

Gotierrez, Felipe (Com.)

Psicoterapia familiar y de Pareja:
"Modernidad y Postmodernidad"



Las Terapias Colaborativas como Prácticas Interculturales y Poscoloniales

GONZALO BACIGALUPE

Nuestra tarea clínica requiere navegar dominios que son fluidos, que se interceptan y que la relación terapéutica moviliza. Para ello es útil pensar en 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." Toda terapia puede ser construida como una relación intercultural: conversaciones en las cuales los supuestos culturales organizan el trabajo clínico, las historias que contamos, el modo de hacer sentido, etc. En los EEUU, es casi imposible tener una práctica clínica y esperar responder a solo pacientes que recuerdan 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 son complejas 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" central de nuestras sociedades. La interculturalidad esta para quedarse con nosotros, esto a pesar del discurso aparentemente contestatario que define los procesos de globalización como procesos de pura homogeneización y

- Spivak, G. C. (1991). Can the subaltern speak?. In C. Nelson & L. Grossberg (Eds.), Marxism and the interpretation of culture. Urbana: University of Illinois Press.
- US Committee for Refugees. (1998). Colombia's silent crisis: one million displaced by violence. Washington D.C.: Immigration and Refugee Services of America.
- Waldegrave, C. (1990). Just therapy. Dulwich Centre Newsletter. 1, pp.5-46.
- Walters, M., Carter, B., Papp, P. & Silverstein, O. (1988). The invisible web: gender patterns in family relationships. New York: Guilford Press.
- Walters, M. (1990). A feminist perspective in family therapy. In M.P. Murkin (Ed.), The social and political contexts of family therapy (pp.51-68). Boston: Allyn & Bacon.
- Weingarten K. (1991). The discourses of intimacy: adding a social constructionist and feminist view. Family Process. 30, 285-305.
- Weingarten K. (1992). A consideration of intimate and non-intimate interactions in therapy. Family Process. 31, pp.45-59.
- Weingarten, K. & Cobb, S. (1995). Timing disclosure sessions: adding a narrative perspective to clinical work with adult survivors of sexual abuse. Family Process. 34, pp.257-269.
- Weingarten, K. (1998). Radical listening: challenging cultural beliefs for and about mothers. Journal of Feminist Family Therapy. 7 (1/2), pp.7-22.
- Welsh, J. (1996). Violations of human rights: traumatic stress and the role of NGOs. In Y. Danieli, N.S. Rodley, & L. Weisaeth (Eds.), International responses to traumatic stress. (pp. 131-159). New York: Baywood Publishing Company.
- White, M. & Epston, D. (1990). Narrative means to therapeutic ends. New York: Norton and Norton.
- White, M. (1995). Re-authoring lives: interviews and essays. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- Wittgenstein, L. (1953). Philosophical investigations. Oxford: Basil Blackwell

dominación lineal. Las familias están también moviéndose 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 culturales (cultural studies), 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. 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 EEUU) y los profesionales que trabajan con ellos he encontrado inspiración en el trabajo de escritoras feministas Chicanas como Gloria Anzaldúa cuando necesito reconocer con las parejas y familias las complejidades a las que se ven enfrentadas o las herramientas que nos ofrecen los antropólogos postmodernos¹ o los psicólogos construccionistas² que cuestionan la posición privilegiada del investigador social en relación a las comunidades estudiadas. Estas sensibilidades combinadas con un foco en los sistemas macro 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 en prácticas educacionales liberadoras y que encontramos aplicadas en las terapias narrativas.³ Me interesa trabajar no solo 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. Mi trabajo clínico era inicialmente con sobrevivientes de trauma donde intentaba aliviar las cicatrices de la violencia producida por la represión política. El desafío en ese entonces era encontrar discursos teóricos apropiados para entender a mis pacientes cuyas condiciones reflejaban una sociedad destruida por la violencia devastadora de una dictadura militar. Los enfoques participativos, cooperativos y reflexivos para el trabajo clínico se sostenían en la integración de orientaciones

sistémicas, contextuales y relacionales con la 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, en el caso del abuso sexual y físico—es a menudo acompañado del abuso estructural como resultado de intervenciones institucionales después que el abuso es reportado por las víctimas (Bacigalupe, 2001).

