

## LA TERAPIA COLABORATIVA COMO UNA PRÁCTICA INTERCULTURAL Y POSCOLONIAL <sup>1</sup>

GONZALO BACIGALUPE, ED.D. \*

### Resumen

La terapia conceptualizada como una conversación e interacción intercultural provee una rica metáfora de análisis e intervención con nuestros pacientes y consultantes. En este artículo, el autor reflexiona acerca del uso e inclusión de una sensibilidad intercultural en la reconstrucción de las terapias colaborativas no sólo como espacios de curiosidad conversacional pero también de espacios de reconstrucción respetuosos de aquellos procesos de desigualdad que recreamos en la terapia. El autor sugiere un diálogo que rompe con las dicotomías presentadas tanto por los marcos teóricos modernos como posmodernos en las terapias relacionales y al mismo tiempo reconoce elementos dentro de esas mismas epistemologías y prácticas como formas de resolver esos dilemas.

**Palabras clave:** Terapia colaborativa, culturas, desigualdad.

### Abstract

Therapy as an interactional and intercultural conversation offers a rich metaphor for the assessment and intervention with patients and consultees. In this article, the author reflects about the use and inclusion of an intercultural sensibility in the reconstruction of the collaborative therapies not only as a space for conversational curiosity but also as a place for the consideration of the inequality in the therapeutic space. The author suggests that it is possible to break with the dichotomies that are often part of the modern and postmodern relational therapies while making the case for using some of the same epistemologies and practices to overcome these dilemmas.

**Key words:** Collaborative therapy, cultures, inequality.

Nuestra tarea clínica requiere navegar dominios que son fluidos, que se interceptan y que la relación terapéutica moviliza de modo complejo dentro de contextos sociales y culturales. Toda terapia puede ser construida como una relación intercultural: conversaciones en donde los supuestos culturales organizan el trabajo clínico, las historias que contamos, el modo de hacer sentido, etc. Es útil entonces pensar la terapia como intercambios interculturales-relacionales e inspirarse en las literaturas que se dedican explícitamente a trabajar las diferencias culturales y los discursos acerca del "otro." En los EU, es casi imposible tener una práctica clínica que defina al paciente desde el contexto proveído por

---

\* Gonzalo Bacigalupe, Ed.D., es Profesor del Programa de Magister en Terapia Familiar de la Universidad de Massachusetts Boston, 100 Morrissey Blvd., Boston MA 02125-3393. Correo electrónico: gonzalo.bacigalupe@umb.edu

la historia e identidad cultural del terapeuta. Desafíos similares se presentan en los países latinoamericanos donde la incorporación de lo diverso -género, sexualidad, clase, raza-comienza a asumirse como imprescindible. No se trata ya de simplemente describir grupos étnicos o de clase como si fueran mundos discretos. Por el contrario, nuestras identidades están interrelacionadas y están en continuo flujo en parte debido a procesos de emigración dentro del mismo país, hacia, y desde nuestros países o procesos de colonización y poscolonización. A esto agregaré los procesos de cambio económico y social que subvierten los discursos acerca de la familia como el núcleo de valor esencial de nuestras sociedades. La interculturalidad está para quedarse con nosotros, esto a pesar del discurso aparentemente contestatario que define los procesos de globalización como procesos de pura homogeneización y dominación lineal por parte de los países dominantes. Las familias también se movilizan en ese flujo y es ahí donde nuestro accionar dialógico es necesario.

Análisis teóricos en el ámbito de la investigación participativa, la educación popular, los estudios sobre culturas, las disciplinas poscoloniales, la antropología crítica, la literatura de frontera, entre otros movimientos en las humanidades y las ciencias sociales, ofrecen un rico conjunto de ideas e inspiración para nuestra tarea terapéutica y formas de entendimiento y accionar que no están necesariamente presentes en la psicología dominante ni en el circunscrito marco epistemológico sistémico que domina en la terapia familiar. En mi trabajo con sobrevivientes de la explotación y la opresión por fuerzas institucionales y sociales (sobrevivientes del trauma y la violencia, latinos en los EU, falta de acceso a la salud) y los profesionales que trabajan con ellos, he encontrado inspiración en el trabajo de escritoras feministas chicanas como Gloria Anzaldúa (Anzaldúa, 1990; Anzaldúa y Keating, 2002) cuando necesito reconocer con las parejas y familias los dilemas a los que se ven enfrentados o las herramientas que nos ofrecen los antropólogos postmodernos (Clifford, 1983; Clifford y Marcus, 1986; Clough, 1992; Maranhao, 1986; Tyler, 1987) o los psicólogos construccionistas (Gergen y Davis, 1985; Gergen, 1994, 2001) que junto con la antropología crítica (Rosaldo, 1989) han cuestionado la posición privilegiada del investigador social en relación a las comunidades estudiadas. Estas sensibilidades combinadas con un foco en los sistemas macro (Imber-Black, 1988; Wynne, McDaniel, y Weber, 1986) y su ingerencia en la vida familiar permiten "acercarnos" a nuestros clientes con nuestros sesgos reconociendo limitaciones y posibilidades en el encuentro terapéutico.

