

La conversación terapéutica y la construcción de una etnia

José Antonio Garciandía¹, Jeannette Samper²

Resumen

El objetivo de este artículo es compartir algunas ideas y prácticas que sobresalen cuando se construye la relación terapéutica en una cultura latinoamericana, luego de tener en cuenta en nuestras conversaciones las diferencias de clase social, raza, educación y etnia que existen entre terapeuta y consultante, y que se hacen evidentes desde el primer momento. Los problemas vividos por nuestros consultantes señalan un amplio espectro de matices de creencias, símbolos y mitos familiares, sociales y culturales, que se han entrelazado en la evolución del problema. Así, exploramos los problemas de nuestros consultantes a la luz de su historia y cultura particular, y mostramos la participación de los seres cercanos, con sus mitos y los discursos y prácticas del entorno que dan sentido a sus éxitos y fracasos.

Palabras clave: construcción, etnia terapéutica, conversación.

Title: Therapeutic Conversation and the Construction of an Ethnia

Abstract

The purpose of this article is to share some of the beliefs and practices that stand out when a therapeutic relationship is built in a Latin-American culture, after taking into account in our conversations the differences in social class, race, education and ethnicity that exist between therapist and consultant and that are evident from the start. The problems lived by our consultants show an ample spectrum of cultural and social beliefs, symbols and family myths, that have become twined in the evolution of the problem. So we explore the problems of our consultants in the light of their particular history and culture and we show the participation of close ones, with their myths and the discourses and practices of the environs that give meaning to their successes and failures.

Key words: construction, therapeutic ethnia, conversation.

.....
¹ Médico-psiquiatra, profesor del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental y del Departamento de Medicina Preventiva y Social en la Pontificia Universidad Javeriana.

² Terapeuta sistémica, directora de Formación en Terapia Sistémica. Sistemas Humanos, Bogotá, Colombia. Docente de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá y Cali; de la Universidad del Valle, Cali, y de la Universidad de la Sabana, Bogotá.

Introducción

En Europa y Estados Unidos, desde la mitad del siglo pasado, terapeutas de todos los modelos de intervención individual se dieron a la tarea de integrar ideas sistémicas y nuevas teorías sobre la comunicación y la influencia del contexto a su forma de comprender e intervenir en los problemas. En nuestro medio colombiano nos hemos dado a la tarea de adaptar y de utilizar estos avances en condiciones bien diferentes a la de los pioneros de reconocimiento internacional. Queremos hacer hincapié en la influencia de la cultura como un organizador trascendental en la vida del individuo y del quehacer terapéutico. Como observadores-participantes de la cultura colombiana, nuestra visión refleja las distinciones que hacemos y cómo hemos afinado nuestra mirada y nuestro oído para entender que las historias de dolor y frustración expresan las marcadas diferencias que existen en el entorno étnico-cultural. En el trasfondo de cada historia contada, vislumbramos cómo se hacen presentes las características de clase, raza, origen étnico, nivel educativo, género y lengua para lograr, como diría Humberto Maturana, “el reconocimiento del otro como un legítimo otro en la relación” (1).

En su libro *Terapia sistémica de Milán*, Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin comparten con Lynn Hoff-

man, Peggy Penn y los lectores cómo el equipo terapéutico y el sistema consultante se integran y conforman un *sistema significante* que elabora nuevos significados sobre el problema que los reúne. Desde nuestra experiencia, queremos resaltar la dimensión étnica, donde el valor principal se logra cuando se integran las comprensiones del consultante y su terapeuta en la creación de una más abarcadora. Es decir, se crea un nuevo sistema en el cual se funden las complejidades contadas y vividas por todos sus miembros, que generan un exclusivo tejido desde el cual se puede comenzar a vivir de manera diferente. Este grupo terapéutico lo hemos nombrado sistema étnico *significante* o *etnia terapéutica*.

Esta etnia terapéutica recoge todas las características del consultante y del terapeuta a fin de crear una relación cuyo objetivo es lograr, en un tiempo y espacio singular, la transformación de creencias y acciones para luego disolver el sistema. Por ejemplo, en uno de los casos que analizaremos, la primera frase expresada por la paciente identificada (mujer blanca de 24 años que llega acompañada por sus padres) crea una apertura al “sí mismo” de la joven y a la etnia familiar que ha creado el problema. Así, cuando la madre intenta excusarse, a los pocos minutos de iniciada la sesión, diciendo “... me acabo de acordar de que dejé una olla en el

fogón”, Susy comenta con tono de voz fuerte y acusatorio: “Ella mientras, siempre hace eso, me deja en los momentos difíciles, ella no quiere estar aquí, ella nunca toma partido”.

