

# CUATRO PRÁCTICAS CONVERSACIONALES PARA PROPICIAR UN CAMBIO DE FOCO TERAPÉUTICO

## FOUR PRACTICES TO INVITE A THERAPEUTIC SHIFT IN FOCUS

Gaete, J.\*; Arístegui, R.\*  
y Krause, M.\*\*

### Resumen

Investigaciones recientes sobre el proceso psicoterapéutico muestran que un cambio hacia un modo de hablar autorreferencial, que coloca en el foco de la conversación al paciente mismo, constituye un aspecto clave en la comprensión de procesos de cambio psicológicos. El propósito del presente estudio de caso es profundizar en el entendimiento de la construcción de dicho cambio de foco, a través de un micro-análisis de la conversación terapéutica. Los resultados incluyen cuatro categorías de recursos conversacionales utilizados durante una terapia de orientación gestáltica exitosa. Cada categoría explicita una manera en que un cambio de foco hacia un hablar autorreferencial fue logrado en forma conjunta por la díada terapeuta-paciente a lo largo de la terapia. El estudio también discute implicaciones para la investigación futura en micro-procesos de cambio.

**Palabras clave:** psicoterapia, procesos de cambio, microanálisis, conversación terapéutica.

### Abstract

Recent research in psychotherapy has shown that shifting the focus of conversation into a self-referential talk, rendering patients themselves as the focal point of the conversation, is a key aspect for the understanding of therapeutic change processes. The aim of this case study was to perform a micro-analysis of the ways in which this shift was achieved through therapeutic conversation. Results display four categories of conversational resources utilized during a successful gestalt therapy. Each one of these resources shows how a change in focus was jointly accomplished by the therapist-patient dyad. Implications for future research on change micro-processes are also discussed.

**Keywords:** psychotherapy, change processes, microanalysis, therapeutic conversation.

Recibido: xx-xx-xx | Aceptado: xx-xx-xx

### Cambio como Constitución de una Nueva Posición

La Teoría del Cambio Subjetivo (Fernández et al., 2015; Krause, 2005; Krause et al., 2006;), sostiene que el proceso de cambio en psicoterapia se vincula con el cambio de la teoría subjetiva de quien consulta. Una *teoría subjetiva* se define como un conjunto complejo de cogniciones personales que orientan a una persona en su vivir (Groeben & Scheele, 2001). El logro de este cambio subjetivo se genera a partir de una serie de cambios subordinados, graficados en 19 indicadores de cambio genéricos que explicitan el tipo de cambio observable en un *momento de cambio* en la conversación terapéutica.

Un momento de cambio es un evento en la conversación terapéutica que ha sido identificado por señalar un progreso en la terapia que refiere a un cambio en el paciente (intra o extra-sesión), y se asocia a un resultado final positivo (*outcome*) de ésta. Por su parte, un *episodio de cambio* demarca a un segmento mayor de conversación, que se inicia con la temática sobre la cual versa el cambio y culmina con el momento de cambio.

La Teoría del Cambio Subjetivo plantea que aquello que cambia en la terapia exitosa son las representaciones que la persona tiene de sí mismo y del mundo a través de la interacción terapéutica. En este sentido, se trata de un cambio del significado que subraya la dimensión semántica o el "qué" del cambio (representaciones). A partir del análisis de los momentos y episodios de cambio de cambio, Arístegui et al. (2009) han propuesto ampliar la concepción de la Teoría del Cambio Subjetivo (Krause et al., 2006) desde la noción del significado como uso (Austin, 1982; Wittgenstein, 1953). La extensión pro-

\* Escuela de Psicología, Universidad Adolfo Ibáñez

\*\* Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile

E-Mail: xxxxxxxx@xxxxxxxxxx.com

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXV p.p. 1-12

© 2017 Fundación AIGLÉ.

puesta es aquella que deriva de una comprensión del significado en su concepción semántico-pragmática, poniendo énfasis en el diálogo terapéutico como proceso conversacional para la construcción de nuevos significados.

La dimensión pragmática del significado de una expresión puede entenderse como la acción social o aquello que se hace con lo que se dice. Austin (1982) llamó *ilocutivo* al acto que se realiza convencionalmente al emitir ciertas palabras en ciertas situaciones determinadas. El acto que convencionalmente se realiza al responder “iré” o “sí” ante la pregunta “¿irás mañana?” se puede explicitar con “prometo que iré”. El acto es *afortunado* cuando el hablante, al apelar a estas convenciones, es comprendido por el interlocutor en lo que intenta comunicar (intención comunicativa), mientras que cuando la intención no es comprendida, el acto es *desafortunado*. Las acciones lingüísticas no son propiamente verdaderas ni falsas –como podría entenderse desde la dimensión semántico-sintáctica del lenguaje–, sino más bien son afortunadas o desafortunadas (comprendidas o no comprendidas por otro) en su realización (*performance*); así, cuando la *performance* es exitosa, la acción se co-instituye. Desde este encuadre, el cambio de significado planteado por la Teoría del Cambio Subjetivo ocurre tras la *constitución* de una nueva posición del yo, que permite la generación de una relación de diálogo-autodiálogo con esta otra posición del yo.

El núcleo gramatical-pragmático de aquellas verbalizaciones que corresponden a un momento de cambio ha sido descrito, en diversas formas de psicoterapia (Arístegui et al., 2005), como el uso de la *autorreferencia*. En otras palabras, se ha mostrado en forma consistente que los momentos de cambio en diversas formas de psicoterapia comparten una misma estructura performativa: el uso por parte del paciente de la primera persona (yo), refiriéndose a sí misma (Anderson, 1997; Anderson & Gehart, 2007; Arístegui, 2015; Hermans & Dimaggio, 2004; Martínez, 2010; Shotter, 2008; Stiles, 2002; Valsiner, 2007).

El presente trabajo deriva de esta perspectiva de análisis cualitativo-pragmático, y pretende avanzar en la comprensión de los episodios de cambio en tanto que *secuencias cerradas* en la conversación terapéutica que son “afortunadas” en cuanto a que se logra constituir, con lo que se dice, una nueva posición del yo (Arístegui et al., 2009). Una secuencia se cierra cuando la intención comunicativa o fuerza ilocutiva de un acto de habla es validada por otro. De las cinco fuerzas ilocutivas básicas (Searle & Vanderveken, 1985), la fuerza *expresiva* –o la intención de expresar un estado psicológico– aparece como especialmente relevante en un momento de cambio (Arístegui et al., 2005). Lo anterior es consistente con el hallazgo de que, con anterioridad a un momento de cambio (en un episodio de cambio), en la conversa-

ción terapéutica es discernible un *cambio de foco* (Arístegui et al., 2009). Por ejemplo, el terapeuta invita a re-focalizarse en el yo-aquí-ahora (episodio de cambio), el cambio es aceptado, y se constituye una nueva posición del yo (momento de cambio).

En síntesis, el estudio de los momentos de cambio desde una perspectiva semántica ha validado progresivamente la Teoría del Cambio Subjetivo en el sentido de especificar qué es lo que cambia en psicoterapia. Desde una mirada del significado como uso (pragmática) es posible proponer una estructura performativa ilocutiva en los momentos de cambio, y una secuencia cerrada en el segmento más amplio de conversación o episodio de cambio. Desde esta perspectiva, una manera de entender el cambio terapéutico en distintas formas de terapia exitosas es observando la constitución de nuevas posiciones en la forma de actos de habla expresivos, autorreferenciales. Una observación interesante es el patrón recursivo de *cambio de foco* que ocurre en algún punto de los episodios de cambio, y que precipita el cierre en un momento de cambio. En particular, un foco “alguien-allá-entonces” (esquema relacional yo-otro) es sistemáticamente cambiado hacia un foco “yo-aquí-ahora” (yo-yo o yo-mí) (Arístegui et al., 2009). El propósito del presente artículo es dar un paso adelante en el sentido de acercar este conocimiento a la práctica clínica, explorando en mayor detalle de qué manera el terapeuta puede facilitar esta manera de hablar (expresivo-autorreferencial). Es decir, el análisis realizado en este trabajo explicita recursos para generar un cambio de foco, los que son realizados habitualmente, pero comprendidos solo implícitamente por los participantes.

