sobre el sí mismo.

En síntesis, la reestructuración es una técnica de que dispone el terapeuta para influir en el comportamiento del paciente, que ocurre dentro de un proceso de co-construcción de significado entre el paciente y el terapeuta acerca de la naturaleza del problema, y que deriva finalmente en una reinterpretación y nuevas formas de comportamiento en las áreas cognitiva, afectiva y conativa, consistentes con esta reinterpretación. En términos lingüísticos, el éxito de la reformulación se deduce de un *acto de aceptación, por parte del consultante, de un contenido proposicional acerca de la estructura de sí-mismo que le ofrece el terapeuta*. El producto de este proceso no es una explicación verdadera y necesaria acerca de las causas de la dificultad o dificultades del paciente, sino que más bien es lo que tanto el cliente como el terapeuta consideran como significativo y trabajable en el contexto de la terapia.

Performatividad en Psicoterapia Sistémica Estratégica

De acuerdo a Watzlawick (1976, en Ceberio y Watzlawick, 1998, p. 24), los problemas que son objeto de la terapia, no son problemas relacionados con las propiedades de los objetos o de las situaciones (*realidad de primer orden*) sino únicamente aquellos relacionados con el significado, el sentido y el valor que le

atribuimos a esos objetos o situaciones (*realidad de segundo orden*). De acuerdo a esa perspectiva, dice Watzlawick (1992), “toda terapia consiste en operar cambios en aquellas modalidades por cuyo medio las personas han construido su realidad de segundo orden” (p.25.). De acuerdo al mismo autor, la terapia tradicional ha intentado operar estos cambios mediante el uso del lenguaje *indicativo* (o lenguaje de la descripción, la explicación, la confrontación, la interpretación, etc.), mientras que la terapia Estratégica, especialmente la hipnoterapia de M. Erickson, ha comprendido que el uso del lenguaje *imperativo* es lo que hace posible la creación de nuevas realidades terapéuticas. La sugestión hipnótica sería, en este sentido, un ejemplo de cómo usar el lenguaje imperativo para construir realidades terapéuticas, las cuales resultarían del hecho de ejecutar órdenes. Para ejemplificar este punto, cita el siguiente extracto de Spencer Brown (1973, en Watzlawick, 1992):

Puede ser provechoso en esta fase comprobar que la forma primaria de la comunicación matemática no es la descripción, sino la imposición. En este sentido se puede establecer una comparación con las “artes” prácticas, como la cocina, en la que el gusto de un dulce, aunque indescriptible con palabras, puede ser comunicado al lector en forma de un conjunto de instrucciones que se denomina receta. La música es una forma artística similar: el compositor no intenta ni tan siquiera describir el conjunto de sonidos que tiene en su mente, y menos aún el conjunto de sentimientos por su medio imaginados, sino que escribe un conjunto de órdenes que, si el lector las pone en práctica, pueden conducir al lector mismo a la reproducción de la experiencia original del compositor (p. 26)

Es interesante observar que, si bien Watzlawick presenta las ideas de Austin (1982) acerca de “cómo hacer cosas con palabras”, y a pesar de estar “convencido de que el lenguaje imperativo adquirirá un papel central en el ámbito de la estructura de las técnicas terapéuticas modernas” (p.29), no desarrolla en ninguna parte de su obra este programa de análisis lingüístico. Sin embargo, nos da una pista al ejemplificar, como se mostró recién, que el uso del lenguaje imperativo permite a los terapeutas prescribir a los consultantes nuevas formas de comportamiento que *en su ejecución* darían lugar a la experiencia de una nueva realidad. Luego, hay que considerar que lo que se prescribe depende de

los niveles de complejidad de la reestructuración explicitados en el apartado anterior: redefiniciones cognoscitivas, reestructuraciones paradójicas y metáforas y sugerencias evocativas. Por último, debiera quedar claro que las prescripciones también tiene distintos niveles de complejidad: desde las más “evidentes”, como el caso de la *prescripción de síntomas*, donde se instruye al paciente a ejecutar una tarea; hasta las más “sutiles”, como es el caso de las *preguntas constructivas*, donde lo que se prescribe es el uso de nuevas premisas acerca de cómo concebir una situación. En ambos casos, se insta al paciente a exhibir un comportamiento que modifica su concepción de mundo. Para ejemplificar esto último, observemos el análisis que hace Beavin, Del Vento y McGee (2005) sobre un extracto de terapia de Luigi Boscolo:

Cliente: Solía ser promiscuo, pero ya no lo soy

Terapeuta: ¿Que hizo que decidieras cambiar, de ser promiscuo a no ser promiscuo?

Boscolo pudo haber preguntado acerca de las causas de la promiscuidad que refiere el consultante, pasando por alto o minimizando el cambio positivo que éste ha experimentado. Sin embargo, elige centrarse en el cambio ocurrido atribuyéndoselo implícitamente al consultante mediante la fórmula “¿Qué hizo que decidieras...?”. Podría haber escogido también preguntar “¿Qué detuvo la promiscuidad?”, en cuyo caso abre la posibilidad al consultante de referirse a causas ajenas o externas implicadas en el paso de la promiscuidad a la no promiscuidad, lo que lo obliga además a verse como objeto pasivo frente al cambio (Beavin, Del Vento y McGee, 2005).

De aquí se sigue que el carácter *directivo* de la terapia estratégica deriva del uso de un tipo especial de comunicación donde el hablante intenta que el otro haga algo. Sin embargo, no se debe caracterizar el uso del lenguaje del terapeuta estratégico restringiéndolo al uso de “órdenes”. Más bien, lo que aquí se propone, es que el terapeuta dispone de una variedad de usos de lenguaje para conseguir que el paciente haga algo, que se pueden tipificar ejemplarmente como actos de habla directivos, todos los cuales tienen en común una misma función en el contexto de la terapia: prescribir una forma de comportamiento en el paciente que, en su implementación, creará una nueva realidad. Por este motivo, a continuación se profundizará en la Teoría de los Actos de Habla.

Actos de Habla

En la concepción tradicional del lenguaje, éste se entendía como una forma de representación o descripción pasiva del mundo. Sin embargo, si vemos al terapeuta como un mero “descriptor de realidades” estaríamos desconociendo la dimensión del lenguaje-acción, o a lo que nos referimos en el apartado anterior como lenguaje *imperativo*, que sería un tipo de lenguaje-acción. Al sostener que el lenguaje es acción, sostenemos que “a través del lenguaje no sólo hablamos de las cosas, sino que alteramos el curso espontáneo de los acontecimientos: hacemos que las cosas ocurran” (Echeverría, 1998, p.34). Fue Austin (1982), quien siguiendo a Wittgenstein II, introduce la distinción “Constatativo – Performativo” para exponer el punto de vista que dice que el significado de una expresión lingüística incluye un componente proposicional (constatativo) y un componente pragmático (performativo). Este último alude directamente a la concepción del lenguaje como uso (también llamada filosofía del lenguaje ordinario) por oposición a la concepción verificacionista del significado. El verificacionismo quedaría a la postre incluido dentro de la filosofía del lenguaje ordinario como un juego de lenguaje posible. Es decir, “no existiría un solo juego, como un sistema metalingüístico por sobre todas las variedades de uso, sino que más bien, existiría una variedad de usos, como contextos significativos, siendo el juego referencial de la ciencia uno de ellos, válido, entre otros” (Arístegui et al, 2005).