Luego de esta escena y aludiendo a la clase social de los consultantes, la terapeuta sugiere hacer una llamada telefónica a la empleada para que se resuelva ese inconveniente. Ahí es donde se evidencian los primeros hilos de significado que se entrelazan en la evolución del problema de la consultante. El padre, quien ha mantenido silencio hasta que la madre se ausenta, expresa que desde su estadía en Estados Unidos, cuando Susy tenía doce años, la familia se acostumbró a no tener empleada, explicación que justifica a la madre el ausentarse y dejar a su hija enfurecida y sola con el papá. Este inicio da pie para explorar la aparición del problema de Susy en Estados Unidos, cuando ella dice que “observé que mi hermana mayor iba al psiquiatra y obtenía grandes atenciones y privilegios, entonces yo también quise tener esos beneficios, así que empecé a actuar como loca, como ella lo hacía”.

Susy cuenta que desde entonces lleva doce años asistiendo a múltiples terapias, donde la han diagnosticado como “...esquizofrénica, paranoide, ‘borderline’, trastorno de personalidad, TAB, trastorno de identidad sexual...”.

entre otros. Este discurso de Susy, aparentemente aceptado por su padre, genera curiosidad sobre el significado que cada uno de estos diagnósticos puede haber tenido en el desarrollo del problema y en el sentido que Susy y su familia han logrado de “sí misma”. Tom Harré, en su libro *La mente discursiva* (2), resalta cuatro coordenadas en las que se mueve y evoluciona el “sí mismo”, elementos que, hemos encontrado, nos ayudan a orientar nuestra conversación con Susy. Harré ubica la primera coordenada en el espacio físico donde la persona se relaciona para crear su propia visión del mundo. La segunda coordenada tiene que ver con el tiempo y la secuencia de eventos usados por cada ser humano mientras traza su propio camino. La tercera se observa en las manifestaciones de responsabilidad que surgen a partir de las obligaciones y compromisos que la persona incorpora desde su entorno. Finalmente, la identidad social proviene del lugar que ocupa la persona en relación con otros de su estatus, edad, reputación y género.

En las frases iniciales de Susy estas cuatro coordenadas se visibilizan de la siguiente manera: el intercambio entre terapeuta y familia sobre el motivo para ausentarse la madre refleja elementos del espacio físico histórico y actual de esta familia. En los comentarios de Susy sobre su observación de las conduc-

tas que inicialmente llevaron a su hermana mayor a recibir un trato preferencial deseado por ella se evidencia la segunda coordenada mencionada por Harré. Igualmente se hacen visibles los hilos que mostrarán la dinámica que se estableció entre padres e hija frente a los diagnósticos de enfermedad mental, donde ellos, como padres responsables, buscan una y otra vez un profesional que pueda diagnosticar, tratar y curar a su hija enferma, mientras ella se convierte en experta manipuladora de esos hilos. Finalmente, Susy adquiere la identidad de una enferma mental crónica frente a sus hermanos, familia extensa, colegio y los profesionales tratantes. Por lo anterior, consideramos necesario para conocer a cada persona y su motivo de consulta hacer preguntas sobre el espacio familiar, los eventos históricos significativos, la distribución de responsabilidades y el lugar que el consultante ocupa en relación con otras personas de su medio social.

Nuestro interés se centra en comprender la interacción de nuestro consultante con personas significativas a lo largo de su historia, teniendo en cuenta la visión genial de Gregory Bateson, cuando afirma cómo “la interacción es la unidad elemental en la evolución de los sistemas humanos” (3). El estudio del desarrollo relacional del problema desde los primeros instantes de la comunicación terapéutica nos indi-

ca que el individuo y su problema están sumergidos en un universo de relaciones y relatos, muchos de los cuales lo han precedido (4) y otros se han generado en la convivencia.

El relato sobre el motivo de consulta y las palabras utilizadas para describirlo reflejan la complejidad de relaciones y relatos que confluyen en la creación, evolución y permanencia del síntoma. Sin las palabras y acciones de las relaciones interpersonales sostenidas a lo largo del tiempo, el problema y la identidad problematizada, así como la cultura familiar serían diferentes. Sin embargo, el hecho de presentarse tal y como lo describen es para el terapeuta una invitación a indagar sobre el entrelazamiento de mundos privados, mundos públicos y palabras expresadas que los conectan y los mantienen.