Aparte de identificar fuentes de injusticia, es crucial desestabilizar cómo pensamos acerca de estos procesos opresivos antes de considerar las maneras de afrontarlos, disolverlos, 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 dirige 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 entrenamientos transparentes y participativos, preparar documentos clínicos que enfatizan no solo diversas voces pero también evaluaciones centradas en las ventajas y habilidades de las personas más que en las deficiencias.

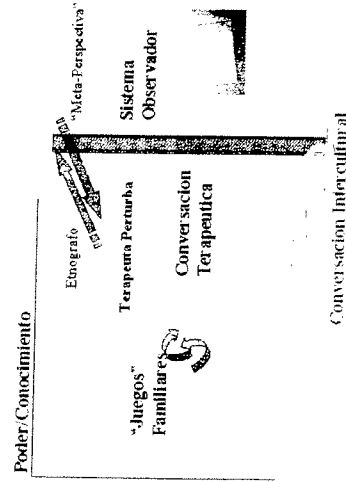
Subvertir procesos opresivos requiere más que una crítica de aquello que no funciona o discrimina. Necesitamos analizar aquellas dimensiones que tienen el potencial de moverlas más allá de los obstáculos aparentes y fácticos. Criticar contenidos no es tan arduo, pero más delicado es implementar una praxis 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, in press). Un terapeuta con experiencia y competente no es solamente aquel que ha logrado cierto nivel de "alfabetización cultural" que le permite facilitar esta conversación (Dyche & Zayas, 1995). Un acercamiento empático, el consenso sugiere, está al centro de un trabajo clínico efectivo (Duncan, Miller, & Hubble, 1998; Duncan, Solovey, & Rusk, 1992). De modo similar, un acercamiento respetuoso y empático es cardinal en el acercamiento terapéutico sensible a lo intercultural (Jordan, 2000). Para los terapeutas relacionales, 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 (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 Latino América 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 solo 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 de terapeutas en Norteamérica

Discursos Culturales en la Terapia Relacional



Bacigalupe © 2002

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, & McDavis, 1992) o al momento de ingresar en el mundo de las creencias y valores de nuestros clientes (Rigazio-DiGilio & Ivey, 1995). Estas formas de exploración cultural vuelven la mirada sobre el conocimiento personal que el terapeuta tiene sobre su propio bagaje cultural (Hardy & 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 pueden reflejar formas gentiles de colonialismo (Bacigalupe, 1998; Cheyfitz, 1991) en la cual 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 Foucauldiano, terapeuta y paciente participan en una pseudo-colaboración. ¿Qué es una relación colonial en el contexto del intercambio terapéutico o formativo? Son aquellas en 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. Mas 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 ac

Las teorías postcoloniales proveen mapas ricos del papel que juegan las múltiples posiciones y categorías que enmarcan nuestras vidas (Marks & 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 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 esta "aprendiendo" traen a la mano modelos de trabajo creados en sus propias culturas y reflejan las condiciones imperantes en su medio profesional y académico.

Como terapeutas, Uds. también se enfrentan a estos dilemas, 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 como 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. Cuando sugiero que toda terapia (o toda supervisión o consultaría o encuentro formativo) tiene la forma de un encuentro entre culturas, me refiero a estas relaciones y al incorporar explícitamente la exploración de estos aspectos en cada una de esas instancias. La identidad de los participantes se configura y reconfigura en esas interacciones. No basta, por otro lado, con reconstruir la problemática 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 que discurso estamos respondiendo, que ideas estamos asumiendo como dadas o aquellas que suponemos son no modificables.

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 como las historias, lenguajes, razas, posiciones de clase, etc. se interceptan 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 & Pytluk, 1995; Comas-Díaz, 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. 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 como 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, la raza, clase, etnia, género, y otras dimensiones 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

teorías construccionistas, están marcadas por estas dimensiones (Luke & Carrington, 2000, p.5).

¿Sí 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.

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 como se han impuesto ciertas maneras de construir el mundo o la internalización de ciertos discursos como propios, facilita el desenmascaramiento de categorías impuestas lo cual es crucial para facilitar conversaciones que permiten a la familia moverse en la dirección que desean (Terri Karis, Comunicación Personal, 5 de Septiembre, 2001).