El estudio de los actos de habla en psicoterapia, se funda en que “toda comunicación lingüística incluye actos lingüísticos” (Searle, 1980, p.26). En consecuencia, el análisis de la conversación psicoterapéutica versa sobre lo que los terapeutas y pacientes hacen al decir.

Se han intentado distintos sistemas de clasificación de tipos de actos de habla. Todos ellos tienen un origen común en el concepto general de *acto de habla* de Austin (1975, en Stiles 1992). De acuerdo a este autor, la emisión de una oración incluye simultáneamente un acto locutivo (lo que se dice), ilocutivo (lo que el hablante hace al decir) y perlocutivo (el efecto de lo que se hace al decir). Por ejemplo, al decir “abre la puerta” podemos distinguir lo que se dice literalmente como expresión lingüística, a saber, “abre la puerta”; de lo que se hace al decir,

es decir, que el acto que se realiza cuenta como una orden; del efecto que el hablante persigue al decir, o sea, que de hecho el oyente abrirá la puerta.

La taxonomía que se utilizará en este trabajo corresponde a la sistematización de Stiles (1992). Como se verá a continuación, esta clasificación enfatiza el componente ilocutivo de los actos de habla como criterio de clasificación. Además, extrae una conceptualización acerca de la comunicación verbal tomando a los individuos como centro de la experiencia y los actos de habla como aquello que conecta su experiencia con la de otros individuos. En este sentido, es una clasificación epistemológicamente orientada.

Taxonomía de los Modos de Respuesta Verbal (MRV)

La taxonomía de los MRV es un sistema de clasificación de actos de habla (o más precisamente, actos ilocutivos) que ofrece criterios explícitos para distinguir entre, por ejemplo, una *Interpretación* de un *Reflejo* en el contexto de una psicoterapia. Si bien puede usarse de manera conjunta con otros tipos de análisis cualitativos (como el análisis del discurso, análisis conversacional, fenomenológico o hermenéutico) su uso es fundamentalmente descriptivo. Cada acto de habla se puede entender como un intento de conectar un momento en el flujo de experiencia del hablante con un punto en el flujo de experiencia del otro (Stiles, 1992). Por ejemplo, al decir “Tengo miedo de la oscuridad” el hablante intenta comunicar su experiencia al otro, para que este tenga un fragmento de la experiencia del hablante, a saber, que teme a la oscuridad. En el caso de la pregunta “¿A qué hora es el partido?”, el hablante intenta comunicar al otro que le falta una información, y espera que el otro pueda completarla indicándole la hora a que comienza el partido.

El uso de la taxonomía supone distinguir entre un *hablante* (a quien sea se refiera el pronombre “Yo” o “Nosotros”) y un *otro*, que es la contraparte del hablante (o a quien se refiera con “Tú” o “Ellos”). Esta distinción permite clasificar los actos de habla de acuerdo a 1) quién es el sujeto de la experiencia, 2) si se presume o no la experiencia del otro, y 3) de acuerdo a qué perspectiva o marco de referencia se significa la experiencia. Estos son los tres principios de clasificación de la taxonomía de los MRV, que serán descritos más detalladamente a continuación.

La *f fuente de la experiencia* puede corresponder al hablante, como es el caso de las oraciones “Tengo un dolor” o “Te quiero”. Pero también puede corresponder a

la experiencia del otro, como cuando se dice “¿Te duele?” o “Tú me quieres”. Las oraciones que refieren a la propia experiencia se pueden describir como *informativas*, mientras que las oraciones que refieren a la experiencia del otro se pueden caracterizar como *atentas*.

Al producir un acto de habla, el hablante puede o no presuponer como es, fue, será o debiera ser la experiencia del otro, incluyendo actos volitivos. En el caso que así lo requiera, la oración se clasifica como “otro” en *presunción de la experiencia*. En caso contrario, se codifica como “hablante”. Por ejemplo, la frase “Ve a acostarte” se codifica como “otro”, porque presume algo sobre el comportamiento futuro del otro. Al contrario, la frase “Estoy feliz” se codifica como “hablante”, ya que no presupone nada acerca del estado psicológico del otro. Este principio de clasificación se aplica correctamente teniendo en cuenta si es estrictamente necesario suponer algo acerca de la experiencia del otro para producir la oración.

Por último, las oraciones se pueden clasificar de acuerdo al *marco de referencia*. Se clasifican como “hablante” cuando el marco de referencia representa el punto de vista del hablante, y como “otro” cuando refleja el marco de referencia del otro. Adicionalmente, la taxonomía distingue entre el uso de un marco de referencia personal o compartido con el otro. Las oraciones que usan un punto de vista objetivo o neutral, como “La nieve es blanca”, se clasifican como “otro” dado que presupone un marco de referencia compartido con el otro. Las oraciones que usan el marco de referencia del hablante se pueden caracterizar como *directivas*, mientras que oraciones que usan el marco de referencia del hablante se pueden llamar *no directivas* o *comprensivas*².

La taxonomía de los *Modos de Respuesta Verbal* codifica la fuerza ilocucionaria de una frase en dos niveles. El significado literal (forma) es lo que la frase dice de acuerdo a la definición convencional del término y su construcción gramatical. El significado pragmático (intención) es lo que el hablante quiere que signifique la oración, y lo que quiere que sea reconocido como intención performativa (efecto ilocutivo).

Para el interés de este trabajo, es fundamental tener en cuenta que el significado pragmático de una expresión puede expresarse de manera directa, pero también

² Del inglés acquiescent.

indirecta. Searle llamó actos de habla ilocutivos *directos* a las oraciones en las cuales lo que el hablante quiere decir, el significado del hablante, coincide con lo que dice. Al contrario, los actos de habla ilocutivos *indirectos* se caracterizan porque lo que el hablante quiere decir, no coincide con lo que dice, con su significado literal (Frápolti & Romero, 1998). Cuando el significado del hablante no coincide con el significado literal del hablante, es necesario explicar cómo esta preferencia constituye la realización del acto ilocutivo secundario, apelando a condiciones que van más allá de las especificadas para los actos de habla directos. Como señala Frápolti & Romero (1998, p. 234), para explicar lo que se dice indirectamente se necesita:

- a) Una teoría de los actos de habla que especifique las reglas que gobiernan la realización directa de los actos de habla.
- b) Unos principios generales de conversación cooperativa.
- c) La información de fondo que mutuamente comparten los interlocutores sobre los hechos.
- d) La capacidad del interlocutor de hacer inferencias.