Las personas y los problemas que somos invitados a comprender tienen que ver con “...un ancestro común a través del cual los individuos han evolucionado valores y costumbres compartidas [...] la familia es la trasmisora [...] ejerciendo una influencia muy poderosa en la determinación de la identidad”. McGoldrick prosigue diciendo que “La etnicidad puede equipararse, junto con el sexo y la muerte, como un tema que toca intensamente los sentimientos inconscientes profundos de la mayoría de las personas” (5).

En la interacción, los participantes van creando un espacio relacional donde se comparte la historia pasada del consultante, se vive el presente con dolor y donde el futuro está por definir (6). El problema vivido en el presente generalmente habla de experiencias y relaciones que adquieren significado a la luz de los mitos y prácticas que conforman el entorno del consultante. En el encuentro cada participante aporta palabras y gestos que el otro lee y que se convierten en preguntas, aclaraciones o negaciones, para crear así un derrotero común. Los miembros de este sistema étnico recién constituido llevan su diálogo a partir de lo social y público, para luego construir una relación donde lo íntimo, lo privado y lo sagrado se convierten en hilos que se entrelazarán en un tejido único, exclusivo de esos encuentros.

Los hilos que conforman el tejido que soportará la etnia terapéutica parten de la polifonía de voces que expresan las historias de dolor que han iniciado la terapia. Cada voz aporta las creencias y vivencias que su autor necesita canalizar con la esperanza de que sea escuchada y compartida por otros. En ese desarrollo el tejido se va complejizando y va formando el entramado de un mural que cobrará sentido en el futuro. La riqueza de la expresión de las imágenes contenidas en el mural se logra merced a las preguntas

y respuestas que se entrelazan a partir de los mitos y ritos que en el entorno externo han dado sentido a la situación actual.

La experiencia con dos familias, donde el paciente identificado, miembro menor de la familia, se comporta de maneras que la familia y otros profesionales han calificado como “extrañas, bizarras, incomprensibles y problemáticas; merecedoras de diagnóstico y tratamiento psiquiátrico”, nos permiten explicar nuestro entendimiento de la etnia terapéutica.

Las historias

La familia de Susy procede de un estrato socioeconómico alto, colombiano. El padre, ingeniero profesional, alto ejecutivo de una empresa multinacional, es trasladado por su empresa a Estados Unidos, donde viven durante diez años, en tres ciudades diferentes. Entre Susy y su hermana mayor hay una diferencia de quince años, la cual se convierte en una diferencia importante al tratar de entender el historial de sus diagnósticos y tratamientos; “psicosis, trastorno bipolar, etc.”.

El motivo de consulta de la familia de Susy tiene que ver con su molestia en relación con la situación que están viviendo. En el primer encuentro Susy se describe como “Soy TAB”, a lo cual la tera-

peuta intencionalmente pregunta “...y eso ¿qué es?”. “Usted es terapeuta y no sabe qué es un TAB”, añade Susy con sorpresa, para luego relatar la larga historia de sus múltiples diagnósticos y tratamientos, que la terapeuta aprovecha con el objetivo de deconstruir con ellos los entendimientos familiares.

Entre preguntas, respuestas y recuentos se comienzan a evidenciar las creencias de su familia frente a sus conductas, es decir, las ‘patologías’ que han causado hospitalizaciones, fracasos académicos y el aislamiento de la familia extensa y de la sociedad en general. A sus 24 años, Susy ha estado en tres universidades y ha iniciado tres carreras profesionales diferentes. Los padres reportan un novio, para ellos ‘imaginario’ y muerto hace varios años. Susy pelea con este concepto y alega que Germán sí fue su novio y que son ellos quienes quieren imaginar lo contrario, para mantenerla alejada de amistades y familiares.

Susy relata su enamoramiento de un sacerdote, el cual vivió ella unilateralmente, pues sólo su madre lo sabía, lo que la llevó a aislar a su hija de la comunidad y del confesionario. La madre igualmente le prohibía a Susy establecer amistades, aun con sus primas; porque consideraba que ella era muy preguntona e imprudente y que le provocaba vergüenzas a la familia. Orgullosamente ambos padres resal-

taban su amor por Susy, demostrado en sus múltiples terapias, las cuales no habían dado los frutos esperados.