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 límites. 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 quien es guía y quién es el otro. Lamentablemente en ambos casos los procesos de dominio y alienación se reproducen con facilidad. Nuestras profesiones, en realidad han sido diseñadas para trabajar esa interacción de modo de alejar a este otro. 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 las investigaciones empíricas que buscan clasificar a las familias en categorías precisas que definan estilos normales y patológicos de interacción.

A pesar que la transparencia y la curiosidad pueden integrarse para crear un contexto seguro en la relación terapéutica, obvias diferencias culturales en las cuales en formas de dominio y privilegio están presentes. 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 reconstruir las formas de privilegio donde el miembro que juega el papel dominante probablemente mantiene sin cuestionamientos. El proceso terapéutico, en este caso, incluye lo que los terapeutas feministas refieren a la necesidad de abordar directamente situaciones de desequilibrio estructural donde se abordan cuestiones de poder y autoridad (Byrne & McCarthy, 1999; Seu & 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 ordenada y 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 EEUU, 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 EEUU, mi crianza académica ocurre a fines de los ochenta y comienzos de los noventa cuando la terapia familiar en los EEUU 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 estructuraron) 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 viajan 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 países, aprender una técnica o un concepto y administrarlo como un negocio. Este patrón de reproducción es 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 solo en el contexto de la relación terapéutica como la sugieren las terapias narrativas. Propongo que las terapias colaborativas que son atentas al engranaje intercultural pueden 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 & Bacigalupe, 1998, p. 69). Las ideas 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 los otros, “el observador viene a ser concebido como creador de su punto de vista en el proceso de interacción con el observado, no es neutro, externo, o testigo objetivo que toma nota de las interacciones entre otros” (Gold & Bacigalupe, 1998, p. 69). Como educador de terapeutas, intento orientar a los estudiantes a distinguir los supuestos que informan 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 del discurso que cada uno de nosotros acarrea acerca de quienes somos y quienes 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 la institución?

Estas preguntas invitan en la conversación al contexto social en el cuál la terapia ocurre. Alientan el reconocimiento de relaciones sociales más globales y el análisis de como 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, este espera alguna acción por el otro participante (s). Cuándo se finaliza el turno de uno este 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 & 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. Esta cuestión es particularmente pertinente cuando estoy en la posición de profesor/supervisor (Bacigalupe, 1996c).

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 la cuál las relaciones sociales injustas se reproducen sin querer. Prefiero, entonces, asumir una visión crítica de la postura experta moderna y 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 implica 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, y trascienden 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 un proceso continuo de contar el mundo e inscribir nuestras identidades dentro de ciertas narrativas que contamos en el contexto terapéutico lo cual es central en terapia, aún más pertinente es que estas historias son 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 generoso¹ juega un papel tremendo en las conversaciones terapéuticas. 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, 1996c).

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?" (2002, p. 283). "Como escuchar, como oír, y, aquello que es más importante, como 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." Como Goolishian y Anderson (Anderson, 2000), Seikkula revalora 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 el diálogo. Polivocalidad, dialogismo, y discursividad son empleados por terapeutas influenciados por los filósofos Mikhail Bakhtin, Lev Vygotky 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 apuntaba al diagnóstico o creación de una realidad sistémica que estaba 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 marginalizados de legitimidad son contruidos 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 estos déficit. Pocos de nosotros fuimos sistemáticamente entrenados a valorar 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 potencial solución 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. Semejantemente, mi enseñar e investigar las prácticas es estar atento al proceso de escuchar como un proceso central en el aprendizaje acerca de otros.

Participación Cooperativa y Reflexiva

Las familias que asisten a terapia están atravesando 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 del 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 colaborativas, reflexivos, participativos. Los contextos participativos desafían los límites que existen entre el “conocimiento experto” y el “conocimiento local”, transformando a clientes y estudiantes en expertos. Nuestra mirada, entonces, es un no saber informado—una posición ética y de atención más que una habilidad técnica. Posición

caracterizable también como “curiosidad epistemológica” (Freire & 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 el re-imaginar 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 acerca de mi familia cuando niño. Dialogando continuamente acerca del desafío que presentan las comunicaciones interculturales en relación no solo al origen étnico pero también religioso, clase social, raza, orientación sexual, edad, etc. Es una discusión integrada a través del currículo y no separada en módulos. 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 envuelve 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.