La taxonomía de los MRV reconoce esta distinción entre actos de habla directos (*on-record*) y actos de habla indirectos (*off-record*). De acuerdo a Stiles (1992), los significados *on-record* son intrínsecamente públicos y comunicativos, mientras que los *off-record*, son oraciones que no cumplen todas las condiciones para el significado pragmático. Por ejemplo, si digo “¿Podrías conducir más despacio?” no es necesario hacer una inferencia o compartir determinada información con el otro a partir de la cual se infiera algo adicional a lo que el hablante de hecho dijo. Se sigue directamente de la frase del otro el propósito del hablante de que el chofer “conduzca más despacio”, ya que está dicho, *on-record*, por el hablante. En cambio si digo “Está lloviendo”, el otro podría *inferir* que el hablante pretende significar que el otro tome un paraguas, por ejemplo. Esto ocurre porque si de hecho tanto el hablante como el otro *saben* que está lloviendo, sería trivial entender el sentido de “Está lloviendo” como una afirmación. Evidentemente, la interpretación del acto de habla indirecto dependerá más estrechamente del trasfondo compartido por el hablante y el otro, es decir, de la intersubjetividad. No obstante lo anterior, los actos de habla indirectos, o los significados *off-record*, es uno de los muchos aspectos de la comunicación que no están incluidos en la

taxonomía de los MRV, que sólo considera forma e intención (primaria). Es decir, la taxonomía de los MRV codifica en estricto rigor, el *on-record*, pero reconoce que no siempre hay congruencia entre la forma gramatical y la intención performativa. Cuando no se da la congruencia, las emisiones se denominan modos *mixtos*. Por ejemplo, si digo “¿Podrías conducir más despacio?” o “Conduce más despacio”, el significado pragmático es el mismo en ambos casos. Sin embargo, en el primer caso la forma gramatical es la de una pregunta, mientras que en el segundo, la de una orden.

Stiles (1992) propone que, siendo esto así, aún es posible incorporar, de acuerdo al interés del investigador, un tercer nivel que considere los actos de habla indirectos (*off-record*).

La taxonomía de los MRV, lo mismo que la taxonomía de los actos de habla de Searle (1980), plantea que para evaluar las emisiones performativa ha de utilizarse un esquema distinto del que comúnmente se utiliza para evaluar el significado de una expresión. Con ese “comúnmente” nos referimos a la interpretación de la filosofía tradicional, que interpreta el significado de una expresión como refiriendo a un estado de cosas en el mundo. De acuerdo a la Teoría de los Actos de Habla y sus distintos sistemas de clasificación, esta interpretación es correcta sólo en el caso de las afirmaciones (o su equivalente de acuerdo a la taxonomía utilizada).

En general, los actos de habla se evalúan de acuerdo a sus *condiciones de satisfacción o felicidad*. Según este marco, el éxito o fracaso de un acto lingüístico depende de cumplir con ciertas condiciones o reglas apropiadas para realizar una emisión. Sólo al emitir un acto de habla asertivo el hablante ha de ceñirse a la condición de verdad, en cuyo caso la realización de la emisión será exitosa. Por ejemplo, “La nieve es blanca” es verdad si y sólo si la nieve es blanca. En el caso de las manifestaciones o actos expresivos, la condición de felicidad depende de la sinceridad del hablante más que de la verdad de la emisión o de la correspondencia de la expresión con un estado de cosas en el mundo.

Searle (1980) plantea que la estructura ilocutiva de los actos de habla está compuesta por 1) contenido proposicional, 2) condición preparatoria o de input, 3) condición de sinceridad y, 4) condición esencial.

De acuerdo a esta estructura ilocutiva, Searle (1980) caracteriza el acto ilocucionario de *preguntar* de la siguiente manera³:

Contenido proposicional: cualesquiera proposición o función proposicional.

Condición preparatoria o de input: a) *H* no sabe la “respuesta”, esto es, no sabe si la proposición es verdadera o, en el caso de la función proposicional, no conoce la información necesaria para completar la proposición con verdad; b) No es obvio ni para *H* ni para *O* que *O* ha de proporcionar la información en ese momento sin que se le pida. *H* desea esta información.

Condición de Sinceridad: cuenta como un intento de obtener esta información de *O*.

Desde el punto de vista de la taxonomía de los MRV, la felicidad de una emisión depende de la congruencia de la experiencia, con el marco de referencia, dados ciertos supuestos. El Reflejo, dice Stiles (1992), es un acto donde “la experiencia del otro, tal como ha sido expresada por el hablante, es congruente con el marco de referencia interno del otro, respecto del cual el hablante debe presumir cierto conocimiento” (p.68). Nuevamente, hay que tener en cuenta que aunque la taxonomía de los MRV se focaliza principalmente en lo que el hablante quiere decir, también distingue entre la forma gramatical y la intención performativa.

En la tabla 1, se resumen de los modos de respuesta verbal y sus criterios de clasificación de acuerdo a la fuerza ilocutiva. La tabla 2, por su parte, caracteriza los modos de respuesta verbal de acuerdo a su forma gramatical típica.

³ *H* quiere decir *Hablante*; *O* quiere decir *Oyente*

Tabla 1: Taxonomía de los Modos de Respuesta Verbal (traducción de Caro & Stiles, 1997)

<i>Fuente de la Experiencia</i>	<i>Presunción acerca de la Experiencia</i>	<i>Marco de Referencia</i>	<i>de Modos</i>
Hablante	Hablante	Hablante	Manifestación (M) Revela pensamientos, sentimientos, percepciones o intenciones.
		Otro	Exposición (E) Enuncia información objetiva
	Otro	Hablante	Guía (G) Intenta guiar la conducta, sugiere, ordena, permite o prohíbe.
		Otro	Confirmación (C) Compara la experiencia del hablante con otros en términos de acuerdo, desacuerdo, experiencia o creencia compartida.
Otro	Hablante	Hablante	Pregunta (P) Solicita información o guía
		Otro	Señalización (S) Acusa recibo o receptividad a la comunicación del otro; simple aceptación, saludos.
	Otro	Hablante	Interpretación (I) Explica o rotula al otro, enjuicia o evalúa la experiencia o el comportamiento del otro
		Otro	Reflejo (R) Pone en palabras la experiencia del otro; repeticiones literales, reformulaciones, clarificaciones.

Tabla 2: Resumen de las Formas de Respuesta Verbal (traducción de Caro & Stiles, 1997)

Manifestación (M)	Declarativo; primera persona (“Yo”) o primera persona plural (“nosotros”) donde el otro no es un referente.
Exposición (E)	Declarativo; tercera persona (ej. “él”, “ella”, “algo” o cualquier sustantivo)
Guía (G)	Imperativo; o segunda persona con un verbo auxiliar de permiso, prohibición u obligación.
Confirmación (C)	Primera persona plural (“nosotros”) donde el referente incluye al otro (ej. “nosotros” se refiere al hablante y a otro)
Pregunta (P)	Interrogativo, con entonación ascendente ⁴
Señalización (S)	Oración no léxica o sin contenido; formas de dirigirse o mostrarse atento hacia una persona; saludos.
Interpretación (I)	Segunda persona (“Tú”); el verbo implica un atributo o habilidad del otro; formas de evaluación.
Reflejo (R)	Segunda persona (“Tú”); el verbo implica la experiencia interna del otro o una acción voluntaria.

El análisis que se realizará en el apartado siguiente utilizará como esquema interpretativo lo que está contenido en la tabla 1 y 2. Los fragmentos de terapia se codificarán en dos instancias, de acuerdo a la forma y la intención. Una oración se codificará “PP” si tanto la forma como la intención corresponden al criterio especificado para *pregunta* (ej. “¿Quién es tú mamá?”). En cambio, aquellas oraciones donde la forma difiere de la intención se codificarán utilizando en primer término la forma y en segundo término la intención. Por ejemplo, la oración

⁴ El criterio gramatical en inglés para la pregunta difiere del castellano. Para el caso del inglés, Stiles define el siguiente criterio: el orden del sujeto-verbo invertidos o palabras interrogativas (qué, quién, donde, cómo, cuando, etc.). Para una discusión véase Caro y Stiles (1997).