Luego en una sesión individual, Susy presenta a su amiga “conscientemente inventada y secreta” (Anabella Falatori), a quien admira en secreto y pretende emular. Describe a Anabella como la persona que ella anhela llegar a ser. Tiene todos los atributos del “yo ideal” de Susy: “es linda, habla varios idiomas, tiene dinero, viaja por el mundo, tiene muchos admiradores y ha estado casada varias veces”, lo cual es un problema según la religión católica profesada por ella y por su familia. “Pero”, dice Susy, “aun los conflictos de valores y costumbres los maneja bien Anabella, y yo quisiera poderlo hacer también”.

En ese momento Susy está en un tratamiento psiquiátrico farmacológico, donde toma olanzapina, sinogan, ácido valpróico y fluoxetina. Los padres traen a su hija en busca de un nuevo diagnóstico con posibilidades de nueva formulación. Teniendo en cuenta la composición de nuestro equipo, dos terapeutas de familia, uno psicólogo y otro psiquiatra, nuestra primera acción se centra en iniciar una terapia con Susy, su madre y su padre; reevaluar el tratamiento farmacológico, y deconstruir el diagnóstico psiquiátrico realizado por prestigiosos profesionales para comprender

cómo se construyeron y mantuvieron éstos.

En nuestras conversaciones vamos extrayendo los hilos que han tejido una densa y tupida malla que sostiene la ‘enfermedad mental’, que los padres ya consideran hereditaria y compartida por otros miembros del sistema familiar. La enfermedad de la hermana mayor, tratada en Nueva York por un prestigioso profesional en Park Avenue, se convierte para Susy en un ideal que ella desea para sí misma. La joven reclama, sin embargo, que cuando:

Me tocó mi turno, ya no me llevaron a la elegante oficina, con escaleras sugerentes [...] A mí me atendió el psiquiatra inicialmente en consulta y luego hablamos periódicamente sólo por teléfono. Esta diferencia me llevó a buscar otras conductas que pudieran darme a mí la importancia que veía que tenía mi hermana [...] Ahí comencé a inventar varias cosas que pudieran ser efectivas en darme la atención que quería. Me inventé ser lesbiana, anoréxica, rebelde y esquizofrénica [...] pero cada vez las cosas iban peor.

Greg es un joven estadounidense de 22 años, que se retiró de una prestigiosa universidad donde estudiaba matemáticas porque ambicionaba ser “músico callejero”, actividad que lo llevó a trasladarse de Boston a San Francisco, en bus-

ca de éxito. Allí vivió durante dos años, y es el lugar donde ocurre el primer incidente. Él también es el hijo menor de una familia con dos hijos, padres separados hace cinco años, su madre vive sola en Nuevo México y su padre (recién casado) vive en Colombia con su segunda esposa. El padre de Greg trae a su hijo a este país, porque la madre dice que las conductas bizarras del joven le causan problemas, aun cuando ella no comparte el diagnóstico de los médicos. Ella quisiera cruzar la frontera y llevar a Greg adonde un brujo que pueda sanarlo de los espíritus que lo han dominado, en vez de seguir el tratamiento farmacológico-hospitalario recomendado en Estados Unidos.

Buscando ayudar a la madre y oponiéndose al tratamiento alternativo, el padre decide traer su hijo a Colombia. En la primera cita solicitada por su empresa multinacional, el padre relata que:

...estando en los Estados Unidos, hace unos meses, Greg fue recogido por un policía que lo observó actuando de manera bizarra (hablando solo y gesticulando ostentosamente como si hablara con alguien) en una estación de tren. Al acercarse, Greg continúa y se ríe cuando el policía le pregunta si habla con alguien. Greg responde afirmativamente aun cuando se encuentra solo, lo cual impulsa a la autoridad a llevarlo a un centro psiquiátrico donde es

diagnosticado y formulado como esquizofrénico.

El padre continúa su relato diciendo que:

Greg fue retenido dos veces, lo cual lo llevó a tener que cambiar de Estado e irse a vivir con su mamá, quien ahora dice que no puede tenerlo más porque está persiguiendo y ahuyentando a sus inquilinos [...] especialmente a una joven que se queja [de] que Greg la observa, la persigue y luego se le para adelante en silencio, riéndose sin hablar”.