## Recursos para Conversar

El Análisis de la Conversación (AC) ha venido estudiando la conversación como un proceso social organizado (Heritage y Clayman, 2010); Hutchby & Wooffitt, 2008). Aquello que organiza las conversaciones, y que ha sido revelado por el AC, son ciertos patrones, o estructuras conversacionales. Por ejemplo, el *par adyacente* pregunta-respuesta es una estructura conversacional que es rutinariamente comprendida en forma práctica; esto es, los hablantes pueden apelar a la familiaridad de estas estructuras para hacer sus intenciones reconocibles por sus oyentes. Llamamos a estas estructuras *recursos conversacionales*, en tanto un hablante interpreta prácticamente en sus respuestas que su interlocutor está expresando una emoción sin necesidad de haberse explicitado que dicho enunciado había de interpretarse como un acto expresivo. Es decir, los hablantes tienen “métodos” (Heritage, 1984) para reconocer lo que su interlocutor quiere decir o hacer a partir de lo que dice, aunque el interlocutor no lo explicita.

El presente estudio se basa en la idea que terapeutas y pacientes pueden constituir un cambio de foco en su manera de hablar, porque utilizan *recursos conversacionales* (como un cierto tono de voz, gesto, o palabra) que hacen que la acción sea reconocible como la acción que es. De acuerdo a Heritage (2001) tales recursos derivan de tres rasgos centrales a los cuales el AC presta atención, a saber: el *posicionamiento secuencial*, la *proyección de relevancia* y la *exhibición de entendimiento*. Es decir, en una conversación, cualquier turno de habla se produce con una orientación a lo que se dijo anteriormente. Lo que se dice proyecta la relevancia de un rango particular de acciones para que el otro ejecute en el próximo turno de habla (par adyacente), y exhibe un entendimiento de las acciones precedentes en múltiples niveles (que el turno anterior terminó, que estaba dirigido a él, que era una queja, etc.).

El análisis que ofrecemos a continuación consiste en explorar posibilidades terapéuticas (prácticas conversacionales) que invitan una manera de conversar que ha mostrado ser fructífera en procesos de terapia exitosos. Se trata de explorar recursos conversacionales, comprendidos en forma práctica por la díada paciente-terapeuta, que facilitan la emergencia de una manera de hablar que hemos caracterizado como *discurso autorreferencial*. Esta manera de hablar surge cuando el cambio de foco propuesto por el terapeuta es aceptado y validado por el paciente. El fenómeno que queremos analizar a continuación es precisamente este cambio de foco. El énfasis en el presente análisis lo ponemos entonces en cómo específicamente el terapeuta, a través de un uso particular de ciertas prácticas conversacionales, contribuye a hacer relevante ciertas formas de hablar por parte del paciente (autorreferencia). Ahora bien, este énfasis en la acción *iniciadora* del terapeuta no puede hacernos perder de vista que el cambio de foco es un fenómeno de acción conjunta (par adyacente) que sólo se constituye con la actividad *respondiente* del paciente, que es la que determina que la invitación (al cambio de foco) sea un acto *afortunado* (Austin, 1982).

## Método

### Participantes

Para el presente análisis se utilizó un proceso terapéutico completo, de orientación gestáltica, cuyas sesiones fueron registradas en audio y video. Esta psicoterapia fue escogida aleatoriamente para un estudio en profundidad, a partir de una base de datos que incluye catorce procesos psicoterapéuticos completos, registrados en Chile, entre los años 2003 y 2008. Todos los participantes (consultantes y terapeutas) de estas psicoterapias firmaron consentimientos informados en los que aceptaron que

sus terapias fuesen grabadas en audio y video y analizadas para fines de investigación.

La díada terapéutica de la terapia analizada estuvo conformada por un terapeuta gestáltico experimentado y una paciente que consultaba por problemas matrimoniales. El matrimonio tiene un hijo pequeño. La consultante había iniciado la terapia evaluando la posibilidad de separarse. El proceso terapéutico individual se prolongó por seis sesiones, para luego continuar con un formato de terapia de pareja. Desde la perspectiva de la paciente y del terapeuta (en entrevista de seguimiento) el proceso individual fue considerado exitoso. Para el presente trabajo se analizaron las sesiones individuales, que culminan exitosamente con el inicio de la terapia de pareja.

### Diseño

El estudio se guió por una metodología cualitativa, de análisis conversacional (Hutchby & Wooffitt, 2008), aplicada a la interacción de paciente y terapeuta en episodios de cambio y el contexto conversacional –previo y posterior– de éstos. Esta metodología resulta idónea para describir maneras de conversar por medio de las cuales los participantes de una interacción consiguen realizar su(s) tarea(s) en un contexto de conversación institucionalizada (psicoterapia). En este caso particular, el análisis de la conversación resulta de utilidad para la observación de recursos conversacionales que facilitan la constitución de un cambio de foco hacia la primera persona singular en el paciente (autorreferencia).

### Procedimiento

La selección del proceso psicoterapéutico completo, así como de los episodios de cambio, se realizó de acuerdo al procedimiento aplicado en el marco del trabajo de Krause et al. (2006), incluyendo la satisfacción del criterio de éxito terapéutico a través de una entrevista de seguimiento, realizada tres meses después de concluido el proceso terapéutico, a la consultante y al terapeuta. La delimitación de los segmentos a analizar se llevó a cabo identificando y seleccionando episodios de cambio aceptados consensualmente mediante un análisis intersubjetivo (triangulación de investigadores) basado en criterios establecidos en trabajos previos (Krause et al., 2007; Krause et al., 2006). Usualmente, la duración de los episodios en la terapia analizada es de tres a cinco minutos, abarcando cerca de 30 turnos de habla por cada participante.

Con posterioridad a la delimitación de los episodios de cambio, dos analistas codificaron, en forma independiente, los actos de habla en la muestra de episodios. En primer lugar, codificaron cada *unidad construccional de turno* en el diálogo (Hutchby & Wooffitt, 2008). La codificación consideró el foco de cada unidad construccional de turno atendiendo a la

fuerza ilocutiva, de acuerdo a tres posibilidades. La primera es *foco-otro*, cuando el hablante se encuentra hablando acerca de otra persona, en otro tiempo y lugar, con una fuerza ilocutiva principalmente asertórica – la intención es describir un hecho. La segunda es *foco-yo* (cuando el foco de la enunciación es el propio hablante, en el momento presente, con una fuerza ilocutiva principalmente expresiva/declarativa – la intención es expresar un estado psicológico. Aunque la codificación de las sesiones se puede realizar casi exhaustivamente atendiendo a la dicotomía *foco-otro* o *foco-yo*, se incluyó como tercera posibilidad los casos de ambigüedad o indefinición. Para seleccionar cada una de las unidades construccionales incluidas en la investigación, se consideraron solamente los casos en que hubo acuerdo entre la codificación de ambos analistas.

Con posterioridad a la codificación inicial, se registraron las secuencias conversacionales en las que un cambio en el foco era *afortunado*, esto es, cuando no sólo uno de los participantes cambiaba de foco (por ejemplo, el terapeuta a través de una pregunta), sino cuando esa invitación a cambiar de foco era de hecho respondida. En tercer lugar, el procedimiento consistió en hacerse la pregunta sobre el recurso o “método” con el cual el cambio de foco fue desempeñado (Heritage, 1984). Finalmente, dicho recurso fue nombrado atendiendo al tipo de acción realizada, –a lo que el enunciado efectivamente hace en el contexto inmediato de la conversación– para detectar si era posible encontrar otros ejemplos de la misma categoría en otros lugares en que un cambio de foco fuera conjuntamente constituido.

## Resultados

En esta sección presentamos las cuatro tipos de recurso conversacional usados por el terapeuta que emergieron del análisis realizado, denominados: Corte, Desacuerdo Débil, Exhibición de Entendimiento y Gestión del Asunto.