“Yo soy tu mamá” se codifica “ME”, dado que la forma gramatical corresponde a una *manifestación* (primera persona presente) mientras que la intención pragmática es la de una *edificación* (el hablante refiere una información objetiva o neutral). Por último, se utilizará un tercer nivel de codificación para indicar la intención del acto de habla indirecto. Por ejemplo, la frase “Está lloviendo” se codificará EE[G] si se subentiende que la intención indirecta del acto de habla es que el otro tome un paraguas.

Análisis de casos clínicos

Los siguientes fragmentos de conversación fueron extraídos de sesiones de terapia conducidas por Hugo Hirsch entre 1992 y 1998⁵. En cada caso se hará una breve alusión al contexto de la terapia y los antecedentes que se consideren relevantes para entender el significado de las intervenciones del terapeuta y el consultante.

Caso Uno

Asiste a consultar una paciente mujer de 16 años (PI) con su madre (M), porque se lleva mal con ésta y su hermana. En esta parte de la sesión, Hugo Hirsch (T1) con la coterapeuta (T2) intentan transformar el motivo de consulta en algo que la paciente pueda hacer para disminuir el malestar que siente viviendo con ambas. En una primera parte, queda claro que la paciente se encuentra en una encrucijada: siente que su madre no va a cambiar. De acuerdo a esa premisa, la paciente seguirá siendo “víctima” de su situación familiar.

- 1.1 T1: Y ¿tú sientes que tú haces algo para que ellas se enojen contigo? O es más bien [inaudible] **QQ**
- 2.1 PI: Yo lo encuentro súper injusto. **MM**
- 3.1 T1: M-hm. **SS**
- 4.1 PI: Y yo estoy segura de eso. **MM**
- 5.1 T1: M-hm. **SS**
- 5.2 Tu mamá no parece pensar eso. **EE**
- 6.1 PI: No, **CC**

⁵ Las videograbaciones son parte de la colección del Centro de Asesoría Psicológica Sistémica (CAPSIS).

6.2 eso es lo que me da rabia **MM**

6.3 y por eso sé que no va a cambiar **MM**.

La pregunta del terapeuta en 1.1 intenta introducir un marco de referencia donde es posible que sea la paciente quien hace algo para que su madre o su hermana se enojen con ella, lo que probablemente le daría más maniobrabilidad para cambiar su situación actual. De acuerdo a Stiles (1992), esta pregunta se puede clasificar de acuerdo a lo que busca elicitarse como respuesta en el otro (p.81), en este caso, como una pregunta en busca de *confirmación*. Evidentemente, la paciente rechaza la comunicación del terapeuta y, en vez, responde catalogando como “injusto” que su madre y hermana se enojen con ella.

A continuación, T1 intenta una estrategia algo distinta de la anterior, pero que busca el mismo propósito, a saber, que la paciente intente hacer algo para cambiar su situación actual que no dependa directamente del comportamiento de quienes conforman su entorno familiar.

7.1 T1: [...] Si tuviésemos que tomar una señal, algo que nos permitiese medir que estás un poco mejor en este propósito tuyo de que te vuelvas con el tiempo...de que te importe menos lo que pasa, ¿cual podría ser una buena señal de que estás un poquito mejor? **QQ**

8.1 PI: No sé. **MM**

8.2 De partida para que yo estuviera mejor tendría que pedirle a mi mamá que me creyera, que ella no estuviera tan cansada...**MM**

9.1 T1: Es que, sabes, ahí está lo que estábamos hablando hace un momento, **EE**

9.2 eso no serviría para que tu estés mejor desde el punto de vista de lo que estamos hablando **CC**

9.3 porque desde el punto de vista de lo que estamos hablando tú estarías mejor si es que consigues de algún modo que, aunque tu mamá no te crea nada, tu pudieses estar mejor. **GG**

10.1 PI: Poner una barrera quizás, **MM**

10.2 no sé. **MM**

En este segundo fragmento, se observa un cambio en el modo verbal del terapeuta. En vez de introducir el marco de referencia a través de una pregunta, aclara en 9.2 que no están de acuerdo respecto a lo que haría que la paciente experimentara un cambio. La estructura gramatical incluye al hablante y al otro al expresar una diferencia en el punto de vista acerca del problema, por ello se codifica como C en intención. A continuación en 9.3, es aún más enfático al usar la segunda persona y el condicional (“tú estarías mejor si...”) en un intento por conseguir que la paciente acepte el marco de referencia del terapeuta. En 10.1, el paciente acepta implícitamente este punto de vista y propone algo que ella podría hacer para estar mejor (“[yo podría] poner una barrera quizás”). La diferencia relevante de acuerdo a la taxonomía de los actos de habla se encuentra en “Presunción acerca de la experiencia del otro”. De acuerdo a la Tabla 1, el modo *pregunta* se distingue de *guía* en que este último presupone la experiencia del otro. Además, de acuerdo a la Tabla 2, cabe destacar que el modo verbal del terapeuta pasa del modo *interrogativo* al *imperativo*. El cambio en el modo verbal del terapeuta implica un cambio en el efecto ilocutivo.

En síntesis, en el caso de la *pregunta en busca de confirmación* el efecto ilocutivo presupone que el otro confirme el punto de vista del terapeuta, al tiempo que el paciente puede rechazar o aceptar este punto de vista. En el caso de la *guía*, en cambio, el paciente tendría que confrontar abiertamente al terapeuta negándose a seguir sus sugerencias o consejos.

En el siguiente extracto, la T2 inserta lo que la paciente dice en 10.1 (“poner una barrera quizás”) en un contexto donde ya ha aplicado la solución de manera exitosa, posiblemente considerando lo que la paciente agregó en 10.2, la manifestación “no sé”. Esta frase podría indicar que, o la paciente no cree que ésta es una solución apropiada para este problema, o bien, que cree que no será capaz de implementarla. En ambos casos es el carácter hipotético de la solución lo que está en juego.

11.1 T2: Aquí te voy a decir lo que te decía en denantes **MM** [...]

11.2 Haz aprendido de ti que ya no estás involucrada en lo que otros digan, que tú eres la culpable de que mamá muera. **RR**

11.3 Ya sabes por ti misma que no eres la culpable, **RR**
ya no te importa que lo digan otros. **RR**

- 12.1 T1: [dirigiéndose a T2] Pero todavía le importa que la mamá le crea. **EE [R]**
- 13.1 P1: Sí, **SM (o SC)**
- 13.2 eso es cierto. **EC [M]**
- 14.1 T2: Todavía. **SC [I]**
- 15.1 T1: Pero todavía le importa. **EE [R]**
- 15.2 Quizá el próximo escalón sería que ella pudiese sentir “ojalá que mi mamá me crea, pero no siempre es posible”.**EE [I]**
- 16.1 T2: Claro, CC
“si mi mamá tiene sus razones, tiene su historia...”**EE [I]**
- 17.1 T1: “Pero yo puedo creerme, yo puedo creerme aunque mi mamá no me crea”. **EE [I]**
- 17.2 Por ahora ella no siente eso, ella siente “si mi mamá no me cree, en el fondo yo no me puedo creer tampoco”.**EE [R]**
- 18.1 T2: Y ahí es donde está chiquita todavía. **EE [I]**
- 18.2 Los peques sienten que ellos tienen que hacer las cosas como la mamá quiere, porque así tienen que ser las cosas, como la mamá quiere. **EE [I]**
- 19.1 T1: ¿Como lo ves? **QQ**
- 20.1 P: Como lo están diciendo. **MC**
- 21.1 T1: ¿Si? **QQ**
- 22.1 P: Sí. **SC**
- 23.1 T1: Okay. **SS**