A la primera cita llegan papá, su nueva esposa y Greg, quien aparece algo dopado, con dificultad para hablar, riéndose y hablando un inglés incoherente. Varios aspectos impactan a la terapeuta: su estatura, un nistagmo, su albinismo y su risa, que fue acogida como burlona y desafiante. Ante las preguntas de la terapeuta se inicia un intercambio lúdico, pero a la vez evasivo, como un baile entre un toro y quien busca encerrarlo de nuevo. Sorprendentemente, cuando el padre relata un episodio vergonzoso reciente en una recepción, donde Greg le responde al saludo de la gerente de la empresa que “las vacas que vuelan dan leche color café”. Greg añade “Yo sé que dije eso, quería que él se riera, y lo logré... Me gusta hacer reír a la gente... Fue lo mismo que hice en Estados Unidos”.

Greg continúa hablando en una ‘ensalada’ de palabras incoherentes, que llevan a la terapeuta, quien recuerda la habilidad de Milton Erickson, a responderle de la misma manera. Esto genera una primera conexión entre los dos, donde Greg reitera su deseo de “tener amigos y hacer feliz a la gente”. En ese instante el nistagmo de Greg aparece como un elemento paradójicamente distorsionador y conector, al mismo tiempo ante la pregunta sobre el efecto que su mirada ha tenido en sus relaciones interpersonales.

Etnia y terapia

Nosotros entendemos como etnia un grupo social que interactúa y se organiza de forma particular basándose en una serie de símbolos, mitos y lenguajes que son exclusivos para sus miembros. Como consecuencia del entrelazamiento conversacional, la etnia desarrolla una forma idiosincrática de entender la vida pasada, presente y futura.

Desde una perspectiva antropológica, la etnia suele caracterizarse por ciertas señas de identidad relacionadas, entre otras cosas, por el vestido, cuyo tejido surge al entrelazar hilos de diferentes texturas y colores para generar su propio diseño. La metáfora del tejido nos es especialmente ilustradora, porque éste rige como una prolonga-

ción de la piel, es decir, es lo que está en contacto con la piel y con el mundo. El tejido es la hermeneusis, el Hermes o mensajero que traduce, comunica e interpreta a otros las características que resaltan las diferencias.

Una etnia es una forma particular de traducir e interpretar en símbolos, mitos y lenguajes la realidad, así como una forma de tejer el mundo, la realidad y el universo. En este sentido, cada etnia construye sus propias metáforas para la comprensión del mundo, y cada una tiene sus símbolos, que son la expresión de la canalización de las energías personales y sociales, las cuales congregan la fantasía y la imaginación, que a su vez son recursivamente los creadores del símbolo. Todo ello sucede en el lenguaje, con éste y para éste. De esto surge una hermeneusis personal en los individuos de la etnia, de modo que interpretan el mundo y sus hechos en función de ésta.

“El universo simbólico también posibilita el ordenamiento de las diferentes fases de la biografía” (7). Cada una de las fases biográficas de la niñez, la adolescencia, la adultez, etc. Se legitima como modo de ser en el universo simbólico (muy a menudo como modo particular de vincularse al mundo de los dioses).

De la confluencia entre símbolo y lenguaje se deriva el mito. La

mitología organiza los símbolos en el lenguaje, con éste y para éste, y desde allí se construyen las metáforas que la etnia condensa en las vivencias y experiencias del universo. La mitología congrega los símbolos individuales en una misma visión común e integrada que permite a los miembros de la etnia el acceso a entendimientos y a comprensiones comunes, compartidos.

“La mitología representa la forma más arcaica para el mantenimiento de universos, así como en verdad representa la forma más arcaica de legitimación en general...” (7). Así, desde la etnia se construyen sentidos de la experiencia que pueden ser comprendidos en proyecciones donde el significado es compartido.

Entiendo un sentido como una proyección cultural, pero con fundamento en re, es decir, con fundamento en la experiencia, en la vivencia profunda. Para mí el sentido no dice meramente la verdad, sino verdad y bondad al mismo tiempo y, por lo tanto, me aparece como una posibilidad de romper desde dentro el entramado escolastizante que asfixiaba nuestro pensamiento. (8)

En este sentido, la crisis psicótica o esquizofrénica (de Susy y de Greg) puede consistir en una desimbolización; en una pérdida del universo simbólico anterior, que no se encuentra en la nueva fase biográ-

fica de la persona, o en el intento de utilizar en la misma fase biográfica el mismo universo simbólico cuando se exige otro. Por ello, desde nuestra perspectiva, en el encuentro terapéutico creamos símbolos y mitologías. Por ejemplo, desde la mitología psiquiátrica oficial, la esquizofrenia es presentada como una entidad monstruosa de mente dividida. En nuestro encuentro terapéutico podemos construir una mitología basada en símbolos que expresan una forma de relación, como en los casos mencionados, en los cuales en uno construimos la mitología de una Susy 'malcriada' y en el otro, la de un Greg 'perezoso'. Tales reformulaciones les permitieron abrir ventanas hacia un nuevo espacio de relación.