Todos estos recursos comparten la característica de invitar a un cambio de foco, y de hecho lo consiguen (son “afortunados”) en diversas ocasiones de las sesiones observadas. Los recursos son analizados conversacionalmente, haciendo énfasis en su dimensión performativa (lo que el recurso “hace” en la conversación). Para ello, ejemplificamos cada uno de estos dispositivos con algún extracto de la terapia gestáltica analizada. Por limitaciones de espacio, presentamos sólo algunas de las sub-categorías que explicitan estos usos en las transiciones desde el *foco-otro* al *foco-yo*.

### Corte

Todos los segmentos analizados comienzan con un *foco-otro* en la conversación, el cual puede extenderse por varios turnos, especialmente durante las

primeras sesiones. Luego, el terapeuta comienza a invitar a conversar de manera autorreferencial, proponiendo un *foco-yo* de diferentes maneras. Una de las más salientes es la que hemos llamado corte directo, o simplemente, *Corte*.

114. P: ni siquiera pensó en el precio, no, nada y él pidió el crédito y él lo compró y él se endeudó, entonces, mi suegra primero hacía acuerdos: “tú me compras el departamento y te voy a pagar la mitad del dividendo; al tiempo después decía: “no, es que en realidad yo no puedo pagar el dividendo, la mitad, yo no puedo pagar nada”, ¿te fijas? En cambio, cuando nosotros estábamos buscando donde vivir, una casa, un departamento, él siempre encontraba caro, siempre encontraba caro, siempre caro, en cambio, cuando tiene que darle a ella, no importan los recursos; entonces, por eso creo que su norte no está bien enfocado.
115. T: ya, y la pregunta que tengo es, ¿en qué te puedo ayudar yo en todo esto?
116. P: eh
117. T: como psicólogo
118. P: sí, a clarificarme un poco, dónde, para dónde tengo que ir yo, yo
119. T: eso significaría, que (incomprensible) incluso si te separas o no te separas
120. P: si
121. T: ¿si te divorcias o no te divorcias?
122. P: si
123. T. o sea, igual tú estás diciendo, me quiero divorciar, pero tan claro entonces no lo tienes
124. P: no, porque yo me pillo con que, de repente vuelvo a ceder, pero de repente me digo (incomprensible)
125. T: mh, es como, es como, que por un lado te pones clara y dices “no más” y por otro lado, hay algo tuyo que te dice “no, bueno ya, qué sé yo”

Sin lugar a dudas en este extracto ocurren múltiples acciones en múltiples niveles; sin embargo, queremos poner énfasis aquí en uno de los elementos que creemos que contribuye a un cambio de foco en la conversación, que supone que el paciente tome posición respecto de sí (autorreferencia). El extracto comienza en el turno 114, pero esta conversación con *foco otro-allá-entonces* en que se habla “acerca de” un conjunto hechos del mundo (fuerza “asertórica”) viene al menos del turno 84, donde la paciente comienza a elaborar, en conjunto con el terapeuta, una queja en relación a la relación de su marido con su madre. Por el momento, quisiéramos remarcar el turno 115 como clave en la gestión del cambio de foco, y en particular la partícula “ya”, al comienzo del turno.

Podemos describir el recurso del Corte, como un dispositivo cuyo punto ilocutivo es precisamente conducir a un cambio de foco o de tema. Este dispositivo aún no especifica la dirección o el “hacia

dónde” del cambio, y en este sentido no es un dispositivo completo como para sugerir un cambio hacia un foco *yo-aquí-ahora*, pero es relevante en cuanto a que es comprendido (prácticamente) como una suerte de aviso, una llamada de atención de que algún tipo de cambio ocurrirá a continuación. Eso es lo que muestra el procedimiento de prueba (Ten Have, 2007) del turno siguiente: es justamente en el turno siguiente (y los subsiguientes) cuando la paciente reconoce la invitación y, mediante una autorreferencia, realiza una segunda parte consistente del par adyacente.

En términos generales, este Corte se realiza a través del uso de una pequeña palabra o expresión tal como el “ya” del ejemplo, con una pausa posterior indicada por la coma. Como este recurso no especifica la orientación del cambio, el terapeuta necesita otra parte para completar el turno, y utiliza otros dispositivos para ocasionar una autorreferencia. Esto resulta interesante, porque ambos participantes comprenden (tácitamente) que la unidad construccional de turno está compuesta por dos partes (Hutchby & Wooffitt, 2008). La paciente muestra –con su propio silencio– que comprende que luego del dispositivo de Corte (el “ya,”) aún no es su turno para hablar; su respuesta de silencio puede considerarse evidencia de que comprende que hay una parte del turno que falta para poder seguir la conversación, y el terapeuta puede hacer una pausa bastante larga sin ser interrumpido. De esta manera, mediante el Corte, terapeuta y paciente consiguen atender conjuntamente a un nuevo foco de su conversación.

Nótese que en los turnos 120 y 122, aun cuando la paciente dice dos monosílabos (“sí”), la fuerza ilocutiva tiene el foco puesto en la primera persona, y supone un comportarse consigo misma (una deliberación), que es relevado aquí como un modo completamente distinto de hablar: su punto ilocutivo no es asertórico, sino expresivo-declarativo. En el turno 123, el *foco-yo* queda claro en la *formulación* (Antaki, 2008) del terapeuta, y se mantiene hasta el turno 133. Finalmente, vale recalcar que este dispositivo es muy recurrente durante las primeras dos sesiones; otros ejemplos con que se desempeña una acción similar (de Corte), además del “ya,” son: “a ver,” “ahora,” “bien,” “o sea,”.

### Desacuerdo Débil

Este segundo recurso, *Desacuerdo Débil*, consiste en una manera cuidadosa de mostrar un desacuerdo en relación al tema que terapeuta y paciente están tratando. Es decir, dado que plantear un desacuerdo en el foco conlleva problemas relacionales en la interacción –es una respuesta “no-preferida” (Pomerantz, 1984)– el desacuerdo se plantea de una manera afiliativa o haciendo *trabajo de cara* (Heritage, 2001), de modo que la relación entre ambos se mantenga en buenos términos. Cuando el

paciente está *focalizado-en-otro*, el terapeuta puede ejecutar un Desacuerdo Débil como una manera de hacer un cambio desde un *foco-otro* a un *foco-yo*.

**Él A(p), ¿y tú A(p)?**. Una de las maneras en que el Desacuerdo Débil es realizado puede parafrasearse como “él/ella tiene esa actitud con respecto a p, ¿y tú?”.

339. P: entonces él me dijo ¿no que se puede, que sé yo, que yo voy a cambiar blablabla, cambié, efectivamente cambié, hasta que nació Benjamín, hasta ahí llegó, y de ahí volvió a ser él

340. T: ya, ¿qué crees tú qué pasó cuando nació el hijo, Benjamín?

341. P: yo creo que él se sintió vulnerable, porque a él le gusta tener el control absoluto, entonces el que se enferme el Benjamín ya es, a él le provoca mucha incertidumbre, porque necesita culpar al otro, necesita que el otro se haga cargo.

342. T: mh, como que le gusta esta parada de poder a él, ¿no? ¿y a ti?

343. P: no

344. T: pero con él sí, no sé, no lo afirmo

345. P: no sé, no que yo por ejemplo he tratado yo siempre he sido (incomprensible), pero cuando esa persona no quiere, o no lo acepta, o no existe, tal vez pues entonces, nunca se lo he dicho ni nada/¿?, entonces, pero yo necesito luchar, luchar, luchar (...) me desgasta muchísimo, muchísimo, pero tampoco logro cosas, porque sé que hay un abismo y él a los cinco minutos...