En este fragmento se observa el modo en que opera en la terapia el acto de habla indirecto, principalmente en la interacción entre ambos terapeutas al reflejar e interpretar como es o será la experiencia del otro mediante exposiciones. En estricto rigor, los pensamientos, sentimientos, deseos, percepciones e intenciones de una tercera persona se consideran neutrales en marco de referencia, ya que ni el hablante ni el otro tienen un acceso privilegiado a la experiencia privada de un tercero, están de algún modo en igualdad de condiciones (Stiles, 1992, p.75). Sin embargo, lo que indirectamente están haciendo al hablar acerca de un tercero que participa en la conversación es, por una parte, *reflejar* lo que le ocurre al paciente y, por otro, prescribir la experiencia de este en relación con su problema. En 12.1, 15.1 y 17.2, por ejemplo, la intención indirecta del terapeuta es reflejar el estado interno del paciente, por lo que cuenta como reflejo en intención

pragmática *off-record*, aunque en ambos casos use el modo exposición. Adicionalmente, es interesante el uso del modo mixto por parte de T1 para introducir indicaciones acerca de cómo debiera *sentirse* la paciente en 15.2 y en 17.1. De acuerdo a Stiles (1992, pp. 84, 146, 171-172, 189) se codifican como *interpretaciones* las oraciones donde el hablante hace una predicción acerca del estado interno futuro del oyente. En 17.1, se observa por ejemplo cómo el terapeuta usa la primera persona para predecir cómo será la experiencia del paciente, transformándose en un referente o modelo de cómo el paciente debiera pensar (“...yo puedo creerme, yo puedo creerme aunque mi mamá no me crea”). Por último, T2 hace dos interpretaciones acerca de la paciente, rotulándolo como algo similar a los que hacen los “peques”. Se codifica como interpretación en intención dado que *evalúa* el comportamiento de la paciente utilizando como referente el marco teórico del terapeuta.

El resultado de las intervenciones se chequea con la paciente en 19.1 mediante la pregunta “¿Cómo lo ves?”. En 20.1 no está presente el sujeto de la oración, pero se puede parafrasear diciendo “[Lo veo] como lo están diciendo”, ya que el uso de la primera persona está prescrito en la pregunta del terapeuta “¿Cómo lo ves?”. Esto permite codificar la frase como manifestación en forma, pero como confirmación en intención, ya que compara las creencias de los interlocutores acerca de lo que constituye el problema y, al mismo tiempo, qué sería una solución posible, poniendo de manifiesto su acuerdo con los puntos de vista de los terapeutas.

En conjunto, esta interacción sustenta lo que se planteó como hipótesis en el marco teórico. Esto es, mediante un proceso de construcción de significado se alcanza un acuerdo respecto a un contenido proposicional que versa sobre lo que la persona, en este caso, pensará acerca de sí mismo, a saber, que es capaz de poner una barrera a lo que los otros le dicen. En tanto acepta esta redefinición, ocurre un cambio en los puntos de vista del paciente respecto a los modos de resolver el problema con sus correspondientes direcciones de acción. La última interacción explicita estas direcciones de acción de acuerdo a la reinterpretación acerca de la naturaleza del problema.

24.1 T2: Ahora, esto puede empezar a aparecer en ella sin que ella le de muchas vueltas, **EE [I] (“esto” se refiere a 17.1)**

24.2 ahora ella es bien racional, le va a dar vueltas **EE [I]**

25.1 T1: Sí. **CC**

25.2 A lo mejor después de esta charla ella encuentra un modo de ponerse a pensar cómo puede ella, quizá poner una barrera como dijo recién, **EE [G]**

25.3 ir gradualmente en la dirección de “ojalá que mamá me crea, pero si no me cree yo me puedo creer, porque el día que yo aprenda a poner esa barrera, quizá pueda poner otras barreras” **EE [G]**

25.4 y entonces pueda ocuparse de sus estudios en lugar de las desgracias de los compañeros, por ejemplo. **EE [G]**

25.5 Pero quizás ésta sería una primera barrera. **EE [G]**

25.3 ¿Tu crees que podrías poner una barrera? **QQ**

26.1 PI: Sí. **MC (o SM)**

27.1 T1: ¿Crees que te serviría poner una barrera? **QQ**

28.1 PI: Sí. **MC (o SM)**

29.1 T1: Ya. **KK**

En 25.2, 25.3, 25.4 y 25.5, el terapeuta usa la exposición al servicio de una guía, introduciendo distintas maneras en que la paciente podría implementar la idea de “poner barreras”. Primero recurre al ámbito cognitivo, prescribiendo que la paciente va a *pensar* acerca de cómo poner barreras. Luego, agrega que, en la medida que sea capaz de poner una barrera, puede encontrar un camino para poner “otras barreras”. En tercer lugar, aborda el ámbito de los estudios (que la paciente había identificado como un área en que el problema estaba interfiriendo) como un espacio en que el problema dejará de interferir. Por último, insiste en 25.5 lo que había planteado en 25.3, es decir, que a partir de esta solución podrá implementar otras similares. En 25-29 el terapeuta chequea con la paciente que las ideas propuestas han sido aceptadas como posibles y útiles por la paciente, reafirmando el cambio observado en 19-23.

Caso dos

A continuación se presenta una sesión de terapia familiar. Asiste la hija, de 18 años, (PI) con su madre (M) y su padre (P). De acuerdo a lo que refiere el padre, el problema es que la hija no les tiene “confianza, no se entrega, no se abre, se comunica mal y poco”, lo que a su vez se explica porque la hija tendría una

“autoestima muy baja”. Inmediatamente a continuación de indagar con el padre cuál es el motivo que los llevó a consultar, se dirige a la madre para conocer su punto de vista acerca del problema.

1.1 T1: ¿Y usted señora? **QQ**

2.1 M: Muy parecido a lo que dice el padre. **MM**

2.2 Las relaciones están muy malas entre ella y yo. **EM**

2.3 Incluso yo diría que peor que cuando yo recién llegué aquí. **MM**

3.1 T1: m-hm **SS**

4.1 M: En vez de arreglarse se han empeorado las cosas. **MM**

5.1 T1: ¿En qué punto diría usted por ejemplo? **QQ**

6.1 M: Yo no sé si, si, si, como se...o sea, [partida en falso]

6.2 ella sigue igual, **EM**

6.3 pero quizás la que he cambiado soy yo. **MM**

7.1 T1: a-ha **SS**

8.1 M: Que yo ya no tenga tanta paciencia ni tantas ganas tampoco de seguir batallando por algo que creo que es como inútil, es como nadar contra la corriente. **MM**

8.2 Entonces ya estoy realmente aburrida **MM**

8.3 y eso yo lo dije aquí cuando recién llegué, yo ya estaba aburrida, estaba cansada, esa fue la palabra que emplee, “cansada”. **EM**