Como terapeuta relacional me interesa desenmascarar el efecto de mensajes sociales y culturales que individualizan los problemas como únicamente personales o individuales, una crítica que ya está incluida en las prácticas educacionales liberadoras (Freire, 1970) y que en la práctica encontramos aplicadas en las terapias narrativas (Amundson, Webber, y Stewart, 2000; Bacigalupe, 1996; Doan, 1998; Freedman y Combs, 1996; Hart, 1995; Laird, 1998; McLeod, 1997; Morgan, 2000; Smith, 1997; Weingarten, 1998; White, 1988, 1991; White y Epston, 1990; Zimmerman y Dickerson, 1996). Me interesa trabajar no sólo las contradicciones que están asociadas con diversas formas de injusticia social, sino también develar las contradicciones que existen en el discurso y prácticas profesionales que intentan contrarrestar formas de injusticia social. Mi trabajo clínico ocurrió inicialmente con sobrevivientes de trauma donde intentaba aliviar las cicatrices de la violencia producida por la represión política en Chile. El desafío en ese entonces era encontrar discursos teóricos apropiados para entender a mis pacientes cuyas condiciones reflejaban una sociedad devastada por la violencia organizada desde el estado. Los enfoques participativos, cooperativos y reflexivos para el trabajo clínico se sostenían en la integración de orientaciones sistémicas, contextuales y relacionales junto con elementos de teoría crítica. Aparte del

impacto de la violencia represiva desde afuera de la familia, el impacto de la violencia que surge de amenazas desde el seno familiar -por ejemplo, abuso sexual y físico- era a menudo acompañado del abuso estructural como resultado de intervenciones institucionales después de que el abuso era reportado por las víctimas.

Aparte de identificar o denunciar las fuentes de injusticia que impiden trabajar desde la terapia, es crucial desestabilizar cómo pensamos acerca de estos procesos opresivos antes de considerar las maneras de afrontarlos estratégicamente, disolverlos en "lenguaje", o "solucionarlos". Un conjunto de teorías aplicadas en forma plástica y que es parte de nuestro repertorio sistémico permite avanzar en esta tarea. La teoría de sistemas acentúa los contextos, las relaciones y las ecologías dentro de y más allá de los límites de la familia para incluir los ecosistemas. La teoría crítica y su foco en la justicia y la emancipación social nos dirigen a pensar acerca de la producción del conocimiento y las implicaciones prácticas y políticas que lo legitiman. De manera similar, la investigación participativa llama a la colaboración y la responsabilidad. Los construccionistas sociales nos recuerdan que las comunidades generan colectivamente ciertas verdades. En la clínica colaborativa encontramos algunas de estas prácticas: escribir con los clientes, hacer a las familias partícipe de procesos de evaluación, reconstruir procesos de entrenamiento transparentes y participativos, preparar documentos clínicos que enfatizan no sólo diversas voces pero también evaluaciones centradas en los ventajas y habilidades de las personas y menos en las deficiencias.

Subvertir procesos opresivos requiere más que una crítica de aquello que no funciona o discrimina. Necesitamos analizar aquellas dimensiones que tienen el potencial de moverlas más allá de los obstáculos aparentes y fácticos. Criticar contenidos no es tan arduo, pero más delicado es implementar una praxis subversiva que requiere procesos reflexivos y relacionales más ininteligibles que incluyen lo intercultural al centro del trabajo terapéutico.

### **El trabajo intercultural en terapia**

Cuando las familias son explícitas acerca de sus historias culturales, incluyendo recuentos acerca de su religión, origen étnico, y/o raza, el terapeuta trae a la mano las formas más básicas de sensibilidad intercultural (Bacigalupe, 2003). Un terapeuta con experiencia y competente no es solamente aquél que ha logrado cierto nivel de "alfabetización cultural" que le permite facilitar esta conversación (Dyche y Zayas, 1995). Un acercamiento empático, el consenso sugiere, está al centro de un trabajo clínico efectivo (Duncan, Miller, y Hubble, 1998; Duncan, Solovey, y Rusk, 1992). De modo similar, un acercamiento respetuoso y empático es cardinal en el acercamiento terapéutico sensible a lo intercultural (Jordan, 2000). Para un terapeuta relacional, apertura y curiosidad se enlazan para crear un ambiente seguro y de confianza. Cierta dosis de ingenuidad y curiosidad respetuosa son aquí tan importantes como los conocimientos y habilidades terapéuticas básicas. Trabajar con una familia donde se manifiestan diversas historias culturales requiere más que un conocimiento enciclopédico de las culturas que estereotipan al otro. Más importante que el conocimiento de una cultura en particular, escribe Khisty (2001, p. 23), una terapeuta familiar de la India en Australia, son los procesos de diferenciación intercultural a los cuales el terapeuta se ha expuesto. En América Latina es necesario pensar en procesos de diferenciación respecto a las fuertes socializaciones de clase y raza que oscurecen su existencia o que las trae a la mano sólo de un modo teórico. Es fundamental, entonces, que el terapeuta tenga un entendimiento de su propia historia cultural y de los efectos de su

interacción en comunicaciones interculturales, una dimensión que es aceptada hoy como parte del entrenamiento "oficial" de terapeutas en los EU.

Formas menos obvias de trabajo intercultural emergen a medida que terapeutas y pacientes se enfrentan a las reacciones que sus ideas y valores incitan en el otro (Bot, 1990; Gorkin, 1986; Harvey, 1993; Sue, Arredondo, y McDavis, 1992) o al momento de ingresar en el mundo de las creencias y valores de nuestros clientes (Rigazio-DiGilio y Ivey, 1995). Estas formas de exploración cultural vuelven la mirada sobre el conocimiento personal que el terapeuta tiene sobre su propio bagaje cultural (Hardy y Laszloffy, 1995; Lappin, 1983; Pinderhughes, 1989) y la fluida evolución de tal historia paralelamente con la de la familia-paciente. A un nivel más sutil, estas conversaciones interculturales puede reflejar formas gentiles de colonialismo (Bacigalupe, 1998; Cheyfitz, 1991) en las cuales la familia es imposibilitada de acceso transparente y abierto a los supuestos que informan al terapeuta aún cuando aparentemente parecieran participar en una experiencia de aprendizaje compartido. En el sentido foucaultiano, terapeuta y paciente participan en una pseudo-colaboración. ¿Qué es una relación colonial en el contexto del intercambio terapéutico o formativo? Es aquella en la que se dirige, seduce u obliga a los participantes a aceptar un conjunto específico de conocimientos y a formular en su práctica una determinada definición de los temas dominantes de una cultura particular. En este proceso, se destruye la posibilidad de transformar los espacios de intercambio en formas dialógicas de conocimiento. Más aún, en este proceso, los participantes son llevados a creer que se encuentran todos en un pie de igualdad y que si emulan a sus maestros o sus terapeutas tendrán acceso a un nivel más alto de conocimiento o crecimiento. En el análisis de estas dinámicas, las teorías postcoloniales proveen mapas ricos del papel que juegan las múltiples posiciones y categorías que enmarcan nuestras vidas (Marks y Leslie, 2000).

