Revista Venezolana de Psicología Clínica Comunitaria

Nº 3

Universidad Católica
Andrés Bello
Caracas
2003

REVISTA VENEZOLANA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA COMUNITARIA

Nº 3

Universidad Católica Andrés Bello

Caracas, 2003

Comité de Arbitraje

Se anuncia a los futuros autores que el próximo número de la revista será arbitrada. Se evaluarán los artículos en base a los criterios de: originalidad, validez, relevancia y mérito científico.

El equipo de árbitros estará conformado por:

Árbitros Internos

Aurelio Calvo (UCAB)

Claudia Cos (UCAB)

Karen Cronick (UCV)

Catalina Gisbert (UCV)

Natalia Hernández (UCAB)

Francis Krivoy (UCV)

Oly Negrón (UCAB)

Árbitros Externos

David Ephraim (Universidad Simon Fraser, Canadá)

El presente número de la Revista Venezolana de Psicología Clínica Comunitaria estaba pautado para ser publicado al final del año 2002. Sin embargo, debido a la grave crisis política acaecida en nuestro país, su publicación sufrió un lamentable retraso de varios meses, apareciendo entonces en el 2003.

Director

Juan Carlos Romero

Coordinador

Manuel Llorens

Consejo Editorial

Silvana Campagnaro

David Ephraim

Niksa Fernández

Maritza Montero

Gustavo Peña

Revista Venezolana de Psicología Clínica Comunitaria, Nº 3

Producción: Publicaciones UCAB

Diagramación: Eugenia Pino

Programa de Especialización en Psicología Comunitaria

Dirección General de Post-Grado

Universidad Católica Andrés Bello

Depósito Legal: pp199002df450

ISBN: 1316-886X

Índice

Editorial 7

Sección temática especial: Aproximaciones Construccionistas Sociales y Narrativas en la Psicología Clínica Comunitaria

La terapia como una construcción social: dimensiones, deliberaciones y divergencias. Kenneth Gergen y Lisa Warhus 13

Narración y trastornos mentales graves. Glenn A. Roberts 45

Psicoterapia y la construcción social del potencial. Sheila McNamee 67

Reiniciando el desarrollo en jóvenes de la ciudad. Barbara Silverman 99

Cinco directrices para terapeutas colaboradores. Tom Strong 115

Buscando conversación: nuevas maneras de construir conversaciones terapéuticas en nuestras comunidades. Manuel Llorens 141

Contribuciones

El eslabón perdido: una posible psicología clínica comunitaria. Ana Gabriela Pérez de Antelo. 179

Apuntes para una definición tentativa de la psicología clínica comunitaria.
Pedro Enrique Rodríguez R. 195

Oswaldo Villalobos (1933-2001): semblanza de un amigo.
Julio Velilla, S.J.; Alcira Cerrada y Pascual Cerrada 213

Editorial

Narrativa, creación y gratitud.

I. Rainer María Rilke y Lou Andréas-Salomé fueron amigos entrañables. El primero poeta, la segunda psicoanalista. Por décadas mantuvieron correspondencia. Hoy día disponibles, las cartas son un documento poderoso del afecto más íntimo entre quienes posiblemente jamás imaginaron la conversión de sus palabras privadas en objeto delicioso de la curiosidad de extraños. Esperemos que la fascinación y el respeto que nos producen estas páginas moderen el abuso de la intromisión.

Por parte del psicólogo que se encuentra con las cartas es inevitable un segundo desafuero: concebir ese intercambio escrito como una forma de cura del alma del poeta atormentado que busca apoyo a distancia en la amiga psicoanalista. Permítasenos el desafuero, pues para nuestro beneficio se despliega aquí una veta inagotable de enseñanzas clínicas.

Un sábado de junio, Rilke envía a Andréas-Salomé un poema que escribió ese mismo día y lo acompaña de una nota breve, donde le dice en su tono habitual:

> Pero, qué espantoso es que uno escriba semejante cosa sin darse cuenta de nada, so pretexto de hablar de un recuerdo de la más original intimidad, y que a continuación deje uno la pluma con ansias de revivir una vez más lo fantasmal, pero de manera ilimitada como nunca antes lo había hecho; hasta que, lleno a rebosar de estopa el cuerpo de títere en que uno mismo se ha convertido, se quede con la boca reseca. (Rilke y Andréas-Salomé, 2000, p. 23)[1]

[1] Rilke, R. y Andréas-Salomé, L. (2000). *Correspondencia*. España: Torre de Viento.

En su pronta y también breve respuesta, Andréas-Salomé le expresa como cierre:

> Y me gustaría seguir escribiendo, decir y seguir diciendo: no porque sepa verdaderamente muchas cosas, sino porque los acentos de tu corazón, esos acentos profundos, nuevos, los percibo en lo más profundo de mi alma. (p. 29)

Detrás de la honestidad mesurada está la amiga, la psicoanalista, pero no lo olvidemos, también la lectora.

Como dice Ricardo Ramos (2001) [2], con sus *vidas relatadas* las personas que visitan al psicólogo "nos hacen sentir, pensar, hacer, decantarnos, decidir". Pero está la inevitable contrapartida, con su relato "ellos también sienten, piensan, decantan, deciden y, al final, pueden hacer. Todo ello porque relatar algo es hacer que suceda algo" (p. 21).

Lo que nos cuentan las personas en consulta es una forma de *representar*, es decir palabrear lo que les ocurrió, de manera más o menos apegada a los hechos. El esfuerzo aquí es por entender el *qué*, para colegir la manera de librarlos de las inexorables consecuencias de su pasado. Hay una opción; vislumbrar *cómo* se nos cuenta lo que está pasando a ese ser humano, para ingeniárnoslas juntos y que "el relato transcurra de tal forma que quede una puerta abierta a algo que, todavía, puede hacer él, a pesar de su pasado, de su enfermedad, de sus carencias, de sus relaciones conflictivas y de su estilo de vida" (Ramos, p. 21). Esta última es la *opción constructivista* y, en particular, narrativa.

II. En una conferencia sobre la identidad, el artista Miguel von Dangel, comenta al iniciar su exposición:

> me he apoyado en la Enciclopedia *Brockhaus,* de la edición de 1908 (...) Allí entre las palabras ideal, idealismo e identidad, hasta los *idus* y los idiotismos, idilios e idoneidad, al fin, encontré aquella que eventualmente

[2] Ramos, R. (2001). *Narrativas contadas, narraciones vividas. Un enfoque sistémico de la terapia narrativa.* España: Paidós.

> sea la mejor que logra identifcar, la que quizás me caracteriza mejor que todas las demás.
>
> Me refiero a la palabra idiota.
>
> Y es que soy de los que definitivamente creen en que, de estar de acuerdo con los cuerdos, de estar cuerdo o pertenecer o ser igual a aquéllos que van y tratan o simplemente están de a-cuerdo, que de ser así, nunca habrían existido los que se vieron obligados a crear.
>
> Creamos pues por des-acuerdo (von Dangel, 2001)[3]

Se recogen en este número dos artículos sobre el arduo proceso de definir la psicología clínica comunitaria, de dotarla de *identidad*.

Paz a los restos de la ingenuidad, más lejos que nunca de la idiotez después de von Dangel. Delinear la clínica-comunitaria es un acto de creación inacabada; que nadie lo dude, es un gesto de des-acuerdo.

III. Gratitud para el profesor Manuel Llorens por compartir su tránsito lúcido por los senderos de la postmodernidad.

En especial, gratitud para el maestro Oswaldo Villalobos que se fue y nos dejó su amor por la psicología, el respeto por la filosofía y el compromiso por servir. Esperamos que parte de su legado se reconozca en las páginas que siguen.

Juan Carlos Romero Chirinos

[3] von Dangel, M. (2001). Algunas consideraciones en torno a los términos idealismo, idiosincrasia e identidad. En C.E. Alemán y F. Fernández (comp.). Los rostros de la identidad. Caracas. Equinoccio.

Temática especial

La terapia como una construcción social: dimensiones, deliberaciones y divergencias [1]

Kenneth Gergen y Lisa Warhus [2]

Resumen

El objetivo de este trabajo es identificar varios tipos de pensamiento construccionista social, tal y como aparecen en la teoría y en la práctica de la terapia familiar. Con esto, intentamos localizar temas unificadores, diferencias significativas, cuestionamientos emergentes, y así generar una heurística que desarrolle aún más los recursos teóricos y prácticos de la profesión. Empezamos analizando cuatro enfoques terapéuticos que han surgido del diálogo construccionista: flexibilidad en el punto de vista versus fundamentalismo, conciencia de que los mundos se construyen versus esencialismo, postura colaborativa versus postura de experto, postura que privilegia los valores versus la que privilegia la neutralidad. Después, analizamos cinco formas específicas de hacer terapia que se basan en el construccionismo: las que enfatizan el discurso en lugar de los mundos mentales, la relación en lugar del individuo, la polivocalidad en lugar de la persona como unidad, las posibilidades positivas en lugar de los problemas, y la acción en lugar del *insight*. En ambos casos, centramos nuestra atención en los problemas emergentes y en sus posibles soluciones. Terminamos mostrando cómo puede utilizarse este análisis para generar una reflexividad crítica al igual que nuevas formas de práctica terapéutica.

[1] Este artículo, publicado anteriormente en México, se presenta a los lectores con el permiso de los autores Kenneth Gergen y Lisa Warhus.

[2] Kenneth Gergen es profesor en el Swathmore College y co-fundador del Instituto Taos. Es editor asociado de las publicaciones periódicas: American Psychologist y Theory and Psychology. Así mismo es uno de los representantes principales del Construccionismo Social, sus libros incluyen: *El Yo Saturado* (1991); *Realities and Relationships: Surroundings in Social Constructionism* (1994); y *An Invitation to Social Constructionism* (1999). Lisa Warhus es profesora de la Universidad de Aarhus.

Abstract

Our purpose here is to identify various strands of social constructionist thought as they are represented in the concepts and practices of family therapy. In doing so, we attempt to locate unifying themes, significant differences, emerging questions, and to generate a heuristic for further developing theoretical and practical resources. We begin by discussing four orientations to therapy invited by constructionist dialogues: flexibility in standpoint as opposed to foundationalism, consciousness of constructed worlds as opposed to essentialism, collaborative postures as opposed to expertise, and a value relevant stance as opposed to value neutrality. We then shift attention to five specific forms of practice favoured by constructionist writings. These include emphases on discourse as opposed to mental worlds, on relationships as opposed to individuals, on polyvocality as opposed to persons as unities, on positive possibilities as opposed to problems, and on action as opposed to insight. In both cases we draw attention to emergent problems and their possible resolutions. Finally, we demonstrate how the present analysis can be used to generate a critical reflexivity as well as new forms of therapeutic practice.

Con el nuevo milenio estamos presenciando una convergencia gradual aunque cada día más intensa de conceptualizaciones sobre el proceso terapéutico. En el centro mismo de esta convergencia está la acción humana que genera significados. Cabe señalar que en la relación terapéutica el significado humano es esencial en el proceso de cambio. El humanismo-fenomenológico (1988), el constructivismo cognoscitivo (Neimeyer y Mahoney, 1995), y la teoría de relaciones objetales (Asbach y Schermer, 1987) han sido algunas de las fuentes primordiales en el despegue de este nuevo movimiento terapéutico contemporáneo. Más cercana a la terapia familiar, la teoría sistémica ha sido fundamental, al igual que el grupo de Palo Alto (Watzlawick, Jackson y Beavin, 1967) y la escuela de Milán, que han contribuido enormemente al cumplir los ideales sistémicos de darle importancia al lenguaje.

El diálogo sobre el significado se ha ido extendiendo hasta alcanzar a la comunidad terapéutica, que día a día se involucra más en él. Este diálogo sesudo alrededor del construccionismo social está muy presente en la comunidad intelectual más amplia. Ha resultado en un cambio, inestable pero persistente, dentro del movimiento sistémico hacia una concepción consensual sobre la semántica. Este movimiento se aleja de la idea tradicional que ubica

el significado en la mente individual para postular que son las relaciones las que lo crean. Pasa así de una construcción individual a una construcción social. Para algunos, este es un cambio sutil y los ajustes a él son menores. Sin embargo, en su forma más radical, es un cambio que subvierte, nada más y nada menos, todos los fundamentos del pensamiento y la acción terapéuticos. A decir verdad, ha sido mucho el antagonismo que ha provocado este movimiento hacia una construcción social del significado (Sass, 1992; Held, 1996; Lannamann, 1998), lo que no impide los cuestionamientos productivos: ¿si existen, cuáles son los hilos importantes que unen a estos movimientos?; ¿hay diferencias entre ellos?; ¿cómo puede un cambio construccionista empobrecer y/o enriquecer las tradiciones terapéuticas existentes?; ¿deberíamos querer un tipo único de tratamiento?; ¿cómo podemos conciliar estos enfoques con los que tradicionalmente utilizan los organismos de salud mental para hacer un diagnóstico?; ¿qué se gana y qué se pierde con este cambio?

Este contexto de fermentación y auto-reflexión hizo posible este trabajo. A continuación intentamos, primero, delimitar algunos de los supuestos básicos presentes en los diálogos emergentes sobre el significado relacional, luego, esclarecerlos al compararlos con los tradicionales, y finalmente, tratar algunos de los problemas importantes que surgen de ellos. Esperemos que esto ayude a entender más claramente la gran familia de supuestos entrelazados a los que se suscriben los participantes en estos diálogos. No intentamos, con esto, presentar una nueva base para la terapia, ni formular algún canon sobre la "terapia postmoderna"; sería contrario al construccionismo social. Por el contrario, esperamos poder contribuir algo a las conversaciones generativas, a las sensibilidades en maduración, y al surgimiento de nuevas prácticas terapéuticas. Esto último se cumplirá cuando esta estructura analítica se utilice como una heurística que servirá para enriquecer la práctica terapéutica.

La construcción social y la postura terapéutica

Para facilitar el análisis, primero consideraremos las cuatro transiciones que caracterizan el concepto de la terapia como un proceso de construcción

relacional. Si bien estas transiciones tienen implicaciones prácticas, no se centran tanto en técnicas específicas, sino que buscan estimular la sensibilidad terapéutica, invitar a que se delibere sobre las opciones, y provocar una reflexión sobre el proceso en marcha.

Del énfasis en los fundamentos a la flexibilidad

Los enfoques terapéuticos tradicionales derivan de los fundamentos racionales del conocimiento. Típicamente, éstos se ubican dentro de la concepción empírica del conocimiento, aunque también abarcan el *zeitgeist* del modernismo cultural. Dentro de esta tradición, sólo por medio de la observación directa se comprueba que se sabe lo que se pretende saber. Es el análisis riguroso el que permite entender el comportamiento normal y el patológico verdadera y objetivamente. Es más, es la continuidad en la investigación la que permite conocer cuál práctica terapéutica será la más eficaz en el tratamiento de la anormalidad. Por eso, hay un sinfín de candidatos que buscan encontrar la verdad sobre las personas, las disfunciones y la cura, pero sólo la investigación empírica reduce su número a uno solo.

En cambio, para el construccionista social, las teorías sobre el comportamiento humano no se construyen ni se derivan de la observación, sino que surgen de la estructura misma del conocimiento. Esto es, las convenciones de inteligibilidad que comparte un grupo específico son las que determinarán cómo se interpreta el mundo que se observa. Así, un terapeuta psicodinámico encontrará evidencia de deseos reprimidos, mientras que un terapeuta cognoscitivo ubicará el problema en la forma en que el individuo procesa la información, y un terapeuta familiar lo hará en los patrones comunicacionales que tiene la familia. Puesto que las teorías proporcionan la base para una construcción del mundo, no hay manera de que entre ellas se utilicen las pruebas empíricas. Cada *prueba*, inevitablemente, construye su propio mundo de los hechos considerados como relevantes. Lo mismo sucede con el análisis por resultados, ya que un resultado positivo puede significar una regresión o la exacerbación del problema, dependiendo del enfoque.

Basado en este razonamiento, el construccionismo invita a abandonar la búsqueda de fundamentos –ese punto de vista único y singular que predomina sobre los demás–. Invita a abandonar la competencia que ha durado tanto entre las diferentes escuelas de terapia, al igual que todas esas posturas que tienen que ver con diagnósticos fijos, *mejores terapias* y comparación de resultados. En realidad, esto implica poner en tela de juicio al construccionismo mismo como filosofía final (Doan, 1998). Pero, si pensamos positivamente, si podemos ver a las diferentes escuelas como comunidades semánticas, cada escuela podrá poseer un potencial para el cambio. Cada una ofrecerá una apertura a la vida. Lynn Hoffman capta esto mismo cuando propone que las teorías representan lentes que nos obligan a entender que lo que es *inmutable y eterno* puede verse de otra manera: "El abandono de absolutos morales y científicos es el precio que paga el construccionista social por obtener una mayor posibilidad de elección". Asimismo, Cecchin, Lane y Ray (1992) aseguran:

> "al tener demasiada fe en una sola posición, en una sola historia, se corre el riesgo de crear una realidad terapéutica empobrecida e inflexible, por lo que nos preguntamos: ¿cómo podemos aprender a ser desleales a una historia cuando deja de sernos útil? (p.14).

En cuanto a la práctica terapéutica, se invita al terapeuta a enriquecerse con la inteligibilidad terapéutica, a hacer uso de todo lo que le sirva de su contexto inmediato. Bajo estos términos, no existe un solo *método construccionista social* de terapia. Cuando se formaliza un método –cuando se canonizan sus conceptos– se congela el significado cultural. Esto implica que la construcción eficaz de un significado en el presente va a permanecer a través del tiempo, de las circunstancias, y del contexto de la interpretación. Quiere decir, también, que no está bien fundamentada la crítica de la comunidad terapéutica o sea, que este campo lleno de multiplicidades y de cambios continuos muestra una gran confusión y falta de conocimiento real. Esta riqueza en la inteligibilidad y la capacidad que tiene la comunidad terapéutica de constantemente remodelar el conocimiento representa una fuerza muy significativa.

Sin embargo, esta postura tiene implicaciones aún más radicales que el eclecticismo teórico y práctico. La tradición fundamentalista privilegia el

diagnóstico del profesional sobre el de la cultura común. Se supone que, culturalmente, la comprensión de los problemas humanos está llena de prejuicios, malentendidos y supersticiones, mientras que la del profesional es mucho más exacta y abarcativa. Para el construccionista, en cambio, una *comprensión más exacta y objetiva* deja de tener vigencia. Todo conocimiento es una construcción, una construcción que está inmersa en una cultura. Por lo tanto, la terapia eficaz requiere –y es normal que lo haga– discursos múltiples, incluyendo el cultural. Por esta razón, preparémonos para ampliar radicalmente el dominio del significado. Por ejemplo, el discurso espiritual (Griffith y Griffith, 1992; Richards y Bergin, 1997; Butler, Gardner y Bird, 1998). Para la mayoría, éste es un discurso muy poderoso. Sería una miopía terapéutica restarle importancia. Por lo tanto, el terapeuta más completo será el que incluya el discurso romántico, el de la Nueva Era (*new age*), el del marxismo, el del budismo Zen, entre tantos otros. El terapeuta hábil deberá sentirse cómodo con el lenguaje de la calle, del deporte, del antro y de Lacan. Porque cada inteligibilidad nueva enriquece el rango y la flexibilidad de la interacción. Este es el pensar del terapeuta construccionista.

Sin embargo, esto no quiere decir que las bases teóricas de nuestra profesión carecen de mérito, ni que hay que dejar de interesarnos en los resultados terapéuticos. Las teorías son primordiales, pues ofrecen alternativas difíciles de encontrar en nuestra sociedad. Las teorías terapéuticas, especialmente, constituyen una de las innovaciones más importantes del siglo XX. Han contribuido enormemente a nuestra comprensión de la acción humana. En este sentido, la teoría que no toma a la cultura en cuenta puede llegar a ser una fuerza incalculable en la terapia. Restarle importancia al sentido común equivale a retar fuertemente al status quo y a los convencionalismos, imponiendo así una forma de análisis auténticamente nueva. De igual manera, el abandonar las bases teóricas no implica dejar de cuestionar los resultados (Amundson, 1996). Cada resultado, desde la reducción del consumo de alcohol, la violencia intrafamiliar, o la depresión, hasta la promoción del desarrollo personal y la conciencia de los arquetipos, refleja una tradición, una forma de vida, un valor. El intento construccionista, entonces, no representa un abandono de los valores tradicionales; más bien, 1) amplía el rango de los valores considerados, puesto

que cualquier resultado puede ser visto como positivo; y 2) moviliza diálogos donde se discuten los valores, o los resultados. Así, tomar en cuenta criterios múltiples sobre el *estar bien*, no sólo amplía el dominio de *lo adecuado* sino que genera un mayor discernimiento sobre *lo bueno*: dónde, cuándo y para quién.

Del esencialismo a la conciencia de una construcción

Como ya se sugirió anteriormente, la tradición terapéutica modernista se basa en el concepto de la verdad. De allí que en la terapia se intente localizar *el problema real, las causas de la dificultad, las fuerzas subyacentes, las estructuras determinantes,* además de evaluar los efectos de otras técnicas y resultados terapéuticos.

En cambio, para el construccionista no existen problemas, causas, fuerzas, estructuras, que no se deriven de las interpretaciones basadas en el pensar común. Por supuesto, esto no significa que *nada existe* o que *nunca se puede conocer la realidad* –los malentendidos corrientes del construccionismo–, sino que al intentar articular lo que existe, al ubicarlo en el lenguaje, penetramos el mundo de los significados generados socialmente. Así, es más útil afirmar que el construccionismo se opone a la tendencia a esencializar el lenguaje; o sea, se opone a usar las palabras como si fueran imágenes, mapas o réplicas que existen independientemente del que interpreta. Bajo esta premisa, el construccionismo nos ayuda a recordar el aforismo que tanto amaba Gregory Bateson: *el mapa no es el territorio.*

Desde que Freud descubrió la represión, uno de los pilares de la profesión ha sido la tendencia de los terapeutas a dictaminar que sus clientes no pueden acoplar la descripción de su ser y de su mundo con el territorio. Hasta hace muy pocos años, la mayoría de las escuelas de terapia han aceptado que el territorio existe y que las palabras funcionan como mapas. Sólo bajo estas premisas se pueden entender términos como *delirio, distorsión, mala percepción, atribución equivocada*. Por el contrario, el construccionismo permite percibir estos términos horizontalmente, en lugar de verticalmente, es decir, como

indicadores de una forma distinta de construir el mundo, por oposición a una forma *superior*. Cuando se califica a una persona de delirante, principalmente lo que se quiere decir es que no se está de acuerdo con su interpretación. Un ejemplo del cambio a la horizontalidad lo da la escuela de Milán, particularmente su técnica del interrogatorio circular. La pregunta circular no presume revelar *lo que existe*, sino generar información que haga una diferencia en la manera en que la familia entiende su situación (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Pratta, 1980). Sucede algo similar con la terapia breve, la de de Shazer (1993, 1994) por ejemplo. Por eso, Berg y de Shazer (1993) proponen: "los significados adquiridos en una conversación terapéutica se desarrollan más a través de una negociación que a través de develar lo que 'realmente' sucede" (p.7).

Este énfasis sobre la realidad construida conlleva una advertencia. El construccionismo sí reconoce la importancia de la verdad en su contexto. Toda comunidad de interlocutores tiende a esencializar el discurso común, gracias a lo cual se sostienen las tradiciones de la comunidad. De allí su importancia. Esta bebé se puede llamar Diana, éste David. Y sí, los nombres son arbitrarios, pero el movimiento hacia la esencialización (por ejemplo, Diana es mi hija, David está en el colegio) es necesario para mantener el orden, en la familia, en la escuela, en la amistad, etc. De igual manera, si bien *lo que existe* no requiere el lenguaje de la biología, un acuerdo entre profesionales sobre la utilización del lenguaje de los genes y de los cromosomas es esencial para la fertilización *in vitro* y las pruebas del ADN.

Más aún, estar conscientes de las construcciones no quiere decir que los terapeutas deban deconstruir la realidad del paciente. Una terapia efectiva no necesita de una crisis ontológica; de hecho, si es efectiva probablemente dejará intactas las creencias del cliente. Harlene Anderson (1997) explica: "mi rol como terapeuta es participar, junto con el cliente, en un relato lingüístico hecho en primera persona sobre los eventos y vivencias importantes en su vida" (p.114). Tom Andersen (1991) escribe también: "Si las personas están expuestas a lo usual tienden a permanecer igual. Si se topan con algo in-usual, puede que se inicie un cambio. Si lo nuevo es demasiado inusual se cierran" (p.9). Así, es muy útil la postura que toma conciencia de las construcciones,

siempre y cuando se eviten los juicios sobre la realidad, cada vez que ésta –esencializada o aceptada sin pensar– se vuelva demasiado dolorosa o problemática. Si parece imposible resolver el *problema* del cliente, puede ser que deconstruir su significado sea lo esencial para su reconstrucción.

De la creencia de ser experto a la colaboración

Ya se expuso en párrafos anteriores que no existe justificación alguna para que el profesional crea que posee conocimientos trascendentales sobre la disfunción o la cura. De hecho, todo conocimiento surge de su inmersión en la cultura y en la historia. Este es el contexto dentro del cual la teoría construccionista invita a que el terapeuta considere alternativas a la posición tradicional de autoridad, y que tome una posición de colaboración al acercarse al cliente. No hay nada banal en este cambio. Como lo indica Hoffman (1993):

> el cambio de un estilo jerárquico a un estilo colaborador es radical. Equivale a un cuestionamiento franco de la estructura lineal que prevalece en el campo de la medicina que se conoce como salud mental; es una bofetada a los siglos de un proceder tradicional en Occidente» (p.4).

Tom Anderson (1995), a su vez, habla de *heterarquía*, apunta: "la jerarquía gobierna desde arriba hacia abajo mientras que la heterarquía lo hace a través (...) de una relación 'democrática' o 'igualitaria" (p. 18).

Algo controvertidamente, Anderson y Goolishian (1992; Goolishian, 1992; Goolishian y Anderson, 1997), en su enfoque de *sistemas de lenguaje colaborador*, proponen un asociación colaboradora con el cliente, donde el terapeuta es alguien que *no sabe*. Esto se basa en

> la creencia de que el terapeuta no tiene acceso a información privilegiada, que nunca podrá entender al otro completamente, por lo que siempre necesitará que el otro le informe, siempre tendrá que aprender más sobre lo que se dice y lo que no se dice... la interpretación sea siempre un diálogo entre el terapeuta y el cliente, no el resultado de narrativas teóricas predeterminadas (Anderson, 1997, p.134).

Esto no significa que el terapeuta carece de habili-dades valiosísimas que aporta a la relación; significa que estas habilidades no se deben a que sea un experto en los relatos explicativos y descriptivos que hace de la terapia. Su habilidad radica más bien en saber cómo y no en saber qué..., en su fluidez dentro de la relación, en su capacidad de colaborar en la creación de futuros nuevos.

Muchos terapeutas construccionistas se oponen terminantemente a las opciones estratégicas tradicionales. Por lo general, las intervenciones estratégicas son vistas como monológicas (por oposición a dialógicas), porque son dictadas por el punto de vista exclusivo del terapeuta. El especialista colaborador está convencido de que una acción estratégica de este tipo no sólo es manipuladora sino que genera una participación poco auténtica dentro de la relación terapéutica. Sin embargo, nuevamente cabe señalar: el construccionismo no está en contra de nada. Parece evidente que a nadie le gustaría abandonar una *deliberación racional.* Por eso, en lugar de olvidarnos por completo de la orientación estratégica podríamos optar por diálogos de diferencia; o sea, poder discutir cuándo la intervención estrátegica es benéfica y cuándo no. Esta sería la manera de ubicarla dentro del vocabulario de lo posible.

De la neutralidad a la relevancia de valores

Desde el punto de vista modernista-empírico la terapia no debería funcionar como foro político, ideológico o ético. El buen terapeuta, como el buen médico, debe observar atentamente lo que sucede, reflexionar cuidadosamente sobre lo que ha observado y no hacer juicios de valor. Sin embargo, esta posición de neutralidad con respecto a los valores ha sido criticada durante años. Szasz (1970), Laing (1967) y otros participantes en el movimiento antipsiquiátrico nos han creado conciencia sobre cómo algunos terapeutas bien intencionados pueden contribuir a la opresión. Conjuntamente con Foucault (1979), quien critica los efectos *disciplinarios* de ciertas prácticas terapéuticas, analistas recientes han atacado la manera en que ciertas terapias y categorías diagnósticas promueven el sexismo, el racismo, el individualismo, la opresión de clases etc. (Cushman, 1990; Hare-Mustin, 1994; James y MacKinnon, 1990).

Desde el punto de vista construccionista, una posición de neutralidad también tiene consecuencias éticas y políticas (MacKinnon y Miller, 1987; Taggart, 1985). El trabajo terapéutico necesariamente implica una forma de activismo político y social, se reconozca o no. Y cualquier acto dentro de una sociedad crea su futuro, para bien o para mal.

Una vez enterados de la relación que existe entre las construcciones terapéuticas y los valores sociales, muchos terapeutas deciden explorar las implicaciones de una terapia comprometida política y éticamente. Así, en lugar de abogar por la neutralidad, asumen sus valores y los hacen su *raison d'être* terapéutico. Entre otras, tenemos el ejemplo de la terapia comprometida con retar al orden dominante (White y Epston, 1990); o la que lucha contra la opresión femenina o contra los estereotipos de género (Ussher, 1991; Watson y Williams. 1992).

No debe faltar el ojo crítico a los movimientos que promueve el diálogo construccionista. Por ejemplo, existe una fragmentación angustiante como consecuencia de ellos. Por otro lado, hay múltiples terapias que prometen el acceso a un nivel moral superior, en cuya cúspide se aíslan indignadas. Fácilmente esto podría llevar a una peligrosa belicosidad. Además, iría en contra de la premisa construccionista que postula la pluralidad de realidades. Esta animosidad generalizada al estilo Hobbes no haría más que bloquear la apertura, pues reprimiría todas las posturas menos una. De allí la importancia de la premisa construccionista de que los postulados éticos o políticos no tienen fundamento alguno, ni justificaciones finales. Porque lo que impera es la autorreflexividad y la curiosidad ante las diferencias. Esto no significa, sin embargo, que se deban evitar posturas que privilegien los valores. Como ya se mencionó anteriormente, inevitablemente la cultura nos enmarca. Por otro lado, tampoco se trata de abandonar la búsqueda hacia una sociedad mejor. Sin embargo, es cierto, el construccionismo elimina el concepto de una autoridad mayor, justamente aquélla que se utiliza tan eficazmente para callar o aniquilar voces que difieren de la nuestra (Pare y Sawatzky, 1999), al mismo tiempo que promueve un diálogo mutuamente transformador entre clientes y terapeutas.

La construcción social y la práctica terapéutica

Como ya dijimos, el diálogo construccionista promueve cuatro transiciones importantes en la posición y en los objetivos terapéuticos, a saber: flexibilidad, conciencia de construcción, colaboración, y relevancia de los valores. Y más aún: promueve todo una rango de prácticas terapéuticas. A continuación trazaremos estas prácticas emergentes, junto con una re-teorización construccionista sobre la práctica tradicional, los problemas, y el potencial ante nosotros. Son cinco las dimensiones de cambio a tratar.

De la mente al discurso

Primera dimensión. La terapia tradicional se concentra en los estados mentales del individuo. Por lo tanto, la meta del terapeuta, sea psicoanalítico, rogeriano o constructivista cognoscitivo, es transformar la mente individual. Por el contrario, en los diálogos emergentes sobre la construcción social del conocimiento se ha dado un cambio, donde el significado que *cada uno tiene dentro de su cabeza* se ha convertido en el significado *entre personas*. Sluzki (1992) dice: pensemos en la terapia como un proceso de "transformación discursiva". Así, si el significado se genera principalmente dentro del proceso lingüístico, es necesario centrar la atención en estos procesos (Kogan y Brown, 1998).

El paso hacia el discurso le ha abierto la puerta a muchas innovaciones terapéuticas. La mayoría de ellas encaja perfectamente con el interés de las ciencias sociales por la narrativa, que consiste esencialmente en construir el *self* y el mundo a través de historias (Bruner, 1986; Sarbin, 1984; Polkinghorne, 1988). Somos testigos, pues, de un movimiento narrativo posmoderno en terapia, como lo llama McLeod (1997), que terapeutas como White y Epston (1990), O'Hanlon (1993), han desarrollado. Este movimiento que ha ido creciendo de más en más (Parry y Doan, 1994; Zimmerman y Dickerson, 1996; Freedman y Combs, 1996; Larner, 1996; McLeod, 1997; Neimeyer, 1999), privilegia la forma en que el *self* y el mundo se construyen a través del lenguaje

y lo que estas construcciones implican con respecto al bienestar del cliente. El consenso establece que los sucesos vitales no determinan nuestra forma de conocer, sino que más bien son las convenciones lingüísticas las que determinan lo que cuenta en la vida y cómo se le debe evaluar. Esta fuerza lingüística ha disparado el uso terapéutico de la metáfora (Combs y Freedman, 1990; Pare, 1996; Schnitman, 1996; Snyder, 1996; Sims y Whynot, 1997), de la combinación de la narrativa con la metáfora (Goncalves, 1995) y la ayuda terapéutica que implica el escribir cartas (Penn y Frankfurt, 1994; Bacigalupe, 1996; Lange, 1996).

Vemos, pues, que hemos avanzado mucho en este terreno, aunque no por eso debemos perder de vista sus peligros y sus limitaciones. Porque esta conciencia construccionista, no elimina nuestra tendencia a objetivizar el discurso, o sea, a pensar que la narración de una historia está presente *ahí en la naturaleza*, olvidándonos que es tan sólo un tema de conversación. Solamente al entender que el *discurso público* es *una forma más de nombrar al mundo* podemos sentirnos libres de utilizar alternativas. Por ejemplo, habrá veces en que sea mejor pensar que el discurso es una manifestación de la psicodinamia. Si mantenemos una postura reflexiva podremos ver hasta el construccionismo como una perspectiva más. Así, ningún enfoque podrá negar la existencia de sucesos mentales (por ejemplo, la experiencia, las emociones), pero sí podrá pasar de la exploración de la mente y de la vida emocional en toda su profundidad a las consecuencias que tiene el hablar en esos términos (Gergen, 1999).

Es más, se tiende a pensar que el discurso es propiedad individual, puesto que el significado surge de la conciencia individual. Pero esto debilita la premisa construccionista de que el lenguaje es relacional y pragmático, surgido no del interior de cada individuo sino de la relación entre dos o más personas. A esto se suma otro problema: el pensar que el cambio en el discurso es una cura. Muchas veces creemos que mejorar equivale a aprender a ver la vida de diferente manera, porque el *self* cambia la historia, la narra de una manera diferente, indicando que de estar determinados por la cultura pasamos a estar determinados por el *self*. Esto nos viene del legado individualista que postula que si cambia el pensamiento cambia la acción, entendiendo así el significado como una fuerza originaria. Sin embargo, la narrativa y la metáfora,

en el sentido construccionista, son tan sólo una forma de discurso, no determinan nuestra acción, son únicamente recursos que nos sirven para generar significados conjuntos (Gergen y Kaye, 1992; Newman y Holzman, 1999). Si aceptamos que las historias que nos contamos son acciones sociales, podremos cuestionar el valor de una sola narrativa de vida, ya que bloquea nuestra capacidad relacional y hace menos probable que la narrativa terapéutica sobreviva en nuestra sociedad (más adelante hablaremos de esto).

Finalmente, cabe señalar que muchas terapias emergentes pierden fuerza por la definición tan limitada que tienen del discurso, que es visto principalmente como un lenguaje hablado y escrito. La tradición nos facilita este camino, dada la literatura tan amplia sobre semiótica, teoría literaria, retórica y lingüística. Sin embargo, es reduccionista: reduce el discurso a simples afirmaciones habladas o escritas por un solo individuo. Además, borra el proceso relacional de donde surgen los significados, ya que las palabras no significan nada en sí mismas; sólo su fluir en el intercambio lingüístico permite discernir su origen, su riqueza o su pobreza de significado. Más aún, si privilegiamos la palabra le robamos al discurso todo lo que es característico de la persona o de la situación y, con ello, empobrecemos su inteligibilidad. No sólo se habla con palabras, sino con expresiones faciales, gestos, postura del cuerpo, vestido, etc. Por lo tanto, es importante agregar esta dimensión. No hay que objetivizar ni la visión más amplia ni la más restringida del discurso, sino extender su alcance con cada nueva faceta semántica.

Del *self* a la relación

Segunda dimensión. La idea de privilegiar el estado mental proviene del postulado moderno que percibe al individuo como átomo. Al igual que se cree que el conocimiento surge de la cabeza del individuo, las instituciones modernistas como la democracia, la educación pública y la jurisprudencia se centran también en él; en sus decisiones, pensamientos, valores, acciones... La mayoría de las prácticas terapéuticas del siglo XX han aislado al individuo para curarlo; y sus relaciones con los demás se deducen a través de lo que en privado dice

de ellas. Así, su *self* independiente es la materia prima con la que construye sus relaciones, que son elementos secundarios o artificiales. Si tomamos en cuenta lo antes dicho, las dinámicas de grupo y la terapia familiar ofrecen alternativas interesantes, aunque, nuevamente, muchas de estas terapias siguen viendo la relación como un derivado del proceso psicológico individual.

La transición construccionista de la mente al discurso le ha dado un lugar central a la relación. Wittgenstein (1953) afirma: no puede haber un lenguaje privado, pues todo un enjambre de significados individuales y privados harían imposible la comunicación. De hecho, el lenguaje es fundamentalmente un fenómeno relacional, como lo es saludarse de mano o bailar tango, no se puede hacer solo. O como dice Shotter (1984): el lenguaje no está compuesto de la acción individual sino que es una acción con-junta. Bajo esta premisa, entonces, el significado no está ubicado dentro de la mente del individuo sino que emerge continuamente del proceso relacional (Gergen, 1991, 1994). Este es el contexto que permite entender la co-construcción, como ya lo mencionamos. Porque es dentro de la relación cliente-terapeuta donde surgen los significados.

Sin embargo, aunque muchas de las prácticas terapéuticas aquí incluidas enfatizan esta premisa, el énfasis en la relación, por oposición a la mente individual, tiene alcances mucho mayores. Sirve pensar en círculos concéntricos de relación que nacen con la relación cliente-terapeuta y se amplían a la familia inmediata, a los íntimos, etc. El primer nivel tiene que ver con las relaciones tempranas, de acuerdo a algunas terapias. Como lo propone Mary Gergen: todos cargamos con *fantasmas sociales*. Para profundizar más en este terreno Penn y Frankfurt (1994) le piden al cliente que le escriba al ser querido que ha perdido. Otras terapias amplían el círculo tomando en cuenta a la comunidad más amplia - como el trabajo y la iglesia. En Suecia, lo hace Egelund, en su *terapia comunitaria*, e incluye a padres, maestros, trabajadores sociales, y todos aquéllos cuya opinión puede esclarecer el problema. Por último, algunas terapias se centran más en la relación del individuo con su contexto social - que incluye instituciones de poder y tradiciones culturales de opresión. De igual manera, la *terapia social* de Newman y Holzman (1999), por ejemplo, vincula el problema individual con la condición social más amplia - relaciones raciales, oportunidades de empleo y acción comunitaria.

Con todo y su fuerza innovadora, esta práctica terapéutica centrada en la relación requiere toda nuestra atención. Por un lado, está el peligro constante de que resurjan las metáforas sociales deterministas donde el individuo aparece como víctima de la sociedad; donde, si ha de tener éxito, tiene que luchar contra los demás para escapar de sus garras. El determinismo se basa en la definición tradicional de relación, o sea, *una asociación entre cosas*. De allí que consideremos la relación del individuo con el otro como una relación entre entidades individuales. Ha habido intentos para ir más allá de esta conceptualización, como la propuesta de que la relación es anterior al individuo hecha por Kenneth Gergen en 1998. Pero el proceso es lento. El determinismo cederá a medida que se instale en el encuadre terapéutico. Como dice Kathy Weingarten (1998): "Estoy sujeta a la misma construcción y destrucción de mundos que todos los demás. Jamás podré ubicarme como alguien objetivo que está allá afuera y tendré que asumir que soy tan sólo un participante" (p.5).

Por último, cabe subrayar la dirección anti-totalitaria del construccionismo. Sin embargo, si bien le damos centralidad a lo relacional es importante no cometer el error de reificarlo. La relación no debe reemplazar al individuo como *lo verdaderamente real* (Pare y Sawatzky, 1999). El cambio a lo relacional nos abre a prácticas nuevas, pero no por ello debemos abandonar la exploración del *self*, nuestras emociones, recuerdos, deseos. No hay nada en el construccionismo que busque la destrucción de las tradiciones. Por el contrario, es un enfoque que nos abre a la exploración del *self*, aunque no es la única, ni la esencial. El círculo, también, puede abarcar las relaciones significativas.

De la singularidad a la polivocalidad

Tercera dimensión. A las terapias tradicionales les fascina la metáfora de lo singular y lo unificado. Se han comprometido con la idea de que existe una sola verdad. Lo ideal, dicen, es que las diferentes pretensiones al conocimiento se sujeten al proceso de limpieza que proporcionan la evidencia y la razón, pues con eso se acaban los equívocos y se accede a la mejor y a la única

evaluación válida sobre la verdad. Más aún, el ideal tradicional del *self* afirma que posee un mundo mental coherente, integrado, y unificado. De allí que se hable peyorativamente de *tensiones psicológicas, disociación mental, trastorno de la personalidad múltiple o esquizoide.* Sin embargo, el construccionismo pone en tela de juicio a estos romances tradicionales con la unidad. Acepta que existen diferentes construcciones de lo real –cada una válida dentro de su propia comunidad– lo que le quita vigencia al concepto de una *verdad única y coherente*, pues es simplista y potencialmente opresora. Además, puesto que las personas están inmersas en múltiples relaciones –cada una construyendo su identidad y su mundo a su manera– no encuentran atractivo el ideal del *self* unificado; hasta lo pueden ver como poco adaptativo (Gergen, 1991). Para poder florecer bajo estas condiciones, quizás sea necesario desarrollar una personalidad al estilo de Proteo, como lo propone Lifton. Y es dentro de este contexto cultural e intelectual que un nuevo tipo de prácticas terapéuticas se está desarrollando.

Al empezar, frecuentemente estas terapias buscan que el cliente perciba diferentes visiones de su realidad. Weingarten (1998) explica: "a la terapeuta posmoderna que utiliza la narrativa no le interesa una conversación que intenta conocer las causas del problema; le interesa la que genera múltiples formas de ir hacia adelante" (p.142). También, Riikonen y Smith (1997) afirman que "sería un error pensar que se pueden crear mundos de una sola manera" (p.90). Aquí, el trabajo de Tom Andersen (1991, 1995) y sus colaboradores sobre el equipo reflector hizo un gran descubrimiento. Cuando en una sesión de terapia familiar, múltiples observadores comparten sus puntos de vista con la familia, y luego se le pide a la familia que comente sobre lo que ha oído, el camino queda abierto para que se tomen varias opciones en cuenta, incluyendo las propias. Esta es una terapia que no intenta determinar cuál es la *verdadera naturaleza del problema* sino abrirse a múltiples alternativas.

Además de las terapias que poseen una gran riqueza interpretativa, están las que se han centrado en la multiplicidad del *self.* Karl Tomm (1999), en especial, ha desarrollado la *entrevista del otro internalizado*, donde conversa con la voz de otra persona dentro de su cliente. Por ejemplo: si el cliente está furioso contra alguien, se le pide que intente profundizar sobre la experiencia

del otro y que hable en primera persona desde el *Yo* del otro: Penn y Frankfurt (1994), de una manera más general, cuando sus clientes tienen *monólogos muy restrictivos* alientan la *multiplicidad en la narrativa*. Primero, introducen la opción de "voces alternativas", castigadoras, optimistas, seguras de sí mismas. Lûego, alienta a sus clientes a escribir, ya sean cartas a sus seres queridos vivos o muertos, diálogos, notas entre sesiones, diarios, poemas, de suerte que puedan evocar esas voces. Penn (1998) también está experimentando con *voces imaginarias*. De igual manera, Riikonen y Smith (1997) se interesan en cómo el discurso culturalmente dominante restringe la libertad individual. Ya son clásicos los casos de abuso sexual o físico, donde la víctima acepta la visión tradicional que la define como poco merecedora. Es cuando el terapeuta puede preguntar: "¿de dónde crees que vienen estas definiciones tan aplastantes?; ¿qué otras descripciones-voces han sido calladas en ti?; ¿has podido escuchar otras ideas?; ¿qué pasaría si lo hicieras?" (p.123). Y Hermans y Kempen (1993) agregan que estas voces nuevas pueden movilizar diálogos internos con un gran potencial de cambio.

Si bien la exploración de los sí mismos múltiples puede ser de largo alcance, también debe cuestionarse. Porque cuando se alienta el desarrollo de realidades múltiples se viola la tradición y para muchos esto significa caer en un relativismo equivocado. Si existen las interpretaciones múltiples ¿qué pasa con lo que realmente es valioso?; ¿qué es lo que realmente vale la pena hacer? Los que buscan *la respuesta* van a encontrarse con una serie infinita de opciones. Y si una opción es tan buena como la otra, ¿cómo elegir? Parece evidente que, como toda práctica construccionista, la multiplicidad tiene que tener una ubicación; tiene que ser utilizada dentro de un contexto apropiado, más aún cuando se habla de sí mismos múltiples, ya que muchas instituciones altamente respetadas funcionan bajo la premisa de un *self* único y singular. La polivocalidad pone en peligro a sus tradiciones. Por ejemplo, las formas tradicionales de la intimidad se basan en la confianza: saber quién realmente es el otro. Sin embargo, el otro polivocal puede mostrarse poco comprometido; frecuentemente se le percibe hablador, superficial y manipulador. Por otro lado, la posibilidad de hacer responsable al otro depende de que creamos que existe *alguien* que actúa, un agente en particular. Sin embargo, si cada acción

es simplemente un reflejo de una gran cantidad de personajes internos ¿quién es el culpable de una acción? Estos son algunos de los cuestionamientos en el horizonte.

De los problemas a la potencialidad

Cuarta dimensión. La terapia tradicional se basa en el modelo médico, donde los problemas de los pacientes (clientes) se definen como patologías, dificultades de adaptación, relaciones disfuncionales y demás. Por lo tanto, la tarea del terapeuta radica en eliminar el problema, *curarlo*. Y como existe un problema, entonces, hay que diagnosticarlo. He aquí la fuerza de los criterios diagnósticos (DSMIV). El enfoque construccionista, en cambio, postula que es un error suponer que existen *problemas* o enfermedades independientes de la interpretación que hacemos de ellos. El construccionista piensa que el *problema* es tan solo un símbolo lingüístico que puede o no ser utilizado para describir una situación, puesto que los *problemas del mundo* no determinan nuestra forma de hablar sino las convenciones lingüísticas. Nuevamente, cabe señalar que no es cuestión de abandonar la terminología convencional con respecto al "problema" sino de abrir una pausa para considerar sus consecuencias. Muchos aseguran que definir el mundo en términos de problemas equivale a esencializar, reificando así la realidad. Porque cuando el terapeuta elige explorar los problemas del cliente los magnifica haciendo palpable la realidad conversacional. Con esto, disminuyen las opciones y aumenta la angustia. Además, la terminología diagnóstica tiene otro defecto: ubica el problema en el cliente, haciéndolo dependiente, al tiempo que el terapeuta se convierte en experto. Y aún más, bloquea los relatos alternativos, especialmente los que relatarían las condiciones de opresión.

Discusiones como éstas han llevado a los terapeutas construccionistas deseosos de evitar la reificación a que centren su atención en el discurso sobre los *prospectos positivos*, sobre la potencialidad futura. Riikonen y Smith (1997) explican: "estamos acostumbrados a analizar problemas como prerrequisito para su solución, su disolución o su deconstrucción. En la mayoría de los casos,

sirve más hablar de acciones, experiencias, pensamientos" (p.25). La terapia narrativa, por otro lado, explora la importancia de los sucesos positivos cuando cada uno narra la historia de su vida (Suddaby y Landau, 1998). Un ejemplo lo encontramos en la terapias que se centran en las soluciones (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1988; Berg y de Shazer, 1993; de Shazer, 1991, 1994). Aquí, más que hablar de problemas se exploran los recursos y las metas para el futuro. La pregunta sobre *el milagro*, en esencia, invita a un diálogo donde la prioridad es crear realidades futuras, no reificar problemas pasados.

Nuevamente, cabe señalar la importancia de reconocer los defectos de este enfoque orientado hacia el futuro. Anderson (1997) apunta que es esencial honrar la realidad del cliente. O'Hanlon (1993), a su vez, dice que "si el cliente no se siente validado y escuchado intentará convencer al terapeuta de la legitimidad de su dolor o dejará la terapia" (p.7). Porque al pasar tan rápido a la deconstrucción o a la disolución del *problema* se corre el riesgo de menoscabar la relación terapéutica. Cuando el cliente relata su problema, se le puede decir que todo es relativo, pero cabe entender que su definición del problema puede estar vinculada de una manera importante a sus relaciones fuera de la terapia. Por lo tanto, independientemente de las reconstrucciones posibles, para la mayoría de la gente el *abuso físico* o el *incesto* siguen siendo un problema a nivel social y suprimir estos relatos puede enajenar al cliente de su medio relacional. Esto está íntimamente ligado con el compromiso moral del que se habló anteriormente, puesto que la definición del problema está determinada por valores tradicionales específicos y al subestimar el relato sobre *el problema* se está cuestionando la tradición subyacente. Nada de lo dicho le quita mérito a la terapia orientada hacia el futuro; más bien alienta la reflexión sobre su uso dentro del contexto más abarcativo.