Por ello, desde la terapia, la etnia se funda en la experiencia del contacto íntimo entre terapeuta y paciente, y permite el olvido inicial de las etnias desde las que se provienen. En las conversaciones con Susy y Greg, el cuestionamiento del TAB y de las vacas que dan leche café posibilitó dejar a un lado entendimientos de la cultura psiquiátrica tradicional, para crear una relación donde es posible extraer otros significados que facilitan la construcción de un mundo nuevo.

La diferencia entre la descripción del proceso basada en la experiencia sensorial y la clasificación de la forma, abstracción de orden superior, no es nada trivial.

En la obra de Bandler y Grinder (1979) se destaca que la mayoría de clínicos (y sus clientes) habitualmente confrontan el mundo sin distinguir entre su experiencia sensorial y las abstracciones que han creado acerca de ella. El problema reside en que estas abstracciones de orden superior creadas por los clínicos se convierten con frecuencia en los datos primarios de la terapia, remplazando a su experiencia sensorial inmediata. (9)

El contacto íntimo (encuentro conversacional genuino) es, en síntesis, un acto fundacional de la etnia, siempre y cuando éste permita la expresión de voces y experiencias silenciadas, que no han tenido posibilidad de expresión. En este sentido, la vida cotidiana está llena de momentos fundacionales que, en la mayoría de los casos, no progresan hacia la construcción de una etnia. Sin embargo, el contacto íntimo en el contexto temporo-espacial del encuentro terapéutico le da un carácter, además de cotidiano, simbólico, ritual y mitológico.

Las tipificaciones del otro son tan susceptibles a mi interferencia, como lo eran las mías a la suya. En otras palabras, los dos esquemas tipificadores entran en negociación continua cuando se trata de una situación cara a cara. En la vida cotidiana es probable que esta clase de negociación pueda de por sí disponerse de antemano, de manera típica,

como en el típico proceso de regateo entre clientes y vendedores. De tal modo, la mayoría de las veces mis encuentros con los otros en la vida cotidiana son típicos en un sentido doble: yo aprehendo al otro como tipo y ambos interactuamos en una situación que de por sí es típica.(7)

Desde la perspectiva de la etnia terapéutica, estamos proponiendo que más allá de una terapia en la que contextualizamos la patología y sus soluciones, existe la posibilidad de crear un nuevo universo simbólico con el paciente, quien independiente de sus contextos cotidianos puede convertirse por sí mismo en una verdadera realidad étnica, con el poder suficiente para generar alternativas de vida que superen el sufrimiento que el síntoma genera.

Para nosotros, el encuentro terapéutico se desarrolla como un proceso simbólico, es decir, como un proceso de significación que se refiere a realidades que no son las de la experiencia cotidiana. Éste es un proceso que tiene un carácter fundacional de una nueva mitología, basado en una concepción de la realidad que plantea la continua penetración del mundo de la experiencia cotidiana por fuerzas sagradas.

Cada etnia tiene su simbología conectada a una mitología. Inundados como estamos por la mitología

de los poderosos con la serie de su DSM I, II, III o IV, nos atrevemos a plantear otra mitología, una que pretendemos construir y reconstruir con el consultante. Si a nuestros dos consultantes presentados en este artículo el mito de la esquizofrenia (el monstruo de mente dividida, de dos cabezas devorador y destructor) no les ha servido para seguir una vida creativa, ¿por qué no intentar en nuestra etnia terapéutica un nuevo mito, uno que permita la lucha por la vida? Por ello nuestra elaboración conjunta de la ‘malcriadez’ y la de la “mente ágil en un cuerpo perezoso” ayudaron a construir categorías de entendimiento personal y acción diferentes.

La esquizofrenia (el monstruo de mente dividida) es un mito del poder (la ruptura de la conciencia y del inconsciente, una herida que no sutura), y como todo mito su fin es “reconstruir el universo partiendo de aquel punto en torno al cual y desde el cual el sujeto que busca la razón de ser se organiza a sí mismo, de aquel punto en el que es espontáneo” (8).