Las interacciones terapéuticas y formativas que ocurren en el espacio intercultural pueden transformarse en formas cordiales de colonialismo en las que el conocimiento es la principal mercancía (Bacigalupe, 2000). Nos beneficiamos en el intercambio internacional, la terapia de familia es un buen ejemplo del fructífero intercambio que es posible cuando colegas de distintos países se intercambian ideas o abren sus prácticas clínicas para que otros realicen consultorías. Este intercambio, sin embargo, es el que tiende a hacia la estructuración de reglas de dominio donde las relaciones de poder no son cuestionadas. Los terapeutas que forman a otros en las regiones en las cuales se está "aprendiendo" traen a la mano modelos de trabajo creados en sus propias culturas y reflejan las condiciones imperantes en su medio profesional y académico.

Estos dilemas que no son exclusivos de las relaciones terapéuticas a nivel micro-clínico pero de los modos en que nos situamos en las relaciones profesional-paciente, supervisor-terapeuta, director-supervisor, etc. Si a ello agregamos cómo las relaciones de género, raza, y clase nos sujetan a predeterminados patrones de relación, el engranaje social al que nos confrontamos no es simple. Eventos traumáticos que afectan a grupos o sociedades nos recuerdan con claridad que somos partes de desarrollos históricos y políticos, dimensiones que la clínica dominante hace-invisible. Por otro lado, ciertas formas de autoayuda ligadas a movimientos sociales (el caso de las organizaciones de parientes de desaparecidos en el Cono Sur Latinoamericano) han puesto estos elementos al frente de su accionar. Cuando sugiero que toda terapia, supervisión, consultoría o interacción formativa tiene la forma de un encuentro entre culturas, me refiero a estas relaciones que invisibilizan y al mismo tiempo explicitan las relaciones con un otro. La identidad de los participantes se configura y reconfigura en esas interacciones. No basta, por otro lado, con reconstruir la problemática

Tasw  
Urba  
Walsl  
Walsl  
Walsl  
Wanc  
Walsl  
Wilcz  
Wittg  
Wynn  
Zandé

en términos discursivos referidos al paciente como en el caso de la externalización narrativa. Es necesario externalizar el proceso terapéutico como un todo. Para ello es necesario reflexionar constantemente a qué discurso estamos respondiendo, qué ideas estamos asumiendo como dadas o aquellas que suponemos son no modificables.

Debido a mi trabajo clínico y de investigación con familias emigrantes, me encuentro frecuentemente y con intensidad enfrentado a la definición y re-definición de aquello que se considera las características de las poblaciones con las cuales trabajo o estudio. Paradójicamente, aquello que define a otros como marginados, me caracteriza a mí como experto en ciertas identidades, en particular aquello que se ha construido como lo latino o hispánico en los EU. Construir la identidad latina o los emigrantes de un determinado territorio como un grupo homogéneo, es práctica usual de muchos investigadores en las ciencias sociales. Situación problemática si consideramos cómo las historias, lenguajes, razas, posiciones de clase, etc. se entrecruzan y recrean constantemente en nuevas configuraciones y posiciones sociales en el caso de grupos de emigrantes incluso dentro de una misma familia (Baca Zinn, 1995; Casas y Pytluk, 1995; Comas-Diaz, 2001; Falicov, 2001). Estas identidades además, están en continuo flujo. Raza y etnia no son categorías estáticas con la infalible capacidad de determinar estructuras de relación y psíquica, como vemos "demostrado" en acercamientos terapéuticos multiculturales que definen de modo categórico grupos de pacientes basándose en dimensiones étnicas o raciales (McGoldrick, Giordano, y Pearce, 1996; McGoldrick, Pearce, y Giordano, 1982). Reconocer las identidades y posiciones culturales de modo ambiguo crea espacios donde los clientes son bienvenidos como agentes sociales que determinan junto a otros el curso de los acontecimientos o cómo hacen sentido de ellos en la vida cotidiana. Una orientación que incorpora la ambigüedad del determinismo cultural es útil clínicamente ya que ofrece un espacio de enganche reflexivo. Sin embargo, a pesar que el terapeuta debe ser cauto en identificar a un individuo o grupo de modo estereotípico basado en dimensiones raciales, de clase, étnicas, y de género, estas determinaciones tienen efectos reales en la construcción de las personas. Las maneras en que negociamos nuestras identidades en la vida diaria dentro y fuera de nuestras redes más personales, como lo reconocen las teorías construccionistas, están marcadas por estas dimensiones (Luke y Carrington, 2000).

¿Si aceptamos la idea que los contextos sociales son inseparables de nuestro trabajo clínico cuando operamos como educadores, investigadores, y/o terapeutas, cuál es nuestro papel en esas posiciones? La respuesta a esta pregunta se sostiene en el mundo de las preferencias morales y éticas que asumimos más que en ciertas habilidades técnicas específicas. Desde una perspectiva colaborativa, nuestra pericia clínica, entonces, es la capacidad de provocar y sostener conversaciones que fomentan la colaboración, aprecian las fuerzas presentes, y re-imaginan futuros deseados. Más aún, el reconocer nuestra participación e imbricación permanente en esos procesos nos aleja de formas ingenuas de acercamiento casi turístico al caso clínico o a una curiosidad que enajena al paciente porque refleja más nuestra ignorancia o privilegio, que una intención genuina de conocer dónde está el otro. Esto sucede en parte porque aquellos que viven en situaciones de no privilegio están constantemente alerta a las necesidades del polo dominante. Lo contrario tiende a no ocurrir, el privilegio cultural y social es no tener que prestar atención a las necesidades, deseos e intenciones de aquél que está en una situación de subyugación.