Del *insight* a la acción

Quinta dimensión. La terapia tradicional privilegia los déficit psicológicos del individuo, percibiendo a la psique humana como el lugar donde se da el cambio. En ella domina la creencia de que una terapia exitosa depende

principalmente del cambio en la mentalidad del individuo. También se cree que el cambio se da dentro de la relación terapéutica. El epítome de este enfoque es el *cambio estructural.* Y se espera que una vez que este cambio se da en la terapia continuará fuera de ella. A este tipo de terapia puede llamársele una terapia de *insight individual.*

Sin embargo, cuando hacemos la transición de pasar de un énfasis en la mente individual a la relación discursiva entre individuos, encontramos que la terapia tradicional es miope. El enfoque construccionista postula que el proceso de generar significados es continuo, y que con frecuencia su forma y contenido cambian de una relación a otra. La capacidad discursiva del ser humano es enorme, por lo que no hay razón para pensar que los significados que se generan en la terapia serán los mismos en las relaciones fuera de ella. El *insight* que el terapeuta y su cliente comparten es esencialmente su logro propio, un momento en su conversación derivado de un intercambio anterior, por lo que no es fácil sacarlo de contexto y ubicarlo en otra conversación lejos de un tiempo y de un espacio.

Hay un cambio todavía mayor, más proactivo, en las implicaciones terapéuticas derivadas del diálogo construccionista. Al ubicar la fuente del significado en el proceso dialógico, éste se empieza a percibir como una actividad social, ya no originándose en el interior mismo de una mente individual, donde queda almacenado para su uso futuro. Porque el significado se crea en la acción y se regenera –o no se regenera– en los procesos de coordinación subsecuentes; siguiendo a Wittgenstein (1953): el significado nace del uso social. O, como lo propone de Shazer (1994):

> en lugar de buscar detrás y debajo del lenguaje que utilizan los clientes y los terapeutas, yo creo que su lenguaje es lo único que tenemos para trabajar (...) En contra de lo que se piensa de acuerdo al sentido común, el cambio se origina en el lenguaje: lo que hace la diferencia es lo que decimos y cómo lo decimos (p.10).

Dentro de este contexto, necesitan hacerse dos preguntas importantes sobre la reconstrucción terapéutica: 1) ¿se puede accionar una forma particular de discurso fuera de la terapia? 2) ¿son deseables las consecuencias pragmáticas

del discurso? Para ilustrar: por un lado, el vocabulario jungiano incluye a los arquetipos; posiblemente, una conversación sobre ellos contribuya mucho a desarrollar una relación muy armoniosa entre el terapeuta y su cliente, pero sería raro que pasara lo mismo fuera de la terapia. Son palabras difíciles de entender en una conversación normal. Por otro lado, con respecto a los efectos pragmáticos, el grito primario puede ayudar a expresar de forma dramática la angustia y el coraje; en la vida social puede llegar a tener efectos importantes; sin embargo, no es probable que sus consecuencias sean de gran ayuda para el cliente.

Estos dos criterios, la capacidad de actuar y sus consecuencias pragmáticas, han surgido tardíamente en la terapia construccionista. La falta de interés en ellos, hasta cierto grado, se debe a que se supone que la conversación terapéutica (junto con el diálogo interno) obtiene resultados en el mundo de las relaciones. Sin embargo, esta es una suposición que no necesariamente cumple con lo que promete. Por eso se necesitan terapias que logren vincular estos dos criterios. Las hay. Por ejemplo, tenemos las prácticas terapéuticas de White y Epston (1990). Han generado una acción que le da autenticidad a las narrativas emergentes: llevan a cabo celebraciones, dan premios en presencia de los seres queridos, inventan maneras interesantes de anunciar una transición de un estado a otro. White está siempre en busca de gente que pertenezca al *Club de tu vida*. Todo el que lo desee puede pertenecer, vivo o muerto, real o imaginario. Madigan y Epston (1995) ayudan a clientes con trastornos en el comer a que establezcan grupos de apoyo con orientación política. Newman y Holzman (1999), terapeutas sociales, ayudan a que sus clientes se conviertan en activistas políticos con el fin de aumentar su control sobre los eventos que les despedazan sus vidas. Así, si se pone el énfasis en la acción práctica, se aprecian más las prácticas de terapia familiar y las de grupo, ya que con esto se introduce directamente el discurso individual en el dominio público, haciendo evidentes sus consecuencias pragmáticas. También pueden ser muy exitosas las terapias que utilizan el *role-playing* como técnica terapéutica. Si están bien dirigidas el cliente aprende a expresarse mejor socialmente; si no lo están, incorpora acciones ajenas a su vocabulario y a sus relaciones. En fin, una gran oportunidad para el futuro desarrollo de la profesión está en las consecuencias pragmáticas de la conversación terapéutica.

Reflexiones sobre el reto creativo

Para finalizar, la transición a una sensibilidad construccionista conlleva una transformación conceptual y práctica. No sólo se desplaza significativamente de su base modernista la posición general del terapeuta hacia el proceso terapéutico sino que emergen nuevas prácticas y retos. Sin embargo, nuestro objetivo en este análisis va más allá de todo esto. En nuestra evaluación de la condición actual hemos encontrado puntos a criticar constructivamente, al igual que nuevos puntos de partida. El valor heurístico del análisis empieza a circular en el momento en que se unen las diferentes dimensiones del cambio que acabamos de analizar. Por ejemplo: pensamos que cada uno de los individuos o prácticas que aparecen en la columna derecha a continuación encajan perfectamente con la dimensión conceptual inscrita en la columna izquierda:

Flexibilidad de enfoque	Lynn Hoffman
Conciencia de construcción	La escuela de Milán
Orientación colaboradora	Sistemas de lenguaje colaborador
Posición que le da relevancia a los valores	La terapia feminista
Énfasis en el discurso	La terapia narrativa
Énfasis en la relación	La terapia comunitaria
Énfasis polivocal	Procesos de reflejo
Énfasis en los prospectos	Terapia breve/centrada en soluciones
Énfasis en la acción	Terapia social

De esta estructuración surge la pregunta: ¿será posible que una teoría o práctica que encaja perfectamente con una dimensión conceptual pueda también ser coherente con otra? Porque una práctica dada puede ser altamente eficaz en cumplir con un aspecto central de corte construccionista y, sin embargo, ser totalmente irrelevante o antitética con respecto a otros cortes. No todas las terapias que privilegian la polivocalidad están comprometidas política o ideológicamente. No todas las prácticas que se centran en los prospectos positivos privilegian la relación... Por lo tanto, esperemos que las categorías analíticas delineadas aquí sirvan como criterios de reflexión; y preguntemos: si se toma en cuenta una práctica terapéutica dada ¿en qué forma refleja –o no

refleja– estas diferentes dimensiones?, y más importante aún, cuando no se logra alguna de estas metas, ¿se puede encontrar el potencial para un mayor enriquecimiento de la práctica?

Deliberar sobre la posibilidad de tomar o no tomar en cuenta las dimensiones del cambio favorece una posición creativa para vislumbrar nuevas prácticas terapéuticas, por ejemplo, consideremos la que es hoy la forma clásica de terapia narrativa, la terapia de White y Epston (1990). En el mundo construccionista recibiría una calificación muy alta pues posee: conciencia de construcción, una posición colaborativa, conciencia de valores, y privilegia la relación, los prospectos y la acción. Sin embargo, podría criticársele una cierta inflexibilidad en lo que toca a la inclusión del enfoque y la práctica tradicional, a pesar de que, en algunos casos, su utilidad pragmática puede ser superior. Además, tiende a privilegiar una sola historia, para ayudar al cliente a zafarse del discurso dominante y a generar una narrativa más útil. Enfatiza poco la multiplicidad de historias y el fluir con las diferentes narrativas. Su reto sería, por lo tanto, buscar la forma de poder: 1) hacerse más flexible al utilizar las tradiciones múltiples del cliente, 2) introducir múltiples voces y visiones en el diálogo.

De igual manera, bien valdría la pena explorar más a fondo otras prácticas terapéuticas con sus pro y sus contras. La evolución de la terapia centrada en soluciones sería una de ellas, ya que cada día adquirimos mayor conciencia de sus implicaciones políticas e ideológicas. Otra sería el equipo reflector, con su enorme potencial, una vez entendida la importancia de las consecuencias de una acción. Finalmente, las terapias que toman en cuenta la ideología podrían enriquecerse enormemente si pasaran de un discurso centrado en el problema –que culpa a la sociedad– a un discurso centrado en las posibilidades futuras.

Para terminar, como vemos, en los últimos veinte años han sido dramáticos los cambios ligados a la conceptualización y a la práctica de la terapia. Sin embargo, queda mucho por hacer. Estamos ante retos muy importantes, y la posibilidad de prácticas terapéuticas innovadoras nos enfrenta a un panorama muy estimulante.

Bibliografía

Amundson, J. (1996) Why pragmatics is probably enough for now. *Family Process*, 35,473-486.

Andersen, T. (1991). *The reflecting team: Dialogues and dialogues about dialogues*. New York: W.W. Norton.

Andersen, T. (1995). Reflecting processes; acts of informing and forming; you can borrow my eyes but you must not take them away from me! (pp. 11-38). In S. Friedman (ed.), *The reflecting team in action*. New York: The Guilford Press.

Anderson, H. y Goulishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy (pp. 25-38). In S. McNamee y K. Gergen (eds.), *Therapy as social construction*. Thousand Oaks: Sage.

Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities: A postmodern approach to Therapy*. New York: Basic Books.

Ashbach, C. y Schermer, V.L. (1987). *Object relations, the self, and the group*. London: Routledge.

Bacigalupe, G. (1996). Writing in therapy: A participatory approach. *Journal of Family Therapy* 18: 361-374.

Becker, C., Chasin, L., Chasin, Herzog, M., and Roth, S. (1995). From stuck debate to new conversation on controversial issues: A report from the public conversations project. *Journal of Feminist Family Therapy*, 7: 143-163.

Berg, I.K. y de Shazer, S. (1993). Making numbers talk: Language in therapy (pp. 5-25). In S. Friedman (ed.), *The new language of change: Constructive collaboration in psychotherapy*. New York: The Guilford Press.

Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge: Harvard University Press.

Butler, M.H., Gardner, B.C. y Bird, M.H. (1998). Not just a time-out: change dynamics of prayer for religious couples in conflict situations. *Family Process*. 37: 451-475.

Cabaj, R.P. y Stein, T.S. (eds.) (1996). *Textbook of homosexuality and mental health*. Washington DC: American Psychiatric Press.

Cecchin, G., Lane, G., y Ray, W. (1992). *Irreverence: A strategy for therapists' survival*. London: Karnac Books.

Combs, G. y Freedman, J. (1990). *Symbol, story, and ceremony: Using metaphor in individual and family therapy*. New York: W.W. Norton.

Cushman, P. (1990) Why is the self empty: Toward a historically situated psychology. *American Psychologist*, 45, 599-611.

de Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. New York: W.W. Norton.

de Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. New York: W.W. Norton.

Doan, R.E. (1998) The king is dead; long live the king: Narrative therapy and practicing what we preach. *Family Process*, 37, 379-385.

Epston. D. y White, M. (1995). Termination as a rite of passage: questioning strategies for a therapy of inclusion (pp. 339-354). In: R. Neimeyer y M. Mahoney (eds.), *Constructivism in psychotherapy*. Washington DC: American Psychological Association.

Epston, D., White, M., y Murray, K. (1992). A proposal for re-authoring therapy: Rose's revisioning of her life and a commentary (pp. 96-115). In S. McNamee and K.J. Gergen, K.J. (eds.), *Therapy as social construction*. London: Sage.

Foucault, M. (1979). *Discipline and punish: The birth of the prison*. New York: Random House.

Freedman, J. y Combs, G. (1996). *Narrative therapy: The social construction of preferred realities*. New York: Guilford Publications.

Friedman, S. (ed.) (1993). *The new language of change: Constructive collaboration in psychotherapy*. New York: The Guilford Press.

Gergen, K.J. (1991). *The saturated self: Dilemmas of identity in contemporary life*. New York: Basic Books.

Gergen, K.J. (1994). *Realities and relationships: Soundings in social construction*. Cambridge: Harvard University Press.

Gergen, K.J. (1999). *An invitation to social construction*. London: Sage.

Gergen, K.J. y Kaye, J. (1992). Beyond narrative in the negotiation of human meaning. In S. McNamee and K.J. Gergen, K.J. (eds.), *Therapy as social construction*. London: Sage. (pp. 166-185).

Gilligan, S. y Price, R. (eds.) (1993). *Therapeutic conversations*. New York: W.W. Norton.

Goldner, V., Penn, P., Sheinberg, M., y Walker, G. (1990). Love and violence: Gender paradoxes in volatile attachments. *Family Process* 29: 342-364.

Goldner, V. (1998) The treatment of violence and victimization in intimate relationships. *Family Process*, 37, 263-286.

Goncalves, O.F. Cognitive narrative psychotherapy: the hermeneutic construction of alternative meanings. In M.J. Mahoney, (Ed.) *Cognitive and constructive psychotherapies*, New York: Springer.

Griffith, J.L. y Griffith, M.E. (1992). Therapeutic change in religious families: Working with the God construct (pp. 63-86). In L.A. Burton (ed.), *Religion and the family: When God helps*. New York: Haworth Press.

Griffith, J.L. y Griffith, M.E. (1994). *The body speaks: Therapeutic dialogues for mind-body problems*. New York: Basic Books.

Hare-Mustin, R.T.(1994) *Family Process*, 33, 19-36.

Held, B. (1996). *Back to reality: A critique of postmodern psychotherapy*. New York: W.W. Norton.

Hermans, H.J.M. y Kempen, H.J.G. (1993). *The dialogical self: Meaning as movement*. San Diego: Academic Press.

Hoffman, L. (1993). *Exchanging voices: A collaborative approach to family therapy*. London: Karnac Books.

Hoffman, L. (1990). Constructing realities: An art of lenses. *Family Process* 29: 1-12.

Hoyt, M.F. (ed.) (1994). *Constructive therapies*. New York: The Guilford Press.

Hoyt, M.F. (ed.) (1996). *Constructive therapies: Volume 2*. New York: The Guilford Press.

Hoyt, M.F. (ed.) (1998). *The handbook of constructive therapies: Innovative approaches from leading practitioners*. San Francisco: Jossey-Bass.

Hollinger, R. (1994). *Postmodernism and the social sciences*. Thousand Oaks: Sage.

James, K. and MacKinnon, L. (1990) The "incestuous family" revisited: a critical analysis of family therapy myths. *Journal of Marital and Family Therapy*, 16, 71-88.

Kaslow, F.W. (1996). *Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns*. New York: John Wiley and Sons.

Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: W.W. Norton.

Kogan, S. y Brown, A.C. (1998). Reading against the lines: Resisting foreclosure in therapy discourse. *Family Process* 37: 495-512.

Kutchins, H. and Kirk, S.A. (1997) *Making us crazy*. New York: Free Press.

Laing, R.D. (1967). *The politics of experience.* New York: Ballantine Books.

Lange, A. (1996). Using writing assignments with families managing legacies of extreme traumas. *Journal of Family Therapy* 18: 375-388.

Lannamann, J.W. (1998). Social construction and materiality: The limits of indeterminacy in therapeutic settings. *Family Process* 47: 393-413.

Larner, G. (1996) Narrative child family therapy. *Family Process*, 35, 423-440.

MacKinnon, L. y Miller, D. (1987). The new epistemology and the Milan approach: Feminist and sociopolitical considerations. *Journal of Marital and Family Therapy* 13: 139-155.

Madigan, S. y Epston, D. (1995). From "spy-chiatric" gaze to communities of concern: From professional monologue to dialogue (pp. 257-277). In S. Friedman (ed.), *The reflecting team in action.* New York, The Guilford Press.

McLeod, J. (1997). *Narrative and psychotherapy.* London: Sage.

McNamee, S. y Gergen, K.J. y Associates (1999). *Relational responsibility: Resources for sustainable dialogue.* Thousand Oaks: Sage.

McNamee, S, y Gergen, K.J. (eds.) (1992). *Therapy as social construction.* London: Sage.

Miller, G. y de Shazer, S. (1998). Have you heard the latest rumor about Solution-focused therapy as a rumor? *Family Process* 37: 363-377.

Minuchin, S. (1991). The seductions of constructivism. *The Family Therapy Networker* 15: 47-50.

Neimeyer, R. y Mahoney, M. (eds.) (1995). *Constructivism in psychotherapy.* Washington DC: American Psychological Association.

Neimeyer, R.A. (1999). Narrative strategies in grief therapy. *Journal of Constructivist Psychology* 12: 65-86.

Newman, F. y Holzman, L. (1999). Beyond narrative to performed conversation. *Journal of Constructivist Psychology* 12: 23-41.

O' Hanlon, W.H. (1993). Possibility therapy: From iatrogenic injury to iatrogenic healing. In S. Gilligan and R. Price (eds.), *Therapeutic conversations*. New York: W.W. Norton.

O' Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1988). *In search of solutions: A new direction in psychotherapy*. New York: W.W. Norton.

O'Neill, P. (1998). *Negotiating consent*. New York: New York University Press.

Pare, D.A. (1996) Culture and meaning: expanding the metaphorical repertoire of family therapy. *Family Process* 35: 21-42.

Pare, D.A. and Sawatzky, D.D. (1999) *Discursive wisdom: reflections on ethics and therapeutic knowledge*. Unpublished paper, Lousage Institute.

Parker, I., Georgaca, E., Harper, D., McLaughlin, T., and Stowell-Smith, M. (1995) *Deconstructing psychopathology*. London: Sage.

Parry, A. y Doan, R. E. (1994). *Story re-visions: Narrative therapy in the postmodern world*. New York: The Guilford Press.

Penn, P. (1998) Rape flashbacks: Constructing a new narrative. *Family Process*, 37, 299-310.

Penn, P. y Frankfurt, M. (1994). Creating a participant text: Writing, multiple voices, and narrative multiplicity. *Family Process* 33: 217- 231.

Pearce, W.B. y Littlejohn, S.W. (1997). *Moral conflict: When social worlds collide*. Thousand Oaks: Sage.

Polkinghorne, D.E. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. Albany: State University of New York Press.

Richards, P.S. and Bergin, A.E. (1997). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

Riikonen, E. y Smith, G.M. (1997). *Re-imagining therapy: Living conversation and relational knowing*. London: Sage.

Rosen, H. y Kuehlwein (eds.) (1996). *Constructing realities: Meaning-making perspectives for psychotherapists*. San Francisco: Jossey-Bass.

Rosenau, P.M. (1992). *Postmodernism and the social sciences*. Princeton: Princeton University Press.

Sarbin, T.R.(ed.) (1984). *Narrative psychology: The storied nature of human conduct*. New York: Praeger.

Sass, L.A. (1992). The epic of disbelief: the postmodern turn in contemporary psychoanalysis (pp. 166-182). In. S. Kvale (ed.), *Psychology and postmodernism*. London: Sage.

Schnitman, D.F. (1996) Between the extant and the possible. *Journal of Consructivist Psychology*, 9; 263-282.

Seikkula, J., Aaltonen, J. y Alakare, B. (1995). Treating psychosis in western Lapland: Reflective processes and open dialogue instead of hospitalization and heavy medication (62-81). In S. Friedman (ed.), *The reflecting team in action*. New York: The Guilford Press.

Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., y Prata, G. (1980). Hypothesizing, circularity, neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process* 19: 3-12.

Sheinberg, M., y Penn, P. (1991). Gender dilemmas, gender questions and the gender mantra. *Journal of Marital and Family Therapy* 17: 33-44-

Shotter, J. (1984). *Social accountability and selfhood*. Oxford: Blackwell.

Sims, P.A. and Whynot, C.A. (1997) Hearing metaphor: an approach to working with family-generated metaphor. *Family Process* 36: 341-356.

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

Snyder, M. (1996). Our "other history": Poetry as a metaphor for narrative therapy. *Journal of Family Therapy* 18: 337-359.

Spence, D. (1982). *Narrative truth and historical truth.* New York: W.W. Norton.

Suddaby, K. and Landau, J. (1998) Positive and negative timelines: A technique for restorying. *Family Process*, 37, 287-298.

Szasz, T.S. (1970, republished 1997). *The manufacture of madness: A comparative study of the inquisition and the mental health movement.* New York: Syracuse University Press.

Taggart, M. (1985). The feminist critique in epistemological perspective: Questions of context in family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy* 11: 113-126.

Tomm, K. (1999). Co-constructing responsibility (pp. 129-138). In S. McNamee y K.J. Gergen, *Relational responsibility: Resources for sustainable dialogue.* Thousand Oaks: Sage.

Ussher, J.M. (1991) *Women's madness - misogeny or mental illness.* London: Harvester Wheatsheaf.

Watson, G. and Williams, J. *Feminist practice in therapy.* In J.M. Ussher and P. Nicolson (Eds.) Gender issues in clinical psychology. London: Routledge.

Watzlawick, P., Beavin., J., y Jackson, D. (1967). *Pragmatics of human communication.* New York: W.W. Norton.

Weingarten, K. (1998). The small and the ordinary in the daily practice of a postmodern narrative therapy. *Family Process* 37: 3-15.

White, M. y Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends.* New York: W.W. Norton.

Wittgenstein, L. (1953). *Philosophical investigations.* Oxford: Blackwell.

Zimmerman, J. L. y Dickerson, V. C. (1996). *If problems talked: Narrative therapy in action.* New York, The Guilford Press.

Narración y trastornos mentales graves: ¿habrá lugar para las historias en un mundo fundamentado en la evidencia?

Glenn A. Roberts[1]

Resumen

El presente artículo presenta el resurgimiento de las aproximaciones narrativas dentro de la psicología y la psiquiatría en contraposición a las aproximaciones basadas en la evidencia. Explora los aportes que ofrece la narración, sus posibilidades terapéuticas y educativas, además de la revisión que le propone a la tradición clínica, especialmente en el trabajo con enfermedades mentales graves. Plantea la crítica a algunas narraciones sobre la cronicidad y la recuperación que ha generado la psiquiatría tradicional. Finalmente hace algunas consideraciones sobre los riesgos de la narración y defiende la posibilidad de utilizar las dos aproximaciones de manera complementaria.

Abstract

The following paper discusses the reemergence of an interest in narrative in psychology and psychiatry, a paradigm that defines itself in contrast to methods of research based upon evidence. Furthermore, the therapeutic and educational contributions and possibilities offered by narrative are explored, as well as the challenge it represents vis-à-vis the clinical tradition, especially with regards to the treatment of severe mental disturbance. The narrations generated by traditional psychiatry regarding chronicity and recovery are criticized. Finally, certain considerations about the risks of narrative are raised and arguments are put forward in order to defend the possibility of using the two contrasting approaches in a fruitful and complementary fashion.

[1] Glenn Roberts es psiquiatra del North Devon District Hospital, se especializa en rehabilitación psiquiátrica y es coautor del libro: *Healing in Psychiatry and Psychotherapy* del Oxford University Press (1999).

"Una vez que la biografía del paciente se convierte en parte de la atención, la posibilidad de que la terapia deshumanice al paciente, quitándole lo único de su experiencia de enfermarse se hace mucho menos probable"
(Klienman, 1988).

"La pérdida del oficio de crear y contar cuentos ha contribuido al fracaso en cuidar a los pacientes crónicos o incurables"
(Hunter, 1991).

Introducción

Las narraciones han estado en retroceso por algunos años, consideradas cada vez más como remanentes poco confiables de la medicina basada en la anécdota y los juicios no apoyados en evidencia de las *autoridades*. La preocupación de Freud (1985) de que sus historias de caso carecían del *sello de seriedad de la ciencia*, ha encontrado afirmación resonante en revistas basadas sobre la evidencia como Bandolier en su volumen del milenio (Enero, 2000) que afirmaba "los hechos, sólo danos los hechos" y el entusiasmo porque los "datos derrumben a los dogmas" (Eisenberg, 2000).

El ascenso de la medicina basada en la evidencia (MBE) se ha fundamentado sobre la aspiración de producir una "aproximación coherente e integral que permita que los clínicos basen su práctica en las mejores evidencias disponibles" (Geddes, 1998).

Sin embargo, la aproximación a la *mejor evidencia* establecida por Bandolier (www.jr2.ox.ac.uk/Bandolier) y sacralizada por el National Service Framework, ha creado una jerarquía con pruebas aleatorias controladas metaanalíticas (RCT´s) en la cima y los registros personales, la anécdota o la historia –en último lugar– de valor temporal y condicional hasta que sea reemplazada por evidencia de mayor calidad. De tal manera que la evidencia basada en el testimonio o la opinión ha sido identificada como polvo sobre los lentes de la ciencia, que la MBE se ha propuesto eliminar y sus métodos intentan, entre otras cosas, eliminar la complejidad de la variación individual; el mensaje es el masaje.

Junto a la claridad de la vista y precisión ofrecida por la MBE, ha habido una reacción en contra basada en la reconsideración de la importancia de lo que ha sido excluido (Evans y Sweeney, 1998). Una crítica narrativa de la MBE encuentra que ésta se basa en una preferencia de lo general sobre lo específico, lo objetivo sobre lo subjetivo, lo cuantitativo sobre lo cualitativo y como tal, amenaza con convertirse en la historia que erradique todas las historias. Una visión extrema es que

> en su versión más árida, la medicina moderna carece de una métrica para las cualidades existenciales como el dolor personal, el desespero, la esperanza, aflicción y dolor moral, que frecuentemente acompañan y con frecuencia constituyen las enfermedades que las personas sufren (Greehaulg y Hurwitz, 1998).

El interés renovado en la narración en medicina (Greenhaulg y Hurwitz, 1998), psiquiatría y psicoterapia (Roberts y Holmes, 1999) ha llegado de muchas fuentes distintas que incluyen: la filosofía postmoderna, los desarrollos en la psicoterapia, el movimiento a favor del usuario, la psicología académica y las observaciones de que los médicos, cualquiera que sea su orientación teórica y compromisos prácticos, pasan gran parte de su día de trabajo contando historias (Hunter, 1991).

Las aproximaciones narrativas y las basadas en *evidencia* parecen inicialmente estar en tensión y hasta en competencia. La opinión esbozada aquí es que son compañeros necesarios y complementarios. Szatmari (1999) ha notado la enorme brecha entre nuestra base de conocimientos empíricos y la información que nuestros pacientes necesitan y desean. Mientras que Brody (1987) observó que las historias son esenciales como la vía mediante la cual el conocimiento científico en sus generalidades, puede ser aplicado a individuos en sus particularidades. Cada uno tiene el potencial de transformar, retar, agudizar y enriquecer al otro; cada uno resalta los puntos ciegos del otro: ambos son necesarios.

Postmodernidad y el redescubrimiento de la narrativa

El interés creciente de las perspectivas narrativas está inextricablemente unido al impacto de la postmodernidad que es tan ubicuo como difícil de definir de manera satisfactoria. Las influencias postmodernas están en todos lados. Desde autores contemporáneos que salen de sus textos para guiñarle el ojo a sus lectores, como los edificios transparentes que esconden poco y consideran una virtud mostrar sus bases, es un mundo peculiar en que una cama mal hecha y los interiores sucios pueden ser los favoritos para ganar el premio anual de arte contemporáneo.

Para el ojo postmoderno la verdad no está *allá afuera* esperando ser descubierta y medida, llevando así a reglas y regularidades, sino más bien es algo que es construido por las personas interactuando con su ambiente; siempre es provisional y contingente al contexto. Ningún mensaje llega sin codificar, inocente de creencias o persuasión. La teoría literaria postmoderna ha dado auge a dos perspectivas sobre la creación de los reportes personales o las narraciones:

Constructivismo, que enfatiza el proceso que surge del individuo que atribuye significados a los eventos creando historias que contengan y expliquen su experiencia, nuestro conocimiento sobre la *realidad* es considerada una historia que nos contamos a nosotros mismos (Mair, 1998); y el Construccionismo Social, que enfoca las perspectivas sociales y cómo los significados son negociados alrededor del individuo para crear una narración que es considerada como co-construida por el individuo interactuando con los que lo rodean (McNamee y Gergen, 1992). De allí la opinión de Klienman (1998) de que, "Es mejor considerar al reporte clínico como una creación activa del significado de la enfermedad en el proceso de diálogo con el sujeto".

La perspectiva postmoderna, con su deconstrucción de la *evidencia* puede parecer intelectualmente provocativa pero prácticamente inútil al clínico practicante y pragmático y, sin embargo, la práctica clínica se lleva a cabo en la tensión entre modernidad con su énfasis positivista en la racionalidad, materialismo y reduccionismo y los paradigmas postmodernos (Murria, 1997; Laugharne, 1999).

El entusiasmo actual por mediciones de los resultados y *evaluaciones de riesgo* estandarizadas, ubicación de los sujetos en una escala de seguros son

la quintaesencia de la aproximación y las aspiraciones modernas. Aun cuando laudable en sus propósitos, también sirven para ilustrar cómo aquello que es individualmente significativo puede no ser igual a aquello que es medible.

Por ejemplo, Strauss (1994) ha descrito a un hombre joven con una historia larga de esquizofrenia que ha participado en entrevistas de investigación sucesivas a lo largo de diez años. Cuando le preguntaron cuál había sido el peor año de su vida inesperadamente identificó un período en que las mediciones objetivas de su psicopatología y funcionamiento social eran más bien buenas pero, se sentía rechazado traumáticamente por su familia y aun cuando estaba relativamente sano, se sentía abandonado, cosa que no estaba registrado por los investigadores. Strauss sugiere que el redescubrimiento de un énfasis sobre la historia personal puede proveer un medio para afrontar la "grave inadecuación del campo de la salud mental a la vivencia subjetiva de la experiencia personal".

¿Qué funciones cumplen las narraciones?

McIntyre (c.p. Taylor, p. 7, 1996) ha enfatizado que puede ser a través del proceso de escuchar y contar historias que los niños aprenden lo que es un padre y un hijo, lo que son las personas y las maneras del mundo que los rodea. Las historias dan significado cognitivo y emocional a la experiencia, son medios para construir y negociar la identidad social y le dan un peso moral y un significado existencial a las acciones y los eventos. Las narraciones pueden ser entretenidas, memorables y absorbentes y están caracterizadas por muchas cualidades resalta-das por las aproximaciones narrativas. Aunque la MBE parece estar acercándose a la integración con la Medicina Basada en Narraciones (MBN) y por ende, las consideraciones cuantitativas con las cualitativas en el presente pueden ser contrastadas.

La narración es personal

Por ejemplo el reporte en primera persona de Chadwick (1993) de alguien que fue calificado por la psicología del momento de tener un episodio

psicótico puede "ofrecernos algunas revelaciones que no pueden ser obtenidas de alguna otra manera". Las observaciones de Styron (1991) de que la depresión, "es una palabra que se ha deslizado a través del lenguaje como un gusano, dejando pocos rastros de su malevolencia intrínseca", nos alertan sobre la necesidad de ver más allá de las estadísticas enceguecedoras y entumecedoras que rodean esta experiencia extraordinariamente frecuente. Porque, aun cuando, hay un estimado de ochenta y tres millones de episodios desarrollándose en el mundo anualmente (Murria y López, 1997), generando más de tres mil publicaciones científicas anuales, el reporte conmovedor de Wolpert (1999) en que muestra cómo su experiencia depresiva fue peor que ver a su esposa morir de cáncer, ofrece acceso a una reflexión vital, derivada de una experiencia personal, que no se encuentra fácilmente en la colección de estudios que nosotros denominamos *la literatura científica*.

La narración es plural: ¿verdad o verdades?

Para cualquier individuo hay muchas historias que pueden ser contadas desde distintas perspectivas. La historia de Ben Silcock entrando a la jaula del león en el Zoológico de Londres fue central para la revisión del cuidado comunitario. Inicialmente se reportó como un intento aparente de suicidio, "Horror en la Habitación del León" (*Daily Express*, Enero 1, 1993). Estos titulares dieron paso a la voz de frustración y angustia del padre reportando la respuesta deficiente de su hijo al tratamiento inconsistente que había recibido para la esquizofrenia "¿Cuál Comunidad y Qué Cuidado? Ambos le han Fallado a Ben" (*The Sunday Times*, Enero 10, 1993). Aún más tarde Ben Silcock ofreció su propia visión,

> yo quiero intentar ilustrar un poco la experiencia de la locura desde el punto de vista del afligido. Recibimos con tanta frecuencia las descripciones de la locura de los psiquiatras que sólo pueden ofrecer sus observaciones de manera clínica, con poca consideración para el alma del paciente... quizás debamos tomar a las crisis como una señal de que nuestros modos de vida deben cambiar.

Una posición narrativa atribuye significado a cada relato sin intentar reducir uno al otro. Porque como Hunter (1991) ha enfatizado "la historia subjetiva, personal del paciente y la historia médica interpretativa no son traducción de la otra sino narraciones que coexisten independientemente".

Las consecuencias de perder la perspectiva narrativa: las historias de casos y la pérdida de la persona

Hay una preocupación creciente de que la medicina moderna pierde la experiencia de la enfermedad que los pacientes sufren y hay una tendencia a que el paciente desaparezca como persona. Hay un riesgo al compilar los sufrimientos de nuestros pacientes y generar historias de caso impersonales que no logran iluminar la experiencia individual, mientras éste lucha por sobrevivir a su enfermedad. Los pacientes también están señalando cada vez más la *crisis de significado* y critican lo impersonal de las aproximaciones psiquiátricas que son "mecanicistas y desinteresadas por la individualidad" (Rogers, et. al., 1993). En las enfermedades agudas esto puede tener poca importancia, pero la importancia de esta brecha aumenta con la severidad y cronicidad de la enfermedad y la necesidad de enfrentarla mientras se reanuda la vida del individuo.

La tensión continua para cada clínico practicante es cómo integrar estas aproximaciones que dependen de un conocimiento íntimo de la vida del paciente con las realidades de trabajar en un servicio de salud. Esto llevó a Maden (2000) a afirmar que, "una de las pocas oportunidades que quedan de ensamblar una historia de casos integral y profunda es a través de lar revisión de algo que ha salido muy mal".

Procesos narrativos en la construcción de la psicopatología

Algunos crecen en la vida rechazando significados y son tomados rehenes por historias tóxicas que definen sus identidades y su autoimagen de manera constreñida y dañina. Están atrapados en una historia y la tarea es, en primer

lugar, entender eso y luego encontrar las maneras de modificarla (reescribiendo), de tal manera que los significados con que vivamos promuevan la vida y el crecimiento.

La noción más bien simplista de que *todo síntoma cuenta una historia*, deviene de las complejidades de los factores biológicos, psicológicos y sociales ejerciendo sus efectos en el transcurso del tiempo. Una versión de lo que es la psicopatología es que es el producto de lo que permanece saludable en la persona intentando darle sentido y expresar lo que no está bien. Desde una perspectiva narrativa, los síntomas pueden ser vistos como los esfuerzos del sí-mismo saludable para encontrar palabras y sentidos que adecuadamente expresen las luchas del individuo con las experiencias alteradas.

De ahí el principio de que un episodio psicótico es una crisis en la percepción gestáltica que conduce a un estado predelirante prodrómico con toda la ansiedad, incertidumbre y fragmentación del significado correspondiente. La atribución de sentido a esta experiencia alarmante y amenazante trae alivio y, en algunos pacientes, la elaboración posterior de estos significados delirantes en un sistema de creencias puede ser acompañado con una sensación de que se profundizó el sentido y propósito de la vida (Roberts, 1999). La acción de crear narraciones anexando palabras a las experiencias de tal manera que se les pueda dar sentido, forma parte de una acción más amplia de responder apropiadamente a la situación - narración como una defensa necesaria.

Laing (1964) observó que, "las cosas locas que dice y hace el esquizofrénico serán esencialmente un libro cerrado si uno no entiende su contexto existencial", una perspectiva narrativa sobre la construcción de psicopatologías complejas puede no iluminar por qué han ocurrido, pero sí pueden iluminar la utilidad y el significado de estas construcciones. Un ejemplo sencillo es el de un joven taciturno y poco expresivo que tomó un tiempo considerable para revelar que sus *voces* decían que iban a *profanar la tumba de tu hija*; descubrir esto eventualmente permitió comprender la culpa y dolor por la desintegración de su familia y la muerte de su joven hija. Un ejemplo más complejo es el de las voces atormentantes que insultaban y ridiculizaban a una mujer diciendo que se cortara en pedazos ya que sólo era *un montón de carne*. Como las

víctimas de tortura de Mollica (1988), le tardó mucho tiempo desarrollar la confianza suficiente para hablar de su *historia traumática* que relataba su historia de abuso sádico y humillante, que luego dio luces sobre cómo perdió su identidad y se había convertido en sólo un montón de carne.

Una visión narrativa le da valor al contenido y busca comprender los delirios y las alucinaciones en vez de intentar *explicarlas* (Jaspers, 1974), uno se dedica a la recontextualización de la enfermedad en las experiencias de vida del individuo. Esto a su vez, puede proveer información al proceso de rehabilitación y ofrecer elementos de comprensión a las complejidades de la recuperación, que, para algunos, incluirá la pérdida de las compensaciones que ofrecían las creencias delirantes y la re-vinculación con el mundo con las implicaciones de padecer de una enfermedad mental grave (Roberts, 1999).

Psicoterapia y el proceso de contar historias

Hasta ahora he enfatizado la necesidad de que cualquier proceso de rehabilitación esté basado en una historia de caso integral, continuamente revisada, que pueda dar sentido a los síntomas y el proceso psicopatológico. La narrativa y el contar historias también ha conseguido aplicaciones directas en la terapia.

Terapias orientadas dinámicamente siempre han acudido a las historias en las cuales podemos caer como rehenes; representado por la caracterización de Winnicott (en Holmes, 1993) de la psicoterapia como una versión extendida de la toma de historias. En cualquier encuentro terapéutico el paciente viene con una historia, sin importar qué tan tentativa o desarticulada sea, que luego es trabajada por el terapeuta y el paciente hasta que una narrativa más satisfactoria y coherente surja. Esto provee una explicación sobre las dificultades del paciente y un medio para enlazar la experiencia interna con la externa.

Las investigaciones derivadas de la teoría del apego han demostrado que la manera en que contamos nuestras historias dice mucho sobre nuestra manera de relacionarnos con el mundo. La manera en que las personas hablan de sí mismas revela sus patrones relacionales fundamentales. Estudios longitudinales han demostrado que los niños que tuvieron un apego seguro

en su infancia tienen más probabilidad de poder contar historias coherentes cuando hablen de sí mismos en la adultez temprana comparado con los niños con apegos inseguros cuyas narraciones tienden o a estar sobreelaboradas y confusas o extremadamente parcas. Una atención a los estilos narrativos puede influir en cómo escuchamos y guiar la dirección de nuestras intervenciones sobre la *construcción o destrucción de historias*. Los pacientes con narraciones autosuficientes, poco elaboradas y parcas necesitan ser alentados a romper sus historias defensivas y considerar otras posibilidades. Y aquellos que parecen ser incapaces de encontrar un hilo narrativo y estar inundados por el caos de su experiencia, necesitan ser ayudados a darle forma y estabilidad que le ayude a colocar las cosas en su sitio (Holmes, 1999). En la terapia los pacientes aprenden a desarrollar su capacidad para contar historias, su *competencia autobiográfica* (Holmes, 1993).

Narración en terapia

Cox y Thielgaard (1987) han descrito la aversión extrema y defensiva de los pacientes forenses severamente enfermos. En el proceso de trabajar con esos pacientes ellos dan amplias ilustraciones sobre la aplicación de la metáfora de *tocar las profundidades antes de que se revuelvan las superficies*. Así trabajando con la comprensión sin amenazar las defensas que la persona pueda tener sobre los significados intolerables de sus experiencias.

Otros han puesto el énfasis en utilizar historias tradicionales en el trabajo terapéutico (Bettelheim, 1976; Estes, 1992) que evidencia la capacidad de estas historias antiguas de convocar lectores contemporáneos y también puede mostrar la creciente preferencia por el proceso de contextualizar nuestros problemas en la vida con narraciones accesibles, en vez de encriptarlas en el lenguaje esotérico de los expertos. Las historias tradicionales son entonces vistas como almacenes de sabiduría, ofreciendo una exposición de los problemas de la vida y un método para aproximarse a ellos y resolverlos, una fuente de identificaciones, una oportunidad para hacer catarsis, un modelo para la comprensión y el *insight*, mostrando conocimiento sobre las motivaciones,

causas y algún tipo de justificación para algunas vueltas difícilmente justificables y manejables del destino.

Terapia narrativa

Algunos consideran a todos los tratamientos conversacionales como basados en la narrativa y la construcción de historias y no consideran que las *aproximaciones narrativas* sean distintas a cualquier otra modalidad de psicoterapia. Otros, especialmente Michael White (White, 1995) han tomado de la crítica literaria, la antropología y las aproximaciones postmodernas sobre la construcción de significados para formular una Terapia Narrativa.

White ve al terapeuta postmoderno deconstruccionista, como invitando a la revisión de las constricciones tiránicas de las *historias saturadas de problemas* que las personas habitan, a través de la búsqueda de eventos y experiencias que contradigan este guión central. Él trabaja con los *espectadores* de estas historias, frecuentemente la familia, construyendo un espacio para que una historia alternativa pueda surgir. La terapia es entonces un proceso de revisar la relación que tiene el paciente con la historia que habita, deconstruyendo aquellas *verdades* que hacen que la persona caiga presa de ciertos significados limitantes de la vida, de ser atrapados en una historia y vivir en una *identidad contaminada* como por ejemplo convirtiéndose en un *esquizofrénico* (ver Greenhaug y Hurwitz, 1998, para más ejemplos).

Los detalles prácticos de esta aproximación incluyen un énfasis en compartir la literatura profesional con las personas, para minar la mistificación del conocimiento terapéutico y un método (*externalizando las conversaciones*) de tratar de crear una atmósfera distinta alrededor de la enfermedad del individuo, de tal manera que sea vista como algo que está actuando sobre la persona más que algo que es intrínseco a la persona. *Las personas no son problemas: las personas tienen problemas.*

Esta aproximación terapéutica pareciera estar apoyada por los hallazgos en el estudio Longitudinal de Yale de Trastornos Psiquiátricos Prolongados (Davidson y Strauss, 1992), de que el proceso de desarrollar un sentido de sí-

mismo separado del diagnóstico, en medio de síntomas psicóticos recurrentes, un *yo* separado de *eso,* es un factor que contribuye con la recuperación. Esta reubicación de la existencia de la persona también ha sido utilizada como estrategia en la campaña en contra de la estigmatización que desarrolla esta universidad cuyo eslogan es:

La persona con esquizofrenia
Es
UNA PERSONA (con esquizofrenia)
... La manera en que lo dices es la manera en que lo ves.

Narración y resultado: el paciente incurable ¿será un mito iatrogénico?

La mirada particular de Klienman (1988, p. 180) sobre la antropología de la psiquiatría lo llevó a observar que, "la cronicidad surge en parte por contar historias muertas o estáticas, situando al individuo en una tierra baldía, robado de su fertilidad y potencial". Pensar que la cronicidad pueda en parte surgir de nuestras expectativas negativas acumuladas es una consideración sombría (Duncan, et. al., 1997). Poseer y perpetuar esta narración de *incurabilidad* puede servir propósitos defensivos y protectores para el personal médico involucrado e inclusive puede ofrecer consuelo y orientación al individuo, pero al hacerlo también podemos estar haciendo colusión con la construcción de paredes y la destrucción de puentes, intercambiando la lucha precaria e incierta por la salud, con la aceptación de significados que por siempre constreñirán la esperanza y el potencial del individuo.

Narraciones de recuperación

Si la recuperación de trastornos mentales graves es igualada a la ausencia completa de síntomas y el retorno a un *status quo* anterior, entonces ésta aparece como un mito (Whitwell, 1999). Sin embargo, una visión distinta está siendo sostenida dentro del movimiento de los usuarios (Coleman, 1999), de

que la recuperación involucra la restauración de la esperanza, agencia, autodeterminación y una manera de ajustarse a la vida con la realidad del pasado y con las continuas experiencias alteradas de la *enfermedad*. Esto es una perspectiva muy distinta que facilita la posibilidad de que la recuperación se convierta en una meta realista que le permita a algunos como Clay (1999) declarar que "de la experiencia de la locura recibí una herida que cambió mi vida. Me permitió ayudar a los demás y conocerme a mí mismo".

¿Es el doble ciego la única manera de ver lo que sucede?: el resurgimiento de métodos cualitativos de investigación

Las aproximaciones narrativas, basadas en el constructivismo y el construccionismo social han ofrecido una crítica a los medios altamente subjetivos, a través de los cuales la ciencia cuantitativa escoge sus objetos y métodos de evaluación y el riesgo que el discurso científico resultante genera al convertir información en hechos que pierden su contexto narrativo y crea así la *ilusión* de objetividad (Nash, 1994). Al hacer eso también arriesga perder el sentido y significado de las mismas cosas que tan cuidadosamente mide de manera reproducible.

La posición prevaleciente de que la investigación *verdadera* y valiosa está necesariamente basada en muestras grandes y metodologías elaboradas es demasiado estrecha. El descontento continuo con la psicología académica ha fomentado un cambio a un paradigma no experimental, cualitativo con mayor validez *ecológica* (Smith, et. al, 1995). El resurgimiento del interés en los métodos cualitativos, inicialmente desarrollados en los años ochenta, ha estado ligado a la polinización cruzada con la antropología y la sociología que han mostrado los beneficios de la representación narrativa y etnográfica de la experiencia humana. De muchas formas esto representa una recuperación de la perspectiva fenomenológica, un movimiento para tomar en cuenta la individualidad que, de otra manera, se pierde en el promedio grueso de las manipulaciones estadísticas.

Las metodologías cuantitativas y cualitativas son distintas pero ofrecen la posibilidad de combinar (triangulación) sentido y medición. La investigación cuantitativa comienza con una hipótesis y busca su verificación o su falsificación, mientras que la investigación cualitativa comienza con un área de interés que es explorada, buscando descubrir asociaciones significativas y concluye con hipótesis nuevas. Por ende hay una relación recíproca entre las metodologías cuantitativas y cualitativas en la generación y evaluación de las hipótesis.

Enseñar y aprender: olvidando los hechos y recordando la historia

El estudiante puede ser capaz de recordar el concepto de *transmisión del pensamiento* pero el concepto se hace más interesante y memorizable si la descripción fenomenológica está acompañada por la historia de una mujer asustada que asistía al Hospital Bristol Royal solicitando que le colocaran un yeso sobre su cabeza para evitar que sus pensamientos se escaparan y estuviesen a la disposición de los demás.

La adquisición de una antología de *cuentos maestros* memorables, evocativos e icónicos es una contribución significativa al desarrollo de una madurez clínica. Por ejemplo, se sabe que los pacientes maníacos tienen distorsiones del pensamiento y la conducta, caracterizadas por fuga de ideas, expansividad y la tendencia a comenzar simultáneamente muchos proyectos sin terminar ninguno: una paciente mía fue admitida en un estado maníaco y muy pronto fue visitada por una amiga que trajo el regalo acostumbrado para pacientes hospitalizados –una cesta de frutas–. Esta había sido preparada en un negocio y contenía una amplia variedad de frutas arregladas de manera hermosa. Cuando visité a la paciente un par de horas más tarde el arreglo era un desastre completo ya que ella había mordido cada una de las frutas y luego pasado a la siguiente, regando la fruta probada alrededor del cuarto. Cuando le pregunté la razón de eso ella explicó que le gustaban las frutas pero no lograba decidir cuál comer.

El psiquiatra consultante con sus conocimientos sobre la vida de los pacientes también es capaz de atestiguar la posibilidad de que aún los pacientes más intratables cambian y muchos mejoran, pero a lo largo de períodos más largos de tiempo del vivido por cualquier residente en formación o profesional de la salud mental ambulante. ¿Quién más está en el puesto y puede decir del progreso de un paciente a través de cinco, diez, quince años?

Algunas notas de cuidado

Algunas historias ilustran los límites y riesgos de las narraciones mismas. Así como no hay hechos libres de teoría tampoco hay significados inocentes. Evidentemente las historias pueden disimular tanto como iluminar. Reservas acerca de la narrativa son mantenidas por aquellos que pertenecen a las perspectivas narrativas como los entusiastas de la medicina basada en evidencia.

Hay riesgos de tejer demasiada tela de significados y "producir una superficie pareja" (E. M. Forster, 1947) en la creación de una narración fluida de tal manera que el proceso de búsqueda y descubrimiento de la verdad quede artificialmente pulida y sin contradicciones por el avance fluido de la historia y el personaje.

La revisión de Tony Madden (1995) de la "Sombra Cayendo" comentó este mismo proceso de construir una sensación injustificada de inevitabilidad a través de la inserción hábil de un tema y un propósito a la redacción de la evaluación oficial de un incidente fatal. Él considera la metáfora convincente de la "sombra cayendo" que eclipsa en vez de iluminar la búsqueda de la verdad y considera que su error más grave está en la construcción de un sentido espúreo de inevitabilidad: "El aspecto más horroroso de la matanza fue lo impredecible". Aquí acentúa la diferencia entre narrar y novelar.

Alida Gersie (1997), como una contadora madura de historias, es consciente del hecho de que ella está contando historias y de la posibilidad de su mala aplicación. Ella advierte contra la tendencia a atribuir nuestros sufrimientos a una experiencia particular que puede crear unas *narraciones maniatadas que cierran el futuro y condenan al pasado* contribuyendo así al

ascenso de la cultura de la victimización. La claridad y simplicidad de una comprensión que deseamos puede convertirse en obstáculo, si esa claridad se construye a expensas de la negación de la complejidad apropiada. De tal manera podemos estar propensos a aceptar interpretaciones falsas como pertinentes si parecen calzar con nuestras expectativas y preferencias. Algunas características de la certidumbre son señales de inmadurez e inseguridad en vez de sabiduría.

La enfermedad es tanto profundamente significativa como insignificante simultáneamente. Macnaughton (1998) apoyó su afirmación de que, "al tratar al paciente como una persona es esencial que no olvidemos tratar a la persona como paciente", detallando una prueba controlada al azar de *cuidados centrados en el paciente* para los diabéticos que resultó en mayor satisfacción de parte de los pacientes pero resultados físicos más bajos en todos los índices objetivos.