La mitología no busca explicar, busca fundar o motivar. El monstruo de mente dividida (esquizofrenia) funda y motiva un modo de ser y de mostrarse en el mundo. Nuestra idea se inicia en el punto en que podemos generar mitos diferentes que fundan y motivan otros comportamientos diferentes, y que,

a la vez, exigen actitudes diferentes de ser y de mostrarse en el mundo. Para Susy, con su ideal de ser como Anabella Falatori –una mujer educada, exitosa y con modales impecables–, la descripción de ser ‘malcriada’, mas no loca, le sirvió para transformar sus conductas bizarras en comportamientos funcionales. Un ejemplo de esto fue su respuesta a un aviso en el periódico, que la llevó entrevistarse y a aceptar un trabajo como recepcionista en un hotel.

En el caso de Greg, la metáfora de tener una mente ágil, pero un cuerpo perezoso, permitió que dejara de sentarse por horas en un sillón frente a un ventanal, donde hablaba y escribía incoherencias, para aceptar invitaciones de su madrastra a jugar tenis, tomar un curso de español para extranjeros ofrecido en una universidad local y participar de un grupo de jóvenes de la comunidad estadounidense radicada en Bogotá.

Desde la mitología del poder se impone la necesidad de destruir o acabar el mal (monstruo de mente dividida: esquizofrenia). Lo terrible es que éste es parte de nosotros mismos, y por ello tratar de extirparlo absolutamente equivale a destruirnos. Es necesario dejar de proyectarlo fuera (el paciente tiene esquizofrenia, dice el terapeuta, como si eso no tuviera que ver con él) y asumirlo, aceptar que ese “monstruo de

mente dividida” está también en la mente del terapeuta y lo que necesitamos el consultante y terapeuta es tragárnoslo, para poder digerirlo y asimilarlo, es decir, transformarlo.

Paradójicamente el presunto mal comparecería así como relativamente bueno pues sería, precisamente, la materia prima para la obtención del simbólico oro o sentido humano de la regeneración. Lo que sí cabe, pues, es esperar y trabajar como quiso Baudelaire, para que del mismo mal broten flores. (8)

La transformación sucede cuando con el consultante nos integramos en una etnia, una que es nueva y necesita mitos fundacionales que dirijan su existencia y sus acciones, es decir, interpretamos el universo desde una mitología nueva. Donde estaba el mito de la esquizofrenia, terapeuta y consultante construyen nuevas explicaciones y significados que amplían el rango de acción, ahora se habla de la malcriadez y de la mente ligera en un cuerpo perezoso.

Con Susana, la mitología anterior estaba compuesta, por una parte, de múltiples diagnósticos de trastorno afectivo y psicosis-esquizofrenia, elegidos por profesionales anteriores, y, por otra, por los de ella: ser lesbiana, rechazada, que imaginaba cosas (por ejemplo, que

Germán, un novio difunto, sí la había querido). Con ella se construye una nueva mitología de actuar como niña malcriada, donde el símbolo de la malcriadez se convierte en algo que, colaborando con sus terapeutas, logra superar y que nos permite hablar sobre formas de relación e interacción socialmente aceptadas que ella se apropia y practica tomando clases en un centro de idiomas, y buscando un trabajo (a espaldas de su familia) en un hotel donde logra desempeñarse durante varios meses como una persona adulta normal.

Etnia terapéutica

En la antropología, una etnia es una agrupación natural o grupo minoritario que comparte características similares de lengua y cultura. Mirado así, una etnia es un grupo específico de una raza o nación, la cual es una agrupación mayor. En el mundo grande de la terapia, cada modelo terapéutico o grupo de profesionales define su forma de hacerla por medio de características similares en forma de pensar y actuar. Para el Grupo de Milán, la relación entre terapeuta y consultantes crea un sistema significativo con rasgos particulares; así, Harlene Anderson y Harry Goolishian describen su relación terapéutica como una colaborativa donde el problema crea el sistema. Tom Andersen describe la importancia de la voz y las obser-

vaciones de otros para ampliar el entendimiento sobre el problema; nosotros queremos aportar el concepto de *etnia terapéutica* para hacer hincapié en las características personales y culturales de los participantes del encuentro terapéutico.