Este extracto (S1 339-345) ocurre poco después del primer momento de cambio distinguido entre los turnos 317 y 321 de la primera sesión. Como es de esperar (Aristegui et al., 2005; Reyes et al., 2008), el momento de cambio ocurre con *foco-yo*, y con *marco* psicológico. Asimismo, el episodio de cambio transcurre marcadamente en una conversación con *foco-yo*, que contrasta con otros segmentos de la sesión. Ahora bien, luego del momento de cambio, el *foco-yo* se mantiene cerca de quince turnos (335), luego de los que la paciente vuelve al modo asertórico *él-allá-entonces*. Junto al terapeuta ella comienza a elaborar lo que podrían ser quejas o interpretaciones acerca del estado psicológico de su pareja actual, como se ejemplifica en los turnos 339 y 341. En el turno 340, el terapeuta promueve la conversación *foco-otro* con el diseño de su pregunta, que pide una evaluación del estado psicológico del marido en un momento que han venido construyendo como significativo, haciendo relevante y “preferida” la respuesta del turno 341. Sin embargo, en 342 puede verse un turno, nuevamente compuesto, que invita al cambio del objeto mismo de la conversación (foco). La primera parte del turno consiste en la realización de un acuerdo con la paciente, que es “preferido”, y en la segunda parte el terapeuta propone el cambio de foco, usando la segunda persona singular (“tú”). La segunda parte del dispositivo invo-

lucra mantener el marco utilizado por la paciente – tanto la formulación del contenido proposicional (“esta parada de poder”) como de la actitud frente a la proposición (“le/te gusta”)– pero involucra también cambiar de foco al modificar el “objeto de predicación”: la paciente misma.

De esta manera, la segunda parte de este recurso conversacional, que consiste en realizar un desacuerdo en el *foco* del enunciado, es “debilitada” por el acuerdo en la primera parte. En lugar de cuestionar (p), la mantención de la actitud proposicional aludiendo a una posición en 1ª persona permite indeterninar el contenido proposicional sin cortar la relación. Esto favorece la afiliación entre ambos (*trabajo de cara*) y presumiblemente la aceptación del cambio de foco en los turnos siguientes. Efectivamente, el “no” en el turno 343 tiene un *foco-yo*, así como buena parte del turno 345. Sin embargo, la coordinación de marco no se produjo completamente en este intercambio, y de hecho en la última parte del turno 345 hay un alusión a *foco-otro*, aunque desde una autorreferencia o *foco-yo* que posibilitará un episodio de cambio en turnos subsiguientes.

“**Sí (foco-otro), pero (foco-tú)**”. El siguiente recurso que presentaremos es también una forma de realizar un Desacuerdo Débil, y está compuesto también de dos partes. En la primera parte se gestiona la afiliación paciente-terapeuta a través de la realización de un reconocimiento de lo recientemente dicho (un acuerdo con el *foco otro*-allá-entonces), seguido de una extensión que marca el desacuerdo en el *foco* de la atención conjunta, más que en el contenido o marco.

345. P: todo para que, para lograr su objetivo, en el fondo hacer todo sin ningún esfuerzo y yo creo que ahí el Manuel engancha absolutamente porque ve a su madre ahí, porque su mamá no puede hacer nada, porque nunca ha hecho nada por ella, siempre todo se lo han hecho, entonces pobrecita ella, pero ahí también yo me pregunto hasta, hasta dónde pues, cual es el límite de esto.

346. T: claro, claro

347. P: ¿te fijas?

348. T: ahora, **yo entiendo eso, y también, es cuestionable su posición, tampoco, tampoco es adecuada, te das cuenta, ahora de repente fijate** que me está llegando una cosa importante ¿no? que el puntito que te duele es decir “no me quiere a mí”, y sí quiere a la mamá

349. P: o sea, si él me quiere, pero yo creo que cuando formas pareja es prioridad en esta vida, se formó, ¿te fijas? y yo creo que esa prioridad no la tiene

350. T: o, o la está viendo de otra manera, o la está, o, o de repente, bien, de nuevo imaginemos, de nuevo imaginemos, que es muy importante las explicaciones que yo me doy (P seca lágrimas), ¿ya? porque frente a esta explicación que dices,

no soy prioridad para él

351. P: no

352. T: y mi hijo tampoco, lo que te estoy diciendo es que si yo, si él me quisiera de verdad, yo sería prioridad para él, si no soy prioridad para él, es porque no me quiere, y ahí viene un dolor muy grande

353. P: mh

354. T: porque tú no me estás hablando de que tú te vas porque no lo quieres, tú me estás hablando de que tú te vas porque con todo esto lees que él no te quiere

355. P: o no lo suficiente

356. T: o no lo suficiente

357. P: o de la manera que yo quisiera

En este extracto (turnos 345 al 357) nuevamente ocurren muchas contribuciones al cambio de *foco*, pero nos centraremos por el momento en este dispositivo de Desacuerdo Débil. El segmento se inicia con una unidad construccional de turno con *foco-otro* (345-347), realizando el terapeuta y en realiza un Corte (“ahora”), seguido de un acuerdo en *foco* y marco (“yo entiendo eso, y también, es cuestionable su posición...”) en los turnos 348 al 350. Sin embargo, ese acuerdo es comprendido como parte de una unidad construccional de turno más amplia, que continúa con un desacuerdo (“ahora de repente fijate que me está llegando una cosa importante ¿no? Que el puntito que te duele es decir “no me quiere a mí, y sí quiere a la mamá””). En este punto, cuando el cambio de *foco* ha sido insinuado, la interacción se vuelve problemática; el terapeuta es interrumpido con la *reparación* de la paciente en el turno 349 quien, además, muestra una emoción particular en ese momento (lágrimas). En el turno 350 el terapeuta escucha, reconoce e incorpora dicha intervención en su propia *reparación*, pero mantiene el cambio de *foco* en *yo-aquí-ahora*. Interesantemente, lo hace usando, entre otros dispositivos, la primera persona singular (“las explicaciones que yo me doy, ¿ya? porque frente a esta explicación que dices, no soy prioridad para él”). Aquí se produce un término legítimo de turno, y una invitación a estar de acuerdo o en desacuerdo. En el turno 351, la paciente muestra el acuerdo al decir “no”, y ello también confirma que el *foco* de la conversación se ha co-instituido (es autorreferencial). El tipo de conversación no es ya asertivo, sino expresivo-declarativo, aun cuando el marco lingüístico sea propuesto por el terapeuta tanto en el turno 352 como más adelante en los turnos subsecuentes, a través de formulaciones (Antaki, 2008) y *respuestas candidas* (Pomerantz, 1984).

A lo largo de las transcripciones se pueden observar diversas variantes del Desacuerdo Débil, tal como las dos versiones ya revisadas. Una tercera variante del Desacuerdo Débil es el *condicional*, que es muy similar y tiene la estructura de aceptar el *foco-otro* en el antecedente (acuerdo), que “debilita” el desacuerdo con el *foco* exhibido en el conse-

cuente. El debilitamiento se puede aumentar aún más si el consecuente se formula con tono de pregunta (“Si F(o), ¿entonces F(tú)?”). Una cuarta variante de Desacuerdo Débil es “cuando escucho la palabra ‘agresividad en él’ me gustaría que te preguntes...”; y una quinta es “qué te pasa a ti cuando F(o)?”. Adicionalmente, cada variante puede tener subvariantes, es decir, puede ser formulada de diversas maneras para distintas ocasiones. Por ejemplo, en la versión “Sí (foco-o), pero (foco-tú)” el terapeuta puede mostrar un signo de reconocimiento como “mh” o “ahá” (Jefferson, 1984), y luego pedir que el paciente tome una postura frente a ese contenido, invitando así el nuevo foco autorreferencial (por ejemplo: “Mh, ¿y qué te sirvió de eso?”. Otra alternativa vista es usar otros signos de reconocimiento y luego realizar un contraste que involucre dos maneras de focalizar una misma situación (por ejemplo: “Sí, sí, lo que pasa es que una cosa es (foco-o) y otra (foco-tú)”. Con todo, creemos que todas estas variantes y subvariantes presentan este parecido de familia que hemos denominado aquí Desacuerdo Débil, y cuyo rol consiste en proponer una nueva manera de conversar que es no-preferida en los contextos en que aparece.