8.4 Y realmente estoy cansada con ella. **MM**

9.1 T1: Qué sería un ejemplo de estar cansada con ella. **QQ**

9.2 Cómo reaccionaba antes de estar cansada y ahora que está cansada. **QQ**

10.1 M: Bueno, yo luchaba, qué se yo, la buscaba, trataba de buscarle por un lado, buscarle por el otro, **MM**

10.2 ahora ya la dejo. **MM**

10.3 Las cosas están más tirantes todavía **EM**

10.4 porque ella no me habla, yo tampoco. **EE**

10.5 Ella sigue con sus malos modos, **EM**

10.6 me ladra, porque no me habla, me ladra. **EM**

10.7 Entonces yo ya me cansé, **MM**

10.8 me aburrí. **MM**

Uno de los elementos que parece interesante notar en este texto, es que el modo verbal de la madre es mayoritariamente *manifestación* en intención, no obstante están hablando acerca de la hija-problema. Sólo en una ocasión usa el modo *edificación* para referirse al problema (en 10.4). En 6.2 se codificó como M la intención del hablante ya que el hablante (en este caso, la madre) hace un juicio sobre el comportamiento de la hija (“ella sigue igual”) que, en estricto rigor, es sólo evidente para el hablante. Una persona distinta de la madre, en presencia de la hija, no podría decir que “ella sigue igual”. En 10.4, en cambio, se codificó como E en forma e intención, ya que un observador externo, podría constatar que “objetivamente” la madre y la hija no se hablan, aunque para la madre este hecho tiene un significado particular, el que se hace explícito en 10.3. En 10.3, la madre dijo que “las cosas están más tirantes todavía”, y en 10.4 explicitó qué específicamente es un ejemplo de que la relación está “más tirante”. En 10.5 y 10.6, la madre hace más juicios de valor sobre el comportamiento de la hija, por lo que ambas oraciones se codificaron como *manifestación* en intención, aunque esté hablando sobre la hija.

En síntesis, en esta primera parte de la entrevista, las preguntas del terapeuta elicitaban la *queja* del paciente. Se observa que, aunque la pregunta del terapeuta versa sobre el problema (que podría ser interpretado como algo ajeno al paciente), las respuestas de la madre explicitan de qué manera el comportamiento de la hija constituye un problema para ella. De allí que el modo verbal de la madre sea principalmente *manifestación*.

Es importante tener en cuenta, para comprender el fragmento a continuación, lo que la madre dice en 6.2 y 6.3. La madre ha dicho que la hija “sigue igual”, pero “quizás” la que ha cambiado es ella. El terapeuta se centra a continuación en este hecho para introducir una interpretación sobre lo que ha cambiado en la madre, que redefine su actitud actual como una solución al problema. En 9.1, el terapeuta había solicitado a la paciente una evidencia de qué es estar “cansada”, a lo que la madre había respondido que, a diferencia de antes, ahora ha dejado de luchar. A continuación, el terapeuta y la madre siguen poniéndose de acuerdo acerca de qué es lo que de hecho ha cambiado de la situación.

11.1 T1: No, **CC**

11.2 ¿sabe con qué me confundí? **QM**

- 11.3 Con que pensé que usted ya no hacía esto de llevarle cosas. **ME**
- 12.1 M: No, **CC**
- 12.2 si siempre lo hago. **ME**
- 13.1 T1: a-ha **SS**
- 14.1 M: Pero lo que le decía es que yo antes no habría salido, o le habría ido a comprar cosas, le habría llevado cosas, **ME**
- 14.2 acá no, la dejé que se arreglara un poco sola. **MM**
- 15.1 T1: Esta última vez, pero el día anterior si la había estado...**QQ** [en busca de confirmación]
- 16.1 M: No, **CC**
- 16.2 fue todo en el mismo día **EE**
- 17.1 T1: Ah.**SS**
- 17.2 Fue todo en el mismo día. **RR**
- 17.2 De modo que la diferencia es que antes usted igual hubiera insistido en tratar de hacer usted por ella y ahora solo la mitad del tiempo lo hizo. **RR**
- 18.1 M: Exactamente **CC**
- 19.1 T1: Ah. **SS**
- 19.2 O sea como que empezó como siempre, y después de un rato se aburrío y cambió. **RR**
- 20.1 M: No, no es que me haya aburrido exactamente, **CC**
- 20.2 sino que pienso que ella ya es lo suficiente grande como para arreglárselas sola **MM**
- 20.3 porque...hasta aquí yo siempre parece que la he tratado como niñita, como la niñita desvalida que no se puede arreglar sola, **MM**
- 20.4 y me doy cuenta que ella en realidad se las puede arreglar perfectamente sola cuando ella quiere, perfectamente se las arregla, cuando ella quiere. **ME**
- 21.1 T1: Pero entonces, discúlpame por la confusión, **GG**
- 21.2 pero en la primera parte de la descripción de lo que pasó, usted operó como si ella no fuese capaz. **II**
- 22.1 M: No, no alcancé a llegar a eso, **CC**
- 22.2 sino que le pregunté no más. **ME**
- 22.3 No, no alcancé a solucionarle el problema. **CC**
- 23.1 T1: No alcanzó **RR**

24.1 M: No, no, la dejé no más. **MM**

25.1 T1: Ah. **SS**

25.2 De modo que el cambio que usted percibe es que ahora piensa que su hija es competente. **II**

26.1 M: Si, si, perfectamente. **CC**

27.1 H: [dirigiéndose al padre] ¿Usted piensa que su hija es competente? **QQ**

Se observa un cambio importante en la percepción que tiene la madre sobre su hija. Al inicio, la madre consideraba que su hija no había sufrido ningún cambio. Sin embargo, al considerar la idea de la madre de que “quizás yo he cambiado”, el terapeuta introduce estratégicamente la idea de que lo que ha cambiado es que ahora cree que su hija es competente. Se reinterpreta la idea de que está cansada, como que ahora cree en la competencia de su hija y se puede permitir no seguir haciendo cosas por ella en las que es competente.

Desde el punto de vista de los MRV, el ponerse de acuerdo acerca de qué es lo que ha cambiado en la madre, involucró principalmente *preguntas y reflejos* en busca de confirmación de la paciente (12.1, 16.1, 18.1, 20.1, 22.1, 22.3 y 26.1). Sin embargo, sólo en 21.2 y 25.2, el terapeuta intenta introducir un marco de referencia distinto al de la paciente, ya que usa el modo *interpretación*. De acuerdo a la Tabla 1, en *interpretación* el marco de referencia es del hablante, no del otro. Luego, cuando la madre dice “Sí, sí, perfectamente” en 26.1, está aceptando el marco de referencia del terapeuta.

Por otra parte, la interpretación del terapeuta versa sobre lo que la paciente *piensa* acerca de la hija, no de lo que *siente* (a saber, que está “cansada”). Si el terapeuta hubiese intentado una interpretación en este sentido, estaría contradiciendo la experiencia de la paciente y hubiese sido más probable que la paciente rechazara esta interpretación. En otras palabras, en vez de apelar al ámbito afectivo, apela al ámbito cognitivo.

Más adelante en la terapia, la madre dice que ha pensado en darle en el gusto a la hija, dejándole hacer lo que ella quiera, ya que cree que es inútil esperar que la hija se ocupe de todas sus cosas. Es decir, aunque la madre estaría dispuesta a hacer menos por la hija, hay cosas que de todas maneras seguiría haciendo por ella. Pero dada la historia de la relación madre-hija, en que la madre se ha sentido maltratada por la hija, el terapeuta se pregunta justificadamente si la

madre será capaz de hacer esto sin seguir sintiéndose “humillada”. Por ello, introduce algunas distinciones que le permitirán sentir que ya no está al servicio de la hija, porque ésta ha crecido y ha dejado de ser la “niña de mamá”. En otras palabras, la terapia muestra cómo la madre puede reestructurar la situación en función de un comportamiento distinto, coherente con la redefinición “hija-competente”, que le dará un espacio a la madre para ayudar a su hija a crecer.