Como en la actividad etnográfica, el terapeuta relacional incursiona en las maneras émicas (la visión desde la cultura) y éticas (la mirada desde afuera de la cultura) desde las cuales nuestros pacientes hacen sentido del mundo. El terapeuta colaborativo está más

interesado en las categorías émicas debido a que la mirada ética se basa habitualmente en formas de pensamiento dominante que son insuficientes para crear un ambiente colaborativo en la terapia. Sin embargo, la mirada del observador externo, al explorar cómo se han impuesto ciertas maneras de construir el mundo o la internalización de ciertos discursos como propios, facilita el desenmascaramiento de categorías impuestas y es crucial en facilitar conversaciones que permiten a la familia moverse en la dirección que desean.

Los espacios interculturales brindan oportunidades inquietantes e iluminadoras. El continuo proceso de traducción lingüística y cultural me ha estimulado a conferir sentido a este cruce de fronteras y a compartir mis ideas derivadas de esa situación fronteriza. Cuando estamos en contacto con familias que definimos como "el otro" estamos probablemente visitando esas zonas límite (Andrews, 2003a). A pesar que muchos terapeutas se desenvuelven en esta frontera, muchos de ellos no desarrollan las habilidades de diferenciación y otros asumen el rol de turista, utilizando a los nativos como guías pero sin recabar en el proceso de definición de quién es guía y quién es el otro. Lamentablemente en ambos casos los procesos de dominio y alienación se reproducen con facilidad. Nuestras profesiones han sido históricamente diseñadas para trabajar esa interacción de modo de alejar a este otro (Foucault, 1977). El uso del diagnóstico psicológico fuertemente determinado por clasificaciones nosológicas es el ejemplo más claro de esa práctica. Prácticas nosológicas similares, sin embargo, las encontramos en investigaciones empíricas y clínicas que buscan clasificar a las familias dentro de precisas categorías que definen estilos normales y patológicos de interacción.

La transparencia (Anderson, 1997) y la curiosidad (Cecchin, 1987) pueden integrarse para crear un contexto seguro en la relación terapéutica cuando obvias diferencias culturales están imbricadas con dinámicas de dominio y privilegio. Para ilustrar, en el caso de una pareja en la cual uno es ciudadano y el otro es un emigrante reciente donde si las relaciones culturales dominantes se reproducen en la relación de pareja, el terapeuta necesita cuidadosamente deconstruir las formas de privilegio en las cuales el miembro que juega el papel dominante probablemente mantiene sin cuestionamientos. El proceso terapéutico, en este caso, incluye abordar directamente situaciones de desequilibrio estructural donde se abordan cuestiones de poder y autoridad (Byrne y McCarthy, 1999; Seu y Heenan, 2000).

Nací y fui criado en Chile durante los procesos de cambio que nos llevaron de un régimen de derecha, a uno de centro-reformador, a uno de izquierda-progresista, posteriormente a una larga dictadura militar de derecha, hasta la presente sucesiva coalición de gobiernos de centro-izquierda-liberal. Mi formación profesional ocurre durante periodos de protesta y resistencia contra la dictadura y posterior consolidación de procesos democráticos. A pesar de los cambios políticos de los cuales he sido testigo y participante, mi formación profesional en Chile y en los EU, parece tener mucha más continuidad que los cambios políticos y económicos a los cuales mi generación se ha adaptado, beneficiado o sobrevivido con dificultad. Como emigrante en los EU, mi crianza académica ocurre a fines de los ochenta y comienzos de los noventa cuando la terapia familiar en los EU comienza a ser incorporada como una profesión más en un contexto que limita las opciones terapéuticas a medida que la industria farmacéutica y la administración de seguros se adueñan de los recursos en salud.

Mi generación, como muchas generaciones de terapeutas, fue entrenada bajo un paradigma de secuencias teóricas que se estructuraban (o se estructuran) a la manera de capas arqueológicas. Pocas veces con relaciones verticales o con temáticas compartidas. Con frecuencia, la teoría más nueva reemplazaba la teoría aprendida en el periodo anterior.

Esta lectura secuencial de modelos o acumulación arqueológica de "sedimentos conceptuales" no estaba necesariamente relacionada con las necesidades de nuestros pacientes o las comunidades que servíamos o íbamos a servir. En su mayor parte, el aprendizaje se sustentaba en teorías que nuestros profesores habían hecho suyas en algún momento de su formación académica, anquilosándose con la teoría que los identificaba. Este aprendizaje, que en su mayor parte no incluía aplicaciones prácticas, nos preparaba para ser expertos en hablar de las terapias a las cuales nos asociábamos y seguíamos, reproduciendo el discurso dominante formativo al que éramos expuestos. En el viaje de las ideas de un continente a otro, los científicos que viajaban al primer mundo se llevaban a sus países un pedacito del conocimiento del cual se transformaban en administradores deteniendo su evolución (Goonatilake, 1984). Nos colonizaban las teorías y nos transformábamos en colonizadores de aquellos que eran invitados o tenían el privilegio de acceder a nuestros conocimientos adquiridos. Este proceso también se da dentro de los mismos países: aprender una técnica o un concepto y administrarlo como un negocio, un patrón de reproducción difícil de romper. La tentación es asumir que ahora esto no sucede o simplemente adoptar una forma teórica que sirva el propósito de mantener nuestros privilegios profesionales o académicos.