- ¹ (Clifford, 1983; Clifford & Marcus, 1986; Clough, 1992; Maranhao, 1986; Tyler, 1987).
- ² (Gergen & Davis, 1985; Gergen, 1994, 2001)
- ³ (Amundson, Webber, & Stewart, 2000; Bacigalupe, 1996; Doan, 1998; Freedman & Combs, 1996; Hart, 1995; Laird, 1998; McLeod, 1997; Morgan, 2000; Smith, 1997; Weingarten, 1998; White, 1988, 1991; White & Epston, 1990; Zimmerman & Dickerson, 1996).
- ⁴ El escuchar generoso es un término que Lois Shawyer define como diálogo paralingüístico: 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.

Bibliografía Citada

- Amundson, J. K., Webber, Z., & 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. (2000). *Conversation, language, & possibilities: a postmodern approach to therapy*. Paper presented at the AAMFT Annual Conference, Denver.
- Baca Zinn, M. (1995). Social science theorizing for Latino families in the age of diversity. In R. Zambraña (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. (2001). Latin@s sobrevivientes de abuso sexual en los Estados Unidos: Un acercamiento relacional al diagnóstico e intervención [Latin@ child sexual abuse survivors in the United States: relational assessment and intervention]. *Psykhe*.
- Bacigalupe, G. (2002). Is balancing family and work a sustainable metaphor? *Journal of Feminist Family Therapy*, 13(2/3), 9-20.
- Bacigalupe, G. (in press). 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., & McCarthy, J. C. (1999). Feminism, politics and power in therapeutic discourse: Fragments from the Fifth Province. In I. Parker (Ed.), *Deconstructing psychotherapy* (pp. 86-102). London: Sage.
- Casas, J. M., & Pyltlak, S. D. (1995). Hispanic identity development: implications for research and practice. In J. G. Ponterotto & J. M. Casas & L. A. Suzuki & C. M. Alexander (Eds.), *Handbook of multicultural counseling* (pp. 155-180). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cheyfitz, E. (1991). *The poetics of imperialism: Deconstruction of colonialism through the tempest to Tarzan*. Oxford: Oxford University.
- Clifford, J. (1983). On ethnographic authority. *Representations*, 1(2), 118-146.
- Clifford, J., & 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., & Hubble, M. A. (1998). Is the customer always right? *Family Therapy Networker*, March/April, 81-90, 95-96.
- Duncan, B. L., Solovey, A. D., & Rusk, G. S. (1992). *Changing the rules: A client-directed approach to therapy*. New York, NY: Te Guilford Press.
- Dyche, L., & Zayas, L. H. (1995). The value of curiosity and naivete for the cross-cultural psychotherapist. *Family Process*, 34(4), 389-399.
- Falicov, C. J. (2001, April 28). *Counseling the couple: Can (and should) marriage be saved?* Paper presented at the What's marriage got to do with it? Rethinking debates over research, practice and policy, Fordham University, New York, NY.
- Freedman, J., & Combs, G. (1996). *Narrative therapy: The social construction of preferred realities*. New York: W. W. Norton.
- Freire, P., & Macedo, D. (1995). A dialogue: Culture, language, and race. *Harvard Educational Review*, 65(3), 377-402.
- Gergen, K., & 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.
- 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., & 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.
- 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.
- Laud, 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.
- Luke, C., & 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., & Leslie, L. A. (2000). Family diversity and intersecting categories: Toward a richer approach to multiple roles. In D. H. Demo & K. R. Allen & M. A. Fine (Eds.), *Handbook of family diversity* (pp. 402-423). New York: Oxford University 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., & Ivey, A. E. (1995). Individual and family issues in intercultural therapy: A culturally centered perspective. *Canadian Journal of Counselling*, 29(3), 244-261.
- Seu, I. B., & 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. In C. Smith & 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., & 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., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: W. W. Norton & Company.
- Zimmerman, J. L., & Dickerson, V. C. (1996). *If problems talked: Narrative therapy in action*. New York: The Guilford Press.