Conclusiones

El énfasis que pone la postmodernidad sobre las historias puede ser contrastado con la búsqueda pragmática de la verdad pero, habiendo descrito las diferencias y la tensión entre estas dos aproximaciones, voy a concluir argumentando por su complementariedad. Relaciones entre los pacientes y los doctores que constantemente negocien el grado de intimidad y desapego, subjetividad y objetividad, son necesarias y hay riesgos al sobreenfatizar o perder cualquiera de las dos.

Dawkins (1998) comienza su exploración de la "ciencia, el delirio y el apetito por el asombro" reportando que "Keats creía que Newton había destruido toda la poesía del arco iris reduciéndolo a colores prismáticos", y luego contrarresta esta opinión con su propia impresión de que "Keats no pudo haber estado más equivocado(...) la ciencia es, o debería ser, la inspiración de hermosos poemas".

La ciencia y la narración, lo cuantitativo y lo cualitativo, no son competidores sino que representan una dualidad complementaria, íntimamente conectados como los dos hemisferios de nuestra corteza cerebral. La narración preserva la individualidad, la diferencia y el contexto mientras que los métodos

cuantitativos y las guías basados en la evidencia ofrecen una fundación sólida para lo que es confiable y, en general, correcto. Palmer (2000) ha argumentado que los clínicos necesitan cerrar la brecha si van a desarrollar la capacidad de evaluar evidencia y mantener contacto con una experiencia significativa para sus pacientes: "Puede que sea incómodo cabalgar sobre dos caballos gemelos del rigor y la riqueza, de escepticismo general y entusiasmo particular, pero el clínico debe intentar lograrlo".

La narrativa es endémica a la medicina, pero ha sido excluida con el ascenso de la Medicina Basada en la Evidencia. Está por verse si el universalismo de la narrativa puede ser reconciliado con el fundamentalismo de la Medicina Basada en Evidencia, pero hay señales de convergencia. Un volumen reciente del *Journal of Evidence-Based Health Care* (Octubre 1999, v6, n. 10) comenzó afirmando que, "este número de Bandolier intenta sobre todo actualizar las historias de los meses y años previos" y continuó afirmando que, "las reseñas están comenzando a concentrarse más en los resultados que son importantes a los pacientes y los practicantes más que en sólo los resultados que son medibles".

Está surgiendo la imagen del clínico experimentado y maduro del futuro que tendrá la capacidad de integrar las perspectivas basadas en la evidencia y las narraciones, los métodos cuantitativos y cualitativos, y que también tendrá una visión equilibrada de las contribuciones y limitaciones de ambos como base para hacer juicios clínicos razonables. Sin embargo, para que esto sea más que un simple ideal, nuestro entrenamiento inicial y el desarrollo profesional continuo deben estimular el desarrollo simultáneo tanto del arte como de la ciencia de nuestro trabajo, reconciliando los valores p probabilísticos con los valores P personalísticos.

Bibliografía

Bettleheim, B. (1976). *The uses of enchantment: the meaning and importance of fairy tales.* London: Thames and Hudson.

Brody, H. (1987). *Stories of sickness*. Newhaven CT: Yale University Press.

Chadwick, P. K. (1993). The stepladder to the impossible: a first hand phenomenological account of a schizoaffective psychotic crisis. *Journal of Mental Health*, 2, 239-250.

Clay, S. (1999). Madness and reality. Chapter 2, *From the ashes of experience: reflections on madness, survival and growth*, (eds. Barker, P.; Campbell, P. and Davidson, B.). London: Whurr Publications.

Coleman, R. (1999). *Recovery, an alien concept*. Gloucester: Handsell Publishing.

Cox, M. y Theilgaard, A. (1987). *Mutative metaphors in psychotherapy*. London: Tavistock.

Davidson, L. y Strauss, J. (1992). Sense of self in recovery from severe mental illness. *British Journal of Medical Psychology*, 65, 131-145.

Dawkins, R. (1998). *Unweaving the rainbow*. London: Allen Lane The Penguin Press.

Duncan, B. L., Hubble, M. A. y Miller, S. D. (1997). *Psychotherapy with 'impossible' cases*. New York: W Norton and Company

Eisenberg, L. (2000). Is psychiatry more mindful or brainier than it was a decade ago? *British Journal of Psychiatry*, 176,1-5.

Estes, C. P. (1992). *Women who run with wolves*. London: Rider

Evans, M., Sweeney, K. (1998). *The human side of medicine. Occasional paper 76*. London: The Royal College of General Practitioners.

Forster, E. M. (1947). *Preface to, Collected Short Stories*. London: Sidgwick and Jackson.

Freud, S. (1985). *The complete letters of Sigmund Freud to Wilheim Fliess*: 1887-1905, p160. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Geddes (1998). Editorial. *Evidence-based Practice in Mental Health*, 1, 1, 4-5.

Gersie, A. (1997). *Reflections on therapeutic storymaking: the use of stories in groups*. London: Jessica Kingsley Ltd.

Greengalgh, T. y Hurwitz, B. (1998). Why study narrative. Chapter 1, in, *Narrative Based Medicine*, (eds T. Greenhaulgh and B. Huwitz). London: British Medical Journal Books.

Holmes, J. (1993). *John Bowlby and attachment theory*. London: Routledge.

Holmes, J. (1999). Defensive and creative uses of narrative in psychotherapy. In, *Healing Stories: Narrative in Psychiatry and Psychotherapy* (eds. G Roberts and J Holmes) 152-180. Oxford: Oxford University Press.

Hunter, K. M. (1991). *Doctor's Stories: The Narrative Structure of Medical Knowledge*. Princetown: Princetown University Press.

Jaspers, K. (1974). Causal and 'meaningful' connections between life history and psychosis. In, *Themes and variations in European psychiatry*, (eds S. Hirsch and M. Shepherd), 81-93. Bristol: John Wright and Sons Ltd

Klienman, A. (1988). *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*. USA: Basic Books.

Laing, R. (1964). *The divided self*. Pelican: London.

Laugharne, R. (1999). Evidence based medicine, user involvement and the post-modern paradigm. *Psychiatric Bulletin*, 23, 641-643.

Macnaughton, J. (1998). Medicine and the arts: let's not forget the medicine. *British Journal of General Practice*, 48, 952-953.

Maden, A. (1995). The falling shadow. *British Journal of Psychiatry*, 167, 827-8.

Maden, A. (2000). Book review. *Psychiatric Bulletin*, 24, 1, 37-39.

Mair, M. (1988). Psychology as storytelling. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1, 125-138.

McKay, A. E., Ryan, S. (1995). Clinical reasoning through story telling: examining a student's case story on a fieldwork placement. *British Journal of Occupational therapy*, 58, 6, 234-238.

McNamee, S., Gergen, K. J. (1992). *Therapy as social construction*. London: Sage.

Mollica, R. (1988). The trauma story: the psychiatric care of refugee survivors of violence and torture. Chapter 14 in, *Post Traumatic Therapy and Victims of Violence,* (ed. Frank N Ochberg). New York: Brunner Mazel.

Murray, C. J. y Lopez, A. D. (1997). Global mortality, disability and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349, 1436-1442.

Murray, M. (1997). A narrative approach to health psychology. *Journal of Health Psychology*, 2(1), 9-20.

Nash, C (1994). *The use of storytelling in the sciences, philosophy and literature.* London: Routledge.

Palmer, R. (2000). Reading about: eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 176, 197-199.

Roberts, G. (1999). The Rehabilitation of Rehabilitation: a Narrative Approach to Psychosis. In *Healing Stories: Narrative in Psychiatry and Psychotherapy* (eds. G Roberts and J Holmes)152-180. Oxford: Oxford University Press.

Roberts, G., Holmes, J. (1999). *Healing Stories: Narrative in Psychiatry and Psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press.

Rogers, A., Pilgrim, D., Lacey, R. (1993). Experiencing psychiatry: users views of services. *MIND Publications*: London.

Smith, J A., Harre, R. y Lagenhove, L V. (1995). *Rethinking methods in psychology*. London: Sage.

Strauss, J. (1994). The person with schizophrenia as a person. *British Journal of Psychiatry*, 164 (Suppl. 23), 103-7.

Szatmari, P. (1999). Evidence-based child psychiatry and the two solitudes. *Evidence-Based Mental Health*, 2, 1, 6-7.

Styron, W. (1991). *Darkness visible*. London: Picador.

Taylor, D. (1996). *The healing power of stories*. Dublin: Gill and MacMillan.

White, M. (1995). *Re-authoring Lives: Interviews and Essays*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.

Whitwell, D. (1999). The myth of recovery from mental illness. *Psychiatric Bulletin*, 23, 621-622.

Wolpert, L. (1999). *Malignant sadness*. London: Faber and Faber.

Psicoterapia y la construcción social del potencial

Sheila McNamee[1]

Resumen

En el siguiente trabajo, enmarcado en el construccionismo social, la autora revisa la influencia de la tradición discursiva del individualismo sobre la práctica terapéutica, especialmente revisando el énfasis actual en el diagnóstico. Argumenta que esta práctica contribuye en ocasiones a aislar a los individuos de relaciones potencialmente creativas y transformadoras. Al considerar al individualismo sólo como una opción discursiva dentro de otras tantas, abre la puerta para construir opciones que estén más orientados al potencial que al déficit. Propone así opciones ofrecidas por una concepción relacional como la polivocalidad, el uso de las historias personales, las preguntas autorreflexivas y la construcción de imágenes del futuro.

Abstract

In the following paper, framed within the tenets of social constructionism, the author analyzes the influence of the discursive tradition of individualism upon therapeutic practice, focusing specifically on the current emphasis on diagnosis. The argument is put forward that this praxis occasionally isolates individuals from potentially creative and transforming relationships. If individualism is considered merely a discursive option among many others, the possibility is created for constructing options with a greater bias towards potential as opposed to deficit. It therefore proposes a relational conception such as multivocality, the use of personal histories, self-reflective inquiry and the construction of images of the future.

[1] Sheila McNamee es profesora de Comunicación en la Universidad de New Hampshire y miembro fundador del Instituto Taos. Es coeditora del libro: *Therapy as Social Construction* (1992) y coautora de: *Relational Responsibility: Resources for Sutainable Dialogue* (1999) junto con Kenneth J. Gergen.

Mientras conducía apresuradamente por la autopista a casi ochenta millas por hora, retrasada para la conferencia que debía presentarle a un grupo cercano de colegas (porque me había tomado el tiempo de revisar mi correo electrónico en la mañana), escuché un reporte que anunciaba el *descubrimiento* de un nuevo trastorno mental: *la adicción al internet*. Preocupada, pensé que yo debía estar sufriendo de esta adicción, mi deseo irrefrenable de revisar mi correo electrónico me había colocado en esta situación en que seguramente llegaría tarde a la conferencia y también seguramente me estaba colocando en una situación de riesgo al manejar tan rápido. Ya que mi charla, a la cual me apresuraba, giraba en torno a los efectos patologizantes del diagnóstico psicológico, encontré mi situación actual como profética. Frente a mí se delineaba el reto. ¿Acepto el reporte de la radio y lanzo mis argumentos por la ventana? ¿O continúo con mi posición de intentar ubicar descripciones narrativas alternativas que buscan generar posibilidades en vez de patologías? Claramente, mi propio bienestar fue mejor conservado por la segunda opción.

Mi historia podría parecer un invento si no estuviésemos ya acostumbrados a la multiplicación de etiquetas, categorías y diagnósticos de déficit dentro de nuestra cultura. A donde sea que volteemos somos confrontados con otro problema más del cual debemos protegernos, peligros que podemos imponer sobre nosotros mismos o los demás, o evaluaciones que pueden contaminar nuestros futuros. La metáfora principal de hoy parece ser de organismos siendo atacados. Hay peligros escondiéndose en las calles, en nuestras instituciones sociales, en nuestras relaciones y en nuestros cuerpos. Y si no tenemos la capacidad de enfrentar ese peligro, de manejarlo y controlarlo, seremos identificados (etiquetados) como deficientes por nuestros maestros, terapeutas, doctores, jueces, empleadores, familiares y amigos.

Gergen (1994) y Kutchins y Kirk (1997) discuten la proliferación del discurso del déficit dentro del campo de la salud mental. Una revisión más amplia y popular del impulso cultural de criticar y por ende subrayar las deficiencias del otro, son revisadas por Deborah Tanen en su libro la *Cultura del Argumento: moviéndose del debate al diálogo* (1998). Ella argumenta que nos hemos convertido en una cultura de la discusión donde el impulso incuestionado es el de evaluar negativamente al otro en vez de buscar el potencial en el punto

de vista ajeno, y por ende, en sus acciones. Esta visión más amplia del discurso cultural dominante es importante para nuestros propósitos porque nos ayuda a entender la creación acelerada del uso de etiquetas o categorías diagnósticas.

Es difícil ubicar algún contexto institucional o cultural donde la evaluación no sea dominante. Lo vemos no sólo en la salud mental, sino también en la educación, la salud en general, los negocios, el gobierno y en nuestras relaciones íntimas con la familia, amigos, compañeros de trabajo y vecinos. ¿Por qué existe tal magnitud de la evaluación en general y la urgencia en descubrir problemas, patologías, carencias, e inadecuaciones? Uno podría argumentar (como ya lo han hecho muchos) que esa tendencia emerge del cinismo rampante que está presente en nuestra vida cotidiana. Sin embargo, el cinismo no es el único responsable. El cinismo es un síntoma de una preocupación más grave: el individualismo. El cinismo nace de la ideología individualista que domina la tradición Occidental. Muchos académicos han argumentado poderosamente sobre los peligros de privilegiar los individuos sobre las comunidades. Christopher Lasch (1979), en su poderoso libro *La Cultura del Narcisismo*, describe cómo nuestra atención sobre lo individual produce un interés en uno mismo que termina siendo un costo para el mejoramiento comunitario. Bellah y sus colegas (1985) argumentan que la tradición individualista es una amenaza a cualquier tipo de vinculación relacional ya que todos los esfuerzos se dirigen a la preservación personal. Si cada uno de nosotros está principalmente preocupado con nuestro propio bienestar y si dependemos de los otros y nuestras instituciones culturales para *salir adelante* o *ser efectivos*, entonces el cinismo se convierte en la respuesta natural. El individualismo como ideología nos invita a aproximarnos al mundo como si nosotros solos lo pudiésemos domar. Es el individuo el que puede resolver problemas, tomar decisiones, pensar racionalmente y actuar efectivamente. Así, en los momentos en que esto no se hace posible, cuando los resultados de nuestras acciones no avanzan de manera exitosa, nos quedamos con la opción de culpar al individuo por su poca capacidad o la de culpar a las instituciones sociales por generar los problemas irresolubles en primer lugar. Ya que la primera opción nos obliga a patologizarnos a nosotros mismos, generalmente seguimos el segundo camino. Es mucho más fácil culpar al *sistema* de nuestras dificultades

que a algún otro o a nosotros mismos. Y, bajo tales circunstancias, es fácil ver como el cinismo se convierte en la respuesta más probable. Frente al fracaso o la ineptitud comenzamos a preguntarnos a nosotros mismos cómo llegamos a creer que el "sistema" u otra persona podría ser útil para ayudarnos a lograr metas y ser exitosos. Ya que el cinismo es un síntoma de nuestro discurso individualista, exploremos con más profundidad el campo del individualismo y sus implicaciones.

Los límites del individualismo

El individualismo, como práctica, no ha sido mayormente cuestionado. La mayoría de las discusiones sobre el desarrollo e implementación de nuevas actividades institucionales y de políticas sociales toman esta forma. Es difícil hallar algún contexto institucional en que la atención se coloque en cualquier otra cosa que no sea el individuo. Las acciones de los demás son de nuestro interés sólo hasta el punto en que afectan nuestro propio bienestar. En esa medida, el discurso dominante del individualismo enfoca nuestra atención sobre las técnicas y procedimientos para asegurar que desarrollemos el tipo de individuos que deseamos en nuestra cultura. La atención se pone frecuentemente en la transmisión de información como opuesto a la construcción de comunidades y relaciones dentro de las que las personas puedan vivir y coordinar sus actividades.

La tradición individualista defiende al sí mismo como la fuente original del pensamiento y la acción. En consecuencia hacemos *psicoterapia*, educamos las mentes individuales, premiamos y castigamos a los individuos en el trabajo, consideramos a los individuos responsables por sus acciones, pensamientos, creencias y más. En suma, el individuo es la entidad natural, incuestionada en nuestros intentos de comprender la vida social. Para saber cualquier cosa sobre la complejidad del intercambio social, debemos comenzar con el individuo, que es la unidad obvia de examinación.

Una de las razones por las cuales el individuo parece ser el punto de partida natural para nuestra evaluación de las relaciones y procesos sociales

es porque nuestros cuerpos ofrecen límites obvios que nos separan entre nosotros. Parece absurdo retar la noción de que *mi* cuerpo contiene a *mi* intelecto, mis creencias, mis valores, mis rasgos, mis habilidades y mucho más. Esta creencia está tan enraizada en nuestro estilo de vida occidental, que cuando hay algún problema, el foco natural y necesario parece ser el individuo.

Y sin embargo, si nos fijáramos en el lenguaje de otras ocupaciones, como el físico o el ingeniero, podríamos ver literalmente que nuestro cuerpo no está limitado por nuestra piel. David Watt describe cómo las moléculas de cualquier material u objeto (como el cuerpo) vibran y mientras vibran "excitan ondas micromagnéticas que se propagan por el espacio y transfieren energía entre los objetos" (comunicación personal). La imagen que vemos con la ayuda de equipos especializados es la mezcla de cuerpos y objetos. Para el científico interesado en la transferencia del calor, nuestros cuerpos no son un recipiente naturalmente limitado. Al mismo tiempo, para los científicos interesados en las enfermedades médicas, el cuerpo funciona, efectivamente como un recipiente. ¿Podríamos trazar analogías entre estas modalidades opuestas en las ciencias para construir algunos discursos alternativos que hablen de la persona en el mundo social?

Ya hay varios movimientos en esta dirección. De muchas maneras, los teóricos sociales y los filósofos han retado la idea de un individuo contenido dentro de sí mismo. En vez de asumir que el intelecto, el conocimiento, las creencias, valores y demás están contenidos dentro de las personas, reconocen a cada uno de esos como construidos dentro de sus comunidades. De hecho, la idea de un funcionamiento mental privado, de un individuo separado es el producto de una construcción comunal. Philip Cushman, en su libro de 1995, *Construyendo el Sí-Mismo, Construyendo América* dice:

> El individualismo no es simplemente una coincidencia, una mutación que surgió de la frente Zeusiana de algún poeta medieval. Es un fenómeno que se ha construido lentamente a través de varios siglos y que ha surgido en parte por lo opresivo de algunas tradiciones, la inercia moribunda de ciertas comunidades pequeñas y la decisión convincente de resistir a lo viejo, lo dado, lo injusto, contrarrestándolo con lo creativo, lo único, lo inusual. Visto de esta manera, el individualismo es en sí-

> mismo una tradición occidental, una respuesta a arreglos económicos, comprensiones morales y constricciones políticas de la vida feudal (p. 10).

Más tarde Cushman sugiere que la caída de los sistemas feudales, marcó el "comienzo del capitalismo y el crecimiento de las ciudades más grandes, el comienzo del concepto del amor romántico" (p. 364) y coincidió con el comienzo del individualismo. Dice:

> Podemos observar los comienzos del individualismo en una cantidad de pequeños cambios, como los retratos que comenzaron a reflejar idiosincrasias personales junto al lugar que ocupaba la persona en la jerarquía social; el concepto de la amistad personal en vez de lazos feudales corporativos; el crecimiento filosófico del misticismo que enfatizaba la comunión personal, en vez de la relación exclusivamente institucional, mediada con Dios; el paso en el arte de una perspectiva fija a una movible; y estilos literarios como la biografía y la autobiografía. Peter Abelard, en una movida extrañamente individualista que se haría importante para el campo de la psicología cientos de años después, sostenía que no era el acto, sino la intención interna individual, detrás del acto, lo que constituía a un pecado (p. 364).

Así pues, el individualismo como ideología surgió como un momento histórico particular. No fue naturalmente evidente. Y surgió a través de una coordinación colectiva entre ciudadanos.

Filósofos como Rorty (1979) han argumentado que la idea de una mente interna reflejando la naturaleza exterior no es un simple hecho de la existencia humana sino una convención situada históricamente. Estudios históricos documentan cómo han ido cambiando las concepciones de la mente. Ya, por ejemplo, no hablamos de "histeria" o del "alma" como manifestaciones de la mente y continuamente añadimos nuevas realidades mentales al libro mayor (Kutchins y Kirk, 1997; Harre, 1979; Graumann y Gergen 1996). El trabajo antropológico muestra distintas concepciones de la mente en distintas culturas (Lutzand Abu-Lughod, 1990; Heelas y Lock, 1981; Shweder, 1991). Para los budistas, la unidad es significativa, el sí mismo no lo es. Los críticos literarios cuestionan la creencia prevaleciente de que la tarea del lector es intentar ubicar al autor que está detrás del texto –para extraerle sentido al texto–. En

contraposición, deconstruccionistas como Derridá (1976) y Fish (1980) ilustran como la escritura no es una manifestación de la mente del autor sino un sistema de lenguaje que se incluye en géneros y tradiciones literarias. Para ellos, escribir es una práctica de lenguaje cultural e históricamente contingente. De tal manera que leer es participar en las prácticas culturalmente establecidas de la interpretación.

Las implicaciones de estas críticas son significativas para nuestra discusión. Uno no puede construir sentido sólo, ni participar en una escogencia racional de bienes en competencia sin haber absorbido las señas de la comunidad. Y sin embargo, el discurso individualista es nuestra tradición dominante (convención). Afecta nuestra vida cultural al valorizar al sí mismo como la fuente de la acción. El resultado es que el sí mismo se convierte en lo primordial. Valoramos nuestras propias metas, deseos, necesidades y derechos. Nuestra preocupación central es cómo ganar o perder. Y, sólo examinamos las acciones de los demás si afectan a las nuestras.

El discurso individualista genera una sensación de independencia o aislamiento esencial. Nunca estoy muy seguro de ser comprendido o no. ¿Por qué he de seguir algún camino que pueda limitar mi propia libertad individual? El resultante de esta manera de hablar es que las relaciones se hacen artificiales. Las relaciones tienen que ser "intervenidas", e intervenir las relaciones se hace difícil, así que nos retiramos hacia el sí mismo (¿qué será lo mejor para mí?).

También hay consecuencias negativas para la sociedad. Si todos estamos absorbidos en nosotros mismos, ¿a quién le importa el medio ambiente? En este reino, el logro individual es empobrecedor para la comunidad. Poca atención se le da en la educación superior a modalidades cooperativas de aprendizaje.

En el entrenamiento para negocios se enfatiza el logro personal y sobran talleres sobre entrenamiento en liderazgo y gerencia. Los tribunales buscan distribuir la culpa individual y son ciegos a procesos sociales más amplios en que el crimen se encrusta. Y, tanto a nivel local y global, el individualismo promueve el conflicto interminable entre compromisos morales e ideológicos inconmesurables. ¿Es este un camino útil para el futuro?

El individualismo y la patología psicológica

Consideremos por un momento las ramificaciones específicas del discurso individualista en el contexto de la psicoterapia. Lo que está en juego aquí es el hecho dominante que la psicoterapia, como profesión, provee diagnósticos para el malestar personal. Aún cuando es cierto que hay muchas modalidades de psicoterapia en que el énfasis está en crecer más allá del malestar personal o psicológico personal, la profesión requiere en primer lugar que un diagnóstico sea identificado antes de ir hacia la resolución del problema o el tratamiento. De hecho, ya que la psicoterapia está íntimamente ligada con la profesión médica, la creencia más compartida es que la psicoterapia, para poder proceder, requiere de un diagnóstico. ¿Cómo puede un terapeuta saber cómo tratar a un cliente si el terapeuta está operando sin una idea clara de cuál es el problema del cliente en primer lugar? Tratar un problema requiere entonces de un diagnóstico. Dos puntos se hacen relevantes aquí: 1) el tema de que el diagnóstico está relacionado con el individualismo por lo que implica que la deficiencia reside dentro de la persona que requiere de ese diagnóstico y 2) el tema del diagnóstico como una conversación necesaria (particularmente en la psicoterapia) que gira alrededor de la identificación de problemas, las causas de los problemas y su resolución. Estos temas no son necesariamente separables. Sin embargo, permítanme extenderme un poco sobre cada uno de ellos para contextualizar las opciones relacionales al diagnóstico.

El diagnóstico de los individuos. Es central para nuestra discusión la observación de que el diagnóstico en la psicoterapia significa el diagnóstico de un individuo. Si la identidad de uno está localizada dentro de la persona, como nos dice el individualismo, entonces todo lo que es problemático debe emanar de la mente o psique individual. Así pues, el diagnóstico debe ser de la persona, del individuo. Ciertamente hay situaciones donde el diagnóstico resulta útil. Pienso en las respuestas variadas que distintas personas pueden tener al diagnóstico de depresión crónica. Para algunos, aprender del "experto" (e.g. el psicoterapeuta) que sufren de depresión crónica puede serles útil. El diagnóstico les da la sensación de que el problema ha sido identificado, que un programa de tratamiento puede comenzar. Hay esperanzas.

Sin embargo, no olvidemos a todos los otros para los cuales el diagnóstico de depresión crónica (como cualquier otro diagnóstico) los embarca en un proceso que conduce al empeoramiento. Armados con su diagnóstico, estas personas se desesperanzan al sentirse identificados como fallidos, inferiores, insanos y cualquier cosa menos *normales*.

El diagnóstico requiere de conversaciones centradas en los problemas. Psicoterapia, diagnósticos y problemas son términos que van naturalmente juntos. Buscamos psicoterapia cuando nos sentimos mal, inquietos, perturbados. Las cosas no andan bien en nuestras vidas y la psicoterapia es uno de los lugares principales que buscamos para conseguir ayuda. Dada esta presunción, es difícil imaginar una conversación psicoterapéutica útil donde el tema principal a ser discutido no sea el problema. Hay algunas formas de terapia que ya intentan ir más allá de la discusión de los problemas. La terapia enfocada en la solución (deShazer, 1994; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989) y la terapia narrativa de White y Epston (1990) son ejemplos populares de modelos terapéuticos donde el énfasis está ubicado en la creación de construcciones alternativas de la situación y del futuro. Estos métodos alejan a la conversación de los problemas y el diagnóstico reemplazando el foco de la terapia con la conversación de posibilidades. Sin embargo, hablar sobre las soluciones en gran medida implica problemas y la construcción de nuevas narraciones en la terapia sugiere que la historia del cliente es defectuosa. Mientras que estos modelos se ven como movimientos significativos en el desarrollo de alternativas a los modelos diagnósticos individualistas de la terapia, para el construccionista, no son suficientes.

Ver a la terapia como una construcción social es empujar a la conversación en direcciones totalmente distintas. ¿Podrán obtener ganancias tanto el terapeuta como el cliente iniciando conversaciones sobre lo que podrían ser recursos valiosos y confiables para la acción con que cuenta el cliente? ¿Qué historias podrán ser contadas que ilustren estos recursos valorados? ¿Si el cliente imaginase que ella o él pudiese acceder a esos recursos, en cuáles actividades podría ya no estar involucrado? ¿Qué actividades nuevas podría invitar a otros a co-construir? En estas conversaciones sobre los recursos se le

resta poder al diagnóstico. Si puedo hablar contigo y los demás sobre estos potenciales, puede que ya no tenga que enfocar tanto mis deficiencias. O quizás, conversaciones sobre mis recursos relacionales, construidos con otros pueden sugerirme lo útil que puede resultar usarlos en las relaciones donde los problemas surgieron como consecuencias de la coordinación con los otros.

Para involucrarse en lo que yo denomino conversaciones *orientadas a los recursos* en la terapia, es útil utilizar una multiplicidad de voces (ver McName y Gergen, 1998). Estas voces pueden ser otros que pueden no estar aparentemente relacionados con la situación actual. También puede ser un elenco de otros internalizados (Tomm, 1998). Aquí la noción es que cada uno de nosotros guarda muchos sentimientos y visiones de otras relaciones (reales o imaginadas). Cuando hablamos o actuamos, inclusive para darle voz a nuestras propias creencias, le estamos dando voz a las construcciones que emergen a través de otras relaciones coordinadas. Mis creencias no son sólo mías. No son posesiones privadas. Ya están pobladas por una cantidad de otros. Gergen (1999) llama a esto la polivocalidad. Él explica la utilidad del término, "cuando un individuo comienza a hablar sobre sus problemas, el terapeuta puede preguntarle si logra ubicar alguna otra voz interna, una voz que construiría el mundo de otra manera o con distintas posibilidades" (p. 174).

Sin afirmar que el diagnóstico esté equivocado o sea algo malo, déjenme mudar el foco ahora a las maneras en que el diagnóstico nos invita a relacionarnos con patrones debilitantes. Mi colega Kenneth Gergen y yo hemos discutido algunas consecuencias negativas de los diagnósticos en otras publicaciones (Gergen y McName, 2000). Déjenme revisar rápidamente esos patrones negativos acá. Las limitaciones del diagnóstico ilustran tanto el individualismo como las conversaciones centradas en problemas como barreras potenciales para la creación de posibilidades para la transformación social.

La parte mala del diagnóstico

En primer lugar, siempre hay maneras en que el diagnóstico puede estigmatizar al individuo. El campo de la psicología en general y la psicoterapia

en particular carga con una serie implícita de valores. Hay maneras de estar en el mundo preferidas sobre otras. Así, por ejemplo, valoramos una persona que nos preste atención cuando estamos conversando. Esa persona generalmente es etiquetada como "normal" y "funcionando adecuadamente". Del otro lado, una persona que sistemáticamente introduce temas irrelevantes a cualquier conversación es vista como "extraña", quizás "esquizofrénica". Arthur Kleinman (1988) habla sobre las diferencias culturales en los diagnósticos e ilustra como algunas maneras de actuar son juzgadas como significativamente problemáticas en una cultura y no son para nada tomadas en cuenta en otra. Así, lo que puede ser etiquetado como un caso grave de esquizofrenia en la cultura occidental es considerado una extrañeza menor en la cultura Surasiática. Explicar la diferencia no es un asunto de diferenciar cuál cultura *entiende* mejor la ciencia, sino más bien tiene que ver con relaciones comunales. La persona en la cultura Surasiática es cuidada dentro de una comunidad sumamente conectada y de tal manera no hay ninguna razón para tenerle miedo a esa persona o etiquetar a sus conductas como severamente problemáticas.

Aún más importante sobre las maneras en que el diagnóstico estigmatiza a las personas es la observación de que al aplicarlo, el diagnóstico es considerado un proceso evaluativo. No es, como pretende sostener el discurso científico, neutro valorativamente. El diagnóstico no sólo describe lo que está *allí*. Sino que el diagnóstico funge como juicio moral. Muestra el déficit de uno a los demás. Consideremos el caso del Trastorno por Déficit de Atención (TDA). El valor no cuestionado detrás de este diagnóstico es un salón de clases callado, calmado y ordenado. Hay la asunción que moverse rápidamente de una cosa a la otra –dependiendo de lo que capte tu atención– es malo o equívoco. Y sin embargo, los niños y niñas criados en la economía global de hoy tienen dificultades evitando la multiplicidad de actividades que los rodean. En vez de patologizarlos por patrones de relación a los cuales se han acostumbrado, ¿podría potenciar a las escuelas y a los padres comenzar una investigación sobre cómo los salones de clases pueden integrar o simular la estimulación ofrecida por la tecnología en la vida contemporánea de estos jóvenes?

Peter Hoeg, un novelista danés, ha escrito sobre los aspectos estigmatizantes del diagnóstico. Él escribe:

> Ellos creen que fue de mucha ayuda a los jóvenes el ser evaluados. Supongo que aún creen eso. En nuestra sociedad es una creencia compartida por muchos. Que la evaluación es algo bueno.
> Yo estaba en el patio con la niña... ella se había montado sobre una baranda. Estaba como a un metro del piso. Ella me llamó desde allí. "¡Mira!" Yo no tuve tiempo de responder. Las respuesta vino de una desconocida –también estaba allí con la niña–. "¡Qué niña tan astuta!", dijo. No tuve tiempo para pensar. Me había parado y me dirigía al lugar a regañarla. Luego recordé que ella era la mamá de esta pequeña niña y que ella era mujer... Me senté, pero tardé en dejar de temblar.
> La niña había deseado atención. Sólo había pedido ser tomada en cuenta. Pero se le había dado una evaluación. "¡Qué niña tan astuta!" (1995, p. 99).

Una vez estigmatizada, evaluada, diagnosticada, hay poco espacio para que el cliente escape. La *enfermedad*, el *déficit*, aún se esconde bajo la superficie del tratamiento.

Aunado al problema de la estigmatización, está la tendencia a culpar a la persona por sus fallas. En otros lugares he escrito sobre las maneras en que el individualismo nos invita a establecer patrones de culpa y evaluación (McNamee y Gergen, 1998). Si mis acciones son motivadas por mis creencias, valores, compromisos internos, individuales entonces cualquier falla también debe habitar dentro de mí y debo ser responsable de mis acciones. Si soy responsable por mis acciones y éstas son equivocadas o malas, entonces yo soy el culpable. Mi disfunción reside dentro de mí. Mis fracasos son mis incapacidades. Dentro de esta lógica, tiendo a alejarme de los demás para no cargarlos con mis problemas. Los otros se convierten en los evaluadores (*lo está haciendo otra vez*) y se involucran en conversaciones culpabilizantes también. Hay poco espacio para la exploración de los factores externos que pueden estar contribuyendo con la deficiencia.

Así, en la medida en que el diagnóstico avanza, las relaciones se disuelven. Si tengo un problema (especialmente uno que ha sido diagnosticado) entonces debo solucionarlo por mi cuenta. Los más cercanos a mí son probablemente, los que intentaré proteger más de mi problema. ¿Por qué preocupar a los seres queridos con nuestras deficiencias? Y si mis seres queridos son construidos como los *causantes* de mi problema, entonces con más razón

debo tratar de evitarlos. En la medida en que solicito ayuda de los profesionales en salud mental, se les sugiere a mis amigos y familiares cercanos que se alejen de mí y dejen que *el profesional haga su trabajo*. Si considero que mi problema surge de mi matrimonio, pediré consejos a mi terapeuta en vez de a mi esposo. Si mi problema es una consecuencia de un lugar de trabajo estresante, de nuevo, le pido ayuda a mi terapeuta más que a mis compañeros o a mis supervisores. De esta forma, la profesión de salud mental, el proceso de diagnóstico y tratamiento más bien inhibe el crecimiento y la evolución de las relaciones que van desde las íntimas, pasando por las comunitarias, hasta llegar a los lazos organizacionales.

Con el deterioro de las relaciones comenzamos a ver como nuestro sentido de comunidad desaparece. La falta de comunidad limita naturalmente nuestra atención a las tradiciones, rituales y costumbres que previamente nos mantenían juntos. Cuando estoy necesitado, es más probable que busque al profesional en salud mental que a la persona o grupo con quien comparto creencias religiosas, intereses profesionales o cualquier actividad recreativa. Y en la medida en que dependa más de profesionales en psicología para que me ayuden, más contribuyo a mantener las relaciones comunitarias al margen. ¿En consecuencia si mi comunidad se convierte en un *otro*, por qué he de preocuparme si mis deseos puedan amenazar a tu familia, tu vida o tu propiedad?

Finalmente el discurso del diagnóstico, la profesión de la salud mental, provee a los individuos con pocos recursos para continuar avanzando en la vida. Pensemos, por ejemplo, en cómo el *managed care*[1] (la salud gerenciada) controla cuánta ayuda podemos recibir y cómo debemos recibirla. La salud gerenciada también decide cuáles son los problemas que ameritan atención profesional, haciendo así una distinción entre cuáles son más importantes que otros. Tenemos luego, una cantidad enorme de profesionales tomando decisiones sobre la vida de la persona, negándole así la posibilidad de decisión sobre sí misma. Como señala Foucault (1979), cuando nos sometemos a evaluación profesional, nos entregamos a regímenes disciplinarios (en este caso, los

[1] Modelos de organización de la salud pública norteamericana.

profesionales en la salud mental y los administradores de estos servicios), para ser etiquetados y explicados en sus términos. Cuando esto sucede, luego llevamos estos términos a otros ámbitos de nuestra vida diaria (consideremos por ejemplo cómo decimos cuando alguien actúa de una manera inusual "debe ser que hoy no se tomó su medicación"). Le hablamos a los demás de nuestra depresión, nuestra ansiedad, nuestro estrés, nuestro déficit de atención; cada uno en una terminología técnica construida por los profesionales. Al usar estos términos en nuestras conversaciones cotidianas, nos involucramos en relaciones en que le damos a estos profesionales el control de circunscribir las maneras en que hablamos de nosotros mismos. Los profesionales comienzan a influenciar las políticas y prácticas del público general y empezamos a estar aún más controlados por su terminología.

En resumen. Creo que Hoeg (1995), en la novela que explora la vida de tres niños viviendo en una escuela residencial experimental donde constantemente estaban siendo evaluados por las *autoridades* con el propósito de *determinar* sus futuros, sintetiza los problemas que enfrentamos con los diagnósticos (evaluación).

> Cuando evalúas algo, estás obligado a asumir que una escala lineal de valores puede ser aplicada. De otra manera la evaluación no sería posible. Toda persona que diga que las cosas están bien o mal, o un poco mejor que ayer, está declarando que existen puntos en un sistema; que uno puede, de manera razonablemente clara y obvia, fijar un número contra ese logro.
>
> Pero nunca se ha establecido en ningún código de práctica un sistema para puntuar. Sin intención de ofender a nadie. Nunca, en ningún momento de la historia del mundo ha podido alguien... desarrollar un código de práctica que pueda ser aprendido y aplicado por distintas personas, de tal manera que todos lleguen a la misma puntuación. Nunca, en ningún momento han podido llegar a un método para establecer cuando un dibujo, una comida, una oración, un insulto, un robo, una canción patriótica, un ensayo danés, un patio de juegos, una bruma o una entrevista es buena o mala o mejor o peor que otra... Pero un código de práctica es esencial. Para asegurar que se pueda hablar de las cosas de manera completa y franca. Un código de práctica es algo que puede ser transmitido a otros (pgs. 78-79).

La posición de Hoeg nos da razones para considerar otras opciones al diagnóstico.

¿Hay esperanza?

En el mundo global de hoy, las culturas están expuestas a un contacto cada vez mayor. Hay una demanda pragmática y teórica para modalidades comunes de práctica. Intentaré mostrar las alternativas relacionales que pueden ofrecer opciones para nuestras tradiciones individualistas. ¿Habrán formas de relacionarse –hablar y hacer– que privilegien las relaciones sobre los individuos y que al hacerlo ofrezcan oportunidades para diálogos transformadores? Después de todo, la psicoterapia se dedica a la transformación. ¿Cómo puede la sensibilidad hacia lo relacional ofrecernos recursos para actuar en el contexto psicoterapéutico –recursos que sean creativos y transformativos–?

Y simultáneamente, es necesario reconocer el rol de la psicoterapia en la perpetuación o transformación de prácticas sociales más globales. La construcción social nos ofrece, creo, una alternativa útil. Es una alternativa que se centra en la construcción relacional de los significados, y al hacerlo nos provee de recursos sustentables para la construcción de realidades relacionales del potencial y la posibilidad. Estos recursos nos ayudan a movernos más allá del diagnóstico hacia la transformación social.

Los individuos como opción discursiva

Para el construccionista, poner el foco sobre los individuos, como vemos descrito arriba, es una *manera de hablar* o una opción discursiva. Considerar al individualismo como un recurso conversacional en vez de una realidad fundamental o esencial es cambiar el terreno de la discusión. En vez de reflejar simplemente la realidad, nuestra tradición discursiva ha creado un tipo particular de realidad. Esta realidad incluye características como la objetividad, la individualidad, la racionalidad uniforme y el progreso. Ponerlo en estos términos, es afirmar que esta manera de orientarnos en el mundo genera un

repertorio discursivo particular. Es ver estas posiciones como consecuencias de una aproximación particular al lenguaje en vez de verlo como descripciones que son esenciales a la naturaleza de la realidad. Esta orientación nos provee con medios para implementar recursos alternativos. Nos permite cuestionar la utilidad de ver nuestros mundos como reflejos de nuestro mundo interior y reconocer que esto no necesariamente es el caso, sino una tradición del discurso.

El individualismo, aun cuando valioso y longevo, es sólo una manera de hablar sobre nosotros y por ende, sólo una manera de ser. Armados con el discurso del individualismo tenemos la posibilidad de localizar una gama amplia de cualidades dentro de las personas que van desde el intelecto, el liderazgo, la sociabilidad y la agencia, así como la enfermedad mental, la inseguridad, la desviación y la perversión. Son los individuos los que razonan, los que liderizan, los que actúan de forma intencional. De tal manera, es razonable concluir que son los individuos los que deben convertirse en el foco del diagnóstico y el tratamiento cuando las acciones o significados no calzan con las normas culturales preferidas.

Hacia el potencial

Por supuesto, no todos los diagnósticos de trastorno mental son dañinos. Como mencioné anteriormente, para algunos el diagnóstico es una ayuda. Mi argumento aquí no es abandonar el diagnóstico sino sofisticar esta práctica cultural poco cuestionada con una alternativa. La alternativa que me gustaría sugerir es la de involucración relacional. Con este énfasis en lo que *las personas hacen juntas*, los efectos negativos del diagnóstico pueden ser disminuidos. Debo decir, sin embargo, que no estoy proponiendo el enfoque de la involucración relacional como una manera más correcta para resolver los problemas. Lo alternativa relacional que propongo debe ser vista simplemente como otro recurso para la acción, uno que pienso que ofrece muchas maneras productivas de seguir avanzando juntos.

Es útil considerar ahora, una de los recursos prácticos ofrecidos dentro del discurso construccionista social. El construccionismo (Gergen, 1999; McNamee

y Gergen, 1998) propone que el sentido siempre es un proceso emergente de las personas en relación. Esto sugiere que el sentido o significado no es una cosa estática. No es estable. Está, en cambio, en un flujo constante, siempre abierto a nuevas posibilidades. Cualquier sentido de permanencia surge de nuestra habilidad de ritualizar nuestras formas de interactuar. Yo encuentro útil pensar en nuestras actividades sociales como *invitaciones* a otros. Así, cuando digo que te amo, te invito a un juego (como diría Wittgenstein, 1953) o el ritual que comúnmente llamamos: romance. Para un realista, decir "te amo" es afirmar un hecho, una expresión quizás de nuestros sentimientos internos más verdaderos. En el contraste entre la noción del construccionista social de las palabras y gestos como invitaciones y la noción realista de las palabras y gestos como representaciones se encuentra la entrada a las prácticas relacionales. Si mis palabras y acciones te invitan a involucrarte conmigo en representaciones (rituales) culturales particulares, yo necesito que tú culmines esa representación. Tus respuestas a mis acciones son requeridas para yo darme cuenta (*hacer real*) mis esfuerzos. ¿Hará esto que una afirmación como "te amo" pierda el significado? Absolutamente no. El cambio que ofrece el construccionismo social es importante. Es un cambio a reconocer que, como en esta ilustración, la relación es *requerida* para involucrarse en la representación del romance, para que ésta sea real. Como dice Edward Sampson, "lo más importante de las personas no es lo que está dentro de ellos sino lo que ocurre entre ellos" (p. 20, 1993). Lo importante de colocar el significado o sentido en las actividades conjuntas de los participantes, como contraposición a colocarla en las cabezas de las personas, es precisamente el aspecto de la construcción social que nos ofrece alternativas al diagnóstico.

Dentro del construccionismo social, el significado emerge como una comunidad de personas coordinando sus actividades entre sí. La coordinación continua requerida en cualquier relación o comunidad eventualmente genera un sentido de prácticas comunes, un vocabulario, si se quiere. Así que, por ejemplo, en la medida en que aquéllos más cercanos a mí tanto personal como profesionalmente dependen más del correo electrónico, éste se ha convertido en una parte bien coordinada de nuestra relación. Ya no es *impersonal* o *poco amistoso* enviar correos electrónicos en vez de llamar o escribir una carta. Hay

patrones enteros de comunicación (patrones de relación) que ahora son esperados entre mis colegas y amigos, y hasta hemos construido términos y actividades únicas a estas relaciones. Como ejemplo, he notado que cuando los demás describen una *conversación* que tuvieron en el correo electrónico, la narración está acompañada frecuentemente por una mímica. Este gesto me intriga. Es un movimiento aéreo de los dedos como si la persona estuviese tipiando. Generalmente se acompaña de las frases "y luego ella dijo," o "él explicó", o "yo dije". Este es un ejemplo no sólo de la coordinación de actividades sino también de la creación de un vocabulario (palabras y acciones) específicos a esta representación ritualizada.

Los patrones o rituales que emergen dentro de las relaciones o comunidades generan parámetros a través del tiempo. Hay parámetros de expectativas y de valor. Llegamos a esperar la actuación de ciertos patrones (por ejemplo, para amigos que han construido un patrón de intercambios diarios de correos electrónicos, la falta de un mensaje probablemente genere preocupación). También construimos implícitamente una serie de valores asociados con la representación (por ejemplo, un correo electrónico diario es algo bueno). En la medida en que estos parámetros emergen y las actividades coordinadas se atrincheran más y más dentro de la relación o comunidad, un estilo de vida es establecido –llegando a parecer lo *natural*, *normal* y trascendente del contexto espacial y temporal–. Esta es una realidad lograda socialmente, pero debemos ser claros: no hay nada más real que esto.

Es importante notar aquí que este proceso está ocurriendo en comunidades a lo largo del globo. Así pues, el potencial para mundos de vida inconmesurables es enorme. Aún más, ya que cada uno de nosotros está inmerso en múltiples comunidades simultáneamente, el potencial para las divergencias es grande. Es posible que defendamos posiciones opuestas sobre un tema debido a las comunidades muy distintas en las que participamos.

Para el construccionista social entonces, el significado siempre es fluido y flexible. El sentido o significado siempre está en movimiento. El grado en que encontramos consistencia en los significados y en los patrones relacionales es atribuible a los logros coordinados de los participantes. De hecho, podemos

decir que cualquier noción que tenemos de estabilidad se le puede acreditar a las habilidades de los participantes de *jugar el juego del lenguaje.*

Comprender el sentido, y por ende la realidad, en estos términos es concordar con el discurso del construccionismo social. Podemos poner de lado (y creo que debemos) las críticas populares de amoralidad y lo antiético del construccionismo. Estas críticas giran en torno a la afirmación de que el construccionismo sufre de una relatividad absoluta. Sin embargo, para el construccionista no es un mundo en que *cualquier cosa vale.* Ya que todo significado depende de la coordinación de las personas en relación y ya que cualquier configuración de personas tiende a generar sentidos únicos o distintos de cualquier otro grupo, la construcción social es seguramente relativista pero no absoluta. Uno no tiene libertad de construir simplemente el mundo a voluntad[2]. Dependemos en última instancia del otro para (literalmente) *hacer* el mundo. Una vez que desechamos la crítica de que *todo vale*, podemos enfocarnos directamente en los potenciales ofrecidos por el discurso construccionista social. Puede que no podamos sostener simplemente que las cosas son de una manera específica. Pero podemos invitarnos a nosotros y los demás a patrones distintos de coordinación. En el resto de este

[2] Tenemos una historia larga distinguiendo el constructivismo del construccionismo social y puede que sea útil resumir esa distinción en este punto y señalar los movimientos recientes que permiten disminuir estas diferencias. En primer lugar, el constructivismo, influenciado por George Kelly (1955) y Jean Piaget (1954), sostiene que el mundo es construido y también le da importancia a las relaciones sociales en que la persona opera. Sin embargo, sigue considerando que es la mente del individuo la que construye la realidad. La mente es influenciada por el mundo social y en esa medida, las construcciones de una persona cargan los vestigios del mundo social. En esta visión el individuo sigue siendo la unidad básica de análisis, aunque las relaciones sociales son evidentemente significativas. En contraste, el construccionismo social enfatiza el discurso –o lo que las personas *hacen* juntas–. El sí-mismo y el mundo son creados *en las relaciones.* En el construccionismo social no hay ninguna necesidad para regresar a la mente privada del individuo. Recientemente Neimeyer (1996) ha propuesto un rango de argumentos que acercan más al constructivismo y al construccionismo social. Un punto que es pertinente para este trabajo es que Neimeyer habla de una "terapia de involucración" que "subraya el intercambio delicado del terapeuta y el cliente construyendo, para reestructurar, las realidades personales de uno o ambos participantes" (p. 406). Mis propios intereses están menos dirigidos a cuál posición uno decide defender y más sobre cómo usar el discurso construccionista para imaginar procesos terapéuticos como potenciadores en vez de patologizadores.

artículo exploro algunos recursos que nos llevan más allá de las consecuencias negativas del diagnóstico hacia los potenciales para la acción en el mundo de la psicoterapia. Estos recursos, debo añadir, se centran todos en aprovechar lo que las *personas hacen juntas* como punto central. Una vez más cito al novelista Hoeg. El narrador de su historia, Peter, le dedica la mayor parte de su tiempo a articular cómo las pruebas estandarizadas y las evaluaciones nunca logran llegar a lo que realmente está allí. Él argumenta que hasta en el laboratorio, los científicos no están realmente midiendo la esencia de algo. Y también advierte: "es importante que las personas entren a los laboratorios de vez en cuando y *hagan preguntas de un tipo distinto a las que se hacen normalmente*" (p. 215, cursivas de la autora). La construcción social, al poner la vista sobre lo que las personas hacen juntas nos permite hacer preguntas distintas. Exploremos algunas.

¿Podrá ser ampliada la participación en el diagnóstico de manera que una gama mayor de relaciones sean reconocidas como contribuyentes potenciales a realidades creativas?