¿Por qué me interesa hacer énfasis en este aspecto de nuestros aprendizajes? ¿Consideramos superados estas formas de relacionarnos con el conocimiento? ¿Estamos dispuestos a experimentar con formas de relacionarse en el mundo de la clínica que deconstruye estos supuestos? Cuando me adhiero a la idea de una terapia colaborativa, me refiero a una práctica descolonizadora no sólo en el contexto de la relación terapéutica como lo sugieren las terapias narrativas. Propongo sí que las terapias colaborativas que son atentas al engranaje intercultural puedan pensarse como una teoría/práctica/praxis en evolución. Como un quehacer integrador más que una lista de supuestos que aprendemos por la vía de eliminar teorías previas.

### **¿Qué dimensiones de nuestra práctica sistémica rescatamos en la construcción de una terapia relacional, intercultural y poscolonial?**

#### *Contexto y relación*

Un paradigma relacional reconoce la importancia del contexto, la influencia mutua, la interdependencia, y la causalidad recíproca. Las familias "están imbricadas constantemente con sistemas como la comunidad local, el sistema educativo, el sistema legal, el estado, etc." (Gold y Bacigalupe, 1998: 69). Las ideas relacionales acerca de los modelos que conectan, "la diferencia que hace una diferencia," y el contexto como constitutivo de relaciones son supuestos todavía válidos para una práctica colaborativa. No sólo observamos a los otros, "el observador viene a ser concebido como creador de su punto de vista en el proceso de interaccionar con el observado, no es neutro, externo, o testigo objetivo que toma nota de las interacciones entre otros" (Gold y Bacigalupe, 1998: 69). Como educador de terapeutas, intento orientar a los estudiantes a distinguir los supuestos que informan a su pensamiento o intervención, los de las familias con que ellos trabajan, y los profesionales que actúan recíprocamente con estas familias.

Preguntas que incluyo en este tipo de conversación en el contexto de supervisión, consultoría y terapia:

- ¿Qué supuestos en la relación informan su hipótesis?
- ¿Qué discurso profesional domina la conversación?

- ¿Qué voz es silenciada en el proceso de evaluación e intervención?
- ¿Qué necesitamos movilizar en la relación para incluir a cada participante?
- ¿Cómo invitamos a la ambigüedad de discurso que cada uno de nosotros acarrea acerca de quiénes somos y quiénes son los otros?
- ¿Si la familia estuviera aquí o si el otro profesional nos escuchara, cuál sería su reacción o historia?
- ¿Cómo cambiaríamos nosotros nuestras maneras de relacionarnos si fuéramos los padrinos o madrinas de la familia, del profesional, o de la institución?

Estas preguntas invitan en la conversación al contexto social en el cual la terapia ocurre. Alientan el reconocimiento de relaciones sociales más globales y el análisis de cómo la terapia reproduce formas discursivas dominantes. Los terapeutas de familia nos hemos esforzado tradicionalmente por mantener la neutralidad. Sin embargo, nuestra posición social y cultural está presente en el intercambio terapéutico. En las conversaciones clínicas, cuando un participante habla, éste espera alguna acción por el otro participante (s). Cuando se finaliza el turno de uno, éste crea el contexto para el próximo orador pero la conversación ocurre no sólo en el contexto de turnarse recíprocamente. El contexto es también la historia de la relación que los participantes han desarrollado a través del tiempo y en conversaciones previas (Lawless, Gale, y Bacigalupe, 2001). Es por ello que necesitamos continuamente afinar nuestro escuchar clínico en relación a los efectos poderosos de las jerarquías institucionales y sociales que están presentes en la terapia. Una cuestión particularmente pertinente cuando estoy en la posición de profesor/supervisor (Bacigalupe, 1996).

En consecuencia permanezco amigablemente escéptico en torno a las llamadas terapias posmodernistas. Los terapeutas posmodernos de la familia a menudo han descrito a clientes y los terapeutas como a participantes en una relación horizontal (Hoffman, 2002). Haciendo equivalente la entrada en la relación terapéutica posmoderna a una relación que nos hace a todos socios iguales en la creación de identidades o historias. Esta posición confunde la meta loable de la igualdad con las realidades de los encuentros terapéuticos en los cuales las relaciones sociales injustas se reproducen a veces sin una intención de este tipo. Prefiero, entonces, asumir una visión crítica de la postura experta moderna y de la postura posmodernista que confunde el ideal terapéutico con las restricciones propias de nuestra tarea. Como muchos terapeutas familiares, mi práctica en el ámbito de la terapia ha sido fuertemente influenciada por el movimiento post-Milán, las terapias orientadas a la solución breve, el equipo reflexivo, las terapias narrativas, y las del lenguaje colaborativo, terapias que algunos terapeutas hemos comenzado a denominar terapias discursivas. Las terapias discursivas implican que el terapeuta es capaz de relacionarse con los pacientes dentro de sus propias formas discursivas, discernir con los clientes las posibilidades y obstáculos que esas formas proveen, trascendiendo las limitaciones de ellas con una invitación a discursos que apoyan y proveen recursos (Strong, 2002). Son estas terapias discursivas las que están más cerca de mis preferencias en parte debido al énfasis en el contexto y la atención específica al proceso de escuchar al otro.

### **Escuchar y aprender con el otro**

Nuestras vidas se constituyen en el proceso de significar y en un proceso continuo de contar el mundo e inscribir nuestras identidades dentro de ciertas narrativas. Qué contamos en el contexto terapéutico es central en terapia. Pero es aún más pertinente el que estas historias sean contadas en contextos particulares. Lo dicho es escuchado por otro. En

consecuencia, escuchar se transforma en el proceso central de significación. Escuchar más que hablar o preguntar, el escuchar generoso<sup>2</sup> juega un papel central en las conversaciones terapéuticas. El escuchar valida; Echeverría sugiere que nuestras comunicaciones descansan principalmente “no en el hablar sino en el escuchar” (Echeverría, 1994: 136) y esa capacidad es fuente de la generatividad del lenguaje terapéutico. En prácticas profesionales y académicas, cuando atendemos a lo que nuestros pacientes dicen, inscribimos las palabras y nuestras observaciones en la palabra escrita, como es el caso de la nota clínica, todos los cuales perturban nuestras identidades y posiciones sociales. Escribir acerca de los clientes, la forma más extensa de escribir en las profesiones clínicas es un ejemplo de cómo definimos a clientes, los terapeutas y las relaciones entre ellos (Bacigalupe, 1996).