28.1 T1: ¿Y usted piensa que usted podría hacer eso y al mismo tiempo no enojarse porque ella sigue tratándola desconsideradamente? **QQ [I]**

29.1 M: No, **CC**

29.2 no me gusta que ella me trate en forma desconsiderada, por supuesto que no **MM**

30.1 T1: A nadie le gusta **EE**

31.1 M: Pero hacerle sus cosas así justamente como una empleada, que ahí tiene sus cosas listas, ya, qué se yo, pero nada más, no hay ningún lazo más allá **MS**

32.1 T1: ¿Usted piensa que podría hacer esto sin sentirse más humillada de lo que ha venido sintiéndose estos últimos años? **QQ**

33.1 M: M-hm. **CC**

33.2 Sí. **MM**

[Más adelante en la sesión]

34.1 M: Ya estoy llegando a esto último que pienso que es lo que me queda por hacer. **MM**

34.2 Si eso no me resulta ¿Qué haría? No lo sé **MM**

35.1 T1: Primero quiero saber si puede hacer esto **MQ**

36.1 M: Sí, **CC**

36.2 si, puedo **MM**

37.1 T1: ¿Como cree que ella lo va a tomar? **QQ**

38.1 M: No me interesa. **MM**

39.1 T1: Por primera vez, por primera vez **II**

40.1 T1: Sabe, hace unos años me vino a ver una señora que tenía una hija, tenía 2 hijas, una hija de 17 creo y una de 13, y me consultaba por la hija

de 13, que era una chica con muchos problemas. Y el papá se había ido y no había contacto con el papá, y entonces la mamá se había echo cargo de las dos criaturas y de esta en particular. Y la hija tenía problemas de conducta serios y me dijo si la podía ver. Vi a la niña creo que dos veces y después yo me fui de vacaciones, y al mes o pasó un mes y medio porque creo que ella se fue también, vuelve a verme la mamá y me dice mire quería decirle que no voy a continuar, que no voy a continuar, que no voy a hacer más nada porque la chica se ha portado tan mal que no estoy dispuesta a hacer ningún sacrificio más, no pienso hacer más nada. Y yo le dije ok. Y por casualidad me enteré después de un tiempo que a partir de entonces la chica mejoró bastante. **EE [I]**

41.1 M: Sí, si, **CC**

41.2 pensaba que, como se llama, de que estar muy encima de los niños es malo. **MM**

42.1 T1: Pero a veces es difícil no estar encima de ellos también. **EE [R]**

43.1 M: Sí, **CC**

43.2 pero todo se aprende, todo se aprende. **EE [M]**

44.1 T1: ¿Hay algo que podría impedir que usted termine de aprender esto? **QQ [I]**

45.1 M: No creo. **MM**

En 28.1 el terapeuta pregunta si la paciente se siente capaz de hacer algunas cosas por su hija y, al mismo tiempo, no sentirse enojada por eso. Adicionalmente, se codificó como *interpretación* en el tercer nivel de codificación, ya que de alguna manera el terapeuta predice cómo será la experiencia de la paciente en el futuro. La paciente rechaza inicialmente esta posibilidad. Sin embargo, en 33.1 y 33.2 acepta la propuesta del terapeuta. Es posible que, en un principio, la paciente no hubiese entendido cabalmente lo que el terapeuta le quería decir. Por ello, quizás lo que intenta en 31.1 es aclarar que ha entendido la propuesta del terapeuta mediante una *señalización*, refiriéndose a lo que el terapeuta quiso decir en 28.1 (“Pero hacerle sus cosas así justamente como una empleada, que ahí tiene sus cosas listas, ya, qué se yo, pero nada más, no hay ningún lazo más allá”).

En 34-45, paciente y terapeuta dialogan sobre la posibilidad de que resulte o no la estrategia de dejar que la hija haga más por sí misma. En 34.2, la paciente se pregunta qué haría si esto no resulta. Se codifica como *manifestación* y no como *pregunta*, ya que no busca información o guía por parte del otro, sino que más bien expresa el sentir de la paciente respecto de la posibilidad de que fracase la solución acordada. En 40.1, el terapeuta responde indirectamente a esta inquietud, mediante un relato acerca de una paciente que le habría solicitado ayuda anteriormente por un problema similar. Este fragmento se codificó como *edificación*, ya que el hablante refiere una situación que ocurrió objetivamente. Sin embargo, es evidente que la intención indirecta de la comunicación del terapeuta es predecir qué es lo que podría ocurrir con la hija si es que la madre se comporta de esa manera (por ejemplo, que no hará ningún sacrificio más por la hija). No debe sorprendernos, por lo tanto, que luego de este relato la paciente infiera que “estar muy encima de los niños es malo” y que eso es algo que “se aprende”. Nótese que cuando la paciente dice “todo se aprende, todo se aprende” (43.2), se codifica como *manifestación* en intención indirecta, ya que lo que quiere decir en realidad es que *ella* se siente capaz de aprender.

Discusión y Conclusiones

Hasta aquí, hemos articulado los principios que subyacen en la Terapia Estratégica Sistémica con la filosofía del lenguaje ordinario, destacando que las intervenciones terapéuticas se pueden caracterizar recurriendo a la teoría de los actos de habla y, específicamente, recurriendo a la taxonomía de los MRV. En este sentido, hemos reconectado psicoterapia, lenguaje y realidad, otorgándole un fundamento reflexivo mediante el análisis lingüístico, fundamento que había sido solamente esbozado programáticamente por Watzlawick. Por último, al observar la terapia usando como marco de referencia la teoría de los actos de habla, hemos visto cómo específicamente el terapeuta puede influir en los puntos de vista del paciente acerca de la naturaleza de su problema (y, por ende, de su solución), destacando los componentes performativos y proposicionales presentes en el diálogo terapéutico. En esta sección, revisaremos la coherencia entre lo que se planteó al inicio como hipótesis acerca del lenguaje utilizado en Terapia Estratégica Sistémica, con los resultados que obtuvimos del análisis lingüístico ya mencionado.

Al comienzo nos referimos a los ingredientes que, de acuerdo a Hirsch y Berezovsky (1987), componen en una terapia exitosa. Nos referimos, por un lado, a la modificación de los puntos de vista del consultante respecto a las razones de su malestar, la naturaleza del mismo o los modos de resolverlo, y por otro, al cambio en las direcciones de acción implícitas o explícitas elicadas por este cambio de perspectiva. En el primer caso, es decir, en el caso de las redefiniciones, el modo de respuesta verbal del terapeuta debiera 1) estar centrado en el otro como fuente de experiencia; 2) presuponer cómo es o debiera ser la experiencia del otro; y 3) utilizar el marco de referencia del hablante (es decir, el terapeuta). En consecuencia, desde el punto de vista de los *Modos de Respuesta Verbal* el componente pragmático que caracteriza la redefinición, es ejemplarmente la *interpretación*. Sin embargo, hay precisiones a este respecto que es necesario explicitar.