¿Cómo enfrentamos la crítica de Foucault (1979) sobre las maneras en que los regímenes disciplinarios nos "desempoderan"? Cuando enfrentamos dificultades atemorizantes, tendemos a colocarnos en manos de psicoterapeutas profesionales. Estos profesionales tienen la responsabilidad de diagnosticar a aquellos que los buscan porque, como he mencionado, el discurso tradicional del individualismo nos dice que una vez que sabemos qué es lo que está mal con la persona, podemos enfocar nuestra atención sobre los métodos de tratamiento. Y en otros lugares, los efectos negativos de este proceso han sido articulados (Gergen y McNamee, 2000; Kutchins y Kirk, 1997). ¿Cómo podemos abrir este proceso al terreno de la coordinación relacional? ¿Podemos colocar la coordinación del terapeuta y el cliente en una multiplicidad de voces? ¿Habrá manera de invitar a otros al proceso de construir las posibilidades del cliente?

Noten que el foco cambia al considerar cómo incluir otras voces, incluyendo voces alternativas del cliente y el terapeuta, tanto como las voces de otros que no imaginamos inicialmente como *partícipes* de la situación. El cambio es significativo. No sólo estamos proponiendo la expansión de los participantes en la conversación terapéutica, sino que estamos proponiendo que la conversación terapéutica en sí, entre en los dominios de la posibilidad y esperanza en vez de enfocar los problemas y su historia. Encontramos utilidad en esto porque, en las historias de los otros, es probable que encontremos comprensiones distintas de la situación.

Hay muchos ejemplos de este tipo de trabajo que está siendo conducido de manera efectiva en distintas comunidades. Jaco Sekkula y sus colegas ofrecen uno de esos ejemplos (1995). En el Lapland de Finlandia, este equipo de psiquiatras invita a un abanico amplio de profesionales, amigos, familiares y vecinos a lo que sería normalmente llamado un proceso de intervención en crisis. La persona en crisis psiquiátrica también se incluye en la conversación, y de esta manera, el desarrollo del plan de tratamiento necesario toma de los recursos para la acción que están disponibles no sólo en el cliente sino en su red de relaciones. Ya que este proyecto ha sido discutido en detalle en otros lugares (Seikkula, et. al., 1995; Gergen y McNamee, 2000), déjenme ofrecerles un ejemplo adicional de un proyecto que está en desarrollo.

Stub (1999) está conduciendo actualmente una investigación sobre la calidad de vida de pacientes con lesiones cerebrales. Estos pacientes frecuentemente reciben evaluaciones psiquiátricas y evaluaciones sobre el funcionamiento diario en una variedad amplia de actividades que incluyen lo social, psicológico, físico y neurológico. Este diagnóstico continuo es parte del proceso de evaluación de esta población. Y el diagnóstico típicamente involucra a un neuropsicólogo que administra una batería de pruebas al paciente. Con frecuencia la evaluación de otros miembros de la familia también es tomado en cuenta luego de entrevistas realizadas por los profesionales. Stub está interesado en cómo podríamos ampliar el rango de relaciones participando en este proceso para simultáneamente ampliar nuestra *evaluación* o comprensión de lo que se considera calidad de vida. Actualmente la calidad de vida está siendo evaluada como una serie de ítem en una lista de chequeo de actividades que pueden

o no ser realizadas por los pacientes. ¿Realmente mide calidad de vida esta modalidad estandarizada de evaluación?

Para atender a estos temas provocativos, Stub está entrevistando pacientes y sus familiares para comprender *desde sus relaciones significativas* qué es lo que significa tener *calidad de vida*. Y, ya que la tendencia para la mayoría de nosotros sería referirnos a los parámetros abstractos, culturales (por ejemplo, calidad de vida requiere de la independencia en actividades diarias como bañarse, vestirse y alimentarse), Stub comienza sus entrevistas preguntándole a los pacientes que cuenten una historia que muestre lo que más valoran de sí mismos y las relaciones con los demás (especialmente miembros de la familia) y que de esa historia identifiquen lo que ellos consideran como su mayor contribución a esas relaciones. Estas preguntas abren la puerta para conversaciones muy distintas. Con familiares significativos presentes para escuchar estas historias se posibilita el diálogo sobre los recursos más que sobre las deficiencias. Stub pasa entonces a explorar los recursos que los familiares han notado del paciente. La inclusión de muchas voces –todas significativas en la vida diaria del paciente– que realizan una conversación sobre los potenciales, posibilidades y recursos ayuda a afirmar la comprensión local de la calidad de vida. Para estos pacientes y sus familiares la calidad de vida ya no es evaluada utilizando una serie de categorías abstractas sino situadas en el terreno parroquial de sus vidas.

Más aún, al incluir los miembros de la familia en estas entrevistas de *evaluación*, los participantes son entrenados para extender el diálogo que tienen en sus hogares, así como continuar la conversación sobre las posibilidades que son generadas en las entrevistas de evaluación.

¿Qué potencial hay para los clientes y las comunidades si reemplazamos las etiquetas abstractas por las narraciones vividas?

Podemos observar en el ejemplo anterior como puede surgir un gran potencial al darle voz a las historias vividas de los participantes. Al hacerlo, la

investigación de Stub es parecida al Proyecto de Conversación Pública (Roth, et al, 1992). En sus intentos de involucrar a las personas en diálogos (en vez de debates) sobre temas complicados como el aborto, Roth y sus colegas reconocen que todas las creencias más arraigadas están fundamentadas en conversaciones vividas, viscerales con los otros. Así que para los defensores del aborto, siempre hay una historia personal que le da significado a la posición abstracta. Sin embargo, en los contextos públicos y profesionales donde estos temas son discutidos, tenemos el valor (valor construido) de que la historia personal de alguna manera distrae la atención de lo central del asunto. Lo que Roth y sus colegas han encontrado, sin embargo, es que iniciar las conversaciones sobre este tema tan difícil con grupos que no se ponen de acuerdo provee de recursos para involucrarse en el diálogo en vez del debate. Lo que esto significa es que en vez de relacionarme con el otro para demostrar mi punto de vista o *ganar el argumento*, los participantes con orientaciones opuestas se toman el tiempo para considerar la razón local o la realidad de la posición del otro. Esto no significa que estas orientaciones extremadamente opuestas son aceptadas. No es un intento para persuadir o convencer. Más bien, el propósito es expandir los recursos para (en términos de Wittgenstein) continuar avanzando juntos. Puedo estar fuertemente en desacuerdo con tu opinión sobre un tema particular, pero mi desacuerdo tendrá una forma muy distinta si en primer lugar te concedo la coherencia local y la racionalidad de tu opinión dentro (por lo menos) de tu propia comunidad significativa.

Reconocer que hay múltiples y diversas racionalidades que obtienen su coherencia dentro de comunidades es el primer paso hacia la transformación de la práctica social. En relación con el diagnóstico, ¿podremos imaginarnos escuchando las historias de nuestros clientes no con el propósito de ubicarlas dentro de alguna categoría diagnóstica sino con el propósito de concederle coherencia a la dificultad que ha traído el cliente a la terapia? En otras palabras, ¿cómo pueden la historias del cliente ofrecerle coherencia situacional a las actividades, que colocadas en el contexto social más amplio, están evaluadas negativamente? Discusiones que inviten este tipo de historias le dan voz a la complejidad y contextualización social y por ende abren la posibilidad de nuevos recursos para retomar la vida.

¿Qué ventajas traerá suspender la certidumbre en el proceso diagnóstico?

Como señala Hoeg habilidosamente en su novela, *Borderliners*, la certidumbre con que el diagnóstico procede puede ser extremadamente debilitante para los clientes y sus relaciones significativas. Y sin embargo, el reto para los profesionales se centra en cómo ser profesional y al mismo tiempo suspender lo que Sampson *llama la mirada omnisciente de Dios* (1993). Desafortunadamente, la profesionalización (que puede ser vista como un subproducto de los intentos modernos de entrenar a los individuos con los métodos y técnicas adecuadas requeridas para trabajar en campos específicos) ha creado una cultura dicotomizada en que están los que *saben* y lo que están necesitados de conocimientos. Dado este contexto, las expectativas que tienen los profesionales de sí mismos además de sus clientes son amenazantes. Para ser, por ejemplo, un psicoterapeuta competente y exitoso se requiere la habilidad intuitiva o entrenada de diagnosticar rápidamente aquellas personas que están en tratamiento y generar planes de tratamiento efectivos. Vamos a añadirle las expectativas propias del terapeuta sobre sí mismo y las expectativas del cliente sobre el terapeuta, las expectativas de las compañías aseguradoras y las autoridades que gerencian la salud. La terapia debe ser efectiva y breve. Debe ser eficiente en términos de costos. Al mismo tiempo, la presión de sobrevivir económicamente del terapeuta significa tener la capacidad de pasar de un paciente a otro rápidamente. Así la certidumbre del diagnóstico profesional se convierte en el máximo objetivo. No hay espacio para la duda, la incertidumbre o tomar en cuenta muchas otras alternativas.

¿Pero qué sucedería si los psicoterapeutas sí tomaran en cuenta otras alternativas? Para poder hacerlo, ella o él tendría que realizar una crítica autorreflexiva, que permita suspender la certidumbre de que un diagnóstico, una modalidad de trabajo, una comprensión es la mejor (o correcta). Mientras que tenemos la responsabilidad profesional de actuar con objetivos, de manera ética y significativa, también debemos reconocer que mucha certidumbre o comprensión niega el argumento de una alternativa relacional al diagnóstico. Cuando estamos demasiado seguros de nuestra aproximación, nuestras

respuestas, nuestro análisis, nos cerramos a las voces de otros, así como a nuestra propia multiplicidad. Además, debemos respetar que lo que constituye un diálogo creativo en una comunidad puede no asegurar la misma posición en otra. La fuerza retórica de un argumento discursivo particular puede variar dramáticamente de una comunidad a otra.

En otras palabras, debemos preguntarnos constantemente ¿cuál tradición discursiva exige este tipo de preguntas, observaciones y conclusiones? ¿Por qué este discurso y no otro? ¿Cuál comunidad está siendo representada aquí y cuáles están siendo obviadas? Este tipo de crítica reflexiva es asociativa. Aquí reconocemos la posibilidad de otras comunidades y tradiciones discursivas y a través de ese reconocimiento podemos concederles una voz. Al mismo tiempo, la disposición a tolerar la duda (producto de la crítica autorreflexiva) no implica que nunca puede haber una decisión o selección de cómo deben ser las cosas. En cambio, la manera en que *deben ser las cosas* es aceptado como una postura que es creativa y que está situada en un momento. Esto no implica que cualquier realidad construida en la conversación terapéutica es la *correcta* o la única. Un aspecto central de la crítica autorreflexiva es no sólo la disposición a utilizar la duda acerca de nuestras posiciones, sino también darle voz a las historias que le dan coherencia a posiciones radicalmente distintas. En ese sentido, se ofrecen terrenos conversacionales donde las narraciones personales pueden ser dichas y escuchadas con referencia a las comunidades relacionales donde son valoradas, lo cual ayuda a evitar la referencia continua a posiciones y políticas abstractas. ¿Puede la psicoterapia ofrecer este terreno conversacional?

Esta pregunta hace que emerja otra sugerencia provocadora. ¿Cómo aseguran los psicólogos que los contextos en que conducen la psicoterapia actualmente son los más productivos? ¿Cómo pueden asegurar que aquéllos que buscan ayuda son los más necesitados? Es verdad que estas preguntas parecen más bien tontas. Muchos psicólogos estarían de acuerdo que aquellos que están en terapia no necesariamente son los que más la necesitan. Además, muchos psicoterapeutas creen firmemente en prácticas que los llevan a los hogares de las familias, a las comunidades, a las escuelas, etc. Sin embargo, a pesar de todas estas variaciones (y muchas más de las que he mencionado),

la aproximación dominante de la psicoterapia no reflexiona sobre el hecho de si ésta se está llevando a cabo en los contextos donde sería más útil o donde las personas podrían beneficiarse más de ella. Por ejemplo, pienso en el trabajo de Saúl Cruz-Ramos en Ciudad de México (comunicación personal). Su interés es el trabajo con familias pobres de los barrios de su ciudad. Sin embargo, estas familias pocas veces buscan terapia. En un intento de acercarse a estas familias, Saúl se mudó con la suya a uno de estos barrios. Él aprendió rápidamente que estar simplemente en la misma comunidad, en el mismo contexto no era suficiente. A pesar de los problemas que estas familias enfrentaban diariamente (alcohol, drogas, violencia, muerte) y de su presencia constante y disponibilidad, las familias no buscaban su ayuda. Sus intentos de llamar a reuniones abiertas fueron recibidas con un silencio rotundo y una falta total de interés en la actividad.

Un aspecto consistente de estas comunidades que Saúl identificó rápidamente fue el ritual del velorio luego de la muerte de alguien. Ya que casi todos los jóvenes de la comunidad están asociados con pandillas y ya que estas pandillas están constantemente enfrentadas entre sí por territorios, drogas, etc., las muertes violentas son prácticamente un evento semanal. Y son eventos de toda la comunidad. Saúl describe el ritual en que todos los miembros de la comunidad vienen y se sientan largo rato en círculo, en ocasiones conversando entre ellos, alrededor de la urna del joven fallecido. A pesar de las diferencias y conflictos hay un sentido de comunidad que surge a través de la muerte en este barrio. Ya que los velorios son los lugares donde estas familias se reúnen, Saúl preguntó en uno de ellos si podían tener una conversación sobre la vida en la comunidad y los problemas que todos enfrentan. Los que estaban presentes participaron activamente en la conversación lo cual generó una participación activa en proyectos comunitarios que giraban en torno a temas que en otras comunidades llevarían a las familias a la psicoterapia. Su aprendizaje fue que si quería trabajar generando futuro tenía que acercarse a aquellos que deseaba ayudar en vez de esperar a que lo buscaran. Además, el enfocar los recursos de la comunidad en vez de las patologías individuales permitó la construcción de futuros nuevos. De manera metafórica, en este barrio, la muerte se transformó en una posibilidad de vida.

La historia de Saúl ilustra las ventajas de dudar de nuestras certezas como profesionales. Al cuestionar la utilidad de reunirnos con nuestros clientes en el contexto psicoterapéutico y cuestionar la identificación del individuo o la familia como la unidad de tratamiento, Saúl ha logrado participar en una modalidad participativa de transformación social. Probablemente él, tiende menos que otros profesionales a identificarse a sí mismo como el profesional que *ayuda* a la comunidad a cambiar. Estoy segura que tiende más a hablar en términos de transformación mutua para sí mismo, su familia y los miembros de la comunidad, además del proceso *terapéutico* mismo.

¿Cómo puede un enfoque sobre las imágenes del futuro transformar patología en potencial?

La psicoterapia en general tiene la reputación de enfocar problemas. Esto ya lo hemos discutido extensamente. Adicionalmente, como una práctica profesional, la atención se dirige en gran medida a las causas pasadas de los problemas y las modalidades presentes en que el cliente maneja esos problemas. La evaluación de estas teorías se convierte en la base para el diagnóstico.

¿Qué pasaría si los psicoterapeutas cambiaran el énfasis de la conversación terapéutica del terreno de la historia de los problemas a las imágenes del futuro? Una objeción inmediata puede ser que tal cambio puede ignorar el *verdadero* problema que trae la persona que solicita la ayuda. Sin embargo, la idea no es ni ignorar ni subrayar los problemas del cliente como si fueran entidades esenciales. Al fin y al cabo, el construccionismo social argumenta que las modalidades en que nos relacionamos construye los mundos que habitamos. En esa medida cuando dirigimos nuestras interacciones a los problemas, vivimos en una realidad problematizada. Hay muchos recursos alternativos disponibles que, una vez invitados a ese *espacio* conversacional, tienen potencial para integrarse a la realidad relacional *problematizada*.

Aquí pienso en el trabajo de Harlene Anderson (1997). Al supervisar terapeutas en formación Harlene invita a los participantes a la postura *como sí*. Después que el caso ha sido presentado, los participantes invitados toman

turnos hablando *como sí* fueran miembros distintos del sistema del cliente. Anderson dice que al invitar a los participantes a hablar *como sí* fueran, por ejemplo, la madre del terapeuta, se involucran en el proceso de *disolución de problemas*. Este proceso les da permiso para ofrecer interpretaciones alternativas del *problema* y también imaginar otras maneras en que la situación puede ser construida. ¿Qué otras narraciones posibles hay? El entrecruzamiento de múltiples voces le presenta a la persona presentando el caso una sinfonía de posibilidades. En vez de regresar a la conversación terapéutica encasillada en conversaciones sobre problemas, el psicoterapeuta puede entrar en conversaciones con historias que ofrecen imágenes de potencial y esperanza.

De manera similar, hay procesos en que el foco está sobre la imaginación de un futuro ideal y al conversar sobre las distintas maneras en que el cliente puede alcanzar (literalmente hacer real) ese ideal. ¿Qué tipo de actividades y relaciones necesita el cliente continuar? ¿Cuáles podría terminar? ¿Qué podría comenzar a desarrollar el cliente como acciones y/o relaciones posibles nuevas? Todas estas preguntas ayudan a construir el futuro actuando *sobre él* en vez de actuando *dentro* de lo que aparece como una realidad ya construida.

Continuando la conversación

Al ofrecer una serie nueva de preguntas he intentado provocar una conversación más amplia sobre el reino de la psicoterapia. ¿Debe ser el diagnóstico el punto focal de la terapia? ¿Quién se beneficia de ese enfoque? Sin duda, los profesionales de la psicología responsables por el desarrollo de los criterios diagnósticos se benefician. Adicionalmente, para aquellos diagnósticos que requieren de tratamientos médicos, las compañías farmacéuticas ganan enormemente. Y al mismo tiempo, algunos que buscan psicoterapia se benefician del diagnóstico. Sin embargo, en la medida en que nuestra cultura se sumerge más en las prácticas de evaluación y diagnóstico –todos hijos de una ciencia de la modernidad– nos encontramos presionados para encontrar prácticas que inspiren el potencial y la posibilidad hurgando en los recursos para la acción que ya están disponibles en nuestras relaciones. La psicoterapia, por supuesto, no está sola. La educación es otra de nuestras instituciones culturales que está

confrontando dificultades inmensas ahora que la cultura de la deficiencia toma el control. Ejemplos abundan en muchos sectores de la vida.

Y sin embargo, esfuerzos novedosos están emergiendo en distintos lugares, cada uno intentando revitalizar el potencial positivo de la vida. Por ejemplo, la psicología positiva de Martin Seligman, el método de preguntas apreciativas desarrollado por David Cooperrider (1990) y el trabajo de Cooperrider y Dutton (1998) sobre la cooperación y el cambio global, aproximaciones performativas a la psicología (Holzman, 1999), articulaciones de educación en colaboración (Brufee, 1999), así como muchos otros proyectos. El movimiento de acercarse al potencial humano, enfocar lo que está funcionando en oposición a lo que no está funcionando, el enfoque sobre el futuro opuesto al pasado son tendencias novedosas emocionantes.

La importancia, creo, de hablar del diagnóstico como una construcción social es que nos permite quitarle la esencia a los problemas psicológicos. Al ubicar el significado en las actividades de las personas más que en las cabezas de éstos, el construccionismo social nos ofrece los recursos para deconstruir la patología. ¿Si la patología emerge sólo en algunas modalidades particulares de la práctica, cuáles podrán ser las modalidades particulares de prácticas, que pueden llegar a ser creativas y sugerentes para ir más allá de la patología y acercarnos al potencial? Esta manera de reconstrucción toma mucho de la idea de polivocalidad. Todos tenemos la voz de la posibilidad y sin embargo, es la voz del déficit, de la evaluación, del diagnóstico, la que nos roba la atención. Es tiempo de reconsiderar tipos de prácticas y comunidades relacionales en la que múltiples participantes, historias personales, preguntas autorreflexivas e imágenes del futuro tengan una voz.

Bibliografía

Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities.* New York: Basic Books.

Bellah, R.N., Madsen, R., Sullivan, W.M., Swidler, A., and Tipton, S.M. (1985). *Habits of the heart.* Berkeley: University of California Press.

Bruffee, K. (1999), 2nd Edition. *Collaborative Learning*. Maryland: Johns Hopkins University Press.

Cooperrider, D. L. (1990). Positive image, positive action: The affirmative basis of organizing. In S. Srivastva y D. L. Cooperrider (Eds.), *Appreciative management and leadership: The power of positive thought and action in organizations*. San Francisco, California: Jossey-Bass Inc.

Cooperrider, D. L., y Dutton, J. (Eds.). (1998). *No limits to cooperation: The organization dimensions of global change*. Newbury Park, California: Sage Publications.

Cushman, P. (1995). *Constructing the self, constructing America*. Reading, Massachusetts: Addison Wesley.

Derrida, M. (1976). *Of grammatology*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

DeShazer, S. (1994). *Words were originally magic*. New York: Norton.

Fish, S. (1980). *Is there a text in this class? The authority of interpretive communities*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Foucault, M. (1979). *Discipline and punish*. New York: Vintage.

Gergen, K.J. (1999). *An invitation to social construction*. London: Sage Ltd.

Gergen, K.J. (1994). *Realities and relationships: Soundings in social construction*. Cambridge: Harvard University Press.

Gergen, K.J. and McNamee, S. (2000). From disordered to generative dialogues. In R. Neimeyer and J.D. Raskin (Eds.), *The Construction of Disorder*. Washington: American Psychological Association Press.

Graumann, C.F. and Gergen, K. J. (1996). *Historical dimensions of psychological discourse*. New York: Cambridge University Press.

Harre, R. (1979). *Social being*. Oxford: Blackwell.

Heelas, P. and Lock, A. (Eds.). (1981). *Indigenous psychologies*. New York: Academic Press.

Hoeg, P. (1995). *Borderliners*. London: The Harvill Press.

Holzman, L. (Ed.). (1999). *Performing psychology*. New York: Routledge.

Kelly, G.A. (1955) *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.

Kleinman, A. (1988). *The illness narratives*. New York: Basic Books.

Kutchins, H. and Kirk, S.A. (1997). *Making us crazy: DSM The psychiatric bible and the creation of mental disorders*. New York: The Free Press.

Lasch, C. (1979). *The culture of narcissism*. New York: Norton.

Lutz, C. and Abu-Lughod, L. (Eds.). (1990). *Language and the politics of emotion*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

McNamee, S. and Gergen, K.J. (1998). *Relational responsibility: Resources for sustainable dialogue*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.

Neimeyer, R.A. (1996). Process interventions for the constructivist psychotherapist. In H. Rosen and K.T. Kuehlwein (Eds.), *Constructing realities: Meaning-making perspectives for psychotherapists*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

O'Hanlon, W.H. and Weiner-Davis, M. (1989). *In search of solutions: A new direction in psychotherapy*. New York: Norton.

Piaget, J.(1954). *The construction of reality in the child*. New York: Basic Books.

Rorty, R. (1979). *Philosophy and the mirror of nature*. Princeton: Princeton University Press.

Roth, S., Chasin, L., Chasin, R., Becker, C., and Herzig, M. (1992). From debate to dialogue: A facilitating role for family therapists in the public forum. *Dulwich Centre Newsletter*, 2, 41-48.

Sampson, E.E. (1993). *Celebrating the other*. Boulder: Westview Press.

Seikkula, J. Aaltonen, J., Alakara, B., Haarakangas, K. Keranen, J. and Sutela, M. (1995). Treating psychosis by means of open dialogue. In S. Friedman (Ed.), *The reflecting team in action*. New York: Guildford Press, 62-80.

Shweder, R.A. (1991). *Thinking through cultures*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Stub, S. (1999). Quality of Life after Brain Injury: A Postmodernist Research. Unpublished Ph.D. dissertation proposal, University of Copenhagen, Institute of Psychology, Faculty of Humanities, Denmark.

Tannen, D. (1998). *The argument culture: Moving from debate to dialogue*. New York: Random House.

Tomm, K. (1998). Co-constructing responsibility. In S. McNamee and K.J. Gergen (Eds.), *Relational responsibility*. Thousand Oaks, California: Sage.

White, M. and Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.

Wittgenstein, L. (1953). *Philosophical investigations*. Trans. G. Anscombe. New York: Macmillan.

Reiniciando el desarrollo en jóvenes de la ciudad

Barbara Silverman [1]

Resumen

Este artículo ilustra el trabajo de orientación psicológica realizado en una comunidad de bajos recursos de Brooklyn, Nueva York, desde una perspectiva novedosa que cuestiona las actitudes tradicionales con las cuales la psicología se ha relacionado con los jóvenes etiquetados como "de riesgo, con tendencias violentas, antisociales, promiscuos, problemáticos", etc. La autora propone, basándose en las ideas de terapia social de Newman y Holzman, otras maneras de crear relaciones con los jóvenes que se pretende ayudar, entre las cuales destaca cambiar la idea de que los jóvenes son un problema a ser solucionado, o que son víctimas, por otra que considere sus posibilidades como colaboradores competentes en el proceso de construir sus comunidades. Se ilustra la sustitución de planes de intervención basados en diagnósticos por la construcción de relaciones de colaboración activa.

Abstract

The following article illustrates field work in psychological counselling carried out in a deprived community in Brooklyn, New York, from an innovative perspective which questions traditional attitudes employed by psychology when dealing with youngsters labeled as "high-risk, prone to violence, antisocial, promiscuous, problematic," etc. The author, based on the ideas of social therapy advanced by Newman and Holzman, explores alternative means of forging relations with the youngsters that are purportedly being helped, first and foremost among which is the abandonment of the idea that these youngsters are a problem to be solved, or that they are victims. It is argued that such conceptions should be substituted by an awareness of their potential as competent collaborators. The substitution of intervention plans that change the focus from diagnosis to the construction of relationships of active collaboration is illustrated.

[1] Barbara Silverman es coordinadora y terapeuta del Brooklyn Center for Social Therapy, especializándose en terapia grupal con adolescentes y es directora del programa de salud mental del Erasmus High School Student Health Center, una escuela pública en Brooklyn (N.Y.) que trabaja principalmente con jóvenes de estratos populares, viene trabajando en varios proyectos que buscan reunir a grupos interraciales de jóvenes de distintos orígenes utilizando el enfoque *performativo*.

Déjenme contarles un poco sobre cómo llegué a dirigir el programa de salud mental que funciona en mi clínica. He estado en el campo de la salud mental durante treinta y dos años. Mi trabajo ha incluido formatos de hospitalización-día, consulta externa, hospitalización y trabajo en centros de Salud Mental Comunitaria. He tenido la oportunidad de crear e implementar una serie de programas preventivos y educativos para jóvenes. El más exitoso es Rostros: una red de teatro improvisado para adolescentes que me enseñó la importancia de la actuación/representación *(performance)* como herramientas para el crecimiento.

Durante los últimos diecisiete años he estado practicando y estudiando terapia social, con su fundador el Dr. Fred Newman. Construir el movimiento de terapia social y el desarrollo de las comunidades con el Dr. Newman y nuestros colegas ha cambiado profundamente mi vida y mi práctica terapéutica. Comparto el compromiso del Dr. Newman de crear ambientes para el desarrollo de jóvenes ya que el trabajo con jóvenes es una de las pasiones de mi vida.

Hace seis años fui invitada por el Dr. Warren Seigel, el antiguo jefe de medicina adolescente en el Hospital de Brooklyn y jefe actual de medicina adolescente en el Hospital de Coney Island para llevar el enfoque del desarrollo a través de la terapia social performativa al Centro de Salud del Centro Estudiantil de Erasmus. El Dr. Seigel, un graduado del programa de entrenamiento en terapia social del Instituto de East Side de Psicoterapia Breve, había encontrado valioso el trabajo del Dr. Newman en sus programas de salud adolescente y estaba ansioso de descubrir las posibilidades de utilizar una aproximación del desarrollo performativa como un componente de la salud mental en una clínica de estudiantes.

Además de dirigir los servicios de desarrollo en Erasmus, estoy en el equipo clínico del Centro de Brooklyn y el East Side de Terapia Social donde trabajo con grupos, familias, parejas e individuos tanto adolescentes como adultos.

¿Qué es el *performance* y qué tiene que ver el desarrollo con esto? Una de las proposiciones del Dr. Newman es que la unidad ontológica de la interacción humana es la representación y no la conducta. Todos somos

representadores/actores. Representar es la manera en que nos desarrollamos. El psicólogo ruso Lev Vigotsky, lo afirmó en los años veinte. Es a través de representar-hacer lo que está más allá de nosotros como aprendemos a hacer las cosas que no sabíamos hacer.

Vigotsky describió cómo los bebés se transforman de balbuceadores a hablantes a través de la representación. Recordemos cómo fue que todos aprendimos a hablar. De bebés balbucéabamos y nuestros hermanos mayores y padres nos decían "ah, estas cansado no?, es hora de tu siesta". Los mayores no nos criticaban por no comunicarnos adecuadamente ni se preocupaban de si nosotros como bebés entendíamos lo que se nos estaba diciendo. Se relacionaban con nosotros como hablantes, como alguien que entiende el lenguaje cuando ese definitivamente no era el caso. Es en este ambiente social compartido que los bebés, todos nosotros, nos desarrollamos más allá de nosotros mismos y aprendimos a hablar.

La Dra. Lois Holzman dice en su artículo "La Etapa del Desarrollo",

> mientras que como bebés estamos creativamente imitando a nuestros cuidadores, ellos simultáneamente están haciendo una representación de ese rol, convirtiéndose en eso. La representación es una manera de tomar lo que somos y crear algo nuevo, en este caso, un nuevo hablante a través de la incorporación del otro (p. 32, 1997).

Mientras nosotros representamos nuestro camino hacia la adaptación social y cultural, también representamos nuestro camino hacia el desarrollo continuo. Mucho de lo que hemos aprendido a través de la representación se convierte en rutina, en representaciones rígidas e insípidas. Nos hacemos tan talentosos en representar nuestros roles que dejamos de crear nuevas representaciones de nosotros mismos. Desarrollamos unas identidades de "soy una cierta persona que hace ciertas cosas y se siente de las siguientes maneras". La mayoría de nosotros pensamos, inclusive, que cualquier otra forma, sería no ser nosotros mismos. Creemos que todo lo que podemos hacer es lo que los psicólogos identifican como comportarse y perdemos la noción de que nos estamos representando a nosotros mismos constantemente.

Los jóvenes con frecuencia quedan atrapados en la trampa que pasma el desarrollo de la identidad. Antes de darse cuenta son etiquetados como *jóvenes en situación de riesgo; con tendencias a la violencia, antisociales, buscadores de problemas, promiscuos.* Ellos se encuentran atrapados en estos roles con sus maestros, trabajadores sociales y padres, relacionándose con ellos como si en verdad esto fuese la manera en que son... jóvenes que no tienen nada que ofrecer. No es de sorprenderse que los jóvenes se relacionen entre ellos mismos de esta misma manera. Demasiados de ellos adoptan la identidad apropiada y actúan los roles esperados. Aun cuando se les adjudique identidades consideradas buenas, las identidades los constriñen y con frecuencia hace imposible que crezcan.

¿Cómo reiniciamos el proceso de desarrollo en los jóvenes de nuestra ciudad? ¿Cómo ayudamos a las personas a salir de sus identidades? Lo que se requiere para la reiniciación del desarrollo es la creación de un ambiente/actividad donde las personas son apoyadas a realizar el tipo de aprendizaje que lleva al desarrollo de un ambiente social y representacional parecido al de la infancia temprana. Un medio que no sea prejuicioso y que apoye los riesgos que estén dispuestos a tomar.

El programa de terapia de grupo *Hablemos de Eso* es un ambiente de ese tipo. Es un programa que favorece el desarrollo. El programa es un escenario de representación donde los jóvenes son apoyados a ser algo más de lo que son, más allá de lo que han sido etiquetados o definidos socialmente. Son apoyados a *ser lo que no son* saliendo de esos roles al salir de sus identidades. ¿Qué significa entonces ser lo que no somos y cuál es su valor? Ser lo que no somos es, en nuestro trabajo, ayudar a crear situaciones y oportunidades para que jóvenes y viejos vayan más allá de las constricciones de sus identidades. Cuán frecuentemente hemos dicho, "no puedo hacer eso porque no soy ese tipo de persona".

El Dr. Newman señala en su libro *Desarrollémonos*:

> Cuando las personas dicen: "es que yo soy así... no puedo evitarlo", están distorsionando no intencionalmente el proceso real por medio el cual vivimos los seres humanos. Esa distorsión es apoyada por la memoria

> que, con frecuencia está moldeada por las etiquetas que otras personas nos han colocado, las "señales de tránsito" que nos dicen qué categoría de persona somos: "yo era el inteligente de mi familia"; "siempre tenía mal humor"; "no soy buen bebedor". El hecho es que tenemos la capacidad para escoger actuar o no actuar los roles para los cuales nos han escogido. Además, no tenemos que actuarlos según el guión y con frecuencia no lo hacemos- las personas violan el guión y rompen esas reglas todo el tiempo. Siempre estamos tomando decisiones, aun cuando escojamos no tomar decisiones sobre cómo vivir (p. 123-124, 1996).

La premisa del programa de desarrollo es que, cuando a los jóvenes se les dan responsabilidades adicionales de crear en conjunto activamente sus ambientes terapéuticos, educacionales y culturales, ellos crecen y se desarrollan. Según Holzman, en su artículo "La Etapa del Desarrollo":

> Mis colegas y yo defendemos una visión distinta del ambiente... no es un lugar donde nos encontramos lo que impacta nuestro desarrollo sino un espacio vital o escenario que las personas crean en conjunto. Más que un lugar o un contexto, el ambiente es creado, moldeado, reformado como parte inseparable del proceso de desarrollo (1997).

Los jóvenes de nuestro programa de grupo tienen la responsabilidad colectiva conmigo, el adulto con más experiencia, de crear el escenario de nuestra actuación/comunidad en que podemos actuar como personas que dan, como constructores de algo positivo, como creadores de nuestras vidas. Es la actividad representativa de crear su grupo/comunidad lo que hace posible que se dé su desarrollo. La aproximación de desarrollo y construcción de comunidades del programa está basada en la creencia, como lo establecen Newman y Holzman en sus escritos (ejemplo Holzman, 1977; Newman y Holzman, 1993, 1997), que el desarrollo es algo que los humanos crean en conjunto más que algo que nos sucede. En esta visión el desarrollo es entendido como una actividad (es un hacer, un mostrar, un representar) más que algo conductual o cognitivo. Según Newman y Holzman, es a través del representar-hacer lo que está más allá de nuestras capacidades (aunque sea sólo por ese momento), que los más jóvenes aprenden a hacer las cosas que no saben hacer.

El programa ya está en su sexto año. Los miembros son de orígenes distintos: el 90% son caribeños-americanos de Jamaica, Haití, Trinidad, Panamá, Guyana, Santa Lucía, San Vincent; otros son de Pakistán y Bangladesh. Alrededor de un 8% es afro-americano, 1% latinos, todos entre catorce y veinte años y provenientes de tres escuelas distintas. Los temas que estos estudiantes están trabajando incluyen: cambiar de países; sistemas educacionales y lenguajes que frecuentemente los hace que se retrasen un año, tensión importante en el hogar por volverse demasiado americanizados (por ejemplo: muy respondones), disciplinas estrictas que frecuentemente incluyen maltrato físico que es considerado más normal en los sistemas de disciplina antillano, embarazo adolescente y temas de cómo ser padre, desempleo, intentos previos de suicidio, abuso sexual, abandono, violencia en las escuelas y en sus comunidades, drogas, racismo y adultos que no los toman en serio.

Buscar ayuda terapéutica no es considerado parte de la cultura aunque muchos de ellos han sido referidos previamente y han estado con trabajadores sociales. Cuando el programa comenzó hace seis años, no me era claro si iba a lograr involucrar a estos jóvenes en una actividad terapéutica. Nadie entraba a la clínica solicitando hablar con nadie. En ese entonces, todos los contactos iniciales eran médicos. Inicialmente Kim (la médica del centro) me presentaba a todo estudiante que asistía por razones médicas. Una vez que los estudiantes decidían hablar conmigo, venían solos o acompañados por un amigo si así lo preferían. Todos los estudiantes que vi originalmente de manera individual se oponían a participar en un grupo. No querían que otros estudiantes conocieran sus asuntos personales y les preocupaba que si exponían cosas privadas de sus vidas se podían convertir en chismes de pasillo.

Muchos de estos estudiantes dieron un salto de fe junto conmigo al comenzar el programa grupal. Una vez en el grupo, aprendieron a participar, empezaron a asistir con regularidad y a traer a sus amigos. Los miembros del grupo han manejado exitosamente el tema de la confidencialidad. No chismean del grupo en los pasillos. Esto es todo un logro para ellos. Al comienzo del siguiente año escolar, fue especialmente gratificante escuchar a los estudiantes del grupo inicial preguntar cuándo comenzaban las reuniones de nuevo.

Durante los primeros cuatro años, el programa estaba estructurado de manera más formal. Yo conducía nueve grupos semanales durante tres períodos de almuerzo distintos. Los alumnos podían atender al número de grupos a la semana que ellos desearan. Ellos mismos escogían los temas de interés e importancia para ellos. También me ayudaron en la conducción y organización del proceso. Los grupos se hicieron muy populares y tienen una asistencia regular que varía entre diez y treinta y cinco personas en un día típico.

Estos grupos son heterogéneos y abiertos por diseño. Son una mezcla de los estudiantes populares, tímidos, talentosos, inteligentes, deportistas, etc. Pertenecen a uno de tres liceos. Algunos han sido parte del programa durante cuatro años y otros son nuevos. Todos los años cambian los grupos con la inclusión de miembros nuevos. En esos momentos surgen tensiones. Con frecuencia los miembros centrales sienten que los estudiantes nuevos de noveno grado son fastidiosos e inmaduros. Todos los años los estudiantes me piden que bote a los miembros más fastidiosos. Yo me rehúso defendiendo la posición de que hasta los más problemáticos tienen derecho de participar en el proceso. También he comentado que si no les gusta cómo alguien se conduce en el grupo, deben ofrecer liderazgo para enseñarles la manera en que pueden participar.

El año pasado el grupo evolucionó de manera distinta. Los jóvenes del grupo fueron más lejos conmigo de lo que habíamos ido anteriormente en el tema de cómo responden cuando ellos, o miembros de sus familias o amigos, son humillados, burlados, se les falta el respeto o son retados. La manera en que tienden a responder a tales enfrentamientos tiene que ver con el tipo de reacciones impulsivas y confrontativas que conducen a la escalada de la situación, lo cual lleva con frecuencia a lesiones físicas, encarcelamiento o la muerte.

Ellos vienen al grupo defendiendo los roles y normas de su cultura actual. Frecuentemente es cruel, abusiva y competitiva. En ella los mayores dominan y el objetivo es defender el honor sin mostrar jamás que tienes miedo, con un énfasis en ganar siempre y nunca perder. Los jóvenes con que trabajo me dicen que yo soy una adulta, que simplemente no los entiendo, que digo lo que dicen todos los adultos. "Si alguien nos falta el respeto tenemos que enfrentarlos sin importar lo que suceda. No hay elección".

También me han dicho,

> Estamos cansados de estar metidos en peleas estúpidas. Tenemos que cambiar lo que estamos haciendo, no queremos caer presos, no queremos morir, muchos de nosotros estamos muriendo. Queremos vivir más allá de los 18 años, que no será posible si no aprendemos otras maneras de manejar las cosas insultantes que pasan todos los días de nuestra existencia. Pero pensamos que no podemos hacer más nada.

El grupo comenzó a bregar con las preguntas: ¿Cómo vamos de este estado actual a otro lugar? ¿Cómo nos cambiamos nuestras respuestas? ¿Podremos dejar de sentir la emoción de estar metidos o ver una pelea? ¿Podremos conseguir otras cosas que igualen esa emoción? ¿Podremos influir sobre nuestros padres en la escuela?

Como profesionales de la salud mental y terapeutas sociales, tenemos que preguntarnos a nosotros mismos y ayudarlos a ellos a preguntarse por qué tienen la sensación de que no hay opciones. ¿Habrá algo que podamos hacer acerca de esa experiencia? ¿Podremos ayudarlos a crear nuevas representaciones de sus vidas en vez de realizar esas representaciones viejas y rígidas, cuestionando las verdades referenciales de sus discursos... estas creencias de que no hay más nada que hacer y que esos son los hechos, la verdad de quienes son? La verdad es que sí, aquí hay algunos ejemplos de cómo hemos estado trabajando algunos de estos temas.

El grupo formó un comité para promover la no-violencia. Ellos decidieron promover una presentación de talentos y un tributo a las personas que conocían que habían muerto o estaban presos debido a actos absurdos de violencia.

Situación #1

Kepriece, Nati, Antwan y Patricia estaban discutiendo el progreso del espectáculo. Ya habían realizado audiciones, comenzado la venta de las entradas y estaban en la mitad de una conversación sobre cómo iba a ser la presentación final. Kim y yo trajimos la noticia de que los tres directores de las escuelas sólo iban a permitir la participación en el espectáculo de los estudiantes que

habían pasado cuatro clases además de educación física. Al comienzo hubo una serie de reacciones molestas y los jóvenes exploraron sus opciones. Tenían muchos amigos en el liceo que los podían ayudar a boicotear las tiendas de las escuelas como protesta. Eso afectaría las entradas de las escuelas lo que era una preocupación central de los directores. ¿Mostraría una protesta de este tipo algún tipo de impacto sobre la decisión de los directores? ¿O moveríamos más bien el espectáculo a otro lugar para evitar el requerimiento de los directores? ¿Se debería cancelar el evento? Luego de tres días de diálogo con Bárbara y Kim decidieron que iban a sobrepasar los requerimientos y aprobar cinco clases además de educación física. Estaban decididos a tener el espectáculo allí, en su escuela, donde pensaban que era más importante expresar lo que querían sobre la violencia en sus comunidades y sus escuelas.

¿Cuáles eran mis intenciones en esta situación? Dada mi tarea de desarrollar a los jóvenes como tomadores activos de decisiones, cuando el comité me preguntó lo que yo pensaba que debían hacer a la luz de estos requerimientos, decidí apoyar al comité para que tomara su propia decisión y facilité el proceso. Mi aporte al diálogo era mostrar claramente que apoyaba su derecho de hacer su declaración en Erasmus (el liceo) –para así impactar el medio más cercano–. Dije que podían aceptar el reto de pasar las clases si decidían que valía la pena para ellos. Les pregunté si preferían evitar el requerimiento y buscar un lugar externo. El comité fue capaz de considerar mis respuestas y tomar su propia decisión. No impuse mi punto de vista ni tomé la decisión por ellos.

Situación #2

Shamell Glover, un miembro del grupo separado de él por su encarcelamiento, por participación seria en pandillas, jugó un papel importante en la producción del evento. Él comenzó a escribirme cartas a mí y al grupo instándonos a que lo utilizáramos como ejemplo (hemos hecho justo eso leyendo las cartas de Shamell en el grupo). Kim y yo estábamos tan conmovidas por los esfuerzos que estaba intentando para darle un giro a su vida y por sus cartas que hemos tenido una correspondencia de un año con Shamell y lo incluimos en todo nuestro trabajo. ¿Cuántas veces tiene la oportunidad de participar en un programa de

desarrollo de salud mental basado en la escuela un ex líder de una pandilla que está preso?

Cuando le presenté Shamell a Kim la primera vez, él nos dijo que era miembro de una pandilla. De hecho era líder de un grupo de los *Bloods*[2]. Se había criado en los *Bloods*. Su tío era fundador de los *Bloods* en California.

Me han preguntado en ocasiones cómo me relaciono con jóvenes que pertenecen a pandillas. Cuando conocí a Shamell no le pedí que dejara a los Bloods antes de comenzar una relación conmigo o antes de unirse al grupo terapéutico. Me relacioné con Shamell considerándolo un líder de otros jóvenes. Puede que estuviese liderizando una pandilla, o algo así que yo como adulto y proveedor de ayuda en salud mental no conocía mucho y veía como algo dañino. Sin embargo, él era un líder allí. Seguí relacionándome con él como el líder que era, le dije que sabía muy poco sobre las pandillas y le pedí que me enseñara. El tema para mí no era que fuese un *Blood* sino lo que iba a hacer o no en la relación conmigo. ¿Participaría en un programa de desarrollo para jóvenes estando en la pandilla? Shamell le gustó el concepto del grupo *Hablemos de eso* y decidió unirse después de tres sesiones conmigo.

El comité redactó un documento llamado "Tomando el Control de Nuestra Situación: una llamada de atención a nuestros padres". Invité a Shamell a escribir una carta para el evento. Él aceptó y pidió que le enviáramos el documento del grupo. Trabajando juntos, estos jóvenes están involucrados constantemente en actividades donde tienen que tomar decisiones y oportunidades para crear opciones nuevas; a probar para el evento o no; burlarse de otro o no; tomar el riesgo de hablar abiertamente de sus experiencias con violencia o no; crear una canción, poema, redactar un panfleto; dirigir un área de trabajo; vender entradas; hablar al director de las actividades estudiantiles; presentar nuestro plan al director de la escuela; reservar el auditorio; decidir si se debe o no involucrar a una organización comunitaria o invitar a un político o celebridad.

---

[2] *Bloods* es el nombre de una de las pandillas juveniles delictivas más grandes y conocidas de los Estados Unidos.

Ellos tienen la experiencia de crear algo exitoso en conjunto –de construir su comunidad–. A través de la producción de un evento que trató el tema complejo de la violencia en sus vidas, creando el comité de trabajo, aprendieron que ellos pueden tomar todo tipo de decisiones y hacerse responsables por ellas. Muchos miembros del comité que no habían estado motivados a hacer nada en la escuela se involucraron en un proceso que les ayudó a incentivar su propia motivación y reinvertirla en su propio proyecto.

Situación #3

Muchas veces en el camino fueron retados por situaciones cotidianas en que se sintieron humillados y quisieron pelear, reaccionar impulsivamente. Un gran dilema apareció en esos momentos. ¿Iban a promover la no-violencia, sólo el viernes 27 de febrero en el escenario cuando presentaran sus canciones, *raps*, poemas, obras, trabajaran como productores, maestro de ceremonias, acompañantes de sala, o iban a dejar que el trabajo que estaban realizando impactara sus vidas en las situaciones cotidianas?

Nati regresó a hablar conmigo dos semanas después del evento para discutir qué hacer sobre una situación de *él dijo/ella dijo* con alguien que había golpeado antes. Ella me contó que quería golpearla otra vez pero, que como era dos semanas después del evento, sentía que era incongruente. Ella dijo que ahora tenía que pensar acerca de la situación y lo que quería o no hacer. Decidió realizar una representación distinta de ella misma hablando con los encargados de seguridad, conmigo y con la otra muchacha – una representación más positiva para su vida.

Yo luché con mis propios deseos de involucrarme para facilitar resoluciones no-violentas. Por momentos, pensaba que si golpeaban a alguien después de haber trabajado en el proyecto habíamos fracasado. Me di cuenta que estaba errada, me había alejado de la actividad de crear y desarrollar personas que toman sus propias decisiones. El *show* era sólo una noche dentro de ese proceso. Tenía que recordarme a mí misma que mi programa era un programa de desarrollo y no de no-violencia.

Me encantó que Nati se haya dado cuenta que tenía una posibilidad de escoger cómo responder a esta situación cuando antes creía que no había otra opción sino responder con violencia. Habíamos creado una tomadora de decisiones y una creadora de opciones. Estábamos en el camino del desarrollo.

La clave para retar las identidades de los jóvenes que creen que no tienen otras opciones es ayudarlos a desarrollarse como tomadores de decisiones activos. Desarrollar tomadores de decisiones es distinto a desarrollar jóvenes para que tomen mejores decisiones, las decisiones que los adultos con frecuencia pensamos que deben tomar. En el camino tomarán algunas decisiones malas. Eso fue difícil para mí si la mala decisión implicaba soluciones violentas.

Además, no puedo parar la violencia en Erasmus ni en la sociedad. Es la manera en que es nuestra sociedad. Las respuestas violentas son fáciles y lo que la gente hace cuando no se ha desarrollado del todo. La respuesta a la violencia es una sola. Cuando la violencia comienza tienes que pararla lo más pronto posible evitando daños mayores. Lo que resulta difícil es crear personas que tomen decisiones.

Situación #4

El comité se mantuvo durante ocho meses. La semana del evento Kepriece y Nati (dos de las líderes) se me acercaron y me dijeron que debíamos retrasar la presentación. Me dijeron que habían cometido algunos errores que podían intentar remediar, que las ventas de las entradas estaban bajas, que no estaban *sintiéndolo* y que no querían realizar el evento sólo por obligación. Me preguntaron qué pensaba yo. Les dije que estaba de acuerdo que si no lograban sentir que lo estaban haciendo más que por obligación no iban a lograr motivar a las demás personas a que compraran las entradas. Les dije que no estaba de acuerdo en que atrasáramos el evento. Dado lo difícil que había sido lograr permiso para la fecha, los directores de las tres escuelas no nos darían otra fecha tan tarde en el año. Sin embargo, si querían cancelar el programa y devolver el dinero de las entradas yo las apoyaría en esa decisión. Pensé que necesitaban tomar en cuenta el impacto de la cancelación en nuestro programa

y en la comunidad educativa, es decir dar la impresión de que esos jóvenes de *Hablemos de Eso* no son serios realmente. También les dije que si decidían continuar yo iba a hacer todo lo posible por ayudar a que fuese exitoso. Ellos se reunieron para discutir esto y Kim y yo nos juntamos con ellos más tarde en el día. Necesitábamos la decisión antes de las dos de la tarde. Decidieron realizar el evento.

La semana del evento, tuvimos que reunirnos con los directores para revisar la lista de las personas que habían logrado alcanzar los requerimiento para poder estar. Este fue un momento crítico para el comité ya que varias de las personas en el programa no habían logrado alcanzar los requerimientos. ¿Continuarían estos estudiantes apoyando el proyecto detrás de bastidores o renunciarían? Me sentí muy orgullosa de varios que se quedaron y continuaron dando de sí a la actividad que estábamos creando.