Jaco Seikkula, psicólogo finlandés, nos pregunta: “¿cómo crear un lenguaje en el cual todas las voces del cliente y aquellos cercanos al cliente puedan ser escuchadas al mismo tiempo? ... Cómo escuchar, cómo oír, y, aquello que es más importante, cómo responder a cada expresión de nuestros clientes? ... Después de escuchar a nuestros clientes, tenemos la posibilidad de aprender si hemos aprendido a escuchar y entender” (Seikkula, 2002: 283). Como Goolishian y Anderson (Anderson, 2000), Seikkula revaloriza el diálogo como centro de la conversación terapéutica. La pregunta que sigue es creada a partir de las respuestas de nuestros pacientes. Dejando que el cliente cree y haga cuenta de su propio proceso de expresión y que sea agente y dueño de su identidad en diálogo. Polivocalidad, dialogismo y discursividad son empleados por terapeutas influenciados por los filósofos Mikhail Bakhtin, Lev Vygotsky y Ludwig Wittgenstein y apuntan hacia un trabajo de equipo dirigido a escuchar las posiciones múltiples y fluctuantes en que se encuentran las personas cuando están en diálogo. Similar a la tradición sistémica de reconocer el sistema cuando el equipo terapéutico se sienta a observar a una familia y/o su terapeuta detrás del espejo unilateral. En el caso de una terapia dialógica, se trata de escuchar a cada uno en su diálogo interno en el transcurso de una conversación, en el caso del segundo, el trabajo apunta al diagnóstico o creación de una realidad sistémica que está más allá de los individuos, una entelequia similar a la de la estructura psíquica inventada por los psicoanalistas para diagnosticar individuos.

Los idiomas académico y profesional dominantes más los medios de comunicación de masa y los discursos públicos filtran o callan las voces de grandes grupos sociales. Grupos que al ser marginados de legitimidad son construidos desde una perspectiva de déficit. Los investigadores, los educadores, y los clínicos como fabricantes y consumidores de estas normas, somos entrenados para diseñar intervenciones destinadas a vencer este déficit. Pocos de nosotros fuimos sistemáticamente entrenados a valorar a las personas en su capacidad de involucrarse de modo protagónico en el diálogo terapéutico. La del terapeuta es una situación privilegiada al encontrarse con una persona que lo construye como solución potencial a sus dificultades. Si los clínicos fomentan una interacción participativa con sus clientes, el conocimiento local tiene más posibilidades de surgir y dirigir el proceso terapéutico. Aplicando esta perspectiva a los contextos educativos e investigación requiere que prestemos una atención constante a los procesos de escucha debido a su rol central en los procesos de aprendizaje acerca del otro. No es suficiente explicitar que estamos dispuestos a incluir al otro o los contenidos que los participantes traen a la mano en su interacción con nosotros como terapeutas, investigadores, y/o educadores. Es necesario introducir prácticas conversacionales que invitan atender a cómo el proceso de escuchar es construido en estas prácticas profesionales y académicas.

## Participación cooperativa y reflexiva

“Las familias que asisten a terapia atraviesan por un periodo difícil en sus vidas. Aparte de tener que estar adaptándose a rápidos cambios en la nueva economía y resolver tensiones familiares, intentan balancear el mundo de la familia y el trabajo dentro de un discurso que plantea el equilibrio entre ambas como un ideal. En estas circunstancias, el terapeuta debiera encuadrar las preocupaciones familiares dentro de un contexto social que ofrece poco apoyo al cuidado de la familia. Elegir la individualización de estas experiencias únicamente como problemas psicológicos o familiares previene un análisis crítico de los discursos opresivos que sustentan este tipo de tensiones: resolver conflictos sociales vía cambios personales en reemplazo del diseño de ambientes de trabajo justos; salarios dignos, y formas institucionalizadas de solidaridad y justicia.” (Bacigalupe, 2002)

¿Si no podemos arrancarnos de los contextos institucionales en los cuales operamos, cuál es nuestro rol como educadores, investigadores y clínicos? Desde mi perspectiva, nuestra misión es alimentar espacios de colaboración, reflexión y participación. Los contextos participativos desafían los límites que existen entre el “conocimiento experto” y el “conocimiento local”, transformando a pacientes y estudiantes en expertos. Nuestra mirada, entonces, es un no saber informado—una posición ética y de atención más que una habilidad técnica (Andrews, 2003b). Posición que se caracteriza también como “curiosidad epistemológica” (Freire y Macedo, 1995) o como una “claridad que molesta” (Lather, 1996). Actuar como un experto implica la capacidad de evocar y sostener conversaciones que facilitan la colaboración, la apreciación de recursos presentes y re-imaginación de futuros deseados.

Mi posición académica y profesional provee con una extraordinaria influencia sobre el trabajo de estudiantes, clínicos, y clientes. ¿Cómo puedo usar esa influencia en una interacción dialógica? Compartiendo la historia de mi propia emigración o mi niñez. Dialogando continuamente acerca del desafío que presentan las comunicaciones interculturales en relación no sólo al origen étnico, sino también religioso, clase social, raza, orientación sexual, edad, etc. Es una discusión integrada a través del currículo y no separada en módulos separados. Este compartir presenta oportunidades ricas para reconocer los contextos que son la base de nuestras ideas. Es importante aquí reconsiderar la cuestión de contenidos y formas conversacionales en los cuales estos contenidos son compartidos. Compartir nuestras experiencias requiere de contextos de atención que son homologables a los contextos terapéuticos.