### Exhibición de Entendimiento

El tercer recurso que quisiéramos ilustrar en este trabajo se llama *Exhibición de Entendimiento*, y consiste en lo siguiente: el terapeuta puede enunciar una pequeña señal o muestra mediante la cual exhibe no sólo un reconocimiento, sino el haber logrado en ese preciso momento un posible entendimiento respecto de la experiencia del paciente, y que es su deseo querer compartir también ese preciso momento. Por ejemplo, obsérvese el siguiente extracto tomado de los primeros intercambios durante la segunda sesión (turnos 18 al 23), en la que el terapeuta pregunta por la evaluación que la paciente hace de la sesión anterior. Como contexto, la paciente inicia su respuesta con *foco-yo*, expresando que se sintió más “contenta” y “limpia”, y que pese a haber enfrentado situaciones estresantes, sintió “que podía solucionarlo” (turno 14). Sin embargo, como se muestra en 18, comienza a elaborar un turno con *foco-otro* que es interrumpido por un “entendimiento” del terapeuta en el turno 19:

1. P: una opción sí, sí, pero no sé, si él también, pero él también, descubrí yo, también
2. T: ya, como que te dejó tranquila la parte tuya, que tiene que ver contigo
3. P: sí
4. T: ¿cuál fue la parte que hablamos que más sentido te hizo?
5. P: que tú me dijiste, tú lloras, pero te estás, te ves, en realidad la imagen que tú proyectas es otra, no lo que tú sientes
6. T: mh

En la línea 18, a pesar de que la paciente no parece haber terminado su turno, el *foco-otro* ya parece reconocible para el terapeuta. De hecho, en la línea 19, el turno del terapeuta se escucha como una interrupción del turno de la paciente, el cual puede considerarse una invitación a abandonar el *foco-otro* y abrir espacio para retornar al *foco-yo* (“te dejó tranquila la parte tuya, que tiene que ver contigo”). El terapeuta utiliza un recurso (“ya,”) que si bien recuerda al dispositivo de Corte, el modo en que es empleado en este contexto muestra que lo que la expresión tiene es un excedente de significado en su fuerza ilocutiva. La expresión parece hacer un trabajo adicional. En el contexto conversacional, el “ya” se escucha como una manera en que el terapeuta muestra a la paciente que ha comprendido algo que la paciente está tratando de expresar. Resulta interesante que esta partícula es comprendida por ambos como la primera parte de un turno compuesto, es decir, el terapeuta “no puede” solo hacer la Exhibición de Entendimiento y permanecer en silencio a continuación. Si ese fuese el caso, presumiblemente, el terapeuta sería interpelado a dar cuenta o justificar aquella *ausencia notoria* (Hutchby & Wooffitt, 2008). Mediante la utilización de este recurso (Exhibición de Entendimiento), el terapeuta está, pues, constreñido a mostrar a continuación en qué consiste el entendimiento que acaba de obtener. Mediante un uso del modo indicativo, dicha explicitación involucra una focalización en el *self* de la paciente como objeto de referencia. Así, en el turno siguiente (20), la paciente toma posición respecto de sí misma (“sí”). La constitución del cambio a un *foco-yo* queda confirmada cuando el terapeuta, a pesar de hacer una pregunta que en sí misma no constriñe el foco, da por sentado su lugar en la secuencia. Efectivamente, en el turno 22 la paciente usa un marco de segunda persona singular (“tú lloras, pero te estás, te ves...”), pero pragmáticamente el foco es claramente autorreferencial. En el turno 23, el terapeuta valida nuevamente la respuesta con una señal de reconocimiento (“Mh”). Luego de este intercambio, mantienen una conversación con *foco-yo* hasta que terminan de “revisar” la sesión anterior, y es el propio terapeuta el que propone un *foco-otro* para abrir una nueva temática.

En otros lugares de las transcripciones hemos observado que la Exhibición de Entendimiento es realizada con otras palabras similares como “Aah” o “Mmh”, enunciando, primero, estas vocalizaciones con una cierta entonación, y luego, la explicitación del entendimiento con *foco-yo* que completa la unidad construccional de turno.

### Gestión del Asunto

El segmento que acabamos de observar nos permite introducir un cuarto dispositivo: *Gestión del Asunto*. En esta sección introduciremos este dispositivo en la forma de una de sus subcategorías, de-

nominada *Lenguaje Vago*. Como puede notarse, en el turno 19, que hemos designado como crítico en el contexto del cambio de foco, el terapeuta ocupa un modo de hablar que ofrece su propia edición de lo recientemente escuchado, utilizando para dicha formulación algunos conectores que promueven una indeterminación del referente (“como que”; “parte”, “tiene que ver”). En otros lugares de las sesiones es posible identificar una serie de verbalizaciones similares que utilizan Lenguaje Vago. Las más comunes incluyen: “es como”, “como si”, “de algún modo”, “parece que”, “en principio, lo que pasa es que”, “tiene que ver con”, “a lo mejor”, “no tanto eso, sino”, “algo así debe pasar”, “un tema importante”. Adicionalmente, hemos observado este recurso al referir a algún tipo no especificado de objeto/rasgo mental en vías de especificación, como hablar de “esta fortaleza que aparece...” o “esta pena...”. Asimismo, el uso del presente continuo de un verbo no especificado aparece con relativa frecuencia (“para ir comprendiendo/entendiendo...”). Por último, hemos observado el uso generalizado de una multiplicidad de indexicales (ahora, ahí, eso, ese, este, así, más allá, más acá, etc.) y adverbios de cantidad (mucho, poco, más, menos, etc.).

Hemos clasificado toda esta gama de preferencias en la sub-categoría de Lenguaje Vago, cada vez que su uso hace el trabajo de dar una formulación provisoria a algún asunto psicológico del que se está hablando (por ejemplo, una emoción, actitud, etc.). A su vez, hemos clasificado Lenguaje Vago dentro de la supra-categoría Gestión del Asunto. Gestión del Asunto agrupa prácticas conversacionales que permiten gestionar la elaboración discursiva del contenido de la conversación – por ejemplo, el asunto psicológico del cual los hablantes hablan. Dicho de otro modo, el trabajo realizado por la práctica del Lenguaje Vago es una forma de Gestión del Asunto, en tanto facilita que la conversación pueda mantener un *foco-yo* aun cuando el asunto o contenido del cual se habla no esté todavía demasiado claro para los hablantes.

El Lenguaje Vago contribuye en conseguir una focalización conjunta de un contenido psicológico, cuya formulación o marco lingüístico aún no ha podido coordinarse en forma aceptable para los hablantes. Es un “algo”, usualmente un objeto “delicado”, en vías de construcción. Lo interesante es que este uso de un lenguaje en un nivel de granularidad más grueso, presumiblemente contribuya a facilitar acuerdos preliminares en foco-marco que permiten gestionar la intersubjetividad, y que en definitiva pueden considerarse precursores de un momento de cambio futuro.

El uso de lenguaje vago, usualmente en adición al empleo de otros recursos conversacionales dentro de esta misma categoría, permiten al terapeuta posicionarse como una especie de acompañante, simétricamente, o incluso en un lugar de no-saber, para

encuadrar, construir, o “entender” conjuntamente, algún tema de relevancia que está en juego en el diálogo terapéutico. Además del uso de lenguaje vago, dentro de esta misma categoría (Gestión del Asunto) se incluye el uso de *Preguntas Prefaciadas*. Por ejemplo, anunciar que se va a hacer una pregunta antes de hacerla, y luego diseñar la pregunta con un *foco-yo* (“la pregunta que tengo es, [¿foco-tú?].”). Una tercera subcategoría adicional de Gestión del Asunto es otro tipo de turno prefaciado que se denomina *Otorgamiento de Autoridad Epistémica*. En tanto que dispositivo de Gestión del Asunto, su uso también está vinculado a ayudar a encontrar marcos más adecuados o “perspicuos” en cuanto a su capacidad para promover la fuerza expresiva en el conversar psicoterapéutico. Por ejemplo, el terapeuta puede prefaciarse una formulación con *foco-yo* diciendo “cómo te suena si te digo que...”. De este modo, se “debilita” la fuerza asertórica del acto de habla, y se vuelve un modo de afiliación cooperativo. Otros ejemplos observados son frases tales como: “me imagino”, “te vas, entiendo que te vas”. Por último, otra manera en que el terapeuta podrá realizar Gestión del Asunto es a través de la Exhibición de Pensamiento aquí-ahora. Con frecuencia, dicha performance se realiza a través de proferir, durante aproximadamente un segundo, la sílaba “Eh”. A través de ella –y otros componentes no verbales– el terapeuta se posiciona como alguien que está pensando en la unicidad de lo que está ocurriendo en un momento dado; como alguien que está tratando de entender algo “delicado” o “profundo” en relación con el self de la paciente.