En primer lugar, tal como se dijo al inicio, la reformulación no es, en el caso de la Terapia Estratégica Sistémica, una explicación “verdadera” acerca de la naturaleza del problema. Su utilidad en el contexto de la terapia depende de un acuerdo entre el terapeuta y el paciente acerca de qué es el problema. En otros términos, dado que en la interpretación el terapeuta presupone algo acerca de cómo es la experiencia del otro, éste debiera mantener una actitud predispuesta para que el paciente evalúe si esta interpretación tiene o no sentido en relación con su experiencia. Por ello es conveniente tener en cuenta que la interpretación es de carácter hipotético, y el lenguaje de los terapeutas que usan interpretaciones del tipo aquí descrito, debieran utilizar el modo condicional al realizar actos de esta naturaleza. El uso de un lenguaje hipotético tiene una ventaja, a saber: que el rechazo de la hipótesis del terapeuta por parte del paciente, no implicará una desconfirmación del terapeuta, sino más bien el rechazo de una creencia no fundamentada. En otras palabras, en la terapia el terapeuta puede decir cosas que cree que le ocurren al paciente, pero es este último quien *sabe* si esto es o no válido para él. Por ello, es relevante el uso de *preguntas en busca de confirmación* u otros tipos de respuesta verbal que permitan evaluar las redefiniciones introducidas por los terapeutas. Evidentemente, este modo de relacionarse con los pacientes supone un tipo de relación donde el paciente tiene la posibilidad de decir que “no”, una de las declaraciones más importantes que un individuo puede hacer, ya que a través de

ella asienta tanto su autonomía como su legitimidad como persona (Echeverría, 1998).

En segundo lugar, la interpretación no es, de acuerdo a la taxonomía de los MRV, una explicación acerca de algo que ocurre con independencia del observador, sino que versa sobre la experiencia o comportamiento del otro en relación con algún contenido proposicional. Por lo tanto, si es correcta nuestra hipótesis, cuando el paciente confirma la interpretación del terapeuta, está contrastando la proposición del terapeuta con respecto a su propia experiencia. En este sentido, una recomendación para evaluar que la intervención del terapeuta incluye la experiencia del otro, es preguntarse si en su formulación está explícita o implícitamente mencionada la segunda persona.

Por otra parte, emerge un segundo elemento de las sesiones analizadas, que son las direcciones de acción que emergen a propósito del nuevo marco de referencia. Recordemos que las direcciones de acción podían ser implícitas o explícitas.

En el primer caso, es el paciente quien debe inferir a partir de la reformulación del problema cuáles son o debieran ser los comportamientos o actitudes coherentes con el nuevo marco de referencia⁶. En cierto sentido entonces, una reformulación puede ser también un acto de habla indirecto, si se cumplen los supuestos cooperación, trasfondo compartido y capacidad de hacer inferencias explicitado anteriormente. Por ejemplo, en el caso 2, 40.1, el terapeuta narra una historia que conduce a la madre a inferir que una alternativa de solución al problema es “no hacer más por la hija”, o como ella dice en 41.2, “que estar muy encima de los niños es malo”, lo que traería aparejado un modo de comportarse distinto con la hija.

En el caso de las direcciones de acción explícitas, hay un resultado interesante que surge del análisis de las sesiones. En el caso de las sesiones analizadas, sólo en una ocasión se codifica GG una frase, es decir como un caso de *guía* “pura”. En otros casos, el uso de la guía es frecuente, pero indirecto. Vale decir, se codificó como G en el tercer nivel, reservado para el acto de habla indirecto (*off-record*). Este hecho tiene que ver con que en una de las terapias donde se registraron varios actos de habla como guía indirecta, los terapeutas adoptaron

⁶ Incluyo aquí las “actitudes” en vista de que dos comportamientos idénticos pueden tener distintos significados para el paciente. En rigor, lo que cambia en el paciente es su *intencionalidad*.

una modalidad donde conversaban acerca de qué le podía estar ocurriendo a la paciente o cómo debiera comportarse en el futuro. Adoptaron, por lo tanto, la modalidad de la tercera persona, aún cuando por el contexto (donde el tercero está presente), se podía inferir que intentaban guiar la forma de pensar, sentir o actuar del paciente. Por ello, habría que extender el análisis a sesiones con sólo un terapeuta para ver si evitar el uso directo de la guía es o no una generalidad de la terapia estratégica. De todas formas, hay que tener en cuenta que una de las principales influencias de la terapia estratégica, es la hipnoterapia de Milton Erikson, cuyo conocido método de intervención terapéutica implica el uso de modos indirectos de comunicación.

Finalmente, aunque ha quedado explicitado un marco de referencia que conecta terapia y lenguaje, es necesario avanzar en el estudio de los actos de habla y en la comprensión de los procesos terapéuticos usando esta perspectiva, de modo de identificar indicadores en la comunicación de los terapeutas facilitadores del cambio. Paralelamente, se sugiere incluir el análisis lingüístico en el entrenamiento y supervisión de terapeutas, puesto que este tipo de análisis permite dar indicaciones específicas para mejorar su actuación en terapia, tal como hemos hecho en esta última sección.

Bibliografía

Aristegui, R., Reyes, L., Tomicic, A., Vilches, O., Krause, M., De la Parra, G., Bendov, P., Dagnino, P., Echávarri, O. & Valdés, N., (2005). Actos de Habla en la Conversación Terapéutica. *Terapia Psicológica*, 22(2), 131-144.

Austin, J.L. (1982). *Cómo hacer cosas con palabras*. Buenos Aires: Paidós.

Beavin, J., Del Vento, A. & McGee, D. (2005). An interactional model of questions as therapeutic interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31(4), 371-384.

Caro, I. & Stiles, W. (1997). Vamos a traducir los MRV (Let's Translate the VRM): Linguistic and Cultural Inferences Drawn from Translating a Verbal Coding System from English to Spanish. *Psychiatry*, 60(3), 233 – 247.

Ceberio, M. & Watzlawick, P. (1998). *La Construcción del Universo*. Barcelona: Herder.

Echeverría, R. (1998). *La Ontología del Lenguaje*. Dolmen: Santiago de Chile.

Frápolli, M.J. & Romero, E. (1998). *Una aproximación a la Filosofía del Lenguaje*. Síntesis: Madrid.

Hirsch, H. & Berezovsky, I. (1987). Construcción de Redefiniciones, base de todo proceso terapéutico. En H. Hirsch y H. Rosarios (Eds.). *Estrategias Psicoterapéuticas Institucionales* (pp. 45 – 53). Buenos Aires: Nadir.

Nardone, G. & Watzlawick, P. (1992). *El Arte del Cambio*. Barcelona: Herder.

Llewelyn, S. & Hardy, G. (2001). Process Research in Understanding and Applying Psychological Therapies. *The British Journal of Clinical Psychology*, 40, pp. 1-21.

Searle, J. (1980). *Actos del Habla: Un ensayo de filosofía del lenguaje*. Madrid: Cátedra

Searle, J. (1997). *La Construcción de la Realidad Social*. Buenos Aires: Paidós.

Searle, J. (2002). *Consciousness and language*. Cambridge: Cambridge University Press.

Stiles, W. (1992). *Describing Talk: A Taxonomy of Verbal Response Modes*. Sage: USA.

Watzlawick, P. (2002). *El Lenguaje del Cambio*. Barcelona: Herder.

Watzlawick, P., Weakland, J., y Fisch, R. (1994). *Cambio. Formación y Solución de los Problemas Humanos*. Barcelona: Herder.