Nati y Kerpiece hicieron un trabajo maravilloso con el espectáculo. Nati manejó las ventas de las entradas y organizó el escenario durante los ensayos y el día de la presentación. Kerpiece nos ofreció su liderazgo como productora general y maestra de ceremonias (MC).

Nati me dijo después de haber finalizado el evento, "Bárbara nunca pensé que me conocerían por hacer algo bueno, y ahora me están conociendo por haber hecho algo exitoso. La gente se ha acercado a decirme que hice un buen trabajo y cuánto les gustó el espectáculo". Ella misma no podía creer que estuviera tan feliz.

¿En qué punto se encuentra el programa hoy en día? Actualmente los miembros del grupo están enfrentando esta pregunta mientras comenzamos a crear el ambiente de nuestro grupo para este año escolar entrante. ¿Qué forma queremos darle al programa grupal este año? ¿Con qué frecuencia nos queremos reunir, en qué momentos? ¿Quieren desarrollar un proyecto además del grupo este año? ¿Otro evento? ¿Qué temas quieren discutir este año? ¿Qué temas son relevantes en este momento? ¿Quieren que el grupo sea un lugar donde alguien pueda hablar de una situación seria que le esté sucediendo y qué tenemos que hacer para lograr eso; tendremos lo que se necesita para lograrlo? ¿Cómo piensan que podemos ayudar a entrenar a nuestro estudiante

de Trabajo Social que está haciendo pasantías con nosotros? ¿Cuántos se gra-dúan este año? ¿Quién permanecerá y cómo reclutamos personas nuevas? ¿ En qué fecha comenzamos? ¿Quién está dispuesto a orientar a los miembros nuevos?

Hasta ahora los trece miembros principales participando en estas discusiones iniciales han acordado que quieren asistir a los grupos sólo durante las horas de almuerzo. Están planeando asistir a clase y apoyarse mutuamente para hacerlo (muchos miembros asistieron a la escuela de verano para recuperar créditos que tenían rezagados). Decidieron esperar hasta el semestre siguiente antes de decidir si iban a desarrollar un proyecto grupal o no. Dijeron que tenían que trabajar con los nuevos miembros sobre el tema de no faltar a las clases.

Me pidieron que los regañara cuando faltaran a clase, que los "obligue a asistir" que "los patee en el trasero" si no lo hacen. Les respondí diciéndoles que apoyaba su plan pero que no iba a ser el policía de las clases –que tenían edad suficiente para responsabilizarse de eso–. Si necesitaban algo de ayuda nos la podían pedir. Alguien dijo que estaba de acuerdo conmigo.

¿De qué entonces se tratan mis intervenciones como psicóloga? ¿Cuál es mi actividad? Como facilitadora/terapeuta del grupo, no me relaciono con los miembros como la que desarrolla planes de tratamiento individuales sobre la base de los problemas y diagnósticos que ellos presentan. Como ya dije, los grupos son, por diseño, heterogéneos y no están organizados en torno a un problema en particular. El rol tradicional del prestatario de ayuda es contribuir con los jóvenes a desarrollar una identidad sana para convertirlos en miembros productivos de la sociedad. Yo no intento que los jóvenes sean distintos de lo que son y cada vez que pierdo ese foco comienzo a intentar que hagan cosas y me vuelvo poco efectiva.

Situación #5

Un rumor corría de que Nati se había unido a los *Crypts*[3]. Yo quise aprovechar la oportunidad de hablar con ella sobre eso. Cuando la traje a la clínica le dije que varias personas me habían comentado que ella se había

[3] El nombre de una pandilla.

unido a esa pandilla y quería preguntárselo directamente. Ella me dijo que no lo había hecho pero lo estaba considerando y que algunos de sus mejores amigos eran *Crypts*. Yo insistí diciéndole que eso no era lo que yo había escuchado, que pensaba que ella estaba más involucrada. Me encontré a mí misma intentando llegar al fondo de la cuestión, tratando de sacarle la verdad a Nati. Decidí cambiar mi actividad porque intentar llegar al fondo de la cuestión, enterarme de la VERDAD es poco productivo. Realmente no hay ningún fondo al que llegar. El punto no es si Nati era o no un *Crypt*. Como con Shamell, el punto es qué podíamos construir Nati y yo con esta situación. Le pregunté a Nati si ella quería venir a la conferencia con nosotros y si podía colaborar organizando el cronograma de actividades. Ella me dijo que quería venir y nos pidió ayuda para hablar con su jefe para conseguir un permiso de su trabajo. Kim aceptó hablar con su jefe.

En mis mejores momentos, yo intento hablar como lo aprendí con el Dr. Newman, que propone relacionarse con los jóvenes como constructores de comunidades, capaces de cambiar su mundo, el instante inmediato que habitamos, la interacción que está sucediendo – ser en ese sentido, revolucionarios–. Si no nos gusta la interacción que estamos teniendo, podemos rehacerla de una manera distinta.

Me siento muy gratificada cuando los jóvenes se emocionan con ellos mismos, las relaciones entre ellos y su capacidad creativa. Para mí es muy nutritivo tener un aporte en su proceso de descubrimiento, donde ellos están cambiando las nociones sobre ellos mismos... que están descubriendo que tienen posibilidades de escoger. Ayudarlos a crear las herramientas para crear el *Show* en Erasmus, nuestro programa terapéutico, sus relaciones entre ellos y conmigo y su mundo, el crecimiento y el desarrollo ha sido y sigue siendo increíble.

Para cerrar, me emocionó leer el artículo de Finn y Checkoway en la revista de Trabajo Social de julio 1999 en que ellos retaban a los trabajadores sociales a reorientar las maneras en que trabajan y perciben a los jóvenes norteamericanos. Ellos instan a abandonar la visión de los jóvenes como un grupo al cual le tenemos que tener miedo o que tiene problemas los cuales debemos resolver o víctimas las cuales deben ser tratadas y cambiarlas por

jóvenes que son constructores competentes de sus comunidades. Mis colegas y yo hemos estado luchando con estas cuestiones por muchos años.

Ellos nos piden que consideremos cómo nuestras creencias sobre la experticia, patología, intervención y juventud nos limitan a crear planes para los jóvenes en vez de dedicarnos a construir relaciones cooperativas con ellos.

> ¿Cuánto de nuestras actividades de atención para jóvenes con problemas están enredadas en nuestras prácticas de control? ¿Cómo pueden ser nuestras relaciones más debilitantes en vez de fortalecedoras cuando los jóvenes son vistos como objetivos y no como compañeros cooperativos en el proceso de cambio? (Finn y Checkoway; p. 343-344; 1999).

Yo me uno a Finn y Checkoway al solicitar cambios para nuestras prácticas hacia una aproximación que organice nuestros servicios de salud mental alrededor del objetivo del desarrollo, donde podemos construir relaciones cooperativas y aproximaciones prácticas que ayudan a reconocer a los jóvenes como constructores competentes de sus comunidades. Iría un paso más allá y sugeriría que nos relacionemos con los jóvenes como recursos capaces de construir sus propios ambientes terapéuticos. ¿Imaginen qué distintas serían nuestras prácticas de trabajo social si nos relacionáramos con los jóvenes desde la perspectiva de sus fortalezas y como compañeros en la creación de los programas terapéuticos y de sus vidas?

Bibliografía

Checkoway, B. y Finn, J. (1999). Young people as competent community builders: a challenge to social work. *Social Work.* 43, (4). 340-350.

Holzman, L. (1997). The development stage. *Special Children.* Jun/Jul, 32-35.

Newman, F. y Goldberg, P. (1996). *Let's Develop: A guide to continuous personal growth. Catillo* New York: International.

Newman, F. y Holzman, L. (1997). *The End of Knowing: a new developmental way of learning.* London: Routledge

Cinco directrices para terapeutas[1] colaboradores

Tom Strong[2]

Resumen

Desarrollos recientes en la teoría del construccionismo social y un grupo novedoso de *terapias posmodernas* han permitido alcanzar una forma depurada de colaboración dentro del asesoramiento. Al poner de relieve cinco ideas orientadoras que provienen de esta teoría y de las terapias posmodernas (focalizada en la solución, narrativa y terapia colaboradora de los sistemas de lenguaje), el autor sugiere que tales ideas pueden refinar la capacidad de escuchar y la creatividad de los asesores. Se ilustran con ejemplos cada una de las ideas orientadoras, sin asumir que éstas puedan reducirse a técnicas específicas.

Abstract

An enhanced form of collaboration in counselling is made possible by recent developments in social constructionist theory, and a new group of "postmodern therapies". Highlighting five orienting ideas that draw from this theory and the postmodern therapies (solution-focused, narrative and collaborative language systems therapy) to highlight, the author suggests that these ideas can focus counsellors' listening and creativity broadly. Examples illustrate each of the orienting ideas, with no assumption that the ideas can be narrowed down to specific techniques.

[1] El autor utiliza los términos *therapist* y *counsellor* de manera intercambiable.

[2] Tom Strong es doctor en asesoramiento psicológico, profesor en la Universidad de Northern British Columbia en Canadá.

> La terapia tiene que ser re-imaginada nuevamente con cada cliente, en cada sesión y en cada momento. Si esto no se efectúa, las fuerzas necesarias para que los diálogos subsistan no florecerán; y de ser así estaremos creando en conjunto desiertos y no conversaciones provechosas. *(Riikonen y Smith, 1997, p.17)*

La revolución posmoderna ha producido un grupo nuevo de terapias[3]. Estas encuentran su basamento teórico en el aparente terreno movedizo del construccionismo social, el postcolonialismo y el postestructuralismo. Diferencio las perspectivas modernas de las posmodernas a partir del criterio de que las primeras se aferran a un mundo objetivamente verificable que se puede explicar y alterar de forma confiable. Por su parte, los posmodernos se mantienen incrédulos frente a cualquier sistema particular de significado que se utilice para representar o modificar la experiencia. Sin el interés de complicar a los lectores en este cuerpo de ideas controversiales, que ponen en tela de juicio la realidad, sugiero a las personas interesadas revisar una literatura en expansión (Anderson, 1991; Gergen, 1991, 1994; Lyotard, 1984; Martin y Sugarman, 1999; Shotter, 1993, o para esfuerzos dirigidos a los asesores, Friedman, 1993; Hoyt, 1994; McNamee y Gergen, 1992; Pare, 1995, 1996; Strong, en prensa). Si sólo se emplean las terapias posmodernas por sus técnicas se pierde mucho (por ejemplo, usar la pregunta milagrosa, de las terapias focalizadas en la solución, o la externalización del problema de las terapias narrativas). Estas terapias, que en conjunto llamaré colaboradoras, participan de algunos aspectos comunes que las distinguen de la mayoría de los enfoques previos dentro del asesoramiento, a pesar de sus matices teóricos. Presentaré cinco ideas que provienen de un esfuerzo ecléctico personal por integrar las terapias posmodernas de una forma que sea fácilmente utilizable y transmisible (ver Strong, 1997). Me refiero a ellas como directrices o ideas orientadoras para nuestro trabajo con los clientes y no como técnicas, porque tienen la característica de sugerir muchas maneras para considerarlas y aplicarlas. Si bien

[3] El autor se refiere principalmente a las siguientes formas de terapia: centrada en el problema (deShazer, 1985), narrativa (White y Epston, 1990) y colaboradora de los sistemas de lenguaje (Anderson, 1997).

algunas de estas ideas no parecen ser novedosas, su utilización adquiere una dimensión distinta cuando se sustentan en la teoría posmoderna.

Negociación de significados

> La palabra vive, por decirlo así, en el límite entre su propio contexto y otro contexto extraño de Mikhail Bakhtin *(citado por Morson y Emerson, 1990; p 130)*

Para los construccionistas sociales, los seres humanos tienden a olvidar que son ellos mismos quienes gestaron el lenguaje que utilizan, y que, por cierto, siguen aplicando de manera creativa cada día. El lenguaje es una herramienta que nos permite ubicarnos en el mundo social y físico que habitamos. Una de las promesas incumplidas de la modernidad fue que habría, en última instancia, un lenguaje universalmente correcto para representar nuestras experiencias, es decir, una metanarrativa (Lyotard, 1984) para comprender las vivencias. Supuestamente este sería el lenguaje de la ciencia empírica; dicha presunción ha sido objeto de muchas críticas por parte de pensadores feministas y postcolonialistas. En contraste con esta visión, la perspectiva posmoderna sostiene que los significados del lenguaje provienen del uso consensual que los propios hablantes imponen. Es una postura heredera de las ideas del filósofo Ludwig Wittgenstein (1958); a ello se refiere este autor con su concepto de juegos de lenguaje. Otros aluden a lo mismo cuando hablan de formas del discurso (Potter, 1996). Para ilustrar el punto, es útil considerar las diferencias existentes entre el significado del término dolor para los jugadores de *rugby*, del que pudieran tener los participantes de un grupo de apoyo para personas con artritis. En otras palabras, los significados de nuestro lenguaje surgen de la forma como los configuramos y compartimos, dentro de las conversaciones con los otros.

Comprender esto último es crítico para los terapeutas o asesores colaboradores (AC), en la medida que las conversaciones con fines de ayuda son terrenos donde los significados se fomentan, donde se reflexiona sobre ellos y, a menudo, se renegocian, de acuerdo a los valores prácticos y preferentes

de las personas atendidas. En algunos estilos de asesoramiento esta idea se considera absurda, pues sería mejor comprender los significados en términos de su correspondencia con la realidad, o de las distorsiones frente a ella. En tal sentido, a menudo el asesoramiento se percibe como una forma de reponer en los significados esta clase de precisión (en una emisión reciente de la estación Canadian Broadcasting Corporation Radio 1, un psicólogo se refirió a esto como limpiar el pensamiento, 1999). Nicolás Rose (1990) sugiere que la psicología moderna se posicionó como el árbitro de la subjetividad correcta, o del significado correcto, en respuesta al clamor de la sociedad moderna por expertos. Esto es consistente con la visión moderna sobre la pertinencia de contar con especialistas que parecen aplicar en su trabajo un conocimiento objetivo específico. Los asesores que asumen tal postura, supuestamente aportarían a los clientes una comprensión más objetiva de las experiencias, que la que ellos mismos pudieran alcanzar. Los AC no sostienen esta creencia de ser los poseedores privilegiados del significado objetivo, sino que más bien buscan algunos que se ajusten y sean efectivos para los clientes, dentro de las circunstancias de sus relaciones con los otros.

Este foco puesto en generar significados prácticos que se ajusten a los clientes (deShazer, 1985) no es una licencia retórica; más bien proviene de la idea de que los significados que funcionan son aquellos que nos sirven en nuestras vidas y relaciones cotidianas. Mientras que los constructivistas destacan la fenomenología de la creación de significado, los construccionistas sociales nos recuerdan que nuestros significados deben operar y volar en nuestras relaciones (para profundizar en esto ver Gergen, 1994). Un asesor y un cliente que desarrollan en conjunto perspectivas inusuales, cuentan con la prueba del mundo real para cotejarlas, de cara al entorno que rebasa el consultorio.

Los AC conciben los significados que los clientes traen consigo como negociables. La pregunta sería ¿dentro de todas las formas como x podría comprenderse, cómo llegó el cliente a entender x de la manera que lo hace, y cómo ello orienta al AC hacia lo que escucha? (Anderson, 1997). Para estos asesores cada ejemplo de comprensión puede ser deconstruido (o se puede reflexionar sobre él) como una forma de significado situada en algún acto de construcción conversacional y uso contextualizado (White, 1993). En tal senti-

do, deconstruir significados se dirige a las tendencias universalizantes, en el marco de las preocupaciones de Lyotard (1984) por la meta-narrativa, puesto que para los construccionistas sociales todos los significados son realizaciones ubicadas situacionalmente y no descubrimientos de lo real y evidente. Sin embargo, tales logros deben su subsistencia al uso continuo en las conversaciones y a la experiencia de vida. Lo que está sujeto a negociación dentro del asesoramiento colaborador es la efectividad de estas realizaciones, más allá de las circunstancias en las cuales se alcanzaron, de acuerdo a las preferencias del cliente. Si los significados representan logros que corresponden a una situación y no realizaciones generales, hay espacio para considerar alternativas plausibles y efectivas. Pero ello no es un proceso en el cual un asesor objetivo, de manera autoritaria, corrige o interpreta esos significados.

Recuerdo el trabajo con un estudiante que vi hace unos años en un centro de asesoramiento; durante el proceso el joven halló un significado que se ajustó a lo que consideraba una experiencia insostenible: no poseía dinero y por ello tenía que vivir con sus padres para continuar los estudios. El estudiante había considerado muchas estrategias para enfrentar la situación, pero en última instancia sentía que debía soportar lo que era inaceptable. Frente a ello le pregunté cuál palabra o frase pudiera representar su situación de una forma que la hiciera tolerable. El estudiante pensó por un momento y, con una sonrisa en los labios, dijo: "estoy pagando una renta emocional". Este significado me recordó una frase del psiquiatra transcultural de McGill, Lawrence Kirmayer, con la que me topé hace unos años: quien sufre es un poeta en búsqueda de metáforas adecuadas para expresar su predicamento (1984, p. 289).

La flexibilidad discursiva del AC (Harre y Gillett, 1994) no sólo es una capacidad para vincularse con las formas únicas que tienen los clientes para hablar de sus vidas, sino la posibilidad de expandir en conjunto esas maneras de hablar. Esto último es crítico para negociar con los clientes significados preferibles y efectivos. Recientemente la cronista de la terapia familiar Lynn Hoffman (1998) se refirió a la tendencia del terapeuta narrativo Michael White a no ir más allá de una pulgada de la experiencia del cliente a medida que exploran los significados de este último, con el fin de proponer alternativas prácticas y plausibles. El AC posmoderniza a Carl Rogers (1961), extendiendo

activamente la indagación de las vías y preferencias para construir los significados, paralelamente a la generación de un contexto en el cual éstos se pueden explorar y generar. Al reconocer que estos significados deben ajustarse a los fines prácticos y preferibles de la vida de los clientes, los asesores dan un paso conciente hacia la poética y la política de la construcción de significados (Epston, 1996). En ese sentido, el AC abriga una profunda sensación de responsabilidad por el proceso de negociación de significados que emprende con el cliente (Weingarten, 1991). La habilidad para ofrecer esta clase de flexibilidad discursiva que vincula al asesor con los clientes y que, finalmente, trasciende la forma como estos últimos construyen sus problemas, le da el cariz colaborador al proceso.

Preguntar es intervenir

> Estaba segura hasta que me preguntaron.
> Jane Sibery (1987) de la canción *The Walking*.

Si extendemos la curiosidad más allá de lo que escuchamos, captaremos cómo construimos realidades (nuestros logros conversacionales) con los clientes. Las preguntas son invitaciones para poner de manifiesto y significar algunas descripciones de los clientes acerca de los otros. Estas invitaciones también tienen efectos: una serie de preguntas sobre experiencias de desesperación promueven con claridad una sensación diferente, que las preguntas sobre preferencias y competencias. Las preguntas que hacemos influyen en el curso de las conversaciones de ayuda; son más que una recolección de hechos y opiniones. Pero las preguntas también crean oportunidades para reflexionar sobre realidades que se dan por sentado, fomentan opiniones y posturas, señalan direcciones para la conversación, implican posibilidades, etc. En resumen, están lejos de ser neutrales. Así, los AC ven las preguntas como intervenciones conversacionales (Tomm, 1988).

En el asesoramiento colaborador se hace hincapié en entablar una conversación diferente a la que se tiene consigo mismo y con otros. Ello es así, en palabras de Berger y Luckman (1967), pioneros del construccionismo

social, porque el vehículo más importante para el mantenimiento de la realidad es la conversación (p. 152). De esta forma, se requiere que nuestras conversaciones con los clientes se desplacen desde lo que es ordinario para ellos (lo cual es un buen punto de partida), hacia lo que es extraordinario. Parte de lo que permite esto, es el hecho de conversar desde una postura de no conocedor o curioso (Anderson, 1997; Anderson y Goolishian, 1992, Cecchin, 1987), ya que no podemos aspirar a tener la misma experiencia fenomenológica y comprensión que tienen los clientes de los mundos que habitan. Las preguntas nos ayudan a comprometer a los clientes en la conversación y paralelamente nos permiten invitarlos a considerar perspectivas extraordinarias.

Durante una demostración de entrenamiento, se realizó un *rol playing* donde una asesora representó un cliente con el que había trabajado. Se trataba de un muchacho violento que despertaba miedo; se me pedía que respondiera a la situación. A medida que entró en su rol, habló sobre su gusto por las armas y lo que podían hacerle a las personas; también se refirió a la percepción de las armas como una parte destacada de su forma de vida. Este muchacho se las arreglaba usualmente *para presionar los botones de seguridad* de la mayoría de la gente con quien se encontraba y solía hacerlo en momentos cuando se producía el contacto con los otros. Esto tenía el efecto de generar una comprensible uniformidad en las interacciones del muchacho (promovida por los tópicos referentes a la seguridad que aparentemente estaban involucrados). Precisamente esta uniformidad monótona es lo que la asesora deseaba poner en el centro del *rol playing*, con el fin de obtener ayuda para deshacerla. En otro lugar me referí a la uniformidad de la interacción como una conversación conservadora (Strong, 1999); y en este caso particular constituye un estancamiento peligroso. Frente a él, lo que parecía requerirse era una forma de comprometer al muchacho en una alternativa a partir de la cual pudiera emerger una conversación diferente, pero su postura inicial de tocar ese punto de vulnerabilidad en el otro, traía consigo respuestas predecibles que más bien intensificaban la preocupación. A medida que mi cliente se metía más en el rol, también se fortalecía la invitación para que, por mi parte, me uniera al rol para el que aparentemente se me convocaba. Mi respuesta fue: ¿cómo llegaste a comprenderte a ti mismo, justo de *esta* manera? Por cierto que fue una intervención que

la asesora consideró útil más adelante por la manera como la ayudó a situar la autocomprensión y las conductas del muchacho.

Utilizo este ejemplo con el fin de resaltar las posibilidades de nuestras preguntas para procurar que los clientes salgan de la monotonía de sus dificultades, mientras que paralelamente se reconoce el poder de los pronunciamientos del cliente, como invitaciones inconscientes para permanecer en la monotonía. Claro está que debemos contactar con algo de esta monotonía, pero estancarnos allí no sería útil. La asesora que participó en el ejercicio dijo que el efecto de la pregunta había sido una sacudida fructífera. Cuando pensamos en nuestras preguntas como poseedoras del poder para conservar y del poder para construir, es posible que se conviertan en herramientas lingüísticas que faciliten la conexión y la reflexión (o sus opuestos). Es factible hacer preguntas abiertas que conserven (¿qué más quisieras que yo comprenda de esto?), pero nuestras preguntas hacen más que revelar; construyen posibilidades que exceden lo que está disponible para discutir. En el caso del muchacho, al preguntar lo anterior se abrió un área que literalmente nunca se había concebido; y al ocurrir esto fue posible que emergieran nuevas relaciones y conversaciones formadoras de identidad.

Si Ud. echa un vistazo a las terapias que llamé colaboradoras, encontrará preguntas formuladas deliberadamente para alcanzar propósitos constructivos (por ejemplo las preguntas milagrosas de la terapia focalizada en los problemas), o fines deconstructivos (las preguntas externalizadoras de la terapia narrativa); mi punto al respecto es: nuestras preguntas se encuentran en el corazón de lo que podemos hacer para fomentar un vivir preferible para nuestros clientes.

Focalizar en las competencias y recursos

> El terapeuta no habla con el cliente y determina nuevas maneras de considerar y enmarcar sus vidas, esperando que el cliente las acepte y las halle útil. La condición de experto del terapeuta consiste en permanecer conversando con el experto que es el cliente.
> Harlene Anderson, en una discusión con Sophie Holmes, 1994, p.156.

Durante los momentos iniciales del asesoramiento se nos extiende una invitación para entrar en la desesperación, el miedo y la desesperanza de nuestros clientes. No nos estarían buscando si se sintieran competentes y capaces. Pero Stephen Gilligan (1997), quien practica una forma de terapia colaboradora, sugiere que los problemas inducen malos trances, aislándonos de nuestros recursos y habilidades. Desde esta perspectiva, el asesoramiento es una oportunidad para que los clientes se reconecten con lo que les funciona; una ocasión para identificar y movilizar recursos velados por el mal trance. Si bien no toda forma de asesoramiento persigue solucionar problemas (por ejemplo, el asesoramiento para el manejo del duelo), cada experiencia que abruma a los clientes y los lleva a buscar nuestra ayuda, es un llamamiento para despertar recursos y competencias novedosas. Desde la perspectiva colaboradora, el asesoramiento no es un proceso donde el cliente demanda educación o acciones correctivas para mejorar; en vez de ello, los AC conversan con los clientes para poner de manifiesto las capacidades requeridas y los recursos accesibles.

En la literatura sobre la investigación de los resultados terapéuticos, a menudo la psicoterapia se concibe como un tratamiento administrado a los clientes, como una especie de droga o cirugía. Esta metáfora de la droga (Russell, 1994) con frecuencia pasa por alto elementos implícitos tan relevantes como el vínculo entre el cliente y el asesor, en tanto presume uniformidad en la potencia e integridad del tratamiento. El asesoramiento colaborador no ubica su foco en el diagnóstico y tratamiento de la psicopatología; más bien fomenta las preferencias y habilidades del paciente. La distinción no es sutil. Como sugiere Scott Miller (1992), los clientes revelan signos sobre las soluciones, al mismo tiempo que nos presentan evidencia sobre sus problemas. Es la forma como el asesor escucha, lo que influye en que los *síntomas de la solución* se conviertan en el sustento para el cambio. Dentro de este enfoque los clientes no son tratados; los asesores trabajan con ellos para que las soluciones existentes dentro de sus capacidades, pero que resultan inhabituales, se transformen en acciones comunes.

Hay una hermosa historia sobre Milton Erickson (Zeig, 1980, pp. 285-286) en la cual éste realiza una llamada a la casa de una viuda solitaria, rica y deprimida. La mayor parte de este encuentro fue sombrío, hasta que Erickson

notó que la viuda cuidaba algunas violetas africanas. Al percibir esta atención que exhibía por las violetas como una actitud inconsistente con la depresión, Erickson preguntó si estaría dispuesta a cortar las violetas y luego enviarlas a familiares cuando se produjera un nacimiento o una muerte. A partir de esto, aparentemente cambió de una forma que la proyectó más allá de la tristeza de su hogar solitario. Años después, le enviaron un titular y un artículo de periódico a Erickson: *murió la reina de las violetas africanas*. La historia ilustra cómo la manera de atender a los clientes puede orientarnos hacia sus recursos únicos. Los AC traen consigo a las conversaciones de ayuda un radar agudo que explora los signos de salud y competencia. En parte este radar se sintoniza finamente para escuchar preferencias, excepciones dentro de la presentación de los problemas y la pasión reflejada en la forma como los clientes se relacionan con sus circunstancias (Eron y Lund, 1996; deShazer, 1985; Katz y Shotter, 1996, respectivamente).

Cuando se atiende a las competencias y recursos puede entrar en juego una clase diferente de curiosidad (Furman y Ahola, 1992). Los problemas nos hacen exigencias (Doan y Clifton, 1990), y una fundamental es pensar y hablar sobre ellos de una forma muy seria. Sintonizar el foco de nuestra escucha en los recursos y la habilidad constituye una manera diferente de relacionarse con los clientes y sus dificultades. Dentro de esta perspectiva es central la visión de que los clientes no son lo mismo que sus problemas (White y Epston, 1990). Esta separación permite hablar sin que los problemas nublen las potencialidades. Por ejemplo, si uno presta atención al momento cuando el problema no ha sucedido y cómo los clientes procuran protegerse para que el problema no sea tal, éstos, a su vez, escucharán los recursos y competencias en acción (deShazer, 1985). Por ejemplo, cuando el asesor focalizado en la solución escucha hablar al problema, también escucha lo que el cliente preferiría en vez del problema (Walter y Séller, 1992). Dentro de esas preferencias se encuentra lo que el cliente desea y, por extensión, cómo puede alcanzarlo. Al respecto, preguntar lo que el paciente ha hecho desde que pidió la cita, en el sentido de lo que quiere conseguir del asesoramiento, es una forma diferente de abrir la entrevista que preguntar por la descripción de los problemas (Weiner-Davis, de Shazer y Gingerich, 1987). Además, los clientes develan lo que prefieren

en la forma como hablan con nosotros (Katz y Shotter, 1996). Cuando se atiende al *como* de la conversación –las palabras recubiertas de emoción o vacías– los clientes pueden traer a la discusión aquello por lo que se apasionan. En otras palabras, la manera como escuchamos tiene mucho que ver con lo que oímos.

Promover e incitar

> ¿Cómo provoca el terapeuta al cliente?
> (Walter y Lawrence, p. 108, 1993)

Los AC piensan en términos de diálogo. Ello significa que perciben el diálogo como una práctica donde dos personalidades se influyen mutuamente cuando se comunican; pero esta afirmación también refleja la visión de que cualquier comprensión verdadera es dialógica (Bakhtin, citado por Morson y Emerson, 1990) y que una interacción asesor/cliente monológica es improbable que produzca cambios que el cliente prefiera y de los que se apropie. Términos como resistente no tienen sentido para un AC, porque implican un vínculo de una sola dirección (la del asesor) (deShazer, 1984). Para comprender el potencial del diálogo, los participantes ni abandonan, ni aíslan sus puntos de vista. En cambio, los AC contribuyen para relacionar, crear y entender significados compartidos, a partir de su subjetividad única (Morson y Emerson, 1990). Lo que le da la cualidad dialógica a la conversación es cómo cada participante aporta sus intenciones y formas únicas de pensar, con el fin de construir resultados, maneras de comprender e intenciones compartidas. En la era posmoderna, la condición de experto revestido de autoridad es, por lo menos, sospechosa. Basta con considerar el extendido problema del incumplimiento de las prescripciones que la medicina experimenta con sus pacientes, para apreciar las dificultades de la interacción monológica (de una sola vía). Al aplicar las ideas del filósofo francés Michel Foucault, la psicóloga Rose (1990) nos recuerda que la mayoría de las disciplinas ligadas a la modernidad requieren cuerpos dóciles como un prerrequisito para suministrar sus servicios. En el asesoramiento, no se toma mucho tiempo en darse cuenta que los clientes no son, ni se convierten, en dóciles. Para los AC la resistencia significa que el

proceso ya no es dialógico, es decir, que los asesores perdieron la flexibilidad discursiva que les permite ser de relevancia para los clientes.

Por esta y otras razones, los AC adoptan en su trabajo una postura como promotores. Sus preguntas y sugerencias se comprenden mejor como invitaciones reflexivas que como intervenciones en las cuales se transmiten ideas. Invitar a la persona para que reflexione sobre sus competencias y opiniones involucra una forma distinta de relación que cuando el asesor se dedica a corregir, clasificar o instruir al cliente de acuerdo a las pautas de lo que se dice. Una postura como promotores sugiere que el asesor piense en mantener un grado relevante de compromiso con los clientes, por aquello que dicho compromiso pone de manifiesto.

En el asesoramiento colaborador hay algunas formas de promoción que difieren de lo acostumbrado. El hecho de que el cliente reflexione sobre su propia perspectiva acerca de las dificultades, modifica el tipo de ayuda que se brinda. En este caso se facilita la gestación de un encuentro de los clientes con la forma como construyeron su manera de entender los problemas; así, las personas trabajan a partir de esta forma de comprensión. Al hablar de las perspectivas de los clientes sobre sus dificultades se incluye cómo éstos las denominan, las teorías que abrigan acerca del origen de los problemas y lo que en última instancia los ayudará a cambiar. En la visión moderna sobre el asesoramiento (ver Rose, 1990) se espera que los clientes acaten los planteamientos de los asesores en las áreas que más bien identifiqué como objeto de nuestro trabajo como promotores. Actuar como tales puede considerarse una práctica contracultural. Lo digo porque muchos clientes en las etapas iniciales del asesoramiento declararán que es difícil, por ejemplo, responder a nuestras exhortaciones con respecto a lo que preferirían para sus vidas. El silencio o el malestar que sigue a la pregunta milagrosa (deShazer, 1985) usualmente no es un signo de que el cliente no tiene una posición sobre lo que mejoraría su vida. Al contrario, en mi experiencia esta reacción es producto de que pedimos a las personas que reflexionen sobre sus vidas de una manera que no se espera culturalmente. Somos políticos puesto que solicitamos a los clientes que articulen deseos y preferencias. Cuando incentivamos la comprensión y los recursos del cliente, justo al momento que supuestamente éstos vienen para que les

brindemos los nuestros, les estamos pidiendo que reasuman la autoridad de sus vidas e influyan en la de los otros, colocándonos a nosotros mismos en una posición de audiencia y de quienes se dedican a contribuir.

Más que cualquier otra cosa, los AC adaptan constantemente su participación en las conversaciones de ayuda para acomodarse a los gustos y marcos de referencia de los clientes y para contribuir a que se expandan. Al fin y al cabo a los asesores se les busca sólo porque sostienen unas posturas diferentes y sugieren a los clientes que las prueben. Paradójicamente, la manera fundamental como sabemos que estamos con los clientes es escuchar por parte de ellos que no lo estamos. Pero, ¿cómo contribuimos para producir el tipo de relación donde esto sea posible? En particular dentro de la terapia narrativa ha habido un esfuerzo considerable para deconstruir, junto con los clientes, la jerarquía que supone colocar al asesor en una posición de experto. Esto es percibido como un obstáculo para establecer el vínculo de colaboración, no jerárquico, en el cual los recursos, la motivación y las opiniones de los clientes son la fuente de suministros para el cambio (Madigan, 1993; Epston, White y Ben, 1995). La postura como promotores deriva de reconocer que los asesores no pueden saber (Anderson y Goolishian, 1992) lo que prefieren sus clientes, a menos que atiendan a la forma como tales preferencias se incitan y articulan. Promover e invitar son verbos que recogen la incertidumbre que posee el verdadero diálogo: solamente tenemos las respuestas de uno y otro para seguir adelante y para promover e invitar con el fin de ver si estamos en el camino adecuado.

La preferencia del cliente

> Si espero que mi gente haga lo que desea, ¿cómo puedo todavía esperar ser su líder?
> Líder del pueblo Amazonian Green en la película de John Boorman's *Esmerald Forest* (1985).

Lo que le otorga la cualidad de colaborador al asesoramiento es el centrarse firmemente en ayudar a los clientes para que asuman sus preferencias al vivir. Pero existen muchas dimensiones dentro de esto. Parte de nuestro supuesto rol de expertos yace en áreas que el AC y el asesor feminista más bien

ubican en el centro de la discusión y del proceso conjunto para tomar decisiones: nombrar los problemas, evaluar y declarar lo que es significativo, crear intervenciones apropiadas desde el punto de vista personal y contextual, escoger metas y derivar significados que encajen. Pero estos son tópicos donde las orientaciones modernas del asesoramiento asumen que los asesores deben ser de utilidad para los clientes. En tal sentido, ¿cómo podría esto terminar restando poder a los clientes? ¿Cómo podemos adelantar una práctica responsable, desde la perspectiva del cliente?

Colaborar se entiende mejor en términos de un proceso dialógico (es decir, que se comparte entre los participantes ininterrumpidamente). Los pensadores postcoloniales nos recuerdan que las buenas intenciones no son suficientes: gente bien intencionada que sabe lo que es mejor para los demás, ha hecho mucho daño (en un viejo proverbio chino, el mono le dice al pez: déjame ayudarte a subir el árbol, si no te ahogarás). Los modelos de asesoramiento pueden terminar siendo la base para que los asesores registren la realidad que se expresa durante las conversaciones de ayuda, en vez de que ese papel lo tenga la experiencia única de los clientes (Hubble y O'Hanlon, 1992). Colaborar significa pensar de acuerdo a ciertos lineamientos de Milton Erickson quien creía que debe haber una terapia específica para cada persona (Haley, 1973). Como un ejemplo de ello, el equipo de Barry Duncan, Mark Hubble y Scott Miller (1997) trabaja a partir de la premisa que los asesores colaboran de manera más efectiva cuando adaptan su estilo de conversar y proponer soluciones a las teorías particulares sobre el cambio que traen consigo los clientes cuando inician el asesoramiento. Estas teorías del cambio ejercen una especial presión cuando se intentan resolver las dificultades que los clientes han adoptado y la perspectiva de Duncan et. al. (1997) señala que probablemente es más fácil trabajar valiéndose de esta presión que oponiéndose a ella. Pero el punto es ¿cómo movilizar nuestra sensibilidad y la flexibilidad discursiva para mantenernos siendo colaboradores, para trabajar dentro de las preferencias del cliente?

La adaptación de nuestra labor es evidente cuando ajustamos nuestras soluciones a los rasgos únicos de los clientes y sus circunstancias. Sin embargo, se añade precisión a la manera como pudiéramos colaborar cuando se da un

paso adicional y se diseñan las intervenciones de acuerdo a las preferencias de los clientes. Durante una entrevista con una madre y su hija de siete años, quien presentaba terrores nocturnos, recuerdo que diseñamos juntos, de manera muy cuidadosa, la siguiente intervención. La niña explicó que cuando su mamá se iba del cuarto en la noche y apagaba la luz, los fantasmas salían del closet y de abajo de la cama. Le pregunté cómo deseaba atrapar a los fantasmas y manejarlos. Atraparlos no era una idea que la niña contemplaba antes, pero le agradó; entonces hablamos acerca de cosas que tenía en su cuarto y que podían servir para retener a los fantasmas cuando los atrapara. Ofreció su canasta de la ropa sucia que estaba en el closet. Así, juntos desarrollamos un procedimiento nocturno que involucró responsabilidades de vigilancia nocturna (donde madre e hija apagaban las luces juntas y buscaban con su linterna cualquier fantasma que pudiera estar escondido), un período que se compartía en la cama con las luces apagadas, un arreglo por medio del cual madre e hija pudieran atrapar fantasmas al poner una cuerda que hala la tapa de la cesta y un ritual matutino de vaciar la cesta fuera, donde la luz del día alcanzara a los fantasmas. Esta complicada intervención, excepto por mi referencia a atrapar los fantasmas, se desarrolló con claridad de acuerdo a las ideas de una niña de siete años, e incluyó un veto de su parte frente a varias ideas que su madre y yo ofrecimos, hasta que todos juntos conseguimos algo que pudiera hacerse cargo de esos fantasmas.

Recuerdo una sesión con un asesor bien intencionado, quien esperaba que los clientes experimentaran su técnica como colaboradora. El problema era que este asesor cerraba los ojos justo cuando formulaba sus ideas y sugerencias. En el instante en el que los clientes registraban sus respuestas, el asesor rompía el vínculo que había creado antes. Para mí, permanecer siendo colaborador significa atender y responder flexiblemente a la posibilidad de desviarse de las preferencias de las personas. En el caso de la niña de siete años, encontramos miradas, subidas de cejas, no categóricos y muchas otras pistas que permitieron saber si nos estábamos apartando mucho del camino.

En las idas y venidas del asesoramiento, se produce una constante negociación de los objetivos, que le da una elasticidad al proceso. Harlene Andeson (1997) considera que la negociación y el mantenimiento de una intencionalidad

compartida son factores críticos para ser colaboradores. Aún así, el asesor participa manteniendo un límite último, con relación a la ética, los requerimientos legales y los valores que se abrigan y todo esto actúa como parámetros para las posibilidades de colaboración. De forma similar, los clientes dejan cierto espacio en sus preferencias para permitirnos trabajar con ellos (aunque se asuma que tienen menor flexibilidad que nosotros en sus parámetros). Se requiere una destreza en la escucha, respuestas e intervenciones con el fin de alcanzar que nuestras intenciones se compenetren de manera efectiva con las de nuestros clientes. Es dentro de esos parámetros que podemos responder creativamente, asumiendo que permanezcamos en sintonía con los fines compartidos que se desarrollaron con los clientes.

Uno de los aspectos más sutiles en los que estamos entrenados para expresar nuestras preferencias, y donde con mayor facilidad olvidamos que lo hicimos, se refiere a evaluar la utilidad de las ideas que surgen durante el asesoramiento. Si los clientes son quienes deben hacer circular estas ideas fuera de las cuatro paredes del consultorio, ¿cómo es posible que nuestro juicio profesional concluya que tales ideas son prácticas o factibles, cuando el cliente las use en su contexto de vida? No veo cómo podamos hacer esto, y de todas maneras encuentro asesores que, sutil o abiertamente, se colocan de manera inconsciente en la posición de ser el *locus* de la evaluación. Una forma distinta de expresar esto sería: ¿quién tiene la última palabra en el asesoramiento? Sostengo que los clientes poseen la última palabra, después que la conversación de ayuda finalizó. Desde una perspectiva en la cual los clientes son los autores/editores fundamentales de un proceso donde los asesores tan sólo nos dedicamos a contribuir (Tom Hicks, 1998, comunicación personal), existen muchos lugares donde es posible constatar si nos ubicamos de forma apropiada dentro de la línea argumental. Cuando respondemos a las afirmaciones de los clientes, a partir del sentido implícito que le otorgamos a nuestra perspectiva, ¿dónde concordamos con nuestra sensación de lo que tiene sentido, con lo que es bueno, con lo que es mejor o, incluso, con lo que está bien para el paciente, como si habláramos representando la sabiduría objetiva del mundo? ¿Cuán difícil resulta luchar contra este impulso y preguntarle al paciente por su propia evaluación? ¿Qué sucede con nuestra escucha y con la postura colaboradora

cuando asumimos una posición donde sabemos qué es lo mejor para ellos, o cuando nos ubicamos en una persecución estilo forense de los significados reales que sostienen los clientes? Cuando se delinean las preferencias del cliente dentro de la conversación de ayuda, en cualquier ocasión que emerja la evaluación de los méritos o de las posibilidades prácticas de lo que se discutió, habrá mayores probabilidades de conducirse de una manera que se ajuste a los clientes.

Audiencias que "co-significan"

> Si no hay audiencia, simplemente no hay *show*.
> Bill Henderson, de la canción *Chilliwack Raino* (1969)

La conversación es el lugar donde las personas "co-significan" lo que experimentan. Mucho de lo que consideramos significativo debe esta condición a la forma como se recibe, o a cómo anticipamos que puede recibirse. El efecto audiencia está omnipresente en cómo le otorgamos sentido a nuestra experiencia. Se halla en la forma como esperamos ser comprendidos y en la anticipación que hacemos de cómo seremos recibidos. Luego de reconocer esto, los asesores pueden invitar a los clientes para que asignen significación a cualquier cosa que hablen, invocando su sentido de audiencia. Esto incluye ser audiencia para uno mismo, así como ser una audiencia anticipada o imaginada de otras personas importantes. Permítame ilustrarlo:

Una cliente que deseaba ser más asertiva, señala que le expresó al director de la escuela sus preocupaciones acerca de la educación de su hijo. Frente a ello, el asesor respondió proponiéndole efectuar la siguiente reflexión (sin alabarla): ¿es este el tipo de defensa de Ud. misma que desea hacer con más frecuencia? ¿Cuál es su impresión acerca de cómo me afectará oírla decir esto? ¿Quién no se sorprendería de su habilidad para hacer esto, y por qué no se sorprendería? ¿Conocer que Ud. sabría hacer esto, produce alguna diferencia en la manera como pudiera realizar cosas similares en las relaciones que le interesan?

Estas preguntas tienen un matiz claramente narrativo (White y Epston, 1990) y pueden permitir alcanzar dos objetivos claves del asesoramiento:

generar una sensación de competencia en quienes estaba ausente; asentar las conductas en el ámbito de relaciones que vayan más allá del consultorio. Los asesores de otras corrientes habrían respondido a tal revelación del cliente de alguna forma que podría haber sido "de-significada" por éste, o, al menos, desechada como una percepción del asesor.

El asesor es tanto audiencia, como un invocador de la audiencia. Para que los significados alcancen un valor de uso corriente, su importancia se establece y mantiene mejor en el marco de la relación donde se utiliza. A menudo los asesores escuchan significados que parecen estar a la búsqueda de una audiencia que se tiene en la mira, y en tales ocasiones el asesor actúa como un sustituto de las personas con quienes el cliente desearía compartir su acepción. El psiquiatra noruego Tom Andersen (1995) concibe estos significados, incluyendo las emociones que están contenidas en ellos, como diálogos encasillados. El equipo de James y Melissa Griffith (1994), en su trabajo con pacientes psicosomáticos, se refiere a situaciones donde los significados emocionalmente relevantes lucen imposibles, como dilemas indecibles. En la medida que una visión catártica de la terapia considera suficiente la forma como la audiencia se relaciona con sus dilemas, la vivencia que se ha tenido puede liberarse en la conversación. Pero esta perspectiva pasa por alto la relevancia vincular de los significados. Como audiencia de estos diálogos encasillados o de los dilemas indecibles, los asesores pueden responder a su valor relacional, facilitando situaciones expresables –decibles–. No es suficiente que escuchemos y reconozcamos lo que se nos ha dicho, pues los clientes desean que participemos en sus significados, elaborando conjuntamente las implicaciones. De manera que somos tanto audiencia como consultores editoriales para los clientes, quienes al final son los que deciden cómo interpretar y actuar sobre sus significados, fuera del consultorio.

Existe una postura surgida entre teóricos posmodernos, donde se señala que los significados se actúan o representan –*performed*– en las relaciones (Katz y Shatter, 1996; Newman y Holzman, 1997). Desde esta perspectiva, los significados derivan su importancia del valor que tienen para nuestras relaciones, y no de su alusión a verdades, más allá de estas relaciones. Una disposición a participar en los significados, a ser movidos por los significados

y a movilizarlos, denota una relación que Newman y Holzman describen como sigue: "Estamos buscando completar y ser completados, no comprender y ser comprendidos, no mejorar o curar" (1997, p.113). En este sentido las audiencias no son jurados, más bien ayudan para que el *show* continúe en un tono de improvisación, que espontáneamente rebasa los argumentos infelices que los clientes traen consigo. El asesoramiento colaborador se aproxima a los significados con una firme certeza sobre la participación de la audiencia; los significados toman vida y entonces se transforman en la medida que los recibimos y actuamos juntos, de manera novedosa.

Conversaciones sanas

> La experiencia posmoderna de la enfermedad comienza cuando la gente reconoce que en su vivencia se involucra más que lo que la historia médica puede decir...
> (Arthur Frank, 1995, p.6)

Cuando relacionamos las ideas precedentes con las conversaciones entre pacientes y profesionales de la salud, de inmediato enfrentamos un reto al que algunos han llamado asimetrías en el diálogo (Markova y Foppa, 1991). Los profesionales en esta área se consideran expertos en la vida sana, mientras que la discusión anterior se focalizó en comprometer a los pacientes en conversaciones colaboradoras donde su propia condición de expertos podía manifestarse y establecerse. En primera instancia, uno puede pensar que los profesionales de la salud tienen mucho que arriesgar al estimular la colaboración al nivel que sugerí. Sin embargo, los pacientes asumirán su propia postura en aspectos preocupantes para la salud, como no adherirse a las prescripciones y otras formas de conducta que comprometen el bienestar (Meichenbaum y Turk, 1987), lo cual sugiere que simples comunicaciones autoritarias basadas en el rol de experto son insuficientes (Mishler, 1984).

De forma creciente, los pacientes se dirigen a los profesionales de la salud como consultores acerca de su bienestar, tal como lo hacen con Internet, con otras personas que practican formas alternativas de atención en salud y con amigos y familiares. Las ideas orientadoras que propuse aquí buscan

enrolar a los pacientes tanto en conversaciones colaboradoras como en planes de acción, vinculados con sus circunstancias, recursos y valores. Son acciones que no parten de la premisa de establecer un contrato o acuerdo, con el cuidado de la salud como eje, que es seguro o confiable en virtud de un conocimiento biomédico experto. En el caso que nos ocupa, las entrevistas son contextos de intercambio por medio de los cuales la influencia sustentada en el conocimiento de los profesionales de la salud puede asociarse con las capacidades, valores y recursos del paciente, tratando de desarrollar un plan que se deriva de la acción conjunta (Shotter, 1993). Operar de otra manera pone en riesgo de inautentificar las experiencias de vida de nuestra clientela, de acuerdo al antropólogo médico Arthur Kleinman (Kleinman y Kleinman, 1991).

Conclusión

> Si las metas del terapeuta y del cliente difieren, el terapeuta está equivocado.
> (Steve deShazer, citado por Hoyt, 1995, p. 65)

La cita que abre esta conclusión es particularmente resonante para mí, pues amplifica los puntos que he estado elaborando. De acuerdo al enfoque que compartí, la creatividad del asesor fructifica, de una manera colaboradora y en progresión, cuando estimula y negocia significados de valor práctico que se ajusten a las preferencias del cliente. Estas cinco ideas orientadoras (1. Preguntar como intervención; 2. Focalizar en las competencias y recursos; 3. Promover e invitar; 4. Las preferencias del cliente; 5. Audiencias que co-significan) ofrecen una base amplia para la creatividad del asesor, a la vez que contribuyen a gestar un foco colaborador en nuestro trabajo con los clientes. Por supuesto que la palabra final en relación con el hecho de si somos colaboradores en nuestro trabajo, descansa en las evaluaciones de los clientes. Las técnicas que no se ofrecen dentro del espíritu dialógico que expuse, sino más bien desde la perspectiva de operar sobre –y no dialogar con– se alejan de la colaboración. Colaborar significa mantener lo que decimos o hacemos muy cerca de lo que plantea el cliente, y mucho menos de lo que establecen nuestras teorías. Con la humildad que corresponde, es posible decir que los

clientes son los expertos en sus propias vidas y nosotros los consultores que se contratan.

Bibliografía

Andersen, T. (1995). Reflecting processes; acts of informing and forming: You can borrow my eyes, but you must not take them away from me. In S Friedman (Ed.) *The reflecting team in action.* (pp. 11-37) New York: Guilford.