## Discusión

El análisis de caso realizado en esta terapia gestáltica nos ha mostrado una diversidad de maneras de hablar que contribuyen a un cambio de foco que invita a hablar autorreferencialmente. En otro lugar (Arístegui, Gaete, Muñoz, & Salazar, 2007), lo hemos descrito como un cambio desde una posición *yo-subsidiaria* a una posición *yo-focal*, siguiendo el esquema desde-hasta en la generación del significado, propuesta por Polanyi y Prosch (1977). Este modelo semiótico permite describir el modo de simbolizar la experiencia en el uso del lenguaje, de modo que una tarea crucial de la terapia queda descrita como la elaboración conjunta de distintos modos de significar y construir sentido, atendiendo a las presuposiciones de marco y foco. Desde esta perspectiva, un momento de cambio se describe como el surgimiento de una nueva configuración, en la que una posición subsidiaria cambia a focal en un marco relacional de acción conjunta, donde el terapeuta y el paciente se posicionan como 2ª persona respecto de la 1ª persona del paciente, o de sus sub-personalidades (Arístegui, 2012). Esta formulación resulta

consistente con la concepción de un sí mismo relacional en la terapia: como un proyecto compartido, co-construido en la relación terapéutica, a partir de la internalización de la conversación de sí con otro en la elaboración y articulación de nuevos modos de ser acordes con el proyecto de ser con los demás y consigo mismo.

En este sentido, la Teoría del Cambio Subjetivo se plantea aquí como una teoría subjetiva–intersubjetiva por cuanto la toma dinámica de posiciones por parte del paciente (formulación subjetiva) es construida desde un espacio de relación intersubjetivo que las hace disponibles en la conversación. Es en este espacio terapéutico en el que diversas posibilidades de ser se hacen disponibles a la relevancia conversacional, de modo que el paciente –y mediante el acuerdo también el terapeuta– toma una posición dialógica con un sí o un no, respecto de una posición sostenida por otro o por sí mismo (Tugendhat, 1992). En lugar de establecer un monólogo o colonización terapeuta-paciente, los recursos conversacionales observados se adecúan a las preferencias del paciente, manteniendo el flujo de la conversación-afiliación (Heritage & Clayman, 2010; Strong, 2007). En este contexto de conversación hermenéutica (Rorty, 1983), en el que se abre la posibilidad de decir algo no dicho aún, se promueve la posibilidad del cambio de foco, como propósito de la acción conjunta que posibilita nuevas posiciones del sí mismo.

Hemos querido poner en primer plano en este análisis distintas versiones de recursos conversacionales que aparecen como los inicios, como los primeros trazos que generan condiciones para invitar con éxito esta manera de conversar que hemos caracterizado como performativa-autorreferencial. En efecto, nos parece que Corte, Desacuerdo Débil, Exhibición de Entendimiento y Gestión del Asunto son dispositivos “pioneros”. Si se nos permite una metáfora, son como machetes abridores de caminos que ejercen una “fuerza” inicial mayor para reorientar la conversación en curso y aplanar la ruta para que otros pasos, más tenues pero más constantes, terminen de delinear el sendero. Lo anteriormente mencionado, lo proponemos en contraste con algunos recursos o maneras de hablar de uso reconocido y bastante generalizado a lo largo de las sesiones (como lo son: los reflejos emocionales; la elección de vocabularios mentales o emocionales en las formulaciones del terapeuta; el uso de palabras que denotan intencionalidad, que involucran el empleo de actitudes proposicionales y asimismo el uso de la segunda persona singular por parte del terapeuta, o incluso el uso autorreferencial de la primera persona por el propio terapeuta; o también el uso de metáforas espaciales, agenciales, de partes o posiciones para referirse y construir un self). Cabe señalar, sin embargo –y como una distinción importante–, que estos dispositivos son común-

mente usados como la segunda parte de una unidad construccional de turno que invita a un cambio de foco, o más aún, como mantenedores del *foco-yo* una vez que este logro conjunto se ha establecido en algún momento dado.

En este encuadre resulta importante considerar que, al menos en los primeros momentos del encuentro terapéutico –probablemente antes de una lograr una alianza terapéutica (Horvath, Altimir, & Krause, 2011; Stiles & Wolfe, 2006), el *foco-otro* es el “preferido” (en el sentido de Pomerantz, 1984). Fenomenológicamente, la *actitud natural* de los hablantes es a hablar con *foco-otro*, de manera que una invitación hacia un *foco-yo* está fuera de la relevancia conversacional.

Siguiendo una estrategia de Análisis de la Conversación, el haber dado cuenta de un *foco-yo* como no-preferido no fue un *a priori*, sino que fue inferido a partir del análisis realizado. En efecto, hemos visto que –al menos en el caso analizado– el *foco-yo* requirió un trabajo conversacional adicional: demoras (como en Corte y en Exhibición de Entendimiento), debilitaciones (como en Desacuerdo Débil), o prefacios, lenguaje indirecto/inferencial, justificaciones (como en Gestión del Asunto). Lo interesante aquí es que este desacuerdo no-preferido se plantea de una manera afiliativa pero, a diferencia del estudio de Pomerantz (1984), no respecto del contenido, sino del foco. En términos de Goffman (1981) diríamos que se trata de un cambio de pie, o *footing*.

En otros lugares (Antaki, 2008), se ha propuesto que la manera menos combativa o más afiliativa de proponer al paciente una visión alternativa (en comparación a confrontaciones, correcciones, extensiones, o reinterpretaciones), es el uso de *formulaciones*. Siguiendo la forma *así-que-tu-dices-X*, Antaki señala que toda formulación es una edición particular para el momento en cuestión: borra algo, selecciona algo y transforma lo seleccionado. Sin embargo, su diseño está hecho para presentarse como si fuese solo un resumen y, en ese sentido, su poder en la secuencia conversacional proyecta o presupone el acuerdo. Interesantemente, dado que las formulaciones son infrecuentes en la conversación ordinaria, su empleo generalizado en psicoterapia sugiere que esta edición local (borrar, seleccionar y transformar) le ayuda al terapeuta.

Antaki (2008) distingue tres tareas que las formulaciones realizan en el contexto de la terapia. Dado que estas tareas ayudan al desarrollo mismo de la práctica terapéutica, Antaki las define como *intereses institucionales*, a saber: interpretar psicológicamente, gestionar el progreso interaccional (por ejemplo: cerrando ciertos caminos de conversación), y como diagnóstico, agrupando síntomas en formas que luego se presten a interpretaciones más ajustadas. Dado que mantener un *foco-yo* puede entenderse también como un interés institucional (una tarea que facilita el desarrollo de la práctica terapéu-

tica), nuestro análisis sugiere un cuarto uso de formulaciones en terapia. En efecto, el dispositivo Gestión del Asunto es una formulación en el sentido descrito por Antaki (2008). Lo interesante a nuestro juicio es que hemos visto que las formulaciones del terapeuta no sólo editan contenidos, sino que proponen un modo de hablar. El uso de, por ejemplo, Lenguaje Vago (“*como que te dejó tranquila la parte tuya, que tiene que ver contigo*”) permite gestionar el proceso. Además de editar contenidos del self (el “mí”), la formulación con Lenguaje Vago permite centrar conjuntamente la atención de los participantes sobre diversas posiciones-yo (Hermans & Dimaggio, 2004).