Estas conversaciones forman el sustrato básico de un aprendizaje crítico que cuestiona nuestras prácticas clínicas y requiere esfuerzos más complejos que llenar cuestionarios de alternativas múltiples (Bacigalupe, 1998). Finalmente, estas conversaciones, al involucrar mayor reflexividad dentro de un ambiente que involucra escuchar más que hablarle al otro, es una alternativa a la indiferencia de los acercamientos modernistas hacia el conocimiento del que está en una posición de desventaja y el escepticismo de perspectivas modernas y posmodernas que continúan privilegiando perspectivas individualistas por sobre acercamientos relacionales.

## NOTAS

1. Este artículo está basado en una conferencia presentada en el Simposio "Psicoterapia Familiar y de Pareja: Modernidad y Postmodernidad" Cholula, Puebla, Noviembre 1 de 2002.
2. El escuchar generoso es un término que Lois Shawver define como diálogo paralógico: escuchar al otro en sus propios términos aún cuando no estemos de acuerdo con el otro, pero sí entender al otro siendo muy cuidadoso con el uso de las palabras y los sentidos. (<http://www.california.com/~rathbone/local3.htm#generous%20listening2002>).

## REFERENCIAS

- Amundson, J. K., Webber, Z., y Stewart, K. (2000). How narrative therapy might avoid the same damn thing over and over. *Journal of Systemic Therapies*, 19(4), 20-31.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities: A postmodern approach to therapy*. New York: BasicBooks.
- Anderson, H. (2000). *Conversation, language, & possibilities: a postmodern approach to therapy*. Trabajo presentado en la Conferencia Anual de AAMFT, Denver, EU.
- Anzaldúa, G. (Ed.). (1990). *Making face, making soul=Haciendo caras: Creative and critical perspectives by feminist of color*. San Francisco, CA: An Aunt Lute Foundation Book.
- Anzaldúa, G., y Keating, A. (Eds.). (2002). *This bridge we call home: Radical visions for transformations*. New York: Routledge.
- Baca Zinn, M. (1995). Social science theorizing for Latino families in the age of diversity. En R. Zambrana (Ed.), *Understanding Latino families: Scholarship, policy and practice* (pp. 177-189). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bacigalupe, G. (1996). Writing in therapy: A participatory approach. *Journal of Family Therapy*, 18(4), 361-375.
- Bacigalupe, G. (1998). Cross-cultural systemic therapy training and consultation: A postcolonial view. *Journal of Systemic Therapies*, 17(1), 31-44.
- Bacigalupe, G. (2000). Educación y consultoría en terapia sistémica en contextos interculturales: una visión poscolonial [Cross-cultural systemic therapy training and consultation: a postcolonial view]. *Sistemas Familiares*, 16(2), 37-48.
- Bacigalupe, G. (2002). Is balancing family and work a sustainable metaphor? *Journal of Feminist Family Therapy*, 13(2/3), 9-20.
- Bacigalupe, G. (en prensa). Intercultural therapy with Latino immigrants and White partners: Crossing borders coupling. *Journal of Couple and Relationship Therapy*, 2(2/3).
- Bot, H. (1990). Transference and countertransference in cross-cultural therapies. *The Psychotherapy Patient*, 7(1-2), 85-103.
- Byrne, N. O. R., y McCarthy, I. C. (1999). Feminism, politics and power in therapeutic discourse: Fragments from the Fifth Province. En I. Parker (Ed.), *Deconstructing psychotherapy* (pp. 86-102). London: Sage.
- Casas, J. M., y Pytluk, S. D. (1995). Hispanic identity development: implications for research and practice. En J. G. Ponterotto, J. M. Casas, L. A. Suzuki y C. M. Alexander (Eds.), *Handbook of multicultural counseling* (pp. 155-180). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cecchin, G. (1987). Hypothesizing, circulating, and neutrality revisited: an invitation to curiosity. *Family Process*, 26(4), 405-413.
- Cheyfitz, E. (1991). *The poetics of imperialism: Translation and colonization from the tempest to Tarzan*. Oxford: Oxford University.
- Clifford, J. (1983). On ethnographic authority. *Representations*, 1(2), 118-146.
- Clifford, J., y Marcus, G. E. (Eds.). (1986). *Writing culture: The poetics and politics of ethnography*. Berkeley CA: University of California Press.
- Clough, P. T. (1992). *The end(s) of ethnography: From realism to social criticism*. Newbury Park, CA: Sage.
- Comas-Díaz, L. (2001). Hispanics, Latinos, or Americanos: The evolution of identity. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 7(2), 115-120.