Anderson, H. (1997). *Conversation, language and possibilities.* New York: Basic Books.

Anderson, H. y Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. In S. McNamee y K. Gergen (Eds.) *Therapy as social construction.* (pp. 25-39) Newbury Park, CA: Sage.

Berger, P. y Luckmann, T. (1967). *The social construction of reality.* New York: Anchor.

Boorman, J. (1985). Quote from the movie *The Emerald Forest.*

Canadian Broadcasting Corporation (1999). Comments on the British Columbia Edition of the Radio One AM newscast. March 30, 1999.

Cecchin, G. (1987). Hypothesizing, circularity and neutrality revisited: An invitation to curiosity. *Family Process*, 26 (4), 405-413.

DeShazer, S. (1984). The death of resistance. *Family Process*, 23, 11-21.

DeShazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy.* New York: Norton.

DeShazer, S. (1995). Solution building and language games. In M. Hoyt (Ed.) *Constructive therapies 2.* (pp. 60-86) New York: Guilford.

Doan, R. y Clifton, D. (1990). The rules of problem lifestyles: Making externalizations more real. *Dulwich Centre Newsletter.* No.4: 18-21.

Duncan, B., Hubble, M. y Miller, S. (1997). *Psychotherapy with impossible cases.* New York: Norton.

Epston, D (1996). Comments on the dust jacket of J Freedman y G. Combs' *Narrative therapy: The social construction of preferred realities.* New York: Norton.

Epston, D. White, M., y "Ben" (1995). Consulting your consultants: A means to the co-construction of alternative knowledges. In S Friedman (Ed.) *The reflecting team in action.* (pp. 277-313) New York: Guilford.

Eron, J. y Lund, T. (1996). *Narrative solutions in brief therapy.* New York: Guilford.

Frank, A. (1995). *The wounded storyteller. Body, illness and ethics.* Chicago: University of Chicago Press.

Friedman, S. (Ed.) (1993). *The new language of change.* New York: Guilford.

Furman, B. y Ahola, T. (1992). *Solution talk.* New York: Norton.

Gergen, K. (1991). *The saturated self.* New York: Basic Books.

Gergen, K. (1994). *Realities and relationships.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Gilligan, S. (1997). *The courage to love.* New York: Norton.

Griffith, J. y Griffith, M. (1994). *The body speaks.* New York: Basic.

Haley, J. (1973). *Uncommon therapy.* New York: Norton.

Harre, R. y Gillett, G. (1994). *The discursive mind.* Newbury Park, CA: Sage.

Henderson, W. (1969). Raino. Song from "Chilliwack (The mask album)" on London Parrot Records.

Hicks, T. (1998). Personal communication on the Postmodern therapies online newsgroup.

Hoffman, L (1998). Setting aside the model in family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24: 145-156.

Holmes, S. (1994). A philosophical stance, ethics and therapy: An interview with Harlene Anderson. *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 15: 155-161.

Hoyt, M. (Ed.) (1994). *Constructive therapies*. New York: Guilford.

Hubble, M. y O'Hanlon, W. (1992). Theory countertransference. *Dulwich Centre Newsletter* (19), 25-30.

Katz, A. y Shotter, J. (1996). Hearing the patient's voice: Toward a social poetic in diagnostic interviews. *Social Science in Medicine*, 43: 919-931.

Kirmayer, L. (1984). Culture, affect and somatization. Part II. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 21: 237-262.

Kleinman, A. y Kleinman, J. (1991). Suffering and its professional transformation: Toward an ethnography of interpersonal experience. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15, 275-301.

Lyotard, J.F (1984). *The postmodern condition*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Madigan, S. (1993). Questions about questions: Situating therapist curiosity in front of the family. In S. Gilligan y R. Price (Eds.) *Therapeutic conversations* (pp. 219-230) New York: Norton.

Martin, J. y Sugarman, J. (1999). *The psychology of human possibility and constraint*. Albany: State University of New York Publications.

Markova, I. y Foppa, K. (Eds.) (1991). *Asymmetries in dialogue*. Hemel Hempstead, Hertfordshire, UK: Harvester Wheatsheaf.

McNamee, S. y Gergen, K. (Eds.) (1992). *Therapy as social construction*. Newbury Park, CA: Sage.

Meichenbaum, D. y Turk, D. (1987). *Facilitating treatment adherence: A practitioner's guide*. New York: Plenum.

Miller, S. (1992). The symptoms of solution. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 11: 1-11.

Morson, G. y Emerson, C. (1990). *Mikhail Bakhtin: Creation of a prosaics*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Newman, F. y Holzman, L. (1997). *The end of knowing*. New York: Routledge.

Pare, D. (1995). Of families and other cultures: The shifting paradigm of family therapy. *Family Process*, 34: 1-20

Pare, D. (1996). Culture and meaning: Expanding the metaphorical repertoire of family therapy. *Family Process*, 35: 21-40.

Potter, J. (1996). *Representing reality*. Newbury Park, CA: Sage.

Riikonen, E. y Smith, G.S. (1997). *Re-imagining therapy: Living conversations and relational knowing*. Newbury Park, CA: Sage.

Rogers, C (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.

Rose, N. (1990). *Governing the soul. The shaping of the private self*. New York: Routledge.

Russell, R. (Ed.) (1994). *Reassessing psychotherapy research*. New York: Guilford.

Shotter, J (1993). *The cultural politics of everyday living*. Toronto: University of Toronto Press.

Siberry, J. (1987). The walking. From the CD of the same name. Duke Street Records.

Strong, T (1997). Can you get it down to one page? *Journal of Systemic Therapies*, 16 (1), 69-72.

Strong, T. (in press). Expanding therapy's constructive curiosity. *Journal of Systemic Therapies.*

Tomm, K. (1988). Interventive interviewing. Part III. Intending to ask lineal, circular, strategic or reflexive questions. *Family Process*, 27 (1), 1-15.

Walter, J. y Peller, J. (1992). *Becoming solution-focused in brief therapy.* New York: Brunner Mazel.

Waters, D. y Lawrence, E. (1993). *Competence, courage and change.* New York: Norton.

Weiner-Davis, deShazer, S. y Gingerich, W. (1987). Building on pretreatment change to construct the therapeutic solution: An exploratory study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 13: 359-363.

Weingarten, K. (1991). The discourses of intimacy: Adding a social constructionist and feminist view. *Family Process*, 30: 285-305.

White, M. (1993). Deconstruction and therapy. In S. Gilligan y R. Price (Eds) *Therapeutic conversations.* (pp. 22-61).

White, M. y Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends.* New York: Norton.

Wittgenstein, L. (1958). *Philosophical investigations.* 3rd Edition. New York: MacMillan.

Zeig, J. (Ed) (1980). *A teaching seminar with Milton H. Erickson.* New York: Brunner Mazel.

Buscando conversación: nuevas maneras de construir conversaciones terapéuticas en nuestras comunidades

Manuel Llorens[1]

Resumen

El presente artículo muestra las dificultades con que se ha encontrado la psicología clínica cuando intenta trabajar con poblaciones de bajos recursos en distintas latitudes y específicamente en Venezuela. Considera la necesidad de desarrollar aproximaciones novedosas para adaptar el trabajo a las condiciones especiales que presentan estos nuevos escenarios y discute los aportes que ofrecen las aproximaciones postmodernas para caminar en ese sentido. Propone que la revisión epistemológica, la revisión ética y política de la ciencia, la revisión de la posición de poder que ocupa el experto en la relación de ayuda, las consideraciones sobre el contexto donde se está haciendo la intervención, la celebración de la diversidad y el diálogo en las fronteras, resumen algunos de los aportes principales de estas aproximaciones para la resolución de los retos planteados.

[1] Manuel Llorens es coordinador del equipo de investigación de la Unidad de Psicología del Parque Social Padre Manuel Aguirre, S.J. que atiende principalmente a las comunidades de bajos recursos de la zona suroeste de Caracas. Así mismo es docente del Programa de Especialización en Psicología Clínica Comunitaria (UCAB) como coordinador de las prácticas clínicas. También es profesor de Psicología de la Personalidad y del Seminario Violencia, Trauma y Sociedad de la Escuela de Psicología de la misma universidad. (mllorens@ucab.edu.ve)

Abstract

The paper discusses the difficulties encountered when clinical psychology attempts to work with underprivileged populations in different regions and specifically in Venezuela. It argues that, in order to adapt field work to the special conditions of these contexts, the development of new approaches is necessary and, furthermore, it discusses the contributions that Postmodernist methodologies can make towards this goal. It argues in favor of the reappraisal of the ethics and politics of science, the revision of the expert's position of power in the therapeutic relationship, the renewed consciousness of the context within which an intervention is carried out, and the celebration of diversity and dialogue between borders. Finally, it summarizes some of the main contributions made by these approaches towards the resolution of the methodological difficulties in question.

- Psiquiatra: ¿Haldol?
- Paciente: Si dotora, eso mismo es lo que tengo, ¡un aldol pol to' el cuelpo!

Introducción

En una conferencia dictada en 1996, el psiquiatra y psicoanalista peruano César Rodríguez Rabanal describió los detalles de un proyecto que lo había llevado a organizar un grupo de psicoanalistas con la finalidad de ofrecer psicoanálisis a personas de barrios en extrema pobreza de la ciudad de Lima. De esta experiencia, que duró aproximadamente seis años, salieron dos libros valiosos que registran sus consideraciones psicoanalíticas sobre la influencia de la carencia material y la violencia en la psique de las personas atendidas (*Cicatrices de la Pobreza: un estudio psicoanalítico*, 1991 y *La Violencia de las Horas: un estudio psicoanalítico sobre la violencia en Perú*, 1995). Así mismo sirve de reflexión sobre las adaptaciones de la técnica que exige la psicoterapia cuando se muda de sus lugares habituales y pretende entrar a escenarios nuevos.

Me interesa citar una de las curiosas anécdotas que surgió del trabajo ya que ilustra el tipo de adaptaciones a las cuales me estoy refiriendo. La anécdota se refiere a la peculiar manera en que se manifestó lo que los psicoanalistas llaman la *resistencia* al proceso analítico en la población que estaban atendiendo. Rodríguez Rabanal contaba:

> Nosotros construimos dos ambientes, pero la mayoría de los pacientes adultos se negaban a visitarnos en ese lugar y nos pedían que las sesiones se llevaran a cabo en sus casas, por temor a ser estigmatizados como enfermos mentales. La sesión era muy complicada pues cuando algún terapeuta atiende en un consultorio y el paciente no viene, en fin, se pone a leer, hace lo que sea. Nosotros éramos los que buscábamos a los pobladores. Y cuando los pobres pobladores del asentamiento, ya no digo pobres por pobreza material, sino porque nos tenían que soportar a nosotros, cuando los pobladores se sentían urgidos a huir, ¡tenían que escaparse de su casa! Entonces nosotros decíamos "El Candadazo" porque llegábamos y encontrábamos un candado en la puerta de la casa a la hora de la cita y eso ocurría permanentemente. (1996).

Valoro el hermoso trabajo hecho por este psiquiatra y su equipo al mismo tiempo que me identifico un poco con la zozobra de los pobladores, al imaginarme lo angustiante que debe ser que mi psicoanalista venga a buscarme a mi casa. En Venezuela los psicólogos sociales tienen ya un tiempo intentando llevar la psicología a los sectores menos favorecidos de nuestra sociedad y reflexionando sobre las adaptaciones que este proceso exige (Serrano-García y Vargas, 1993; Montero, 1993; Montero, 1994; Moreno, 1999). Montero, por ejemplo, afirma que la Psicología Social pasó por varias etapas en Latinoamérica hasta que, a comienzos de los años ochenta, empezó a consolidarse una psicología social propia que surgió a partir de las críticas contra los modelos teóricos importados de otros países. Esos modelos "comienzan a ser sometidos a análisis críticos en función de su relevancia y significación social en sociedades específicas". Algunos llegan a la conclusión de que éstos: "no producen respuestas, o bien las que dan son irrelevantes o simplemente no funcionan" (p. 63, Montero, 1993).

En la psicología clínica, sin embargo, tales revisiones han tardado un poco más en ocurrir tanto en el resto del mundo (Álvarez, 1998; Anthony, Cohen y Kennard, 1990; Chamberlain, 1990; Pallak, 1990; Sarason, 1981) como en nuestro país (Romero, 1999). La propuesta de Rabanal por ejemplo, caracteriza las primeras aproximaciones que intentan simplemente trasladar el modelo convencional del psicoanálisis a las barriadas populares. Sólo a partir de las dificultades de estas primeras aproximaciones es que comienzan a

cuestionarse y replantearse las maneras de ofrecer atención clínica en contextos novedosos. Estas dificultades también han sido reportadas en otras latitudes e incluyen algunas de las citadas por uno de los propulsores de la Psicología Clínica Comunitaria en los Estados Unidos, Emory Cowen (1983). Este autor menciona, por ejemplo, que "la expansión del alcance de la salud mental y la creciente sensibilidad de la sociedad hacia el bienestar psicológico se unieron para crear una situación en que los recursos de la salud mental eran insuficientes para cubrir la demanda" (p. 636). Al mismo tiempo "las personas desfavorecidas de la sociedad no tenían el mismo acceso a los servicios" (p. 637) y la psicoterapia la caracterizaba como una técnica dirigida a personas jóvenes, atractivas, verbales, inteligentes y exitosas, al mismo tiempo que sus orígenes en la clase media descuidaba una serie de problemáticas serias como la violencia urbana, la adicción, la delincuencia, el racismo y la desigualdad social. Rescatemos otro de los comentarios de este autor y comparemos su conclusión con las observaciones de Rabanal:

> Ya que los servicios de salud mental fueron desarrollados en una tradición predominantemente blanca y de clase media, éstos venían empaquetados con las decoraciones de esa tradición, lo cual incluía sesiones preprogramadas, fijas, de cincuenta minutos que se conducían en oficinas atendidas por personal educado. Desafortunadamente, ya que estas condiciones eran poco naturales para la mayoría de la sociedad, desanimaban a muchas personas de la posible atención antes de que esos servicios pudiesen realmente actuar (p. 637).

O como lo afirman otros autores (Anthony, Cohen y Kennard, 1990):

> muchas personas con dificultades psiquiátricas no quieren los servicios que el sistema provee porque los encuentran poco atractivos, inapropiados y discriminatorios. Los grandes porcentajes de abandono no se deben a carencias de los clientes sino a carencias de los servicios. De tal manera que los planificadores de estos servicios deben chequear constantemente si los servicios creados son consistentes con la filosofía y los valores de un sistema de salud basado en la comunidad (p. 1250).

Además afirman que: "nuevas tecnologías y hallazgos relevantes al apoyo comunitario y la rehabilitación están siendo reportados casi diariamente y estos nuevos desarrollos deben ser incorporados al plan de manera continua" (p. 1251).

El trabajo que se viene realizando en la Unidad de Psicología del Parque Social Padre Manuel Aguirre, S.J., que es un centro de atención comunitaria para los barrios adyacentes a nuestra universidad, y el del programa de Especialización en Psicología Clínica Comunitaria ha venido enfrentándonos con observaciones parecidas. Es importante resaltar que muchas de estas observaciones también se han hecho en nuestro país desde las organizaciones no gubernamentales que atienden distintas problemáticas psicosociales, pero fuera del escenario hospitalario tradicional, como por ejemplo, las organizaciones que trabajan con violencia intrafamiliar (Avesa, Plafam, Cecodap, etc.) y las que trabajan con niños con experiencia de vida en la calle (Asociación Muchachos de la Calle, Red de Casas Don Bosco, etc.). El presente artículo pretende ilustrar algunas de las dificultades que hemos venido encontrando en Venezuela al intentar ofrecer atención clínica psicológica a los sectores más desamparados y, asimismo, pretende sugerir las maneras en que algunas de las ideas surgidas de las revisiones postmodernas de la ciencia tradicional y su concreción en las aproximaciones constructivistas, construccionistas sociales y narrativas, ofrecen algunas herramientas conceptuales para poder establecer conversaciones terapéuticas que abren salidas posibles a las problemáticas antes mencionadas.

Desencuentros

Durante una intervención que realizamos en un centro del INAM (Instituto Nacional del Menor) para niñas nos tropezamos con un desencuentro sencillo pero profundo que ilustra algunos de los riesgos de aproximarnos al mundo con nuestras preconcepciones "psicologicistas". Un grupo de psicólogos, estudiantes de postgrado, estaban intentando llevar a cabo unas intervenciones psicoeducativas con algunas de las niñas institucionalizadas. Uno de los ejercicios consistía en pedirle a las niñas que fantasearan con qué les gustaría estar

haciendo una vez que estuvieran fuera de ese centro. Ante esa petición, que a todos nos había parecido inocua, una de las niñas saltó molesta y dijo: "¡fantasía! ¡fantasía! ¡Eso es pura fantasía y yo no creo en eso!" En ese instante aprendí sobre los riesgos de ir con nuestro credo psicoterapéutico esperanzado a conversar con algunas personas que necesitaban mantenerse enfocadas en el presente, en lo concreto, en no ilusionarse para poder sobrellevar la frustración de un día a día vivido como demasiado encarcelado, demasiado desesperanzado. Entendí a través del gesto airado de esa niña como las palabras de esperanza podían ser vividas como una violencia.

Recordé los relatos del psicoanalista existencial Victor Frankl describiendo como, en los campos de concentración de la Segunda Guerra Mundial en que le había tocado estar, muchos de sus compañeros recurrían a fantasear con una posible fecha de liberación. Cuando la fecha se acercaba se observaba una ligera mejoría en el estado anímico de estos prisioneros. Pero cuando la liberación deseada no sucedía, aumentaba la tasa de mortalidad. Así, por ejemplo, escribió:

> la tasa de mortandad semanal en el campo aumentó por encima de todo lo previsto desde las Navidades de 1944 al Año Nuevo de 1945. A mi entender, la explicación de este aumento no estaba en el empeoramiento de nuestras condiciones de trabajo, ni en una disminución de la ración alimenticia, ni en un cambio climatológico, ni en el brote de nuevas epidemias. Se trataba simplemente de que la mayoría de los prisioneros había abrigado la ingenua ilusión de que para Navidad les liberarían. Según se iba acercando la fecha sin que se produjera ninguna noticia alentadora, los prisioneros perdieron su valor y les venció el desaliento (Frankl, 1946/1979).

En otra ocasión una compañera psicóloga que viene trabajando con niños con experiencia de vida en la calle comentó como reaccionaban algunos de los niños de la residencia con las noticias de la muerte de otros niños en enfrentamientos violentos. Contaba como había uno en particular que no se conmovía en absoluto y parecía más bien sorprendido por la reacción emocional de los demás. Le decía a la psicóloga: "es que después que has visto morir a catorce ya el quince no te afecta". No en balde, el niño continuó

viviendo en la casa por un tiempo prolongado y algo de este nuevo lugar, quizás su seguridad, quizás estar acompañado por personas que sí podían sentir y expresar sus emociones, quizás hasta los esfuerzos de los psicólogos, parecieron ejercer un efecto sobre él. Al año después del primer incidente asesinaron a otro de los muchachos que había vivido en el centro y había sido amigo de él. Este hecho pareció conmoverlo a tal punto que le generó todo tipo de preguntas personales importantes. A la final decidió irse de la residencia y le dijo a la psicóloga que simplemente era porque no sentía que podía permitirse sentir esas cosas, que él no era como los demás, que su vida había sido muy violenta y no se sentía capaz de explorar los sentimientos de todos esos recuerdos (Hernández, 2000; Hernández, comunicación personal).

Estos ejemplos no pretenden defender a la impotencia o la desesperanza. Ni afirmar que la psicoterapia y la fantasía son una mala cosa. Lo que sí permiten ver es que hasta la esperanza no es buena en sí, sino que exige una adaptación, un intercambio con el contexto donde se desea sembrar.

Lo psicológico está evidentemente en cualquier lugar donde esté lo humano. Las *herramientas* para poder desarrollar lo psicológico son, las que a mi entender, necesitan acompañarse de la sapiencia de saber la manera, el momento y el lugar en que pueden ser provechosas. Son efectivas sólo en las manos de un practicante con la sensibilidad para comprender las necesidades reales y la petición de ayuda que está haciendo el contexto. Quizás es allí donde la cooperación de los psicólogos sociales ha sido vital para que nosotros los psicólogos clínicos comencemos a pensar y entender algo sobre las dinámicas de cada contexto particular. Quizás sólo ese aporte hace indispensable añadir a lo clínico el apellido de social o comunitario para mantenernos conscientes del esfuerzo que debe hacerse dentro de nuestra práctica terapéutica.

Uno de los artículos que ha influido en mi comprensión de la complementariedad de estas dos disciplinas es un trabajo del psicólogo Ignacio Martín-Baró llamado Guerra y Salud Mental (1984/1993), donde entreteje con lucidez las imbricaciones de lo individual con lo social. En este artículo analiza algunas de las consecuencias de la guerra civil salvadoreña sobre su población y cómo muchas de las reacciones que estaban ocurriendo en las personas eran

perfectamente clasificables por los manuales diagnósticos como *trastornos mentales* y sin embargo, cómo, si se volteaba el lente a ver el contexto en que se estaban dando podía entenderse (y utilizo esta frase como iluminadora también para muchas de las personas que atendemos que provienen de contextos violentos y gravemente carenciados) que algunas eran reacciones más bien adaptadas que desadaptadas.

> Las primeras veces que entré en contacto con grupos de campesinos desplazados por la guerra sentí que mucho de su proceder mostraba trazas de delirio paranoide: estaban constantemente alertas, multiplicaban las instancias de vigilancia, no se fiaban de nadie desconocido, sospechaban de todos cuantos se acercaban a ellos, escrutaban los gestos y las palabras en busca de posibles peligros. Y, sin embargo, conocidas las circunstancias por las que habían pasado, los peligros reales que aún les acechaba, así como su indefensión e impotencia para enfrentar cualquier tipo de ataque, uno llegaba pronto a comprender que su comportamiento de hiperdesconfianza y alerta no constituía un delirio persecutorio fruto de sus ansiedades, sino el planteamiento más realista posible de su situación vital. Se trataba, sin lugar a dudas, de la reacción más normal que podía esperarse ante las circunstancias anormales que les tocaba enfrentar (p. 28; 1984/1993).

En nuestro centro, que tiene dos años de inagurado (pero que tiene orígenes en un proyecto que tiene ya diez años; Romero, 1999), hemos podido atestiguar situaciones parecidas a las citadas por otros psicólogos que intentan hacer psicoterapia en medios deprivados (Osofsky, 1996; Pakman, 1997; Rodríguez, 1991 y 1995). Por ejemplo, hemos comenzado a registrar las diferencias de expectativas entre los profesionales que ofrecemos los servicios de ayuda y la población que acude al centro. Nos ha venido ocurriendo, por ejemplo, (como ocurre en otros centros que atienden a personas que provienen de zonas de bajos recursos) que las personas que ofrecen la ayuda se desaniman por atender a algunas personas que tienen tantos problemas sociales juntos, tantas carencias, que la posibilidad de elaborar algunas dificultades emocionales parece necesariamente secundaria a la urgencia de resolver otras necesidades más inmediatas. Así mismo se suele reportar con frecuencia una falta de compromiso para un proceso más profundo y reflexivo en la psicoterapia. En

nuestro centro el promedio de citas a que acuden las personas atendidas es de ocho (Unidad de Psicología del Parque Social, 2001), lo cual es consistente con una aproximación de psicoterapia breve. Sin embargo, con frecuencia los terapeutas se frustran al sentir que algunos pacientes, con que se ha planteado un proceso un poco más largo y elaborativo, abandonan el proceso una vez que perciben una mejoría sintomática. En una de las investigaciones que realizamos desde el Parque Social los terapeutas reportaban cosas como:

> Es posible que como en este contexto hay tanta necesidad de cosas básicas, tú siempre estás montado sobre lo urgente, sobre la crisis, y tienes muy poco espacio para trabajar cuestiones más profundas (...) Yo siento que los pacientes acá te generan un monto importantísimo de frustración, tú los resultados no necesariamente lo ves tan rápido como cuando la gente come (p. 24, Meneses, Pérez, Rodríguez y Westinner, 2001).

Al mismo tiempo nuestros terapeutas han venido lidiando con el proceso de adaptar su trabajo al contexto particular donde lo vienen realizando. Otra terapeuta decía en la misma investigación: "*Antímano-land*, ha sido después de un año trabajando en el Parque que yo me he dado cuenta que es un país, con toda una idiosincracia" (p. 57).

Cuando se abrieron los primeros consultorios de nuestro proyecto en Antímano (diez años antes de abrir la Unidad de Psicología en el Parque Social) muchos opinaron que la población no iba a acudir a nosotros, que el estigma en contra de los psiquiatras y psicólogos iba a hacer que muchos desistieran de la idea de buscar ayuda (Romero, 1999). Más de diez años de existencia de nuestra experiencia en que ha habido un incremento constante de la cantidad de personas que acuden a nuestro centro (actualmente más de trescientas anualmente, Unidad de Psicología del Parque Social, 2001) nos ha demostrado lo contrario. Nuestra intención ha sobrevivido, nuestro oficio seguramente se ha extendido. Lo cual no quita que aún nos preguntemos exactamente sobre las características del servicio que proveemos a diferencia de los contextos más tradicionales y las adaptaciones que sentimos que continuamos necesitando para cada vez construir unos diálogos terapéuticos más profundos y eficaces. En ocasiones efectivamente nos hemos sentido como el mono del proverbio

chino citado por el autor construccionista Strong (2000), que le dice al pez: "déjame ayudarte a subir el árbol o si no te vas a ahogar".

Estas experiencias son las que nos convencen de la necesidad de reflexionar sobre nuestras orientaciones teóricas y prácticas dentro de nuestro contexto específico. Lo cual no significa que estemos dispuestos a renunciar a nuestro interés por lo individual, por el *universal concreto* y sus idiosincracias, porque como dice el mismo Martín-Baró:

> Es importante subrayar que no pretendemos simplificar un problema tan complejo como el de la salud mental negando su enraizamiento personal y, por evitar un reduccionismo individual, incurrir en un reduccionismo social. En última instancia, siempre tenemos que responder a la pregunta de por qué éste sí y aquél no. Pero queremos enfatizar lo iluminador que resulta cambiar la óptica y ver la salud o el trastorno mental no desde dentro-afuera, sino de afuera-dentro; no como la emanación de un funcionamiento individual interno, sino como la materialización en una persona o grupo de carácter humanizador o alienante de un entramado de relaciones históricas (p. 28; 1984/1993).

Es decir, sin dejar de confiar en las bondades de los aportes de la clínica y la llamada *talking cure*. Porque también es cierto que aún en los escenarios más inesperados la conversación terapéutica ha mostrado la capacidad para ofrecer comprensión, acompañar, aliviar, potenciar y cambiar. Creo que tiene potencial para todas esas cosas, al mismo tiempo que tiene la posibilidad de incorporar modificaciones que la hagan sensible a su medio socio-cultural, porque es una herramienta diseñada entre otras cosas para poder escuchar.

Cien años aprendiendo a escuchar

Una de las historias freudianas que me parece más hermosa es la del tratamiento de Frau Emmy von N. cuando esta paciente le pide a Freud que no le pregunte tanto y que simplemente la escuche. Freud entendió en ese instante que la sugerencia de la paciente era muy importante y comenzó a revisar su aproximación terapéutica para pasar de la hipnosis dirigida a una conversación no dirigida y guiada por la asociación libre (Freud, 1895/ 1979).

Uno de los temas más controversiales de los últimos veinte años en la clínica es el tema del abuso sexual infantil. La psiquiatra Judith Herman (1992) cuenta como, alternativamente en la historia, el tema ha emergido como importante para luego ser relegado al olvido. Varios autores han coincidido en que Freud se retractó, de su teoría original de la seducción, asustado, pensando que era imposible que hubiesen tantos casos de incesto en su sociedad (DeSalvo, 1989; Herman, 1992; Masson, 1984/2001). En la década de los setenta un analista llamado Masson comenzó a estudiar las cartas y documentos inéditos de Freud con permiso de la familia a tal punto que fue nombrado el Director de los Archivos Freud. En su trabajo le comenzó a llamar la atención como en la publicación de las cartas entre Freud y Fliess se habían omitido muchas de las cartas publicadas después de septiembre de 1897, así como cualquier anotación sobre una paciente llamada Emma Eckstein. Estos documentos reportaban datos sobre la seducción infantil de algunos de los pacientes de Freud. Esta es la época en que comenzó a abandonar la teoría de la seducción para hipotetizar que eran fantasías de deseo de seducción reprimidas por las pacientes. En una de las cartas Freud (1897) expresa:

> encontré eso tan increíble que en cada caso la culpa se le adjudica a actos perversos realizados por el padre (...) era poco creíble que los actos perversos contra los hijos fuesen tan extensos (Freud; c.p. DeSalvo, 1989).

El descubrimiento de estos hallazgos fue recibido con mucho rechazo por la comunidad psicoanalítica a tal punto que, cuando en 1981 aparecen algunos reportes de Masson en *The New York Times*, el analista fue despedido por "presentar un juicio pobre" al expresar sus opiniones ante un público no profesional (Masson, 1984/2001).

En base a los hallazgos que ha descubierto el trabajo con pacientes sobrevivientes de abuso sexual infantil parece claro que Freud, como muchos otros seguidores, no pudieron seguir el lineamiento inicial, sugerido por la paciente Frau Emmy, de escuchar. Por múltiples razones parece que habían ciertos hechos que ni Freud ni su tiempo estaban dispuestos o preparados para escuchar.

El trabajo con víctimas de violencia doméstica y abuso sexual se fortaleció a partir del movimiento feminista que creó grupos de mujeres en las comunidades que comenzaban simplemente a hablar de sus vidas. Uno de los puntos focales del trabajo del movimiento feminista ha sido el de hacer visible a la mujer y sus condiciones de vida en una cultura que tiende a hacerla invisible (Mires, 1996). Al comenzar a escuchar los relatos de las mujeres que se reunían a hablar de sus vidas se pudo evidenciar que habían muchas más historias de maltrato y abuso infantil de lo que la sociedad y el medio médico habían podido reconocer (Herman, 1992). Muchas de estas personas tenían años asistiendo a las consultas psicoterapéuticas pero habían sido clasificadas como trastornos limítrofes de la personalidad o trastornos disociativos, (entre otros) sin observar el elemento de abuso y violencia en la historia[3]. De nuevo, a veces nuestras teorías enmascaran nuestros prejuicios, nuestros miedos, nuestras creencias y sirven de lecho de Procrusto para ajustar los relatos ajenos a nuestra visión de mundo.

En las revisiones epistemológicas y metodológicas que se han venido haciendo a las aproximaciones científicas tradicionales, la llamada aproximación narrativa ha ido teniendo un eco importante dentro de las corrientes clínicas. A tal punto que ha penetrado hasta los ámbitos psiquiátricos, tradicionalmente más convencionales que el de los psicólogos. Uno de los ejemplos son los trabajos narrativos de un grupo de psiquiatras ingleses con distintos cuadros como la demencia y la psicosis (Roberts y Holmes, 1999). En su libro critican a la pérdida de sentido que ha tenido la formación y la investigación clínica al dejar fuera el relato individual y local del paciente. Otro ejemplo valioso dentro de esta corriente es el trabajo del neurólogo Oliver Sacks que, a través

[3] Como afirma una especialista en el tratamiento de víctimas de abuso sexual: "En su tratamiento de las llamadas 'personalidades limítrofes', Kernberg et al. no sólo dividen al *self* en distintas partes, sino que específicamente etiquetan a algunas de esas partes de la psique como 'el padre punitivo, sádico' o el 'atacante sádico'. Aunque ellos creen que estas creaciones son recreaciones fantaseadas o distorsionadas de experiencias reales, es más probable, como dice Herman (1992) que 'reflejen de manera adecuada el medio relacional temprano del niño traumatizado'. De manera más explícita el 'padre punitivo, sádico' o el 'atacante sádico' probablemente existieron en el mundo real y fueron simplemente internalizados por el paciente" (Salter, p. 273, 1995).

de sus narraciones ha introducido innovaciones importantes en la mane-ra de estudiar los trastornos neurológicos y ha hecho un trabajo muy valioso, en la conscientización de toda la población especializada y no, sobre algunas de estas condiciones (Sacks, 1985, 1990). La película de Hollywood, *Despertares* de mitad de los años noventa con Robert DeNiro y Robin Williams, basada sobre un guión de este investigador es quizás el ejemplo más conocido.

Estas aproximaciones reinterpretan el encuentro psicoterapéutico como un proceso de co construcción de una historia entre el terapeuta y la persona que busca ayuda. El asumir esta postura le da a la persona que busca ayuda un rol activo dentro del proceso y obliga al terapeuta a hacer esfuerzos especiales para incluir la voz de la persona que está siendo atendida en la comprensión del caso. En el área de violencia intrafamiliar y abuso sexual sobran los ejemplos y las propuestas que subrayan los aportes de las aproximaciones narrativas al trabajar con los sobrevivientes de vivencias traumáticas (Crossley, 2000; DeSalvo, 1999; Etherington, 2000; Pennebaker, 1995). Creo que la cita del artículo del psiquiatra Roberts sobre las aproximaciones narrativas resume con claridad el aporte central de estas a nuestro intento por afinar cada vez más nuestra capacidad de escucha:

> Una vez que la biografía del paciente se convierte en parte del tratamiento, la posibilidad de que la terapia deshumanice al paciente, robándole lo que es único de su experiencia de la enfermedad, se hace menos probable (Klienman, 1998, c.p. Roberts, 2002).

Conversaciones terapéuticas en escenarios no convencionales

Se cuenta que el terapeuta y creador del Psicodrama, Levy Moreno iba a bares y plazas de su ciudad y se ponía espontáneamente a conversar con cualquier persona. Con frecuencia terminaba conversando con las personas más marginadas de la comunidad: los borrachos de las plazas, las prostitutas, los mendigos. Al final de la conversación les preguntaba cómo les había

parecido la conversación y a partir de allí organizó grupos de trabajo y asistencia. Son viejas las aproximaciones de la psicología y la psicoterapia a escenarios no convencionales y cubren una amplísima gama de áreas.

El trabajo de los psicólogos y psiquiatras en la llamada psiquiatría de enlace es un ejemplo de intentos de conversaciones terapéuticas en contextos no convencionales. Recuerdo las sensaciones de extrañeza y angustia durante mi postgrado cuando teníamos que realizar las prácticas en esta área de trabajo. Entonces era de nuevo el terapeuta que se trasladaba al lugar del paciente. Con frecuencia se hacía la entrevista sentado al lado del paciente hospitalizado y generalmente no era éste sino el médico tratante el que había solicitado nuestra intervención. Esta novedosa manera de hacer versiones de la psicoterapia sin embargo ha demostrado ser un aporte enorme. La presencia de profesionales en salud mental atendiendo pacientes en los hospitales generales ha demostrado disminuir número de días de hospitalización que requieren los pacientes, el número de fármacos administrados, los costos de la hospitalización y aumentar la velocidad de recuperación y reportes de satisfacción por parte de los pacientes (Cassem, 1991; Ortega, Ortega, Mazry y Ponce, 1986).

Las canchas deportivas han sido otro de los escenarios que he tenido la maravillosa oportunidad de transitar en mi paseo por la psicología. En mi trabajo como psicólogo deportivo de las selecciones juveniles nacionales de fútbol del país he pasado por la experiencia parecida de encontrarme conversando en espacios muy distintos a los de los consultorios y con personas con necesidades muy distintas a las que suelen manifestar las personas que acuden a psicoterapia.

Cuando comencé a trabajar con los futbolistas venezolanos se escuchaba continuamente la conclusión de que nuestros jugadores tenían *problemas psicológicos*, descritos en términos de "falta de confianza", "falta de compromiso", "falta de disciplina de trabajo", "complejo de inferioridad" cuando se enfrentaban a cualquier otra escuadra nacional que representara una tradición futbolística que nosotros no poseíamos, además del diagnóstico que nunca falta: "baja autoestima". Pero aún cuando todos parecían solicitar ayuda psicológica, el medio deportivo no parecía prestarse a muchas de las vías de intervención que

yo como psicólogo estaba acostumbrado a emplear. La cultura deportiva, por lo menos la venezolana y sospecho que en muchas otras latitudes, no se adaptaba fácilmente a actividades de expresión verbal y mucho menos de los sentimientos.

En uno de los primeros campeonatos a los que asistí con el equipo tuve la oportunidad de compartir con un psicólogo que había traído la selección peruana desde Cuba para asesorarlos. Este psicólogo me expresaba su frustración a la resistencia que tenían estos jugadores a las técnicas que tanto le habían funcionado en su país natal. Se notaba que estaba molesto con los jugadores y los describía como flojos e ignorantes, porque por ejemplo, nunca utilizaban el diario de actividades deportivas que él les había asignado como trabajo psicológico. Cuando le comenté esta anécdota a Lino Alonso, el entrenador de nuestras selecciones, me dijo de manera tajante: "se nota que es mal psicólogo". Cuando le pregunté por qué me contestó:

> yo conozco las barriadas de donde provienen esos jugadores, si el psicólogo se detuviera un instante a conocer de dónde provienen vería inmediatamente que la mayoría probablemente lee y escribe escasamente. Si el psicólogo no está preparado para adaptar sus conocimientos a las personas con que trabaja entonces es como un entrenador que pasa su vida preparándose para entrenar al Real Madrid y no sabe cómo manejar todas las carencias y dificultades de los equipos con que nosotros trabajamos.

Todas las intervenciones de Lino siguen estas líneas, siempre se hace un esfuerzo importante por conocer a las personas con que estamos trabajando y sus orígenes, siempre se adaptan todas las líneas de trabajo a las condiciones que tenemos y así hemos ido pudiendo crecer de lugares donde comenzamos a trabajar con mucha pobreza a los escaños de relativo éxito que han ido obteniendo las selecciones nacionales de fútbol en los últimos años (Roffé, 1999). Las recomendaciones de Lino parecen casi como las recomendaciones para un etnógrafo y me han servido como lecciones indispensables para entender el proceso de sembrar la psicología en escenarios no convencionales.

Ambientes geográficos, situacionales y culturales distintos generan, ya se ha dicho, preguntas y retos nuevos e imprevistos para la aplicación de la

psicología. En una visita reciente a una escuela en los llanos de nuestro país, un maestro intentaba ilustrarme algunas de las dificultades que habían tenido algunos de los *expertos* importados de la capital para dar clases a los muchachos campesinos de la escuela:

> el otro día estaba dando una clase y comencé a hablar de las autopistas y uno de los muchachos, y estamos hablando de un curso de noveno grado, esperó a que terminara la clase y me preguntó que qué era eso de una autopista.

Si a eso le añadimos la velocidad con que han ido cambiando las prácticas sociales de nuestros países, las variedades de estilos de vida que han nacido a partir de lo que algunos autores llaman "la cultura de la urgencia", empezamos a hacernos una idea de la multiplicidad de contextos y estilos de vida que pueden estar presentes en cada intervención (Pedrazzini y Sánchez, 1992). El trabajo con los llamados "niños de la calle" (Alvarado y Morales, 2000; Arévalo y Hernández, 1998; Llorens, 1999; Glauser, 1999; Hernández, Llorens y Medina, 1999; Hernández, 2000; Romero, 2001) ha ofrecido multitud de ejemplos en este sentido. Una y otra vez hemos insistido, junto a otros autores que trabajan en el área, que el uso de la psicología con estos niños puede ser beneficiosa, pero debe pasar por una comprensión contextualizada de unas circunstancias vitales muy distintas a los parámetros habituales de niñez y la adolescencia que presenta la psicología tradicional y una revisión profunda de las creencias y motivaciones con que se aproxima el psicólogo a trabajar en esta área.

Para mí, esto no excluye la posibilidad y responsabilidad de profundizar y enriquecerse de las propuestas teóricas tradicionales. Para hacer sólo un par de comentarios de cómo, por ejemplo, me veo aún influido por mi formación como psicólogo clínico orientado psicoanalíticamente: creo que la clínica en general y el psicoanálisis en específico no son enemigos de la intervención en escenarios novedosos. Más bien pueden ser un gran aporte para la comprensión de algunos de los procesos que ahí suceden. El enemigo es la rigidez que impide el diálogo fuera de un marco conceptual particular, de manera que se intente obligar a los hechos a calzar dentro de nuestras categorías preestablecidas. En todos estos escenarios mencionados el concepto de *encuadre terapéutico*

me ha sido de mucha utilidad. Pero entendiendo *encuadre*, como lo plantea el psicoanalista Lander (2001), como el lugar donde se coloca el psicólogo, sus actitudes, metas y creencias con que interactúa en la conversación terapéutica y no las paredes del consultorio.

Nuevas formas de escuchar: aportes de las aproximaciones postmodernas

He tratado de ilustrar como el acto de escuchar al otro es sumamente difícil. El hecho que nos parezca natural y sencillo lo hace aún más complicado. Nuestra tendencia a colocarnos en piloto automático y asumir que el mundo se ajusta a nuestra manera de verlo hace que a veces nos cueste aún más comunicarnos.

En una práctica clínica en el último año de mi pregrado asistía como oyente a una entrevista de una psiquiatra a un paciente que estaba en plena crisis psicótica. En medio de la conversación la psiquiatra le preguntó: "¿Haldol?", indagando si había tomado esa medicación. Sin embargo, el paciente que, evidentemente no era tan ducho en el vocabulario farmacológico y, que estaba haciendo esfuerzos por colaborar, le contestó sustituyendo, como es frecuente en nuestra cultura, las "R"s por "L"s: "*¡Sí dotora, eso es lo que tengo yo, un aldol pol to' el cuelpo!*".

Para concretar entonces: ¿qué aportes traen las revisiones de la ciencia tradicional en general y las aproximaciones constructivistas, construccionistas sociales y narrativas en particular, a nuestro trabajo de intentar conversaciones terapéuticas en las comunidades de bajos recursos de nuestras ciudad? Voy a comentar varios aportes que van desde los aspectos más generales y ligados a los elementos teóricos a los aportes más específicos de la práctica en el consultorio.

1. La revisión epistemológica. En primer lugar, el cuestionamiento del paradigma científico tradicional ha traído, a mi entender, oportunidades importantes en nuestro diálogo entre el conocimiento y su aplicación (Maturana, 1997; Montero, 1994; Watzlawick, 1984).

En el modelo tradicional de la ciencia positivista, el proceso de investigación es una búsqueda hacia una verdad universal (legal), objetiva, general y, por ende, no específica a los contextos (Bunge, 1959). A su vez los psicoterapeutas, formados también dentro de esta tradición tendían a intentar replicar en alguna manera este modelo de pensamiento dentro de sus consultorios; aun cuando, en la práctica social, los representantes de la *Psicología Académica* o no aplicada, nunca vieran estos intentos con demasiados buenos ojos. En palabras del terapeuta familiar Pakman:

> El terapeuta viciado por el pecado original de ser un actor social comprometido a responder a demandas de sus 'clientes', trató con frecuencia de emular al investigador en su aspiración por acceder a esa posición de "objetividad", que por tanto tiempo fuera la garantía del rigor científico. A pesar de ese intento de emulación, el mundo de la "investigación académica" suele mirar con desconfianza a ese fiel seguidor (en sus intenciones) de los supuestos teóricos objetivistas que llegaba, sin embargo, al laboratorio, manchado con el barro, la sangre y el fuego de la trinchera clínica. La investigación pertenecía al mundo académico, más objetivo e impersonal de las ciencias básicas: la intervención, pese a las aspiraciones objetivistas, al campo encarnado, más subjetivo y personal de la práctica social (p. 360, 1995).

Las ideas de un conocimiento universal, objetivo y la orientación hacia la formulación de leyes generales han sido cuestionadas, aunque este artículo no pretende profundizar en ese debate sino ilustrar algunas de las consecuencias prácticas que surgen a partir de éste. Las visiones alternativas han dudado de la posibilidad de establecer unas leyes explicativas de la conducta que sean universales a todos los contextos geográficos, culturales y temporales.[4] Eso nos ha obligado y a la vez permitido la posibilidad de enfocar directamente los contextos para tratar de construir conocimientos que sean pertinentes específicamente a un lugar y un momento.

[4] "La psicología debe reconocerse como ciencia histórica. Su objeto de estudio debe ser ubicado en el devenir y está constituido por hechos cultural y espacialmente anclados" (p.35, Montero, 1994).

El cuestionamiento de la objetividad de la ciencia ha influido en la proliferación de una serie de teorías y metodologías que sostienen que los conocimientos son construidos socialmente a través del intercambio más que descubiertos a través de un método que asegura una aproximación cada vez mayor a la verdad. Estas ideas nos conducen a construir esos puentes para intercambiar con nuestra comunidad y también nos han obligado a bajarnos de nuestra mirada privilegiada de la verdad para incluir las opiniones y percepciones de todos los actores involucrados en nuestros procesos (Ceruti, 1994). Al mismo tiempo, esto ha reinvindicado el valor de otras aproximaciones científicas no positivistas y otras modalidades de obtención de conocimientos que no son consideradas menores que el conocimiento científico sino que pueden llegar a ser complementarias.[5]

La posibilidad de reconocer el valor, por ejemplo, del conocimiento práctico-vivencial evidentemente nos permite utilizar muchos conocimientos propios de nuestras comunidades para intentar desarrollar nuestras intervenciones. El conocimiento práctico es reivindicado y la distinción entre la teoría y su aplicación cuestionada.

2. La revisión ética y política de la ciencia. Sin embargo, desde la perspectiva aplicada, que es donde se enmarca este artículo, los argumentos más importantes a considerar en estas revisiones de los paradigmas científicos no giran en torno a los procedimientos de cómo llegamos y validamos nuestros conocimientos sino más bien a la revisión de los elementos éticos y políticos de nuestras prácticas (aunque exista una íntima relación entre ambos). Desde comienzos del siglo pasado algunos de los pensadores más lúcidos hicieron comentarios en este sentido (Einstein, 1963; Russell, 1925/1997). Ya en 1925 por ejemplo, Bertrand Russell advertía sobre los peligros de un optimismo cientificista sin una consideración de los poderes políticos en donde se insertaba la actividad científica:

[5] "se abre la posibilidad y se reconoce la necesidad de producir métodos alternativos... quienes van a ser estudiados y 'beneficiados' o 'ayudados' por dicho estudio deben participar en la formulación de los objetivos de la investigación así como poder hacerlo en otras fases de la investigación" (p. 36-37, Montero, 1994).

> Suelen pensar los humanos que el progreso científico tiene necesariamente que ser una bendición para la humanidad, pero mucho me temo que se trate de otra confortable ilusión del siglo XIX que nuestra época, bastante más realista, debería descartar. Sirve la ciencia para que los gobernantes lleven a cabo sus propósitos de manera más completa y cabal. Si esos propósitos fueran buenos, se obtendría algún beneficio, pero si fueran perversos, estaríamos ante una amenaza.... Por lo tanto, de momento, la ciencia es dañina por cuanto sirve para aumentar el poder de los gobernantes. La ciencia no reemplaza a la virtud; para una buena vida es tan necesario el corazón como la cabeza (p. 53, Russell 1925/1997).

Sin embargo, tomó varias décadas para que estas ideas tuvieran eco en un grupo más grande de pensadores. En los últimos veinte años muchos autores han unido las críticas a la organización social de la ciencia a las consideraciones sobre las limitaciones éticas y políticas de la aproximación positivista (Guba y Lincoln 1990; Maturana, 1997)[6]. Sus observaciones nos permiten/obligan a revisar la visión jerárquica de la ciencia que afirma tener el procedimiento más pulido para llegar a la verdad. Como afirma el terapeuta familiar Pocock:

> Algunos emperadores romanos tenían esclavos cuyo trabajo era susurrarles ocasionalmente al oído "no eres un dios", en un intento -a veces inútil- de evitar que la autoridad absoluta de su rol los enloqueciera. Nosotros necesitamos la crítica que representa la postmodernidad para que cumpla la misma función ante nuestras tendencias omnipotentes y omniscientes (p. 154, 1995).

[6] Guba y Lincoln afirman: "Se piensa que la mente científica y el método científico aseguran la neutralidad y objetividad de la indagación científica y sobre los pronunciamientos de la ciencia. Lo único que los científicos tienen que hacer es mantenerse al margen de los movimientos políticos y sociales que pudieran distorsionar su objetividad (...) Sin embargo, la ciencia no ha sido neutral. Repetidas veces en el curso de la historia, las afirmaciones de los científicos han sido utilizadas para racionalizar, justificar y naturalizar ideologías dominantes y el *status quo*, esclavitud, colonialismo, capitalismo *laissez faire*, comunismo, patriarcados, sexismo y racismo han sido apoyados todos, en algún momento u otro por el trabajo de científicos, un patrón que persiste en el presente (...) Realmente los científicos no están más protegidos de la influencia política y cultural que cualquier otro ciudadano. Cubriendo sus actividades científicas con el nombre de neutralidad, objetividad y desapego, los científicos aumentan la importancia percibida de sus opiniones y se absuelven de responsabilidad social de las aplicaciones de su trabajo y dejan sus mentes (inconscientemente) abiertas a cualquier asunción política o cultural" (p. 29, Namenwirth, 1986; c.p. Guba y Lincoln, p.127, 1990).