En este sentido, el presente análisis extiende la discusión planteada en un trabajo anterior (Aristegui et al., 2009), en el que hemos venido proponiendo que el habla autorreferencial supone la generación de una nueva posición-yo, y en ese sentido puede entenderse como un comportarse consigo mismo(a). Hemos visto más claramente aquí, en este microanálisis, que el cambio de foco se hace reconocible –al menos para los analistas–, más que como hablar “de hecho” o “literalmente” en primera persona, como un tipo de hablar con fuerza ilocutiva expresivo-declarativa; en breve, como un modo de hablar que supone una toma de posición frente a lo dicho. Así, un paciente hablando en “primera persona”, de la forma dominante y problemática en que usualmente se comprende a sí mismo (“mi”), no constituye un habla autorreferencial y en ese sentido no lo consideramos un “proceso de cambio”. Interesantemente, esto resulta consistente con orientaciones narrativas de la terapia (Gonçalves, Matos, & Santos, 2009; White, 2007). La invitación al cambio de foco no es una invitación a seguir hablando “acerca de mí”, sino una invitación a tomar posición frente a eso, a pensar/experienciar-con eso (Shotter, 2011). Esta consideración releva la noción teórica de posicionamiento (Harré, Moghadam, Cairnie, Rothbart, & Sabat, 2009), y junto con ello, creemos que abre los resultados a un provechoso diálogo de la Teoría del Cambio Subjetivo con otras aproximaciones a la investigación de procesos de cambio que han dado cuenta del proceso de internalización de la experiencia terapéutica, como por ejemplo, el modelo de asimilación de la experiencia desarrollado por Stiles (2002).

Ahora bien, ¿qué relación podemos sugerir entre los cuatro recursos conversacionales observados aquí, con los episodios de cambio y con los momentos de cambio? En primer lugar, decíamos que al comienzo de cada una de las sesiones observadas el *foco-yo* era no-preferido y, sin embargo, en los episodios de cambio este modo de conversar abunda, y en los momentos de cambio pareciera ser un requisito (Reyes et al., 2008). En el transcurso de las sesiones se observa un progreso en este sentido, en términos de que la conversación autorreferencial se

va haciendo cada vez más familiar. Nos parece que un tópico relevante de investigación futura puede ser el examinar hasta qué punto y de qué manera estas dos conversaciones se relacionan entre sí de diversas maneras. Incluso, es posible pensar la conversación autorreferencial (no preferida) como un funcionamiento fuera del equilibrio, pero “coherente”, siguiendo el modelo de estructuras disipativas propuesto por Prigogine y Stengers (1984).

Sin embargo, nos gustaría más bien poner énfasis en esta discusión en la relación entre los cuatro recursos “pioneros” y los demás recursos mantenedores. En particular, nos gustaría plantear una reflexión final, una hipótesis tal vez, respecto de estos resultados, y su relación con los episodios de cambio. Como hemos planteado, los cambios de foco son particularmente exitosos en los episodios de cambio, es decir, logran *mantenerse* por varios turnos, hasta que se resuelve la temática en un momento de cambio. Es posible pensar entonces que el terapeuta con frecuencia no sólo tiene que invitar a un cambio de foco, sino que una vez conseguido aquello, realiza un esfuerzo especial para *mantener* esta manera de conversar autorreferencial por varios turnos, en lo que típicamente aparece como un episodio de cambio. Más aún, el hecho de codificar los cambios de foco a lo largo de todas las transcripciones, nos ha permitido observar que el *foco-yo* es mantenido con regularidad *después* de un momento de cambio, incluso por largas secuencias de turnos. Tal vez ello sea un aspecto importante de lo que la tradición en psicoterapia ha llamado “elaborar”. Si un episodio de cambio puede conceptualizarse como un segmento de conversación que comienza con el tema al cual el cambio está vinculado, y termina con un momento de cambio en el cual un cambio en el paciente es exhibido, quizás resulte provechoso llamar a lo que sigue a continuación como un *episodio de elaboración*; un segmento de conversación distinguible porque paciente y terapeuta están coordinados en el mismo foco de interés, y ambos están en un tipo de conversación (un “juego”) que consiste básicamente en buscar y encontrar nuevas y mejores maneras, o “marcos”, que sean más perspicuos (Strong, 2008). En el futuro, podría examinarse si en aquellos momentos es el *foco-yo* y no el *foco-otro* el ahora preferido conversacionalmente. Asimismo, es posible examinar si se distribuyen en forma desigual a lo largo del proceso. Nuestra hipótesis es que aumentan progresivamente, y luego es posible que disminuyan a medida que el fin del proceso se aproxima, dando lugar a una distribución en forma de U invertida, que ha sido también referida por otros investigadores (Gennaro, Gonçalves, Mendes, Ribeiro, & Salvatore, 2011).

Adicionalmente, de ser posible el reconocimiento e identificación de tales episodios, y de ser considerados segmentos importantes en términos de lo que pueden mostrar en cuanto a los procesos

de cambio, sería posible explorar también cuáles son los recursos conversacionales más comúnmente empleados en aquellos momentos significativos. Nuestra apuesta provisional es que se utilizan muchos de los dispositivos de cambio a *foco-yo* ya explorados, pero posiblemente más sutiles o sin toda la fuerza performativa. Posiblemente aquí aquellos dispositivos “mantenedores” que no fueron explorados en detalle en este trabajo tengan un rol más protagónico, pero también posiblemente aparezcan más recursos interesantes.

## Conclusiones

En este trabajo hemos caracterizado cuatro maneras en que terapeuta y paciente logran coordinar con éxito (co-instituir) un cambio de foco en su conversación que promueve un modo de hablar recurrente en episodios y momentos de cambio en psicoterapia. En particular, los recursos conversacionales de Corte, Desacuerdo Débil, Exhibición de Entendimiento, y Gestión del Asunto, mostraron ser instrumentos terapéuticos, usos lingüísticos vinculados con procesos de cambio en psicoterapia. Ahora bien, el análisis de estos recursos involucró fragmentar y atomizar maneras de conversar que creemos son parte del arte de la terapia, y debieran ser observadas en las situaciones y contextos particulares en que de hecho son empleadas con éxito; al menos, su rol debiera ser examinado al interior de “moléculas” mayores como son los enunciados en los que aparecen, las secuencias conversacionales en las que dichos enunciados se presentan, considerando los fines institucionales que persiguen. Esperamos que la manera en que hemos presentado los episodios ofrecidos como ilustración de aquellos recursos conversacionales ayude a ver el cuadro más amplio. En definitiva, en ningún caso concluimos que para cambiar el foco se requiera simplemente emplear alguno de estos dispositivos aisladamente. Si se nos permite una metáfora musical, entendemos estos dispositivos más bien como pequeños motivos que contribuyen eventualmente, y probablemente en combinación, a generar frases que en definitiva son distinguibles como parte de una melodía reconocible. Cabe considerar que estos recursos usados en el contexto conversacional para elicitación de la competencia comunicativa del paciente, orientada a la dimensión expresiva, se constituyen en una perspectiva de estudio de patrones de conversación orientados a facilitar la generación de nuevos significados (“autodescubrimiento”) en la conversación del sí mismo. Por ejemplo, un camino interesante lo ofrece el atender a la estructura ilocutiva de adición, simplificación, y operadores para el lenguaje vago, que anticipan la posible emergencia del foco autorreferencial performativo.

Por otro lado, el presente análisis pretende implicar que la presencia, en una terapia exitosa, del uso de un lenguaje performativo-autorreferencial es consistente con la línea de investigación en actos de habla que apunta a la presencia del uso de este patrón lingüístico en momentos de cambio, en distintos tipos de orientación terapéutica (Aristegui et al., 2009; Aristegui et al., 2005; Krause, De la Parra, Strasser y Aristegui, 2006; Krause et al., 2006; Reyes et al., 2008). Por otra parte si bien el análisis ofrecido en este trabajo se circunscribe a un solo proceso terapéutico de orientación gestáltica, el hecho de que esta manera de conversar con *foco-yo* sea saliente en este caso no resulta particularmente sorprendente, como acabamos de señalar en el contexto de la tradición gestáltica de terapia, que prescribe directamente el uso de la primera persona del presente indicativo (Aristegui, 2002). La contribución del presente análisis se restringe a mostrar algunas *posibilidades terapéuticas* (Peräkylä, 2004): maneras en que un cambio de foco *podría* ser facilitado mediante ciertos dispositivos conversacionales. Si hemos de sacar una conclusión más amplia, diríamos que en tanto hay evidencia de que ciertas formas de terapia comparten esta forma de hablar (Aristegui et al., 2009; Aristegui et al., 2005; Stiles, 2002), resultaría investigativamente provechoso poder examinar si estos u otros dispositivos son identificables en otras formas de psicoterapia, y si cumplen algún rol en esta tarea conjunta.