- Doan, R. E. (1998). The king is dead; long live the king: Narrative therapy and practicing what we preach. *Family Process*, 37(3), 379-385.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., y Hubble, M. A. (1998). Is the customer always right? *Family Therapy Networker*, March/April, 81-90, 95-96.
- Duncan, B. L., Solovey, A. D., y Rusk, G. S. (1992). *Changing the rules: A client-directed approach to therapy*. New York, NY: The Guilford Press.
- Dyche, L., y Zayas, L. H. (1995). The value of curiosity and naivete for the cross-cultural psychotherapist. *Family Process*, 34(4), 389-399.
- Echeverría, R. (1994). *La ontología del lenguaje*. Santiago, Chile: Dolmen Ediciones.
- Falicov, C. J. (2001, April 28). *Counseling the couple: Can (and should) marriage be saved?* Trabajo presentado en la reunión: What's marriage got to do with it? Rethinking debates over research, practice and policy, Fordham University, New York, NY.
- Foucault, M. (1977). *Discipline and punish: The birth of the prison* (A. Sheridan, Trans.). New York: Random House Inc.
- Freedman, J., y Combs, G. (1996). *Narrative therapy: The social construction of preferred realities*. New York: W.W. Norton.
- Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. México: Silgo Veintiuno.
- Freire, P., y Macedo, D. (1995). A dialogue: Culture, language, and race. *Harvard Educational Review*, 65(3), 377-402.
- Gergen, K., y Davis, K. E. (Eds.). (1985). *The social construction of the person*. New York: Springer-Verlag.
- Gergen, K. J. (1994). *Realities and relationships: Soundings in social construction*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Gergen, K. J. (2001). Relational process for ethical outcomes. *Journal of Systemic Therapies*, 20(4), 7-10.
- Gold, S., y Bacigalupe, G. (1998). Interpersonal and systemic theories. In D. Barone, M. Hersen y V. V. Hasselt (Eds.), *Advanced Personality* (pp. 57-79). New York: Plenum Press.
- Goonatilake, S. (1984). *Aborted discovery: Science and creativity in the third world*. London: Zed Books.
- Gorkin, M. (1986). Countertransference in cross-cultural psychotherapy: The example of Jewish therapist and Arab patient. *Psychiatry*, 49(1), 69-79.
- Hardy, K. V., y Laszloffy, T. A. (1995). The cultural genogram: Key to training culturally competent family therapists. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(3), 227-237.
- Hart, B. (1995). Re-authoring the stories we work by: Situating the narrative approach in the presence of the family of therapists. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 16(4), 181-189.
- Harvey, M. A. (1993). Cross cultural psychotherapy with deaf persons: A hearing, White, middle class, middle aged, non-gay, Jewish, male, therapist's perspective. *Journal of the American Deafness and Rehabilitation Association*, 26(4), 43-55.
- Hoffman, L. (2002). *Family therapy: An intimate history*. New York, NY: W.W. Norton.
- Imber-Black, E. (1988). *Families and larger systems: a family therapist's guide through the labyrinth*. New York, NY: Guilford.
- Jordan, J. (2000). The role of mutual empathy in relational/cultural therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 56(8), 1005-1018.
- Khisty, K. (2001). Transcultural differentiation: A model for therapy with ethno-culturally diverse families. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 22(1), 17-24.
- Laird, J. (1998). Theorizing culture: Narrative ideas and practice principles. In M. McGoldrick (Ed.), *Re-visioning family therapy: Race, culture, and gender in clinical practice* (pp. 20-36). New York: The Guilford Press.
- Lappin, J. (1983). On becoming a culturally conscious family therapist. In C. Falicov (Ed.), *Cultural perspectives in family therapy* (pp. 122-147). Rockville, MD: Aspen Publications.
- Lather, P. (1996). Troubling clarity: The politics of accessible language. *Harvard Educational Review*, 66(3), 525-545.
- Lawless, J. J., Gale, J., y Bacigalupe, G. (2001). The discourse of culture and race in family therapy supervision: A conversational analysis. *Contemporary Family Therapy*, 23(2), 181-197.
- Luke, C., y Carrington, V. (2000). Race matters. *Journal of Intercultural Studies*, 21(1), 5.
- Maranhao, T. (1986). *Therapeutic discourse and Socratic dialogue*. Madison: The University of Wisconsin Press.
- Marks, S. R., y Leslie, L. A. (2000). Family diversity and intersecting categories: Toward a richer approach to multiple roles. In D. H. Demo, K. R. Allen y M. A. Fine (Eds.), *Handbook of*

- family diversity* (pp. 402-423). New York: Oxford University Press.
- McGoldrick, M., Giordano, J., y Pearce, J. K. (Eds.). (1996). *Ethnicity and family therapy* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- McGoldrick, M., Pearce, J., y Giordano, J. (Eds.). (1982). *Ethnicity and family therapy* (1 ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- McLeod, J. (1997). *Narrative and psychotherapy*. London: Sage.
- Morgan, A. (2000). *What is narrative therapy? An easy-to-read introduction*. Adelaide, South Australia: Dulwich Centre Newsletter.
- Pinderhughes, E. (1989). *Understanding race, ethnicity and power*. New York, NY: The Free Press.
- Rigazio-DiGilio, S. A., y Ivey, A. E. (1995). Individual and family issues in intercultural therapy: A culturally centered perspective. *Canadian Journal of Counselling*, 29(3), 244-261.
- Rosaldo, R. (1989). *Culture & truth: The remaking of social analysis*. Boston, MA: Beacon Press.
- Seikkula, J. (2002). Open dialogues with good and poor outcomes for psychotic crises: Examples from families with violence. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28(3), 263-274.
- Seu, I. B., y Heenan, C. M. (Eds.). (2000). *Feminism & psychotherapy: Reflections on contemporary theories and practices*. London, UK: Sage.
- Smith, C. (1997). Introduction: Comparing traditional therapies with narrative approaches. En C. Smith y D. Nylund (Eds.), *Narrative therapy with children and adolescents* (pp. 1-52). New York, NY: The Guilford Press.
- Strong, T. (2002). Collaborative "expertise" after the discursive turn. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(2), 218-232.
- Sue, S., Arredondo, P., y McDavis, R. J. (1992). Multicultural counseling competencies and standards: A call to the profession. *Journal of Counseling & Development*, 70, 477-486.
- Tyler, S. A. (1987). *The unspeakable: Discourse, dialogue, and rethoric in the postmodern world*. Madison: The University of Wisconsin Press.
- Weingarten, K. (1998). The small and the ordinary: The daily practice of a postmodern narrative therapy. *Family Process*, 37, 3-15.
- White, M. (1988). The process of questioning: A therapy of literary merit? *Dulwich Centre Newsletter* (Winter), 8-14.
- White, M. (1991). Deconstruction and therapy. *Dulwich Centre Newsletter* (3), 21-40.
- White, M., y Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: W. W. Norton & Company.
- Wynne, L., McDaniel, S. H., & Weber, T. T. (Eds.). (1986). *Systems consultation: A new perspective for family therapy*. New York: Guilford.
- Zimmerman, J. L., y Dickerson, V. C. (1996). *If problems talked: Narrative therapy in action*. New York: The Guilford Press.