Con el tiempo nos hemos dado cuenta que muchas de las verdades que hemos *descubierto* tienen que ver con la visión clase media, masculina, blanca, de los países desarrollados que tienen la mayoría de las personas que ocupan posiciones con la posibilidad de realizar investigaciones científicas en las universi-dades y laboratorios. Estos cuestionamientos han permitido evidenciar claramente cómo las prácticas investigativas frecuentemente están estrechamente ligadas a otras prácticas que tienen que ver con la distribución de riquezas y poder.[7]

Sobran ejemplos en este sentido. Uno de los más crudos son algunas de las iniciativas propuestas por el movimiento eugenésico. Así, por ejemplo, el psiquiatra Vallejo-Nágera, uno de los representantes históricos de la psiquiatría hispana, participó en este movimiento. La revisión de las investigaciones que llevó a cabo en los campos de concentración franquistas durante la Guerra Civil Española, que pretendían conocer la relación de características biopsíquicas de la personalidad y la predisposición a defender el marxismo, evidencian los abusos terribles en que puede degenerar la *neutralidad científica*, supuestamente independiente de visiones morales y políticas (Bandrés y Llavona, 1997). Algunas de las conclusiones *científicas* publicadas por el reputado autor incluyen observaciones como las siguientes:

> Para comprender la participación activa del sexo femenino en la revolución marxista, recordemos su inestabilidad psíquica característica, la debilidad de su equilibrio psíquico y su menor resistencia a la influencia ambiental, su inseguridad y tendencia a la impulsividad, todas características psicológicas que, en circunstancias especiales, llevan a anormalidades en la conducta social (Vallejo y Martínez, 1939; c.p. Bandrés y Llavona, 1997).

[7] Esto se ha podido observar en temas ya históricos como la creación del poder atómico (Oppenheimer, 1947/1986) hasta el debate reciente sobre el desarrollo que ha hecho Brasil en medicamentos genéricos para controlar la aparición del Sida en pacientes HIV positivos, que cuestan el 10% de los medicamentos de las grandes empresas farmacológicas transnacionales y las demandas que estas compañías han introducido en las cortes internacionales de patentes para prohibir su uso. Uso que evidentemente haría posible controlar una enfermedad que llega a índices epidémicos en ese país.

Esta revisión nos permite incluir a la tolerancia de opiniones diversas como un valor dentro de nuestra indagación. Nos obliga a regresar a los usuarios de nuestras declaraciones para pedirles sus impresiones. Nos obliga a declarar nuestros antecedentes históricos, nuestras preferencias políticas y nuestras opiniones como autores. Nos permite/obliga a hablar en primera persona de manera que se evidencie que quien habla es una persona con un punto de vista, más o menos ilustrado en base a su trabajo, pero siempre desde una perspectiva, en vez de pensar que se habla en ese estilo que impone la tercera persona donde parece que el conocimiento fuese ahistórico, neutral y absolutamente limpio de influencias personales, ideológicas, culturales, de clase social, políticos, etc.

3. La importancia del contexto. Si consideramos que el conocimiento es un producto de un diálogo social dentro de una tradición y contexto particular es claro que nos introducimos al proceso de comprensión e intervención como un actor más que participa en ese diálogo. Tenemos entonces que escuchar, aprender el lenguaje y buscar activamente la manera de dialogar. Tiene que hacerse esfuerzos por comprender al contexto desde su propias reglas de comprensión, aunque siga recurriendo a sus lenguajes teóricos como una manera de *salir* y una herramienta para introducir nuevas visiones y comprensiones a ese mismo contexto. Así mismo, esto nos obliga a estar atentos a los cambios que generan la introducción de nuestro discurso en la comunidad.

Asi mismo, el fracaso de algunos de los modelos económicos empleados como panaceas en los países latinoamericanos han sido atribuidos, entre otras cosas, a la aplicación ciega de recomendaciones teóricas sin evaluar extensamente la adaptación de esas medidas al contexto temporal y cultural en donde se estaban aplicando. El anuncio de la aplicación del paquete económico del segundo gobierno de Carlos Andrés Pérez y el estallido social que se suscitó al mes ha sido utilizado como ejemplo (Lander, 1992; Sosa, 1992; Virtuoso, 1992)[8].

[8] Compárese esta cita en el terreno de la economía en torno a este tema con lo que se viene argumentando en el terreno de la psicología: "En la medida en que se tiene una visión estrechamente tecnocrática del mundo, los técnicos neoliberales ya sean del Fondo

4. Revisión de la distribución de poder dentro de la relación médico-paciente y otras relaciones de ayuda. La atención médica está montada en una visión positivista donde un experto evalúa e interviene sobre un cuerpo que debe fungir como objeto estático a ser estudiado objetivamente. Esta concepción de ayuda coloca a la persona que la busca en un rol pasivo, con mucho menos poder que el practicante y donde la experiencia individual de la enfermedad es poco tomada en cuenta. Esta manera de brindar ayuda ha sido criticada por varias razones entre las cuales se incluye: la imposibilidad de tener suficientes especialistas y centros de atención para atender a todas las necesidades de las poblaciones, la desestimación de los recursos espontáneos de las comunidades de atender sus propias necesidades (Cowen, 1983), la desatención a la vivencia personal y subjetiva del proceso de enfermedad (Roberts, 1999) y la posibilidad de que prácticas de atención derivadas de este modelo podrían replicar prácticas de abuso de poder, discriminación de la sociedad en general en el consultorio y además fuesen un esfuerzo por calmar las críticas al *status quo* político en vez de favorecer su cuestionamiento (Roberts, 1999; Burman, 2000; Prilleltensky, 1999).

En una clínica que pretende atender a los sectores no privilegiados de la sociedad, la posibilidad de discriminación y abuso de poder en las prácticas de los profesionales de la salud es un riesgo que se hace aún más importante para tener presente. En segundo lugar la tendencia a medicar o *curar* la desadaptación podría correr el riesgo de buscar calmar las reacciones legítimas de protesta por situaciones de injusticia. Durante mi postgrado como psicólogo clínico residente en uno de los hospitales públicos del país, la directora de salud de la región dio una conferencia sobre las políticas que se estaban manejando para el año entrante en el área de la salud mental. En base a un análisis

Monetario Internacional, y el Banco Mundial o de CORDIPLAN o el Ministerio de Hacienda, son absolutamente incapaces de comprender la naturaleza compleja del orden social, y de los procesos históricos, políticos y culturales como realidades propias e irreductibles a variables económicas cuantificables. Ante la profunda crisis que venía gestándose en el sistema político venezolano pretenden un remedio exclusivamente económico sin darse cuenta que ese enfoque unilateral no podía sino profundizar esta crisis." (p. 114, Lander, c.p. Sosa, 1992).

de las dificultades económicas y políticas que se preveían para el siguiente año la expositora manifestó, casi ingenuamente, que una de las medidas recomendadas era aumentar el número de indicaciones para ansiolíticos y antidepresivos a los pacientes atendidos.

Este último punto ha mostrado ser particularmente importante en contextos como el trabajo con víctimas de violencia doméstica. Las revisiones feministas han permitido evidenciar que algunas prácticas clínicas de consejo y curación de los síntomas emocionales, de las víctimas y los victimarios, sólo ayuda a mantenerlas en situaciones crónicas de "desempoderamiento", es decir, de desventaja en hogares donde el manejo del poder es el instrumento donde se cimienta del abuso. La adopción de estas visiones ha obligado a la revisión de las prácticas clínicas con estas problemáticas, por ejemplo introduciendo elementos educativos para revisar las concepciones de género de las víctimas y los victimarios (Adams, 1986; Holloway, 1999).

Dice otra investigadora de las relaciones de poder dentro del consultorio: "sentir malestar en una sociedad injusta y opresiva es una condición más políticamente sana que estar feliz" (p. 52; Burman, 2000). A partir de estas observaciones se han hecho sugerencias explícitas para considerar en el proceso de consulta psicológica. Un autor (Prilleltensky, 1999) escribe su guía para la práctica clínica:

> Asegure que la definición del problema incluya a la voz del ciudadano que busca ayuda y no se circunscriba a la opinión profesional. Considere el papel que juega la opresión social en los problemas planteados (...) Deconstruya el significado político de conceptos orientados al déficit. Analice los problemas de salud mental desde una perspectiva de varios niveles que incluya las dinámicas intra e interpersonales y las esferas familiares, comunitarias y sociales (...) Evite los diagnósticos profesionalizados que culpan a la víctima e ignoran las fuentes sociales del sufrimiento (...) Actúe como un colaborador en vez de un experto distante. Comprometa a los ciudadanos en roles activos a través de todo el proceso de ayuda o autoayuda. Considere alternativas a la terapia como grupos de autoayuda. Ofrezca oportunidades significativas a las personas que buscan ayuda para que presenten sus puntos de vista sobre el problema y las soluciones posibles. Pida permiso con frecuencia y solicite

> retroalimentación sobre la dirección y objetivos que se ha planteado en la relación de ayuda... (p. 304).

Y también elabora algunas indicaciones para la investigación en la psicoterapia:

> Utilice técnicas de investigación participativa. Identifique las metas y objetivos de las investigaciones que promuevan cambios en la comunidad. Asegúrese de que hay un seguimiento de los resultados (p.304). Promueva la participación democrática en el proyecto de investigación. Formule la agenda de investigación con los miembros de la comunidad a través de un proceso participativo atendiendo a las diferencias entre los interesados y los distintos niveles de poder involucrados y la habilidad para comunicar sus valores y necesidades (...) Negocie con los interesados las maneras de reducir las diferencias de poder (...) Asegúrese que la voz y los intereses de los participantes están representados en la investigación. Cree un clima de colaboración y adueñamiento colectivo para asegurar que haya seguimiento de los hallazgos (...) Estudie experiencias personales y colectivas de opresión... (p. 303).

5. Celebración de la diversidad. En su capítulo sobre la revisión de los aportes de la postmodernidad a las prácticas sociales en general, John Morss menciona como el primer aporte su *celebración de la diversidad* (2000). Me agrada esta manera alegre y festiva de subrayar el valor de la tolerancia y la búsqueda activa de construir las conversaciones terapéuticas abiertas a lo nuevo, a lo diferente.

Desde esta perspectiva se busca construir ocasiones para generar encuentros y diálogos con el otro, invitar a las subculturas a dialogar, a *contarnos su historia* en vez de rotularlas e intervenirlas de antemano.

Por ejemplo, en las investigaciones que hemos venido realizando con niños con experiencia de vida en la calle (Alvarado y Morales, 2000; Arévalo y Hernández, 1998; Llorens, 1999; Hernández, Llorens y Medina, 1999; Hernández, 2000; Romero, 2001) encontramos una y otra vez como muchas de las aproximaciones estudiaban a estos niños como sujetos pasivos ante su realidad y diseñaban intervenciones sin consultarlos a ellos sobre su adecuación. Lo

perjudicial de esto para su desarrollo como sujetos autónomos ha sido subrayado en muchos contextos (Gigengack, 1996). El comprometerse activamente con la diversidad ha significado diseñar actividades no convencionales de intercambio donde reflexionamos en conjunto sobre las dificultades y virtudes del mundo tan particular de estos niños. Un ejemplo, en esta línea es la exposición Niños de la Calle que se llevó a cabo en el Museo Jacobo Borges (1999) donde psicólogos, el personal del museo y los niños colaboramos para producir una reflexión artística sobre sus vidas de la cual surgió la exposición.

Durante el trabajo de preparación una de las personas del museo, que estaba trabajando con los niños en uno de los centros de atención del Estado en un taller artístico se consiguió con que los psiquiatras del centro les habían prohibido *rapear*[9] a los niños, por considerar que esto era dañino y peligroso. Ante esta decisión que refleja la aproximación tradicional de manejo del poder en uno de estos centros que se denomina de *tratamiento* surgió la iniciativa de realizar una grabación que se llamó: "Cancionero de Niños de la Calle" (Museo Jacobo Borges, 1999). Esta grabación tiene como virtud en las palabras del compilador y poeta Igor Barreto: "el hecho estremecedor de escuchar por primera vez la voz silenciada de los niños de la calle" (Introducción al Cancionero, 1999).

6. Diálogo en las Fronteras. El terapeuta construccionista Strong toma la metáfora del trabajo en las *fronteras* del filósofo postmoderno Jean-Francois Lyotard (1984, c.p. Strong, 2000) para aplicarlo al trabajo psicoterapéutico. En el curso de esta aplicación nos invita a considerar las ventajas de ubicarnos activamente en estas fronteras donde "el terreno conversacional no le pertenece a nadie" (2000).

Hay un chiste que dice que un psicólogo es aquél que estudia cinco años para decir lo que todo el mundo sabe de manera que nadie lo entienda. Este chiste doloroso permite evidenciar como nuestro discurso puede ser percibido como un sistema cerrado que es compartido estrictamente por los especialistas, lo cual contribuye en ocasiones a alienarnos del resto de la comunidad. Así

[9] Es decir, cantar música *rap*.

como cualquier persona normal puede sentirse intimidada al entrar a un congreso científico y académico donde personas conversan en un lenguaje complejo y extraño pero que parecen compartir entre sí, nosotros los expertos en las relaciones humanas nos podemos sentir igualmente intimidados al entrar a la cancha de basket o el lugar de reunión de nuestro hijo quinceañero donde el discurso adolescente nos deja repentinamente afuera como uno de los que no pertenecen a ese discurso.

La celebración de la diversidad y la comprensión de que cada lenguaje carga una manera de entender al mundo nos invita, en nuestra práctica clínica, a buscar construir espacios fronterizos donde estos mundos conversacionales distintos puedan compartirse. Estos lugares tienen la virtud de incitar a los participantes a hacer esfuerzos por escuchar y hacerse entender y en consecuencia por construir en conjunto un diálogo que tiene la oportunidad de beneficiarse de los distintos recursos culturales que cada grupo posee. Es una opción al colonialismo lingüístico que solemos practicar encerrados en nuestras aulas y nuestros consultorios.

En la práctica clínica en Venezuela la dificultad de convivir con las diferencias es tan marcada que hasta los mismos profesionales de la salud hemos tenido dificultades serias para conversar entre especializaciones profesionales y preferencias teóricas distintas. La proliferación de especializaciones, de facciones teóricas y subfacciones dentro de las facciones teóricas, ha generado debates retóricos interminables entre psicólogos industriales, psicólogos sociales, psicólogos clínicos, psicólogos escolares, conductistas, humanistas, psicoanalistas, psicoanalistas con orientación lacaniana, o con orientación kleiniana, analistas junguianos y una lista cada vez más compleja que sorprende por la relativa poca cantidad de psicólogos que somos en el país. Esto, sin mencionar siquiera las discriminaciones entre profesiones como la de los psiquiatras a los psicólogos, los psicólogos a los trabajadores sociales, los psicólogos a los educadores, los psicólogos a los abogados...

A diferencia de estas luchas de bandas, las experiencias de convivencia han demostrado ser de las experiencias más acertadas que hemos tenido en los centros de formación y de atención, como por ejemplo los postgrados

conjuntos de los psiquiatras y psicólogos clínicos que existen en varios hospitales del país.

Para mí la celebración de la diversidad significa la construcción activa de lugares de encuentro de personas con historias, valores y formaciones profesionales distintas para la realización de trabajo en conjunto. Esto invita al psicoterapeuta a entender su consultorio en términos un poco distintos, así como lo incita a salir de él con frecuencia para tropezarse con el fenómeno humano en los escenarios naturales donde la vida acontece.[10] En la unidad de atención psicológica donde trabajo, se ha insistido en tener junto a los psicólogos clínicos, los psiquiatras, los psicólogos sociales y los escolares. Ya he mencionado en los apartados anteriores lo fértil que ha resultado el convertir este lugar en un espacio *fronterizo*.

Para cerrar este monólogo sobre el diálogo

Se han venido presentando numerosos ejemplos donde el intento por establecer conversaciones terapéuticas se ha enredado en los pies verbales de los hablantes involucrados. El trabajo clínico con nuestras poblaciones latinoamericanas empobrecidas ha contribuido a evidenciar esos enredos. Detenernos en ellos ha sido un estímulo importante para reflexionar sobre sus posibles razones. En esta búsqueda hemos regresado a algunos de los orígenes históricos y algunas de las creencias en las que se cimienta nuestro lenguaje *científico* psicoterapéutico y nos hemos hecho acompañar de los psicólogos sociales y las revisiones postmodernas de la ciencia para buscar salidas a nuestros enredos. Buscar salidas, como dice Marcelo Pakman de "procedimientos de alcance

[10] Parte de los objetivos del Programa de Especialización de Psicología Clínica Comunitaria es construir este tipo de escenarios. El mismo programa incluye profesionales de campos distintos de la psicología y con orientaciones teóricas diversas. Asimismo, los eventos que se promueven pretenden siempre establecer puentes con otros pensamientos. El evento sobre Psicoanálisis y Creación Literaria y el libro que surgió de esta experiencia es un ejemplo. En él tuvimos la oportunidad de intercambiar entre psicólogos comunitarios, psicoanalistas y escritores (Psicoanálisis y Creación Literaria: Lugar de Encuentros, en prensa).

tan limitado que invitan a adoptar una postura tecnológica y no reflexiva por parte del terapeuta" (p. 250). Procedimientos que llevan a:

> insensibilizarse ante la dimensión política de la opresión, subiendo el umbral perceptivo frente al sufrimiento causado por esa opresión y reduciéndose a sí mismos a "sólo hacer su trabajo" o "hacer sólo lo que tengo que hacer" o limitarse a sí mismos en términos de técnica, convirtiéndose en "especialistas" en un área de intervención aún más estrecha, ya sea hacer *tests*, evaluar familias disfuncionales, funcionar como pieza secundaria del sistema tribunalicio o en el circuito del bienestar social. En este caso se busca la comodidad en un papel definido por otras instituciones, racionalizado como subespecialidad y apoyado por programas de entrenamiento, a su vez ciegos ante los parámetros contextuales (p. 252-253, 1997).

Las salidas propuestas, quizás se puedan resumir en la utilización activa de la reflexión, la tolerancia, la flexibilidad y la creatividad. Las salidas de la reflexión y la tolerancia nos permiten reexaminar nuestro peso y nuestros prejuicios dentro de esa conversación. De nuevo en palabras de Pakman:

> podemos tener una oportunidad –y permítanme subrayar que se trata sólo de una oportunidad, pues no está garantizada- de convertirnos en actores de un diálogo reflexivo (...) Podríamos también darnos cuenta de dónde proviene ese "dolor lumbar crónico", a veces imposible de documentar. Como me dijo una vez un paciente: "viene de años de ir de una plantación de tabaco a otra, campos diferentes, patrones similares, inclinándome sobre campos que no me gustaban porque sólo hay una tierra que me puede gustar y no puedo estar allí; creo que lo que me presiona en la espalda es el patrón, pero nada de esto va a aparecer en la tomografía computarizada" (p. 258, 1997).

Las salidas de la flexibilidad y creatividad nos permiten conseguir soluciones nuevas para circunstancias cambiantes, nos permiten evitar quedar atrapados en nuestros lenguajes. En este caso cito las palabras de John Shotter que vienen repitiéndose en mi cabeza como apuntando un camino desde que las leí:

> Quiero estar más "en casa" en el paisaje complejo del fenómeno humano sin la necesidad continua de consultar y confundirme con los mapas; estar más "en casa" en la totalidad de la vida humana de manera que

> continuamente pueda extender mi alcance mientras me involucro en el proceso de elaborar los "llamados" que recibo de mis alrededores (p. 125, Shotter, 2000).

La flexibilidad y la creatividad aparecen entonces como recursos indispensables en un mundo que reconocemos como lo suficientemente complejo, múltiple e inagotable como para ser abarcado por un sólo discurso y por un sólo método. En palabras de Lyotard:

> Lo que se esboza, de esta manera, como un horizonte para tu siglo es el aumento de la complejidad en la mayoría de los dominios, incluso en los "modos de vida", en la vida cotidiana. Por ello, se percibe que hay una tarea decisiva: hacer que la humanidad esté en condiciones de adaptarse a unos medios de sentir, de comprender y de hacer muy complejos, que exceden lo que ella reclama. Esta tarea implica como mínimo la resistencia al simplismo, a los *slogans* simplificadores, a los de claridad y facilidad, a los deseos de restaurar valores seguros. La simplificación se nos aparece ya como bárbara, como reactiva (...) Último golpe al narcisismo de la humanidad: la humanidad está al servicio de la complejificación. Este decorado está dispuesto en el inconsciente de los jóvenes, desde ahora. En el tuyo. (p. 100, 1986).

Bibliografía

Adams, D. (1986). *Aconsejando a Hombres que Golpean*. Estudio presentado en la Reunión Anual de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Alvarado, C. y Morales, A. (2000). *Estudio de la relación entre la dinámica de las relaciones objetales y la violencia juvenil*. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Católica Andrés Bello. Caracas.

Álvarez, M. (1998). La psicología clínica desde el punto de vista contextual. *Papeles del Psicólogo*. 69, 25-40.

Anthony, W.; Cohen, M. y Kennard, W. (1990). Understanding the current facts and principles of mental health systems planning. *American Psychologist*. 45, (11). 1249-1252.

Arévalo, K. y Hernández, S. (1998). *Estudio comparativo sobre la dinámica familiar entre tres grupos de niños: de la calle, en la calle y con familia.* Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Católica Andrés Bello. Caracas.

Bandrés, J. Y Llavona, R. (1997). Psychology in Franco´s concentration camps. *Psychology in Spain.* (1), 1. 3-9.

Bunge, M. (1959). *La Ciencia: su método y su filosofía.* Buenos Aires: Siglo Veinte.

Burman, E. (2000). Method, measurement and madness. En *Postmodern Psychologies, Societal Practice and Political Life.* (ed. Holzman and Morss). New York: Routledge.

Cassem, N. (1991). *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry.* U.S.A: Mosby Year Book.

Ceruti, M. (1994). El mito de la omnisciencia y el ojo del observador. en *El Ojo del Observador: contribuciones al constructivismo.* (eds. Watzlawick y Krieg). Barcelona: Gedisa.

Chamberlain, J. y Rogers, J. (1990). Planning a community-based mental health system: perspective of service recipients. *American Psychologist.* 45, (11). 1241-1244.

Cowen, E. (1983). Community mental health and primary prevention. En *Clinical Methods in Psychology.* (ed. Weiner). New York : John Wiley and Sons.

Crossley, M. (2000). *Introducing Narrative Psychology: self, trauma and the construction of meaning.* Buckingham: Open University Press.

DeSalvo, L. (1989). *Virginia Woolf: the impact of childhood sexual abuse on her life and work.* New York; Ballantine Books.

DeSalvo. L. (1999). *Writing as a Way of Healing: how telling our stories transforms our lives.* London: The Woman´s Press.

Einstein, A. (1963). Address before the student body California Institute of Technology. En *A Treasury of Science*. (ed. Shapley, Rappport y Wright). New York: Harper and Row.

Etherington, K. (2000). *Narrative Approaches to Working with Adult Male Survivors of Child Sexual Abuse*. London: Jessica Kingsley.

Frankl, V. (1946/1979). *El Hombre en Busca de Sentido*. Barcelona: Heder.

Freud., S. (1895). Estudios sobre la histeria. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu.

Gigengack, R. (1994). Social practices of juvenile survival and mortality: child care arrangements in Mexico City. *Community Development Journal*. 29 (4), 380-393.

Glauser, B. (1999). Definitivamente, los niños de la calle están de moda. *Revista Venezolana de Psicología Clínica Comunitaria*. (1), 19-28.

Guba, E. y Lincoln, I. (1990). *Fourth Generation Evaluation*. London: Sage.

Herman, J. (1992). *Trauma and Recovery: the aftermath of political violence-from domestic abuse to political terror*. U.S.A.: Basic Books.

Hernández, N.; Llorens, M. y Medina, S. (1999). Descripción de los procesos emocionales generados en el trabajo con los niños de la calle. *Revista Venezolana de Psicología Clínica Comunitaria*. 1, 39-59.

Hernández, N. (2000). *Muchachos entre la "Calle" y la "Casa": un encuentro con la vida cotidiana de la Casa Don Bosco de Caracas*. Tesis de maestría no publicada. Universidad Simón Bolívar. Caracas.

Holloway, M. (1999). Treating men who batter women. *Scientific American*. 10, 2, 95-99.

Lander, E. (1992). "Sociedad civil y democracia en Venezuela". *SIC*, N°543. 139-140.

Lander, R. (2001). Lógica del diálogo psicoanalítico. *Revista Venezolana de Psicología Clínica Comunitaria*. 2. 19-32.

Llorens, M. (1999). *Nosotros los Sujetos: Características psicológicas de los niños de y en la calle y los procesos emocionales generados en el personal que trabaja con ellos*. Trabajo de ascenso no publicado. UCAB Caracas.

Lyotard, J. (1986). *La Postmodernidad (explicada a los niños)*. Barcelona: Gedisa.

Martín-Baró, I. (1993). Guerra y salud mental. *Papeles del Psicólogo*. II, 56. 27-33.

Masson, J. (1984/2001). The assault on truth: Freud´s suppression of the seduction theory. en *Readings in Personality: classic theories and modern research*. (eds. Friedman y Schustack). Boston: Allyn and Bacon.

Maturana, H. (1997). *La Objetividad: un argumento para obligar*. Chile: Domen.

Meneses, M.; Pérez, A.; Rodríguez, P.; y Westinner, M. (2001). *Detección de necesidades en la comunidad de Antímano en relación con el Parque Social Padre Manuel Aguirre, S.J. Universidad Católica Andrés Bello*. Trabajo no publicado.

Mires, F. (1996). *La Revolución que Nadie Soñó o la Otra Postmodernidad*. Caracas: Nueva Sociedad.

Montero, M. (1993). Evolución y tendencias actuales de la psicología social en América Latina. *Papeles del Psicólogo*. II, 55. 62-67.

Montero, M. (1994). Un paradigma para la psicología social. Reflexiones desde el quehacer en América Latina. En *Construcción y Crítica de la Psicología Social* (ed. Montero). Barcelona: Anthropos.

Montero, M. (1994). "La psicología social en América Latina". *Anthropos*: revista de documentación científica de la cultura. 156. 17-23.

Moreno, A. (1999). De la Psicología Comunitaria a la Psicología de la Comunidad. En *La Psicología del Fin del Siglo: conferencias magistrales del XVII Congreso Interamericano de Psicología. Sociedad Interamericana de Psicología*. Caracas: Sociedad Interamericana de Psicología

Morss, J. (2000). Two cheers for postmodernism: living the paradox. En *Postmodern Psychologies, Societal Practice and Political Life* (ed. Holzman y Morss). New York: Routledge.

Museo Jacobo Borges (1999). Niños de la Calle. *Catálogo de la exposición*, n°22. Museo Jacobo Borges. Caracas.

Museo Jacobo Borges (1999). *Cancionero de Niños de la Calle*. Fundación de Etnomusicología y Folklore. Caracas.

Oppenheimer, J. (1947/1986). La Física en el Mundo Contemporáneo. En *El Escarabajo Sagrado*. (ed. Gardner). Barcelona: Salvat.

Ortega, M; Ortega, Ma.; Mazry, Y. y Ponce, A. (1986). *Psiquiatría de Enlace: punto de unión de la medicina*. Trabajo presentado en el IV Congreso Venezolano de Medicina Interna.

Osofsky, J. (1996). Islands of Safety: assessing and treating young victims of violence. *Bulletin of Zero to Three*. April/May. 16, 5.

Pakman, M. (1995). Investigación e intervención en grupos familiares, una perspectiva constructivista. En *Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales* (eds. Delgado y Gutiérrez). España: Síntesis.

Pakman, M. (1997). La psicoterapia en contextos de pobreza y disonancia étnica: el constructivismo y el construccionismo social como metodologías para la acción. En *Construcciones de la Experiencia Humana* (ed. Pakman). Barcelona: Gedisa.

Pallak, M. (1990). Community-based care for mentally ill: client outcome orientation in research, program planning and service delivery. *American Psychologist*. 45, (11). 1237.

Pedrazzini, Y. y Sánchez, M. (1992). *Malandros, Bandas y Niños de la Calle.* Caracas: Vadell Hermanos.

Pennebaker. J. (1995). *Emotion, Disclosure and Health.* Washington. D.C.: American Psychological Association.

Pocock, D. (1995). Searching for a better story: harnessing modern and post-modern positions in family therapy. *Journal of Family Therapy.* 17, 149-173.

Prilleltensky, I. (1999). Critical Psychology Practice. En *La Psicología al Fin del Siglo: conferencias magistrales del XVII Congreso Interamericano de Psicología.* Caracas: Sociedad Interamericana de Psicología.

Roberts, G. y Holmes, J. (1999). *Healing Stories: narrative in psychiatry and psychotherapy.* Oxford: Oxford University Press.

Roberts, G. (2002). Narración y Trastornos Mentales Graves: ¿hay lugar para las historias en un mundo basado en la evidencia?. *Revista Venezolana de Psicología Clínica Comunitaria.* 3.

Rodríguez, C. (1991). *Cicatrices de la Pobreza: un estudio psicoanalítico.* Caracas: Nueva Sociedad.

Rodríguez, C. (1995). *La Violencia de las Horas: un estudio psicoanalítico sobre la violencia en Perú.* Caracas: Nueva Sociedad.

Rodríguez, C. (1996). *Conferencia dictada en la Casa del Profesor de la Universidad Central de Venezuela.* 12 de julio. Caracas.

Roffé, M. (1999). *Psicología de Jugador de Fútbol: con la cabeza hecha pelota.* Buenos Aires: Lugar Editorial.

Romero, J. (1999). Un lustro en la comunidad. *Revista Venezolana de Psicología Clínica Comunitaria.* (1), 97-115.

Romero, M. (2001). *Aproximación a la historia personal de dos jóvenes con experiencia de vida en la calle.* Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Católica Andrés Bello. Caracas.

Russell, B. (1925/1997). *Ícaro o el Futuro de la Ciencia*. Caracas: Monte Ávila.

Sacks, O. (1985). *The Man Who Mistook His Wife for a Hat: and other clinical tales*. New York: Simon and Schuster.

Sacks, O. (1990) *Awakenings*. New York: Vintage Books.

Salter, A. (1995). *Transforming Trauma: A guide to understanding and treating adult survivors of child sexual abuse*. London: Sage.

Sarason, S. (1981). An asocial psychology and a misdirected clinical psychology. *American Psychologist*, 38 (8), 827-836.

Serrano-García, I. y Vargas, R. (1992). La psicología comunitaria en América Latina: estado actual, controversias y nuevos derroteros. *Papeles del Psicólogo*. II, 55. 41-47.

Shotter, J. (2000). From within our lives together: Wittgenstein, Bakhtin, Voloshinov and the shift to a participatory stance in understanding understanding. En *Postmodern Psychologies, Societal Practices and Political Life*. (eds. Holzman y Morss). New York: Routledge.

Sosa, A. (1992). Actores improvisando en un escenario cambiante. *SIC*, N°543. 113-116.

Strong, T. (2000). Dialogue in therapy´s "borderzone". *The Journal of Constructivist Psychology*.

Unidad de Psicología del Parque Social Padre Manuel Aguirre, S.J. (2001). *Estadísticas de la Unidad de Psicología del Parque Social Padre Manuel Aguirre, S. J. Universidad Católica Andrés Bello*. Trabajo no publicado. Caracas.

Virtuoso, J. (1992). "¿Hacia dónde nos lleva el Presidente Pérez?". *SIC*, N°543. 110-112.

Watzlawick, P. (1984). *The Invented Reality: How do we know what we believe we know?*. New York: WW Norton and Company.

Contribuciones

El eslabón perdido: una posible Psicología Clínica Comunitaria

Ana Gabriela Pérez de Antelo [1]

Resumen

En el siguiente artículo se reseñan algunos de los orígenes de la unión de lo clínico con lo comunitario y algunas de sus expresiones actuales. Se revisan las características de los programas doctorales de psicología comunitaria en los Estados Unidos y cuatro enfoques hipotéticos donde se pudiera ubicar la psicología clínica comunitaria: a) el enfoque clínico con sensibilización hacia lo social-comunitario; b) el enfoque comunitario con consideraciones clínicas o individuales; c) el enfoque tanto clínico como comunitario; d) el enfoque clínico comunitario exclusivamente. Para este último enfoque se plantea una serie de preguntas que quedan aún por resolverse en el proceso de consolidación de esta subespecialidad.

Abstract

The following article outlines some of the origins of the union of the clinical and the community perspectives and some of its present expressions. The characteristics of the community psychology Ph.D programs in the United States and four different approaches to clinical community psychology are discussed: a) the clinical approach with interest in social-community context; b) the community approach with clinical or individual considerations; c) the clinical and community approach; d) and the exclusive clinical community approach. A series of questions, which are yet to be answered, are raised around the fourth approach which is still in the process of being developed.

[1] Ana Gabriela Pérez está culminando sus estudios como Especialista en Psicología Clínica Comunitaria (UCAB). Es docente de la Escuela de Psicología de la misma universidad de la materia Metodología I.

Introducción

Richard de 9 años, corre por los pasillos con su primo, jugando al escondite antes de entrar al consultorio. No hace mucho caso a los llamados de atención de su tía, quien espera pacientemente a que ambos niños entren a la consulta, cada uno con una psicóloga distinta. Llega la hora y ante la seña, los niños se separan complacidos y entran a "trabajar". Richard entra divertido a investigar los juguetes, a ver si hay algo nuevo, yo lo observo mientras pasa su mano por la cabeza para revisar que su peinado *fashion* parado con gomina, esté perfectamente en su sitio. Su gesto pícaro le da un aire de ternura y sonríe alegre cuando me pregunta "y ¿qué vamos a hacer hoy?". Yo le contesto, "lo que tu quieras" cómplice del silencio y del secreto que nos reúne todos los miércoles por una hora, secreto que requiere que se pruebe el terreno antes de ser develado, dándole espacio y tiempo al cultivo de una contención basada en la emergente confianza mutua. En algún momento de la sesión le señalo: "pudiéramos jugar toda la vida para no hablar lo que se debe hablar, pero ¿tú sabes porqué estás aquí?" Frunce su ceño ante la necesidad de negación absurda de lo inevitablemente obvio. Richard fue violado en repetidas ocasiones por un amigo de su tío, al igual que su primo quien está en el consultorio de al lado.

La revelación por casualidad de su caso, hizo salir a la luz pública otras diez víctimas de semejante atrocidad cometidas por el mismo sujeto. Nunca sabremos si son las únicas víctimas; otras estarán sufriendo en el silencio y la incomprensión. Richard tiene la gran suerte de contar con una familia de ciertas fortalezas que a pesar de la vergüenza, puso al hombre en la cárcel y ahora busca en la ayuda psicológica un restablecimiento de lo perdido por sus hijos para garantizar, a pesar de lo sucedido y en la medida de lo posible, un futuro psicológicamente más sano o, por lo menos, para intentar expiar su propia culpa. Para Richard esto es un gran lujo. Nos llevará tiempo pero seguramente tendrá menos riesgos a futuro que los otros niños que también sufrieron el abuso y me pregunto: ¿cómo poder trascender las paredes del consultorio para llegar a esos niños desprovistos?, o ¿cómo poder comprender este terrible fenómeno en la realidad de nuestra sociedad y cómo intervenir buscando disminuir su incidencia?, o ¿cómo, al menos, concientizar a las personas para

que protejan a sus hijos, de manera de garantizarles una infancia más sana que les permita a su vez una vida adulta más sana y así lograr una mejor sociedad? ¿Cómo poder superar las barreras para lograr ser más eficaz, eficiente y equitativo (Olave y Zambrano, 1993), en la atención de una problemática que se repite de forma abrumadora en los consultorios y que pasa inadvertida en el día a día, obligando a la forzada disociación en los niños, mal confundida con inquebrantable inocencia, que genera efectos catastróficos en el adulto?, ¿cómo incluso poder lograr políticas que protejan a los niños considerando el abuso infantil como un problema de salud pública? ¿Hasta dónde puedo yo llegar como Psicóloga Clínica Comunitaria?

Hacia una posible Psicología Clínica Comunitaria

Como dice Ferullo de Parajón (1991), hace falta tener un camino recorrido para poder estructurar con más claridad un marco teórico a través de la sistematización y construcción de conocimientos tanto teóricos, metodológicos o técnicos como en la práctica. En Psicología Clínica Comunitaria es poco el camino recorrido, por ende se plantea como una hipótesis ante la inevitabilidad de la confluencia de ambos fenómenos (tanto lo clínico como lo comunitario) en la realidad psicológica de todos los individuos. Como señala Fernández Álvarez (1994), después de un cuarto de siglo trabajando como terapeuta clínico, es inevitable asumir la llamada tercera revolución en psicoterapia que introduce la necesidad de un abordaje comunitario dirigido a modificar las condiciones de base que puedan estar fomentando la aparición de las conductas perturbadas. Pero como toda revolución, se han radicalizado los conceptos hasta el punto de contraponer el abordaje clínico al comunitario, cuando en realidad son aspectos de una misma realidad humana que de forma sana deberían estar integrados y no escindidos, como parecieran estar, tanto en la concepción teórica como en la práctica profesional.

Caplan (1964) desarrolla el abordaje de la psiquiatría preventiva como respuesta a la exigencia hecha por el presidente de los Estados Unidos, J.F. Kennedy el 5 de febrero de 1963 en su famoso *Mensaje sobre la Enfermedad y el Retardo Mental*, donde se señalaba expresamente que la prevención, el

tratamiento y la rehabilitación del enfermo y del retardo mental debían considerarse como "responsabilidad comunitaria" (p. 21). Este desarrollo de Caplan (1964) lleva a la definición de la psiquiatría preventiva como:

> el cuerpo de conocimientos profesionales, tanto teóricos como prácticos, que pueden utilizarse para planear y llevar a cabo programas para reducir (1) la frecuencia en la comunidad, de los trastornos mentales de todo tipo (prevención primaria), (2) la duración de un número significativo de los trastornos que se presentan (prevención secundaria) y (3) el deterioro que puede resultar de aquellos trastornos (prevención terciaria) (p.34).

Finalmente concluye que no se trata de abandonar la terapia individual, sino que se debe buscar aumentar significativamente el número de pacientes que reciben un tratamiento de manera efectiva y que son rehabilitados dentro y para las comunidades, así como disminuir la incidencia de estos trastornos partiendo del hecho de la posibilidad de crear una salud mental comunitaria. Sin embargo, resalta

> que aún no sabemos lo suficiente para decidir qué profesionales deben intervenir en los programas de psiquiatría comunitaria, y qué papeles se les asignarían. A esto sigue un examen de la preparación profesional para la psiquiatría preventiva y de los problemas implicados en *la transición del campo clínico al comunitario* (p.41).

Mientras en Estados Unidos se intentaba integrar el individuo con trastorno mental a las comunidades y que éstas, a su vez, asuman su responsabilidad al respecto, en Latinoamérica es mucho el trabajo que se ha venido realizando directamente con y en las comunidades, lo que aporta una base significativa de experiencias en función de las cuales se comienzan a establecer parámetros de intervención en el ámbito comunitario.

La Psicología Social Comunitaria

En Venezuela, a finales de los años 50 y con el comienzo de la llamada *Democracia Representativa*, se establecen planes de la nación donde se da

especial importancia a la participación popular y el desarrollo comunitario (Delgado, Ruiz y Rivas, 1987). Aunque muchos de estos intentos del Estado se viciaron por clientelismo partidista no siendo lo efectivos que prometían ser, parecen haber creado una conciencia comunitaria de cambio. Esto coincide con el surgimiento en América Latina de cuestionamientos importantes en cuanto a la aplicación de los conocimientos psicológicos para facilitar la solución de los problemas sociales lo que llevó a los psicólogos sociales a cambiar su paradigma de acción e ir directamente a trabajar en y para las comunidades (Wiesenfeld, 1994).

Como destaca Montero (1994):

> En los años sesenta se produce una serie de movimientos sociales, a la vez que se difunden las ideas políticas y económicas necesarias para que una concepción de la psicología, volcada hacia los grupos y sus necesidades, hacia una concepción distinta de la enfermedad y de la salud centrada en el sujeto humano concebido como un ser más activo, se desarrolle generando una disciplina socialmente más sensible (p. 19).

Autores como Fals-Borda (1959) en Colombia y Freire (1974) en Brasil plantean nuevas formas de intervención social, concibiéndola como un proceso que se realiza por y con los miembros de un grupo y en función de sus intereses y necesidades (c.p. Montero, 1994).

Estas consideraciones primordiales condujeron al cambio de paradigma desde el positivismo al naciente constructivismo donde la relación dialógica entre el investigador externo (psicólogo) y el investigador interno (miembro de la comunidad) es la fuente principal de conocimiento y donde la Investigación Acción Participativa es el modelo de aproximación a la realidad y de posible cambio social, siempre haciendo explícita la relación íntima que debe haber entre la teoría y la praxis y la concepción del hombre como actor y transformador de su propia realidad.

Si a esta concepción, que nació de la necesidad real de atender necesidades comunitarias y generar cambios sociales a través del fortalecimiento de los miembros de la comunidad, se le une la premisa de que existen factores

socio-ambientales que pudieran favorecer la aparición de trastornos mentales, se puede establecer un panorama de intervención comunitaria hacia la salud mental que entraría dentro del campo de competencia del psicólogo clínico comunitario.

Es a este respecto que Fernández Álvarez (1994) hace referencia al establecer, a partir de las limitaciones percibidas en su práctica clínica, una serie de premisas que pudieran enmarcar la intervención comunitaria de los trastornos mentales. Estas son:

1) "La incidencia de los trastornos mentales es una consecuencia de la interacción entre condiciones de vulnerabilidad personal y condiciones de facilitación ambiental" (p. 266)

2) "Los trastornos mentales se generan en determinadas condiciones ambientales que favorecen su desarrollo" (p. 267)

3) "Los factores ambientales son expresión tanto del entorno físico como del campo social" (p. 268)

4) "Los factores ambientales operan diferencialmente en cada momento del desarrollo histórico" (p. 269)

5) "Las comunidades son las formas de organización que asumen los grupos sociales para enfrentar las exigencias de la vida" (p. 272)

En resumen, Fernández Álvarez (1994) resalta la perspectiva del hombre como ser social y su necesidad histórica de organizarse en grupos para cubrir con sus expectativas y satisfacer sus necesidades, pero que igualmente son las disfunciones de estos grupos y los factores ambientales sobre los cuales tienen responsabilidad, lo que puede generar una mayor incidencia de ciertos trastornos mentales, sin desvalorizar la vulnerabilidad de cada individuo. Esta perspectiva, fomenta la aproximación a la salud mental desde la prevención planteada por Caplan y permite integrar aspectos de la psicología comunitaria que llevan al plano de la acción (por ejemplo la contextualización de la problemática tanto histórica como culturalmente y la concepción del ambiente como algo no sólo físico sino también social, íntimamente relacionado al quehacer humano). Sin embargo no se percibe tan claramente la relación

dialógica y constructivista entre el psicólogo clínico, quién es el que define la enfermedad y los miembros de la comunidad, que son quienes la sufren. Estos últimos parecen ser percibidos como personajes pasivos, proclives a enfermarse según cómo los afecte su ambiente y simplemente conformadores de una estadística que puede cambiar con las intervenciones adecuadas por parte de los profesionales. Pareciera que esta perspectiva sólo plantea salir de los consultorios y ver el fenómeno como algo más complejo pero se mantiene la separación y la distancia y las limitaciones que éstas conllevan, entre el experto y el paciente. ¿Es eso lo que esperamos de la clínica comunitaria? ¿será suficiente?.

Integrando lo clínico con lo comunitario: algunas aproximaciones

¿Cómo se integra realmente lo clínico con lo comunitario? Ante esta pregunta subyace una dicotomía en la comprensión del mundo externo y del mundo interno del ser humano, y es que se viven ambos aspectos como separados aunque concebimos, de forma ideal, la posibilidad de que lo sano es la integración de ambas realidades en un sólo individuo actuante. La resolución de este dilema es la base misma de este enfoque (si es que se trata de un enfoque) y no sería desacertado pensar que nos puede llevar a un nuevo paradigma no concebido aún sobre la misma naturaleza del ser humano, es por ello que resolver este dilema es una responsabilidad muy grande.

Lounsbury, Skourtes y Cantillon (1999) de la Universidad Estatal de Michigan, realizaron la revisión anual de los programas de Doctorado de Psicología Comunitaria en Estados Unidos (a través del *Council of Program Directors in Community Research and Action*). Ellos señalan en primer lugar, que la Psicología Comunitaria, al igual que la clínica y de asesoramiento (*counseling*) están dirigidas a atender el bienestar del individuo y su sano desarrollo psicosocial. Se distingue, sin embargo, en la expansión de este marco tradicional individualizado para incluir los siguientes aspectos: a) aplicación de una perspectiva ecológica en los problemas sociales, que centra su atención en la

unidad individuo/ambiente y el efecto de la interacción múltiple de contextos sociales; b) enfoque en la prevención de problemas que pueden desarrollarse tanto a nivel individual como en la comunidad, en lugar de tratar o reaccionar a sus manifestaciones; c) diseño e implementación de intervenciones que acojan la colaboración entre investigadores y miembros de la comunidad y que permita darle a los propios sujetos actores el poder de lograr sus metas (*empowerment* o fortalecimiento); d) preocupación por cambios sistémicos de gran escala que valoren la diversidad de todas las comunidades.

Los programas de Doctorado se dividen en tres categorías que son:

1) programas comunitarios *per se:* se refieren a aquellos programas con marcado interés comunitario y en el cambio social que son independientes de programas clínicos, sociales, industriales/organizacionales u otros grupos de interés.

2) programas Comunitarios/Clínicos: son programas que han surgido como extensiones de programas clínicos preexistentes.

3) programas de psicología comunitaria/interdisciplinarios: son programas comunitarios en los que convergen distintos departamentos y/o grupos de interés diferentes a los clínicos.

A su vez dividen en cuatro los objetivos de entrenamiento de estos programas:

a) trabajo comunitario

b) trabajo clínico

c) estudios académicos

d) campo de investigación-acción.

En su revisión consiguen que existe una disparidad importante en el interés que las diferentes categorías de programas ponen en sus objetivos y en las posiciones laborales que suelen ocupar sus graduandos. Así, los programas comunitarios *per se* enfatizan la investigación- acción y ponen un menor interés en el trabajo clínico, tendiendo a ocupar posiciones académicas y en investigación tanto en comunidades universitarias como profesionales: investigación

aplicada, asesorías, evaluación de políticas públicas en organizaciones de investigación no universitarias.

Los programas comunitarios/clínicos (nótese el orden dado a los componentes) ponen el mayor énfasis en el trabajo clínico aunque consideran cierto trabajo comunitario pero que no pasa de ser un interés académico. Suelen ocupar una variedad muy amplia de posiciones desde los servicios de atención clínica individual y grupal hasta posiciones de trabajo comunitario: organizaciones comunitarias, agencias gubernamentales, agencias de salud mental, agencias de salud pública y colegios. Finalmente los programas interdisciplinarios hacen el mayor énfasis en estudios académicos y sus posiciones suelen limitarse dentro de la carrera académica.

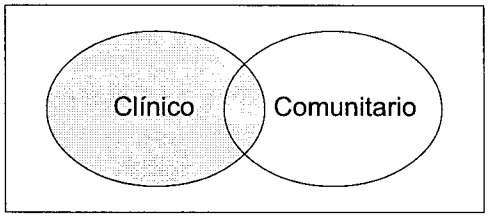
Este trabajo aporta una definición que agrupa aspectos importantes atendidos por la psicología comunitaria a diferencia de la psicología tradicional, clínica y de asesoramiento, aunque sólo estipula ciertas premisas. Por otro lado, la revisión de los distintos programas lleva a una clasificación que señala la necesidad de establecer un énfasis bien sea en lo comunitario por encima de lo clínico o de lo clínico por encima de lo comunitario, apoyando el planteamiento anterior de la dificultad de integrar ambas aproximaciones, incluso en el terreno de la formación profesional.

Psicología Clínica Comunitaria: cuatro enfoques hipotéticos a considerar

Según señala Tyler (1984, c.p. Olave y Zambrano, 1993) y considerando los desarrollos anteriores, se pueden plantear cuatro alternativas donde se pudiera ubicar la psicología clínica comunitaria:

a) *Enfoque clínico con sensibilización hacia lo social-comunitario*: este enfoque parte de la concepción clásica de psicoterapia individual pero que inevitablemente ha ido flexibilizando su encuadre para incluir consideraciones socio culturales en el entendimiento y abordaje de las patologías mentales generales. El objetivo último es atender y generar cambios en el individuo enfermo para disminuir su sufrimiento psicológico y lograr una mejor adaptación

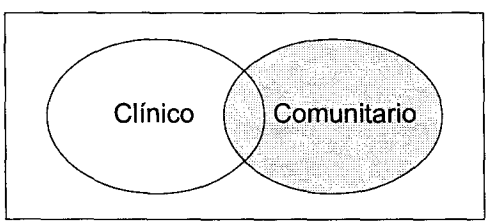
a su contexto. En este enfoque hay un énfasis en que son los conflictos internos, variables biológicas e históricas del individuo, los que generan los trastornos y hacen que este *paciente* sea disfuncional y choque con su realidad inmediata. Se considera abordar a la familia y comunidad sólo en la medida en que se busquen ajustes para la reinserción de la persona atendida concibiendo sí que el cambio individual en cierta medida genera cambios en su entorno de los que pueden favorecerse otros. Dentro de este enfoque pudiéramos ubicar las consideraciones de Fernández Álvarez (1994).