## REFERENCIAS

- Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities: A postmodern approach to therapy*. New York, NY: Basic Books.
- Anderson, H., & Gehart, D. (2007). *Colaborative Therapy*. New York: Routledge.
- Antaki, C. (2008). Formulations in psychotherapy. In A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen & I. Leudar (Eds.), *Conversation analysis and psychotherapy* (pp. 26-42). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Aristegui, R. (2002). Proyecto y performatividad en terapia gestáltica. Motivos -para y actos de habla expresivos. *Terapia Psicológica*, 20, 183-198.
- Aristegui, R. (2012). *Crítica del construccionismo social a la teoría pictórica del lenguaje desde la perspectiva pragmática de la tesis de la indeterminación de la traducción radical*. Tesis Doctoral, Tilburg University, Tilburg.
- Aristegui, R. (2015). De la traducción radical a la indeterminación de la traducción en la comunicación terapéutica. En Fried Schnitman, D., *Diálogos para la transformación: experiencias en terapia y otras intervenciones psicosociales en Iberoamérica* (pp. 152-176) Recuperado de [www.taosinstitute.net](http://www.taosinstitute.net)
- Aristegui, R., Gaete, J., Muñoz, G., & Salazar, J. (2007). *Actos de habla en psicoterapia: la estructura conversacional del cambio*. Paper presented at the 8º Congreso Chileno de Psicoterapia SONEPSYN-SPR, Santiago de Chile.
- Aristegui, R., Gaete, J., Muñoz, G., Salazar, J., Vilches, O., Krause, M., Tomić, A. & Ramírez, I. (2009). Diálogos y autorreferencia: Procesos de cambio en psicoterapia desde la perspectiva de

- los actos de habla [Dialogs and self-reference: processes of change in psychotherapy from the perspective of the Speech Acts]. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41, 277-289.
- Arístegui, R., Reyes, L., Tomicic, A., Vilches, O., Krause, M., De la Parra, G., Ben-Dov, P., Dagnino, P., Echavarrí, O., & Valdés, N. (2005). Actos de habla en la conversación terapéutica. *Terapia Psicológica*, 22, 131-144.
- Austin, J. L. (1982). *Cómo hacer cosas con palabras*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández, O., Pérez, C., Gloger, S., & Krause, M. (2015). Importancia de los Cambios Iniciales en la Psicoterapia con Adolescentes. *Terapia psicológica*, 33(3), 247-255.
- Gennaro, A., Gonçalves, M., Mendes, I., Ribeiro, A., & Salvatore, S. (2011). Dynamics of sense-making and development of the narrative in the clinical exchange. *Research in Psychotherapy*, 14, 90-120.
- Goffman, E. (1981). *Forms of Talk*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Gonçalves, M. M., Matos, M., & Santos, A. (2009). Narrative therapy and the nature of "Innovative Moments" in the construction of change. *Journal of Constructivist Psychology*, 22, 1-23.
- Groeben, N., & Scheele, B. (2001). Dialogue-Hermeneutic method and the "research program subjective theories. *Forum: Qualitative Social Research*, 2. Retrieved from <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0002105>
- Harré, R., Moghaddam, F. M., Cairnie, T. P., Rothbart, D., & Sabat, S. R. (2009). Recent advances in positioning theory. *Theory & Psychology*, 19, 5-31. doi: 10.1177/0959354308101417
- Heritage, J. (1984). *Garfinkel and ethnomethodology*. Cambridge, MA: Polity Press.
- Heritage, J. (2001). Goffman, Garfinkel and Conversation Analysis. In M. Wetherell, S. Taylor & S. Yates (Eds.), *Discourse theory and practice: a Reader* (pp. 47-56). London: Sage.
- Heritage, J., & Clayman, S. (2010). *Talk in action: interactions, identities, and institutions*. Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- Hermans, H. J. M., & Dimaggio, G. (Eds.). (2004). *The dialogical self in psychotherapy*. New York: Brunner & Routledge.
- Horvath, A., Altimir, C., & Krause, M. (2011). Deconstructing the therapeutic alliance: Reflections on the underlying dimensions of the concept. *Clínica y Salud*, 22, 267-283.
- Hutchby, I. & Wooffitt, R. (2008). *Conversation analysis (2nd Edition)*. Cambridge, UK: Polity.
- Jefferson, G. (1984). Notes on a systematic deployment of the acknowledgement tokens "yeah" and "mm hm". *Papers in Linguistics*, 17, 197-216.
- Krause, M., De la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Echavarrí, O., Vilches, O., Ben-Dov, P., Strasser, K., Reyes, L., Altimir, C., & Ramírez, I. (2007). The evolution of the therapeutic change studied through generic change indicators. *Psychotherapy Research*, 17, 673-689.
- Krause, M., De la Parra, G., Arístegui, R., Tomicic, A., Valdés, N., Echavarrí, O., Vilches, O., Ben-Dov, P., Strasser, K., Reyes, L., Altimir, C., & Ramírez, I. (2006). Indicadores de cambio genéricos en la investigación psicoterapéutica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 299-325.
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y cambio. Una mirada desde la subjetividad*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Krause, M., De la Parra, G., Strasser, K., Arístegui, R. (2006). *Facilitando el cambio en psicoterapia: Interacciones comunicacionales efectivas e inefectivas en diferentes modalidades psicoterapéuticas*. Proyecto Fondecyt N°1060768. Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Psicología.
- Martínez, C. (2010). *Análisis Dialógico de la Regulación Mutua en Psicoterapia*. Tesis Doctoral, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- Peräkylä, A. (2004). Reliability and validity in research based on naturally occurring social interaction. In D. Silverman (Ed.), *Qualitative research: Theory, method and practice* (Vol. 2, pp. 283-304). London, UK: Sage.
- Polanyi, M., & Prosch, H. (1977). *Meaning*. Chicago: University of Chicago Press.
- Pomerantz, A. (1984). Agreeing and disagreeing with assessment: some features of preferred/dispreferred turn shapes. In J. M. Atkinson & J. Heritage (Eds.), *Structure of Social Action: Studies in Conversation Analysis*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Prigogine, I., & Stengers, I. (1984). *Order out of Chaos: Man's new dialogue with nature*. London: Heinemann.
- Reyes, L., Arístegui, R., Krause, M., Strasser, K., de la Parra, G., Tomicic, A., Dagnino, P., Vilches, O., Valdés, N., Echavarrí, O., Altimir, C., Ramírez, I., & Ben-Dov (2008). Language and Therapeutic Change: A Speech Acts Analysis. *Psychotherapy Research*, 18, 355-362.
- Rorty, R. (1983). *La filosofía y el espejo de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- Searle, J. R., & Vanderveken, D. (1985). *Foundations of illocutionary logic*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Shotter, J. (2008). *Conversational Realities Revisited: Life, language, body and world*. Ohio: Taos Institute Publications.
- Shotter, J. (2011). *Getting it: Witness-thinking and the dialogical... in practice*. Cresswell, NJ: Hampton Press.
- Stiles, W. B. (2002). Assimilation of problematic experiences. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patients* (pp. 357-365). New York: Oxford University Press.
- Stiles, W. B., & Wolfe, B. E. E. (2006). Relationship factors in treating anxiety disorders. In L. G. Castonguay & L. Beutler (Eds.), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 155-165). New York: Oxford University Press.
- Strong, T. (2007). Accomplishments in social constructionist counseling: Micro-analytic and retrospective analyses. *Qualitative Research in Psychology*, 4(1-2), 85-105. doi:10.1080/14780880701473466.
- Strong, T. (2008). Hijacked conversations in counselling? *Journal of Critical Psychology, Counselling and Psychotherapy*, 8, 65-74.
- Ten Have, P. (2007). *Doing conversation analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Tugendhat, E. (1992). *Autoconciencia y autodeterminación*. Madrid: FCE.
- Valsiner, J. M. (2007). *Culture in minds and societies*. New Delhi: Sage.
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York, NY: WW Norton & Company.
- Wittgenstein, L. (1953). *Philosophical investigations*. Oxford, UK: Blackwell.