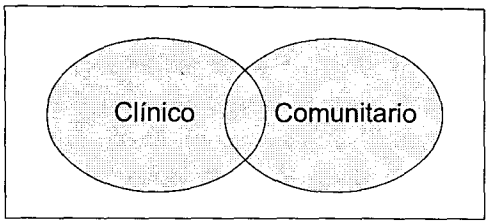
A este psicólogo clínico le llegan los pacientes por remisión, a los cuales suele atender en su propio encuadre (consultorio) o en lugares destinados a la salud, pero rara vez va a la comunidad a intervenir para generar cambios directos en la misma. El concepto de comunidad aunque nunca negado, se considera en cierta medida inaprensible y sólo interesa en la medida en que es traído a la consulta e interpretado por el paciente. El compromiso esta claramente definido hacia el fortalecimiento de la alianza terapéutica y es esta la que determina los cursos de acción fuera del encuadre. Se suele tener alta estima del trabajo interdisciplinario, haciendo un seguimiento con otros profesionales que puedan tener injerencia en la atención del caso. La concepción del trabajo no se deslinda del rol del experto que va a intervenir para generar cambios en una situación, es decir, para disminuir el sufrimiento de una persona que afecta y es afectado por su entorno.

b) *Enfoque Comunitario con consideraciones clínicas o individuales.* Su abordaje es el grupo, la comunidad para potenciar cambios que repercuten en los individuos pero estos cambios no son el objetivo principal sino que se espera se den como consecuencia secundaria a un cambio social primario. Se

parte de la atención comunitaria utilizando el *ojo* psicológico para comprensión de los fenómenos individuales sólo en la medida en que estos se relacionan con el cambio social. Se utilizan estrategias psicológicas para facilitar los cambios, sin embargo se parte de la premisa de la autogestión y del fortalecimiento, donde los actores principales son los miembros de la comunidad y la participación va a estar delimitada al grado de compromiso que tengan estos actores en la medida que asuman su propia necesidad de cambio para lograr un mayor bienestar y así reducir las consecuencias de desajustes en la incidencia de trastornos mentales. El psicólogo tiene claro que debe abandonar la idea de intervenir como experto y ser sólo facilitador o catalizador de procesos, pero se corre el riesgo de volverse activista y naturalizar los problemas igual que los miembros de la comunidad con la cual trabaja. En este enfoque el énfasis es en la comunidad y los efectos que las intervenciones pueden tener en los individuos no son establecidos claramente, incluso pueden llegar a ser azarosos debido a las diferencias individuales y generar efectos perversos.



c) *Enfoque tanto clínico como comunitario.* En este enfoque se plantean dos alternativas donde teóricamente no existe un énfasis en ninguna de las dos áreas sino que se da atención a ambas por igual. Se plantea una situación en la que se quiere abordar por completo tanto lo clínico como lo comunitario con su paso obligado por la familia. Dentro de ésta perspectiva, pudiera considerarse a los psicólogos clínicos comunitarios como aquellos a quienes Fernández Álvarez (1994) llama los operadores de programas que se encargan de coordinar y hacer seguimiento de los casos a través de las distintas instancias trabajando con un equipo multidisciplinario.



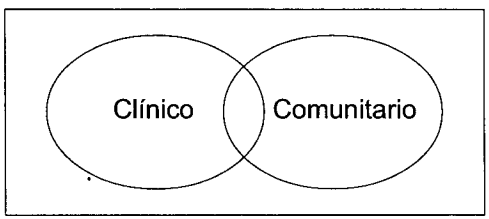
Sin embargo, existen desarrollos recientes en el área de terapia familiar que hacen aportes importantes a lo que pudiera ser una concepción holista del fenómeno humano dentro de la teoría sistémica que busca incluir las distintas instancias e, incluso, busca intervenir activamente en ellas (*outreach*). Boyd-Franklin y Bry (2000) plantean un modelo de multisistemas para aproximarse a la complejidad que rodea la problemática humana. Sus premisas básicas han buscado integrar diferentes modelos de terapia familiar y ha sido el resultado de un cuarto de siglo de trabajo con familias que pudiéramos denominar multi-problemáticas. Estas premisas o conceptos claves dentro de su modelo son los siguientes: a) Enfoque ecológico de servicio a domicilio o enfoque multisistémico: (Aponte, 1995; Boyd-Franklin, 1989; c.p. Boyd-Franklin y Bry, 2000) el modelo multisistémico permite ver a los clientes y sus familias en su contexto ecológico y sistémico, incluyendo a las instituciones, agencias públicas y sistemas que pudieran ejercer algún tipo de influencia; b) sensibilidad cultural y competencia: (McGolrick, Giordano y Pearce, 1996; c.p. Boyd-Franklin y Bry, 2000) cada intervención debe estar diseñada a la medida de la realidad cultural de la familia.; c) énfasis en las fortalezas: (Boyd-Franklin, 1989; c.p. Boyd-Franklin y Bry, 2000) el énfasis debe ponerse en identificar las fortalezas en el niño o adolescente, en el padre, familia, colegio y comunidad que puedan ser utilizadas para producir los cambios; d) fortalecimiento de las familias: (Berg, 1994; Boyd-Franklin, 1989; c.p. Boyd-Franklin y Bry, 2000) este enfoque enfatiza el apoyar a las familias para que pueda hacerse cargo de sus propias vidas. El clínico no debe asumir el trabajo de la familia.; e) intervenciones proactivas y activas (Bry,1994; c.p. Boyd-Franklin y Bry, 2000): el rol del clínico en este modelo es muy activo. El terapeuta de forma activa busca alcanzar (*to reach*

out) tanto a los miembros de la familia como a los sistemas de la comunidad: las escuelas, servicios de protección al menor, servicios de justicia juvenil, la policía y las cortes. El terapeuta es proactivo en el sentido de que inicia el contacto y los cambios dentro de los sistemas, en lugar de aceptar la situación y esperar que el cambio ocurra; f) valorización de los sistemas de apoyo (Schorr, 1997; c.p. Boyd-Franklin y Bry, 2000): se enfatiza la importancia del apoyo y de las redes de apoyo en las vidas de los diferentes miembros de la familia; g) participación comunitaria (Boyd-Franklin, Morris, y Bry, 1997; c.p. Boyd-Franklin y Bry, 2000): el concepto de *reaching out*, no sólo se extiende a las familias sino también a las comunidades donde habitan. Miembros claves de la comunidad y de organizaciones pueden participar en el proceso de cambio.(ej. el cura de la iglesia); h) prevención (Bry, 1994,1996; c.p. Boyd-Franklin y Bry, 2000): se refiere a las intervenciones de niños y adolescentes que están en riesgo, que pueden ser preventivas en tanto se comience en una etapa temprana.

Como se puede observar, este modelo integra muchas de las premisas que se han considerado como pertinentes dentro de la clínica comunitaria ofreciendo un marco referencial bien completo e incluso aportando formas específicas de intervención, sin embargo, los mismos autores no se limitan a discutir las consideraciones especiales que hay que hacer antes de asumir este tipo de abordaje en tanto que el *super* clínico tiende a agotarse y a ponerse en situaciones de alto riesgo. Igualmente, se pudiera acotar que a pesar del interesante esfuerzo que hacen por integrar pautas de la psicología social-comunitaria, especialmente en cuanto al fortalecimiento de las familias, individuos y comunidades, mantienen conceptualmente la separación entre el clínico y el paciente, poniendo en éste último mucho del esfuerzo en generar el cambio. Es decir, el fortalecimiento de la familia se realiza como un paso posterior para afianzar el cambio logrado por el terapeuta, pero ¿cómo entiende el individuo el problema?¿cómo participa realmente en el proceso de cambio? ¿cómo lograr que el psicólogo sea eficiente sin agotarse en el camino?

d) Enfoque clínico comunitario exclusivamente: realmente es difícil imaginar lo que sería este enfoque orientado a la atención de lo clínico-comunitario (o comunitario-clínico), dando énfasis a la conjunción de ambos

aspectos y excluyendo lo clínico o comunitario *per se*. Quizás se considera sólo la relación del individuo con su ambiente en tanto ésta sea generadora de sufrimiento psicológico, pero el dónde y cómo se atendería quedan como interrogantes. Quizás sea en la intersección de lo clínico y lo comunitario, donde se pueda desarrollar una nueva manera de entender y abordar al ser humano y la enfermedad mental. Esta sería la transición, como dijo Caplan (1964), o el eslabón perdido de la psicología.



Aventurarse a dar una respuesta ahora es arriesgarse a hacer rígido lo que está en proceso de formación. Pareciera que todas las perspectivas presentadas pueden aportar una visión interesante sobre esta aproximación a la salud mental, pero queda la interrogante y ese es el objetivo de éste trabajo. Si se logra generar en el lector una reflexión interesante sobre nuestro campo, se habrá logrado ese objetivo, pero mientras tanto ¿dónde queda Richard y su problema?

Parece estar claro que la labor del psicólogo clínico comunitario no puede quedarse en atender a Richard en un consultorio, lo que todavía falta dilucidar es hasta dónde llegar y cómo. ¿Se debe asumir a la familia que también sufre, a la comunidad de vecinos entre los cuales hay otras víctimas como Richard? ¿se debe buscar sensibilizar la comunidad en la que habita sobre lo que se debe hacer en cuanto a prevención primaria, secundaria y terciaria? ¿cómo percibe la comunidad el problema, se puede hablar al respecto? quizás incluso establecer algún programa de atención al abuso en y con la comunidad, ya sea en los ambulatorios ya establecidos o en instalaciones destinadas para la atención psicológica o en los hospitales que pueden ser fuentes importantes de atención. ¿Se pudiera pensar en fomentar la generación de grupos de apoyo

o de redes contactando con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que se encarguen del problema? ¿se debería incluso llegar hasta instancias internacionales que aportan no sólo recursos para programas de atención sino también su experiencia?

Conclusión

El planteamiento de los modelos anteriores, está basado principalmente en deducciones hipotéticas más bien teóricas. Se puede pensar que la práctica debe dar respuestas más precisas sobre la posibilidad de concebir la psicología clínica comunitaria como un enfoque con su propio cuerpo de conocimientos que sea un verdadero aporte al bienestar del ser humano o simplemente sea como dice Caplan una transición entre lo clínico y lo comunitario, es decir, *un paso obligado o un eslabón perdido*. Es mucho el camino por recorrer, pero queda en el compromiso de que Richard y otros como él, sean los beneficiarios de una atención más completa que realmente garantice su salud mental e incluso la posibilidad de que cada vez haya menos Richard en nuestra sociedad. Como bien menciona Fernández Álvarez (1994) "Nuestra tarea está dirigida a responder a una demanda; nuestra misión debe orientarse a reducirla" (p.290).

Bibliografía

Boyd-Franklin, N. y Bry, B. (2000). *Reaching Out in Family Therapy.* Home-Based, School and Community Interventions. NY: The Guilford Press.

Caplan, G. (1964). *Principios de psiquiatría preventiva.* Buenos Aires: Paidos. 1985.

Delgado, C., Ruiz, E., Rivas, R. (1987). Salud y Organización Popular (Experiencias de trabajo psicosocial comunitario). *Fascículo Avepso.* 4.

Fernández Álvarez, H. (1994). Pautas de intervención comunitaria para la prevención de los trastornos mentales. En M. Montero (coord.) *Psicología.*

Ferullo de Parajón, A. (1991). Hacia la construcción de un marco teórico en psicología comunitaria. *Boletín de la Avespo.* Vol VIX (1) 23-29.

Montero, M. (1994). "Vidas paralelas: Psicología comunitaria en Latinoamérica y en Estados Unidos". En M. Montero (coord.) *Psicología Social Comunitaria. Teoría, método y experiencia.* Guadalajara: Ediciones de la Universidad de Guadalajara. 19-45.

Olave, R. Y Zambrano, L. (1993). *Psicología Comunitaria y Salud Mental en Chile.* Chile: Universidad Diego Prtules.

Slaikeu, K. (1984). *Intervención en Crisis: Manual para práctica e investigación.* México: Manual Moderno.

Apuntes para una definición tentativa de la Psicología Clínica Comunitaria

Pedro Enrique Rodríguez R. [1]

Resumen

En el siguiente artículo se hace una revisión crítica de la Psicología Clínica Comunitaria utilizando como eje cuatro dualidades que surgen del encuentro entre lo clínico y lo comunitario como lo son: las tradiciones teóricas de donde proviene cada uno, los espacios físicos donde se han desarrollado estas tradiciones, los objetos de estudio de cada una y las contradicciones teóricas y técnicas que han surgido de ese encuentro. A partir de esta revisión el autor propone al vínculo complementario y recíproco de la comunidad y el individuo como el objeto de estudio que orienta la definición y puesta en práctica de esta subespecialidad.

Abstract

The following article critically analyses Clinical Community Psychology using four dualities that emerge from the encounter of the clinical and the community disciplines, as guide. These dualities are: the theoretic traditions from which each one derives, the physical spaces where each one has developed its practice, their objects of study and the theoretical and technical contradictions that have emerged from these encounters. Based on the analysis the author proposes the complementary and reciprocal bond of the community and the individual as the new object of study that can orient the definition and practice of this subespeciality.

[1] Pedro Enrique Rodríguez R. es psicólogo (UCAB) y está culminando su formación como Especialista en Psicología Clínica Comunitaria de la misma universidad. Así mismo es profesor de las materias Psicología de la Personalidad y Asesoramiento Psicológico de la Escuela de Psicología. Es personal docente y de investigación del Centro de Asesoramiento y Desarrollo Humano (UCAB).

La Psicología Clínica-Comunitaria es una subespecialidad de reciente formulación y práctica en Venezuela. Sin embargo, su historia se remonta al contexto anglosajón donde, desde hace ya algunas décadas se habla de una psicología clínica con énfasis comunitario, nacida en parte por las presiones ejercidas por los movimientos civiles y los programas sociales (Korchin, 1983 c.p. Ephraim, 1993). En cierta forma, la noción de una psicología Clínica-Comunitaria puede ser rastreada desde el nacimiento de la Psicología Comunitaria norteamericana, registrado en 1965, en la conferencia de Swampscott, Masachusett, bajo el sugerente título de: *Conference on the Education of Psychologist for Community Mental Health* (Montero, 1994; Weisenfeld, 1994), ocasión desde la que comenzó a hacerse una alternativa al nexo entre La Comunidad y la Salud Mental, conceptos en principio novedosos respecto al modelo médico del que derivó la psicología clínica, centrado en funciones de diagnóstico, evaluación e intervención individual (Ephraim, 1993), dando paso a lo que Korchin (1976 c.p. Romero, 1999) dio en llamar *modelos comunitarios con énfasis clínico.*

Poco más de treinta años después son precisamente fenómenos como "la inestabilidad económica y social por la cual atraviesa la mayoría de nuestra población" (Campagnaro, 1999, p. 118), aunado al incremento de la demanda especializada en Salud Mental de las comunidades de menos recursos, algunos de los factores decisivos que alientan la formulación de un movimiento de Psicología Clínica Comunitaria en el país, de un modo si se quiere análogo a la experiencia norteamericana. Analogía que no resulta sorprendente si se tiene en cuenta que en la breve historia de la psicología aplicada han sido las condiciones de la historia social las que han impulsado de manera decisiva la profesionalización y el crecimiento cuantitativo de las diferentes orientaciones y subespecialidades. Un modelo de referencia conocido hasta la saciedad por todo psicólogo es el efecto de la Segunda Guerra Mundial sobre la expansión de la profesión (Korchin, 1983 c.p. Ephraim, 1993).

Era razonable entonces que en el contexto venezolano, la casi continua y abrumadora situación de "crisis", manifiesta en condiciones tan variadas y apremiantes como el incremento en las tasas de suicidio, homicidios y actos

violentos, así como el progresivo empobrecimiento económico haya hecho propicia una actitud de apertura para este tipo de modelo de intervención psicológica (Campagnaro, 1999; Romero, 1999). Sin embargo, como es natural encontrar en un campo de conocimiento relativamente reciente, la implementación y desarrollo de la Psicología Clínica Comunitaria en el campo nacional se encuentra, todavía, en un espectro en el que es preciso desentrañar algunas especificidades de su acción, con miras a producir un cuerpo de conocimiento cada vez más coherente e integrado que delimite sus linderos y particularidades como subespecialidad.

Comenzando por el principio

En un primer vistazo, la tarea de definir el campo de conocimiento de la Psicología Clínica Comunitaria podría revelarse como una tarea relativamente cómoda y expedita. Sería fácil suponer que la permanencia en un postgrado de Clínica Comunitaria habría de ser razón suficiente para esbozar una definición ya aprendida y bien pensada. Se podría llegar a imaginar, incluso, que tal definición podría accederse con un rápido movimiento de memoria; así, sería casi inevitable complacernos con la escena en la que ante la pregunta curiosa de algún interesado con el que nos topamos en algún pasillo, podemos detenernos y responder serenamente, con la razonable seguridad de quien se da por enterado de los rasgos distintivos del saber clínico comunitario al que recién comienza a estar ligado.

Extrañamente, para nuestros males, un segundo vistazo, esta vez un poco más pausado, nos revela que la situación es radicalmente diferente. Hecho que se evidencia de una manera rotunda cuando después de un tiempo de reflexión terminamos por descubrir, perplejos, un camino lleno de interrogantes y contradicciones que terminan por hacer de aquella cándida imagen de una escena de pasillo, un complicado laberinto.

De esto terminamos por convencernos cuando advertimos que si bien la denominación clínica comunitaria tiene, desde hace algún tiempo, un lugar ganado en los espacios académicos, al tiempo que deja colarse tanto con su

nombre y apellido así como en metáfora en temas de revistas y manuales de psicología aplicada (Korchin, 1976, cp. Romero, 1999; Korchin, 1983, cp. Ephraim, 1993; Romero, 1999), su delimitación conceptual no se presenta jamás como una tarea sencilla; por el contrario, de un modo casi inevitable termina por alentar consideraciones que, si bien se muestran agudas y valiosas, en el fondo se dejan ver como elusivas; donde el acto de nombrar y definir, cede lugar al gesto aproximado y parcial de señalar un lugar, vagamente.

Desde luego, cuando la tarea encomendada es, precisamente, ensayar una definición, señalar el carácter elusivo de tal concepto resulta, no sólo una posición de razonable prudencia, sino además, y sobre todo, nos anima a tomar algunas previsiones; la más importante es quizá, esbozar una serie de consideraciones preliminares que validen, o al menos soporten, el objetivo de ensayar una definición. Ceñidos a esta línea, las páginas siguientes se permiten iniciar una discusión que se hace inevitable si se quiere superar los escollos que en el pasado, parece haber tenido el propósito de definición. Dejando en claro este objetivo comenzamos, previsiblemente, por el principio: por los escollos y particularidades del área.

Lo clínico y lo comunitario: ¿ampliación, síntesis o prótesis?

Una lógica modesta nos lleva a comenzar la indagación por los términos que nominalmente se han acuñado como parámetros dentro de lo que existe –o debería existir– la Psicología Clínica Comunitaria. A fin de cuentas, la intersección del saber clínico con el saber comunitario denota un significado que habría de partir de ambos saberes, para eventualmente superarlos, sintetizarlos o, en el peor de los casos, simplemente amalgamarlos.

Dejando de lado la palmaria observación que estamos hablando de una Psicología Clínica Comunitaria y no de una comunitaria clínica, la primera consideración de peso que se nos impone es el hecho de que tales denominaciones corresponden a dos áreas ampliamente recorridas por la psicología. Dos áreas autónomas que nacen de manera independiente en lugares, tiempos

y condiciones diferentes, animadas, en consecuencia, por paradigmas comprometidos con visiones históricas divergentes. No se hacía psicología comunitaria en *La Salpetrierè*, en el tiempo en el que el *Zeigest* comenzaba a esbozar el inicio de la clínica psicológica dentro de la matriz de conocimiento del modelo médico. Mucho menos en el tiempo de los fluidos vitales y los humores hipocráticos, antecesores de las rudimentarias taxonomías Sheldonianas y las posteriores clasificaciones de personalidad (Fierro, 1986). A su vez, no se hacía clínica cuando la psicología social de los últimos veinte años del siglo XX volcó su mirada sobre las comunidades en los Estados Unidos y América Latina (Montero, 1998). Tampoco era necesario hacerlo. Cada disciplina apuntaba a sus propias coordenadas metateóricas, teóricas y metodológicas dentro de lo que la filosofía de la ciencia daría en llamar sus propios inconmensurables.

Ante tal ascendencia de padres que no se conocen tan íntimamente como uno estaría tentado a pensar, deberíamos esperar, luego, que una visión de la Psicología Clínica Comunitaria debería exigir una comprensión más allá de los límites de lo Clínico y lo Comunitario pues, si bien deviene de ambos, la unión de los dos no es, de por sí, un cuerpo unitario y forzosamente coherente. Esta tesis quiere decir que la Psicología Clínica Comunitaria implica un marco de conocimiento que, si se plantea con rigor, exige una formulación como subespecialidad independiente y autónoma de sus antecesores. Este primer punto nos parece crucial.

Lo clínico comunitario: ¿consultorio o campo abierto?

Las consideraciones alarmantes de la salud mental en casi todo el mundo, donde es cada vez más patente la coexistencia de problemáticas complejas, tales como el incremento de la prevalencia de trastornos psicológicos con su natural efecto de incremento en la demanda de servicios (Fernández, 1994 en: Montero, 1994; Romero, 1999; Steenbarger y Smith, 1996); el incremento del potencial de riesgo de esos trastornos, lo que se evidencia en el paso de las ya casi inocentes neurosis histéricas, fóbicas y obsesivas, al espectro de trastornos

de personalidad, los *acting-out* sexuales, –en un tiempo en el que el SIDA más que una probabilidad es un camino con señales–, así como el potencial suicida de los muy prevalentes trastornos del estado de ánimo (Belloch y Sandín, 1995), aunado a la creciente brecha existente entre el encarecimiento de los sistemas de ayuda pública y privada, en contraste al deterioro del poder adquisitivo que haría posible acceder a ellos (Calvo, 2001; Linney, 1990; Romero, 1999), parece animar las voces de cada vez más psicólogos a "trasladar las funciones de esta profesión desde el escritorio y el consultorio a la comunidad" (Romero, 1999, p. 97).

Tal iniciativa, si bien parece tener la evidente ventaja de incrementar el potencial de servicios psicológicos, tarea siempre valiosa, parece trasladar, junto con el consultorio, un entusiasmo hacia la fundación de un enfoque clínico comunitario no del todo realista. A fin de cuentas, el acto de cambiar de lugar, si bien comporta un claro indicio de cambio, de *aquí está pasando algo*, no precisa responder, en rigor, a algo mucho más allá de un cambio físico, por lo que atribuirle una nueva condición paradigmática podría resultar exagerado y riesgoso. Aun así este cambio a campo abierto parece ser un hecho tan llamativo que fácilmente podría animar (y así parece que lo hace) la buena voluntad de señalar al nuevo espacio dentro de la comunidad como el nuevo espacio clínico comunitario; de este modo, termina por atribuírsele a lo que es en principio, una variación geográfica estratégica, un estatus paradigmático *ad hoc* que termina por sostenerse, precariamente, sobre la dudosa base de esta geografía. Para usar una analogía de campos abiertos: el cambio de lugar de ayuda podría verse como equivalente al hecho de que un albañil que ha estado trabajando largamente en la construcción de la tapia de un jardín, de tanto pasar el día en él, termine creyéndose jardinero.

La fragilidad de este modo de delimitar la clínica comunitaria se hace todavía más patente cuando, viendo las cosas desde este ángulo, se recuerda que los contextos de intervención obedecen al marco donde se encuentra ubicado el objeto de estudio de la disciplina, no así a la inversa. Este dilema, junto al planteado en el primer apartado hace llegar, casi sin remedio, a un tercer punto reflexivo. Esto es: ¿dónde está el objeto?

Lo clínico comunitario: ¿dónde está el objeto?

Ciertamente, la revisión de lo que se podría entender como la intersección de dos campos del saber psicológico fundamentada en la frágil relación que establece el nuevo propósito de llevar el consultorio a la comunidad, revela un problema que se desprende casi inevitablemente: el objeto de la clínica comunitaria parece dividirse, vía herencia natural, entre la persona como unidad y la comunidad como unidad [1].

Esta doble arista de lo individual y lo comunitario, si bien podría sostenerse como la resultante de un amplio espectro de interés –a fin de cuenta los objetos de estudio no exigen exclusividad–, parece ser, sin embargo, un problema en el presente en la medida en que, en principio, podría tomarse a cada unidad como una representación isomórfica de uno u otro saber psicológico. Específicamente: parece engañosamente sencillo equiparar la unidad comunitaria al forzoso reduccionismo intrapsíquico desde el que opera la clínica psicológica, tanto como sería igualmente posible iniciar una lectura de la unidad persona desde la arista propia de la teoría comunitaria. Esto es posible, es válido, ineludible. Sostenemos, además, que esto no es clínica comunitaria.

De este modo, llegamos al punto de encontrar, con sorpresa, que la opción por cada unidad, la personal y la comunitaria, resulta en realidad, una opción teórica preexistente ante la que, siendo francos, ya tenemos un marco de conocimiento previo y consistente: el que se deriva del conocimiento propio

[1] Se asume aquí, desde luego, una división esquemática al considerar a la persona como objeto común de la psicología clínica y a la comunidad como objeto propio de la psicología social comunitaria. Esto podría ser aceptado, como idea general, en la medida que los enfoques clínicos han hecho énfasis en la comprensión, diagnóstico e intervención de dinámicas individuales (Lagache, 1949; Watson, 1951 c.p. Ephraim, 1993), en tanto que el enfoque social comunitario ha centrado su atención en la comprensión, diagnóstico e intervención de problemáticas de naturaleza comunitaria (Montero, 1984; 1994). Aun así, deberá entenderse que ambos enfoques superan la denominación de un objeto persona o comunidad como unidad esencial de estudio, problema que escapa, desde luego, al propósito de esta breve discusión sobre los problemas de objeto que confronta un enfoque clínico comunitario.

de la psicología clínica, por una parte, y de la psicología social comunitaria, por otra. Llevando esta postura al límite podríamos decir, entonces, que una clínica comunitaria que en realidad aspire a un estatus de disciplina está exigida a superar la clásica dicotomía de la unidad personal o comunitaria pues éstas, en rigor, ya existen y se pueden responder desde los anteojos de la disciplina clínica y comunitaria. Naturalmente, siempre se podrá elegir entender al individuo *desde* la comunidad o *en* la comunidad o *con* la comunidad, pero esta opción –vale la pena repetirlo- no es una nueva disciplina. Es Clínica con énfasis Comunitario o es Psicología Comunitaria con énfasis clínico. Es decir: no es Psicología Clínica Comunitaria.

Lo que se ha dicho hasta aquí podría ya ser suficiente para ilustrar las complicaciones de la disciplina. Queda, sin embargo, al menos otra consideración por delante.

Lo clínico comunitario: las implicaciones de la técnica

Todo enfoque aplicado está en continua confrontación con las bondades y maleficios de sus estrategias de intervención. Esto no es un problema, es una realidad de la producción de conocimiento. Los enfoques clínicos y comunitarios no son inmunes a esta realidad. Ahora bien, lo que en principio se presenta como una confrontación sana e inherente, al ser trasladado al espacio de interés clínico comunitario, se revela con muchas más interrogantes, puesto que al ser re elaboradas las técnicas dentro de lo que creemos es un nuevo marco de subespecialidad, termina por revelar, de modo inevitable, problemas que en sus anteriores terrenos de aplicación no existían o no eran evidentes.

Una primera interrogante que se abre prontamente es la de la especificidad de las condiciones de salud mental. Problemas como el de las manifestaciones diferenciales de los síntomas y las patologías psicológicas, que desde hace algunas décadas comienza a evidenciar la investigación transcultural, repercuten el ámbito clínico comunitario con un eco renovado; esto es así pues al tiempo en que se comienzan a reconocer estas especificidades la urgencia de resolver,

propia de las disciplinas aplicadas, imprime un compás de reformulación breve y tenso. Un ejemplo que permite ilustrar esta particularidad es el de los hallazgos reportados en estudios transculturales en poblaciones africanas respecto al síndrome de estrés postraumático (PTSD), en el cual las predicciones habituales de *hiperarousal*, intensidad emocional y síntomas cognitivos de *flashback* son dramáticamente sustituidos por síntomas de naturaleza somática (Peltzer, 1998). Ciertamente, podría argumentarse que semejante condición es, o puede ser, una simple variación dentro de los criterios taxonómicos; sin embargo, tal taxonomía, que en la práctica se ve representada por el difundido esquema clasificatorio del *Diagnostical and statistical manual* (DSM), representa en realidad un eje vertebral para operaciones tan variadas y decisivas como el diagnóstico, la planeación de estrategias de intervención, el pronóstico, hasta alcanzar dimensiones extrapsicológicas como la política y legal.

Otro caso que elicita una problemática similar es el de los frecuentes hallazgos de la práctica clínica comunitaria, donde criterios heredados del esquema de funcionamiento psicodinámico comienzan a presentar nuevas interrogantes. Es así como conceptos tan ampliamente difundidos y aceptados como la noción de *encuadre,* por citar solo un ejemplo cotidiano, termina por sufrir bajo las nuevas condiciones de aplicación comunitaria interrogantes novedosas. Dificultades para asistir a sesiones planeadas, que van desde la ausencia real de recursos para pagar el transporte hasta situaciones familiares de diversa índole, colocan al clínico en la difícil posición de decidir si el esquema estandarizado de horas fijas puede ser utilizado como recurso interpretativo o, de un modo más sencillo, como situaciones propias del mundo de vida del paciente o cliente.

Una situación análoga ocurre, incluso, con variables abiertamente intrapsíquicas como es el caso del concepto psicodinámico de resistencia, tal como lo ilustra la práctica cotidiana cuando una persona que habita en lugares de muy bajo nivel económico falta a la cita establecida por no tener como pagar los diferentes transportes. ¿Sería válido pensar aquí en una resistencia? y si no lo es ¿No parece curioso que este fenómeno frecuente sea poco común en la práctica psicológica previa con otras poblaciones?

Existe otra arista técnica que parece develarse con claridad. Se trata de los compromisos metodológicos en los que toman parte las posturas cualitativas y cuantitativas. Tales presuposiciones, inevitables en la práctica, se convierten en una dificultad cuando encontramos, dentro del campo de interés de la clínica comunitaria, que ambas posturas parecen exigir su correspondiente protagonismo, no siempre conciliable en la práctica. Esto puede verse con facilidad si se atiende a la siguiente ilustración. Piénsese, por una parte, en la evidente naturaleza cualitativa del histórico método de estudio de casos, prácticamente la *via regia* de las aproximaciones clínicas (Pervin, 1996/1998). Piénsese, de un modo análogo, en las posibilidades constructivas de las estrategias de análisis de contenido, investigación hermenéutica e investigación acción, propias, por su parte, de las posturas comunitarias. Hasta aquí reina cierta concordancia. El panorama se complica, sin embargo, si se considera que las nuevas aportaciones de los modelos de prevención tienden a postular modos de aproximación eminentemente positivistas, donde los principios de cuantificación, estandarización y predictibilidad gozan de un indudable reinado hegemónico. Ese es el caso, por ejemplo, de los modelos preventivos como la epidemiología del desarrollo planteda por Sheppard y van Hord (1997), donde la estrategia de abordaje exige el establecimiento de patrones epidemiológicos dentro de los cuales, con lógicas estadísticas, sea posible predecir los componentes de riesgo ante tareas evolutivas futuras. Caso semejante ocurre cuando autores como Durlack y Wells (1997) diseñan un renombrado estudio meta analítico con el objetivo de evaluar, estadísticamente, la efectividad de programas de prevención primaria o universal en Salud Mental.

Es, de este modo, como incluso en el aspecto técnico, la nueva Psicología Clínica Comunitaria se topa con la dificultad y el compromiso de razonar la escogencia de aportes precedentes que si bien se presentan como valiosos y estimulantes, prontamente comienzan a mostrar contradicciones paradigmáticas pues, a fin de cuentas, refieren a paradigmas independientes.

Hacia una definición tentativa de la Psicología Clínica Comunitaria

Ahora bien, en las páginas anteriores hemos discutido de un modo sucinto las implicaciones y problemas con los que nos topamos en el momento de intentar una definición coherente y que abarque el enfoque clínico comunitario. Esta revisión crítica de algunos elementos del escenario clínico comunitario nos ha permitido establecer, lo que creemos, tentativamente, son las cuatro grandes polaridades que un concepto de Psicología Clínica Comunitaria debería estar en capacidad de superar. Llegado a este punto, tal vez sea útil repasar sucintamente los cuatro puntos críticos. Estos son:

1. El carácter dual e independiente de las dos áreas del conocimiento que dan lugar a la noción de una clínica comunitaria: el saber clínico y el saber comunitario que se presentan como campos de conocimiento autónomos.
2. El carácter espúreo del lugar de la acción (consultorio– espacios de la comunidad), donde el análisis revela que el paso del consultorio a la comunidad es un paso físico y no conceptual, de modo que es válido inferir que el lugar no especifica al enfoque.
3. El carácter conflictivo de un objeto de conocimiento que exige superar las categorías persona-comunidad que, en tanto objetos, representan focos de atención definidos y explicados por los saberes clínico y comunitario, respectivamente. Tal problemática nos lleva a considerar, al menos tentativamente, la posibilidad de delimitar una nueva unidad de análisis que permita definir, de un modo unitario, la dimensión persona-comunidad, no ya como dos entidades, sino más bien como el resultante de una relación de determinismo recíproco. Es decir, como unidades no existentes por separado.
4. Por último, el problema de las implicaciones teóricas de un enfoque que, partiendo de premisas previas no comparte, sin embargo, el mismo ámbito de estudio, por lo que las operaciones técnicas derivadas de

enfoques precedentes se topan, en este nuevo terreno, con una nueva serie de retos y contrastaciones que, antes que una contrariedad debido a las dificultades para hacerles calzar, representa un sello de identidad y, tal vez, hasta una evidencia sobre el potencial revitalizador del enfoque respecto a disciplinas anteriores.

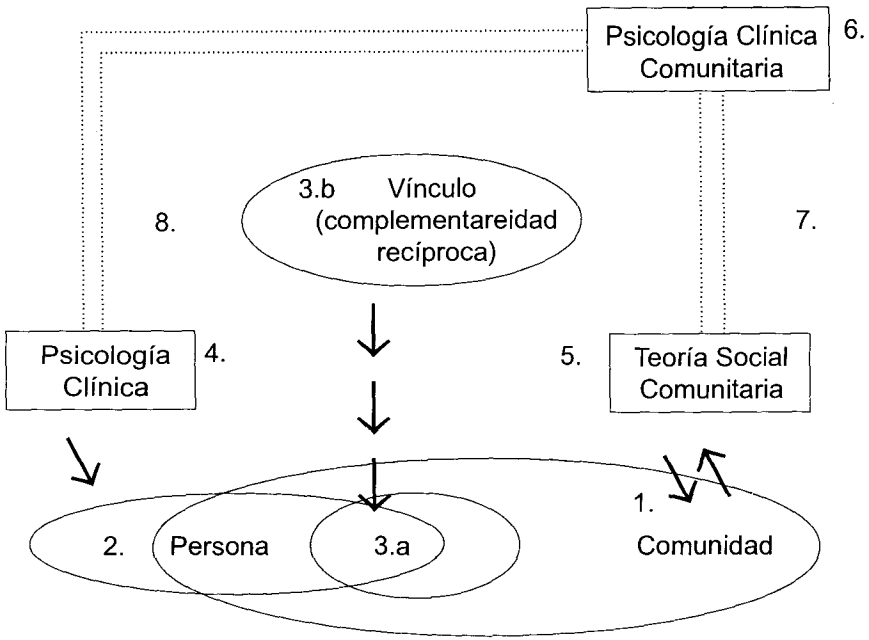
Ahora bien, este esquema de particularidades y contradicciones parece revelar, en perspectiva, un denominador común que bien podría ser, a su vez, una ventana posible desde la que puede intentarse una clarificación del modelo.

Ciertamente, en los cuatro ejes se presenta, de fondo, un problema central entre las diferentes dicotomías: lo clínico-lo comunitario; lo privado (consultorio) lo público (espacios comunitarios); lo personal-lo comunitario... tal vez podamos apuntar, ahora, de un modo explícito, que este denominador común entre los cuatro ejes, es la inexistencia de un dispositivo conceptual capaz de organizar, más allá de las inevitables polaridades de los dos campos que se encuentran, un modo de comprensión autónomo y coherente.

Si bien la creación de ese dispositivo conceptual se revela, en realidad, como un propósito indispensable para una verdadera disciplina clínica comunitaria, que intente superar la condición de un mero apéndice tecnológico, evidentemente escapa a los alcances de estos apuntes ensayar una empresa de tal magnitud. Sí podemos, sin embargo, señalar por una parte, la necesidad de construir semejante dispositivo así como proponer una representación que, de un modo general, sirva para ilustrar el camino de un posible deslinde de la clínica comunitaria como subespecialidad, respecto a las dos disciplinas ascendentes. Pensamos, por otra parte, que esta posibilidad podría esbozarse de un modo más claro si se toma como criterio para la delimitación lo que proponemos como un nuevo objeto para la clínica comunitaria: el vínculo-relación transaccional persona comunidad.

En una representación gráfica, esto podría representarse de la manera siguiente:

Fig 1. Diagrama de delimitación de objetos y niveles de abstracción



Donde los óvalos (1,2,3) vendrían a representar los campos fenoménicos donde se circunscriben los respectivos objetos de estudio, siendo la comunidad (1) el espacio de mayor amplitud, correspondiente al objeto del saber comunitario; la persona (2), el espacio del objeto de saber clínico; y los vínculos-relacionales (3), la unidad de observación abstraída de la determinación recíproca de los datos de la persona y la comunidad, vistas ahora como unidades irreductibles y no de construibles. Así (3b) representa la elaboración en tanto (3a) representa el espacio fenoménico donde se intersecta el campo de fenómenos de persona y comunidad.

Por su parte, en los cuadros (4,5,6) se presentan las especialidades que muestran su relación a través de las líneas punteadas, al tiempo que se relacionan técnica e instrumentalmente con su objeto a través de las líneas de flecha.

La definición...

Dejando en claro los puntos que, a nuestro juicio, resultan cruciales para un abordaje reflexivo de la Psicología Clínica Comunitaria, que a la larga nos anima a proponer la creación de un dispositivo conceptual autónomo, propio del saber clínico comunitario, tal vez podamos esbozar ya, después de este largo recorrido, una definición tentativa, de lo que podríamos entender como el enfoque clínico comunitario:

Esta definición podría plantearse, aproximadamente, de la manera siguiente:

> La Psicología Clínica Comunitaria es una subespecialidad aplicada de la psicología que, partiendo del saber teórico y metodológico de la clínica psicológico y a la teoría social comunitaria, tiene como objeto de interés la *comprensión e intervención del vínculo-relación persona-comunidad, entendido como un tejido de pautas vinculantes y significativas, con el propósito de impulsar la salud mental integral, inserta en el espacio recíproco de la unidad vincular.*
>
> De este modo, se trata de un saber que trasciende el lugar donde ocurre la comprensión e intervención (v.g: consultorio-comunidad), pues se asume a ambos como recíprocamente constituidos, al tiempo que también resulta autónoma de la técnica de aproximación, pues le constituye, ante todo, el interés por el tejido de relaciones transaccionales persona-comunidad, antes que las exigencias y especificidades de los artefactos técnicos.

A modo de conclusión

La Psicología Clínica Comunitaria se presenta como una subespecialidad con amplias posibilidades para hacer frente a una variedad de demandas del contexto de Salud Mental contemporáneo. Su carácter de subespecialidad en vías de desarrollo y consolidación implica, a la vez, la existencia de una serie de retos teóricos y prácticos inevitables que pueden dar cabida a la innovación en territorios todavía no del todo explorados en las profesiones de Salud Mental. Para poder cumplir tales propósitos, la tarea más relevante con la que

se enfrenta la subespecialidad tal vez pueda ser la construcción progresiva de su propio cuerpo de conceptualizaciones y tecnologías en el marco de la Salud Mental, de manera de poder delimitar un espacio que permita la autonomía relativa de los saberes clínico y comunitario de los cuales tiene su punto de partida.

Es por ello que en este artículo se ha intentado proponer la ineludible necesidad de configurar un dispositivo conceptual propio de la subespecialidad. Específicamente, se ha intentado razonar la conveniencia de considerar el vínculo persona-comunidad como el campo privilegiado para la práctica clínica comunitaria. La utilidad de considerar el vínculo persona-comunidad como foco de interés se sustenta en que tal noción se presenta como un punto de intersección natural de los contextos de producción clínicos y comunitarios, permitiendo arrojar un punto de vista alternativo sobre problemas de salud mental que superen los límites de la mera fusión o amalgamiento de saberes independientes, aportando así una mirada alternativa sobre los problemas de salud mental.

Bibliografía

Belloch, A., Sandín, B. (comp) (1995). *Manual de Psicopatología. Vol II.* España: Mc Graw-Hill.

Calvo, A. (2001). La psicoterapia en Venezuela: con memoria, con deseo... sin fondos. *Revista Venezolana de Psicología Clínica Comunitaria.* (2), 11-18.

Campagnaro, S. (1999). Especialización en Psicología Clínica Comunitaria. *Revista Venezolana de Psicología Clínica Comunitaria.* 1, 117-122.

Durlack, J. Y Wells, A. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta analytic-review. *American Journal of Community Psychology.* 25 (2), 115-151.

Ephraim, D. (1993). "Psicología clínica: cuestiones de identidad". *Revista de Psicología Clínica.* Vol. 1 (1) 3-8.

Fernández, H. (1994). *Pautas de intervención comunitaria para la prevención de los trastornos mentales.* En Montero, M. (comp) (1994). Psicología Social Comunitaria. México: Universidad de Guadalajara:

Fierro, A. (1986). *Personalidad: sistema de conductas.* México: Trillas.

Linney, J. (1990). Community psychology into the 1990s: capitalizing opportunity and promoting innovation. *American Journal of Community Psychology.* 18 (1)

Montero, M. (1984). La psicología comunitaria: orígenes, principios y fundamentos teóricos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 16 (3).

Montero, M. (1994). Vidas paralelas: psicología comunitaria en Latinoamérica y en Estados Unidos, en: Psicología Social Comunitaria. (Montero, comp.). México: Universidad de Guadalajara.

Montero, M. (1998). Alcances y roles de la psicología comunitaria en Venezuela. *Boletín de AVEPSO*, XI (3)

Peltzer, K. (1998). Ethnocultural construction of PTS symptoms in african contexts. Journal of psychology in Africa, South of the Sahara, the Caribbean and Afro-latin America, 1998, Vo. 1, 17130. En: *Psychological abstracs*, APA, Feb, 1999.

Pervin, L. (1996/ 1998). *La ciencia de la personalidad.* McGraw-Hill/ Interamericana: Barcelona.

Romero, J. (1999). Un lustro en la comunidad. *Revista Venezolana de Psicología Clínica Comunitaria.* 1 (1) 97-115.

Sheppard, G. y Van Horn, Y. (1997). Life course development, community epidemiology, and preventive trials: a scientific structure for prevention research. *American Journal of Community Psychology.* 25, 177-188.

Steenbarger, B., y Smith, H. (1996). Assessing the quality of counseling services: developing accountable helping systems. *Journal of counseling and development.* 75, 145-150.

Wiesenfeld, E. (1994). Paradigmas de la psicología social-comunitaria latinoamericana. En: Montero, M. (Comp.) (1994). *Psicología Social Comunitaria*. Universidad de Guadalajara: México.

Oswaldo Villalobos (1933-2001): semblanza de un amigo

Julio Velilla, S.J.; Alcira Cerrada y Pascual Cerrada[1]

Resumen

Oswaldo Villalobos, psicólogo y psicoterapeuta falleció el año pasado luego de una larga vida como profesor y terapeuta de muchas generaciones. Contribuyó a introducir la Psicología Humanista en el país, a desarrollar la Escuela de Psicología de la UCAB y dejó un legado de amistad en las miles de personas que tuvimos la oportunidad de ser sus estudiantes, consultante o amigo. En las siguientes líneas sus compañeros de trabajo y amigos le rinden homenaje.

Abstract

Oswaldo Villalobos, psychologist and psychoterapist passed away last year after a life as a teacher and therapist of many Venezuelan generations of psychologists. He helped introduce Humanistic Psychology in our country, to develop the School of Psychology of the UCAB and left a legacy of friendship in the many people that had the opportunity to be his student, client or friend. In the following paper, his friends and colleagues pay him tribute.

[1] Julio Velilla, Alcira y Pascual Cerrada son psicólogos. Julio Velilla, S.J., es profesor de Ética de la Escuela de Psicología de la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB) y orientador con formación humanista del Centro de Asesoramiento y Desarrollo Humano de la misma universidad. Alcira Cerrada es profesora de las prácticas de Asesoramiento Psicológico y Directora del Centro de Asesoramiento y Desarrollo Humano, también de la UCAB.

Ante la computadora sentía que éste era tiempo de callar y acompañar en silencio. Pero, por otra parte, me preguntaba ¿qué ha significado Oswaldo en mi vida? ¿Qué me dejó Oswaldo en su paso por mi vida? La respuesta parcial a esa pregunta es lo que quiero compartir brevemente con ustedes.

El miércoles 18 de julio (2001), se nos fue Oswaldo, como había vivido, calladamente. Con su muerte dejó tras sí una estela de bondad y un cúmulo de virtudes que nos enriquece a todos los que tuvimos la suerte de conocerlo. Oswaldo pasó por esta vida haciendo el bien, desinteresadamente, ocultamente, alegremente, dando siempre testimonio de su amor a Dios y al prójimo. Oswaldo fue, lo que se dice, un hombre cabal, un hombre bueno de verdad. Todo un caballero.

Desde muy joven tuvo inquietudes sociales, vocación de ayuda para los demás; y esto lo motivó para ingresar en el Seminario Diocesano, con intención de consagrarse a la vida religiosa y, desde esta opción de vida, dedicarse al servicio comunitario. Le sucedió como a José Gregorio Hernández: no era éste el camino que Dios había dispuesto para él, cambiando de rumbo después de estudiar filosofía. Siguiendo sus inclinaciones vocacionales estudió psicología como medio de preparación para capacitarse en la ayuda al otro. Se inclinó por la ayuda familiar e hizo su especialización en esta área en la Universidad de Pennsylvania, USA, teniendo como profesores a Virginia Satir y Harry Aponte, entre otros. Se desempeñó por varios años en AVOFYS (Asociación Venezolana de Orientación Familiar y Sexual), ejerciendo su especialización. Su inquietud por mejorar la convivencia humana lo indujo a trabajar con los jóvenes, considerando que era la etapa apropiada para desarrollar actitudes y valores humanos que, posteriormente, influirán en la futura familia y en la mejor educación de los futuros niños. Así aceptó y se mantuvo por varios años al frente del Dpto. de Psicología del Colegio La Salle de La Colina, en Caracas. Proyectó así a la Escuela de Psicología, donde dedicó el mayor tiempo de su vida y a la que consideró siempre su casa, pues allí se formó y allí culminó la carrera de su vida.

Fue invitado en dos ocasiones a ejercer su influencia en el área oficial, una en el Ministerio de Educación y otra en el CONAC, pero en ambas ocasiones sufrió el desengaño y la frustración de no poder ejercer el verdadero

objetivo del bien común y volvió de nuevo a su hogar, la UCAB, de donde nunca más se alejó, pues comprendió que era el lugar donde sus inclinaciones sociales se podían realizar a plenitud.

Efectivamente, su fallecimiento ocurrió estando activo en el Centro de Asesoramiento y Desarrollo Humano y como Profesor de Filosofía de la Escuela de Psicología. Él siempre tuvo alergia a la jubilación, y aun cuando había rebasado con creces los parámetros de años de servicio y de edad, se resistió hasta lo último, cuando la enfermedad le obligó a considerar su retiro, aunque con la idea de seguir yendo a la UCAB para cumplir tareas de voluntariado.

Su muerte le llegó como un llamado de Dios al hijo que cumplió exitosamente su tarea y mereció el descanso en un plano superior, lejos del cansancio, de la angustia y del dolor que siempre acompaña al hombre en su tránsito temporal por la tierra. Oswaldo fue un hombre profundamente religioso, con visión trascendente que orientó sus pasos en todas las actividades: buen estudiante, excelente esposo, padre ejemplar y consagrado, profesional responsable y sensible al dolor ajeno.

Encarnó además, aún siendo joven, al caraqueño de antaño, casi siempre desaparecido, conocedor de la historia citadina con sus anécdotas que recreaba en cualquier ocasión o conversación, rememorando al peculiar Aquiles Nazoa con sus múltiples historias o al Prf. José Antonio Calcaño contando el modo de ser caraqueño.

Su familia, esposa e hijos y sus amigos sentimos que fue un privilegio haber compartido momentos de su vida, su ejemplo y recuerdo nos inspira para seguir en nuestra propia vida su orientación superior y trascendente hacia un mundo mejor.

Revista Venezolana de Psicología Clínica Comunitaria

Normas para el envío de originales

La revista es editada por la Universidad Católica Andrés Bello a través de su Programa de Especialización en Psicología Clínica Comunitaria. Se solicitan contribuciones que consistan en: reportes de investigaciones empíricas o documentales, presentaciones de casos o ensayos científicos en el área de la Psicología Clínica y/o Comunitaria relevantes para el contexto venezolano.

Estas contribuciones serán sometidas a arbitraje por el equipo de árbitros. Se evaluarán sobre la base de los criterios de: originalidad, validez, relevancia y mérito científico.

Estilo de los Manuscritos

• Los manuscritos deberán ser elaborados siguiendo las normas de redacción propuestas en el Manual de Estilo de las Publicaciones del *American Psychological Association* (primera edición en español).

• Si desea proponer un formato alternativo, éste debe ser discutido con el Comité Editorial para su consideración.

• Todos los manuscritos deben incluir un resumen con un máximo de 120 palabras y las referencias bibliográficas citadas según las normas de la *American Psychological Association.*

Proceso Editorial

• Todos los artículos serán revisados para ajustarse al estilo editorial de la revista. Las correcciones propuestas serán discutidas con los autores. Los manuscritos serán arbitrados por los árbitros asignados por el comité.

• Los autores deben mantener disponibles los datos de su investigación durante un período de dos años posterior a haber entregado el manuscrito al Comité Editorial en caso de que éste solicite su revisión.

Entrega de los Escritos

• Se debe hacer entrega del artículo impreso junto con dos copias y un archivo *Word* en un disquete.

• Se entregan dichos escritos en la oficina del Programa de Especialización en Psicología Clínica Comunitaria.

Información:

Revista Venezolana de Psicología Clínica Comunitaria

Programa de Especialización en Psicología Clínica Comunitaria

Universidad Católica Andrés Bello

Edif. de Postgrado

Urb. Montalbán - La Vega, 20332

Caracas, Venezuela

Correo electrónico: juaromer@ucab.edu.ve

mllorens@ucab.edu.ve

teléfono: 407-4304