Entendemos que la etnia terapéutica surge de una relación sagrada, que ocurre en un tiempo y espacio separados del mundo de la cotidianidad y de lo profano, donde se genera un lenguaje y cultura exclusiva e irrepetible. Se conforma como comunidad minoritaria que se autodetermina con objetivos personales, acuerdos y normas que la distinguen: la periodicidad y propósito de los encuentros, los mitos y creencias que cada miembro aporta, los símbolos que se crean con sentido trascendental, el interés en transformar historias paralizantes en relatos de crecimiento y evolución y, finalmente, el intercambio de motivos que dan paso a la destrucción de la etnia (por ejemplo, la celebración de la pérdida de lo patológico como el ordenador del sentido de los encuentros). De esta manera, la etnia terapéutica se constituye en un ritual de paso, en un momento histórico de la vida de los participantes.

Para nosotros, la etnia terapéutica se organiza a partir de lo hablado entre las personas, quienes más allá de compartir significados, van a dar sentido diferente a las historias

vividas y a las historias que se construirán a partir del encuentro. Tanto consultante como terapeuta aportan a la conversación hechos e ideas escogidos que van tejiendo en el ir y venir de palabras e historias con nuevos significados para el desempeño en el espacio vital extraterapéutico. Se establecen límites entre lo de adentro y lo de afuera, lo público y lo privado, lo profano y lo sagrado, donde lo característico del mundo terapéutico es la virtualidad que adquieren las palabras.

En las conversaciones con Greg el discurso del diagnóstico de esquizofrenia quedó bloqueado, y, en cambio, en la conversación terapéutica se dialogaba sobre los movimientos que deseaba hacer en sus relaciones interpersonales, especialmente con sus padres y sus pares. Greg entendía su dificultad de conversar con otros como el obstáculo más grande para su bienestar y a la normalidad. Añoraba aprender a conversar “fluidamente”, como observaba que otros lo hacían, y refería que las frases que su madre le había recomendado años atrás ya no le ayudaban a mantener la conversación. En el espacio sagrado de la terapia Greg pudo poner en común, pero en privado, el temor, la angustia y la dificultad que vivenciaba cada vez que quería acercarse a una persona que deseaba conocer y convertir en “amigo”, porque a él no se le ocurría de qué hablar. El discurso médico que traía de

esquizofrenia había tenido el efecto de congelar aún más sus esfuerzos de socialización, pues sus padres y familiares privilegiaban la importancia de la dificultad, haciendo invisible en lo cotidiano la incapacidad de Greg por conversar para salir de su aislamiento. Él mismo relataba que algunas veces recurría al uso de ‘ensalada’ de palabras para hacer reír a su interlocutor, pues se sentía más conectado con el otro cuando veía que podía generar una respuesta amable. Igualmente, cuando la reacción de su interlocutor era de asombro o confusión, Greg sufría y se entristecía al ver su incapacidad “de hacer al otro feliz”. En una intervención le fue sugerida la idea de “hacer preguntas a su interlocutor sobre lo que este decía, pues así el otro al responder podía vivenciar el interés de Greg y además continuar con su respuesta la conversación”. De esta manera fue posible obviar la tensión y crear un diálogo fluido, ya que no tenía que preocuparse de sí mismo y su única tarea era elaborar una pregunta sobre lo que el otro estaba hablando.

Para comprender por qué pensamos en términos étnicos y culturales como esenciales para el éxito de las conversaciones terapéuticas, es importante mencionar que desde hace varios años los autores nos hemos reunido semanalmente a reflexionar sobre nuestro rol como terapeutas. Los encuentros personales

y conversaciones con grandes maestros y terapeutas del mundo de la terapia familiar sistémica nos llevaron a crear un espacio de reflexión y evaluación sobre nuestro trabajo. Nos fuimos sensibilizando frente a la presencia de nuestros maestros en nuestras conversaciones y tomamos conciencia de que algunas dificultades vividas con nuestros consultantes adquirirían sentido cuando entendíamos que nuestros maestros y sus experiencias pertenecían a una cultura diferente a la de nuestros consultantes.

Hoy, mirando hacia atrás, vemos en nuestro actuar un mestizaje de prácticas y comprensiones que enriquecen nuestro acercamiento al otro. Hemos intentado incorporar en nuestro quehacer terapéutico rasgos de la habilidad de Peter Lang para construir contextos conversacionales y agotar la riqueza de un contexto antes de abrir otros; la capacidad de escucha y reflexión de Tom Anderson, que luego abren enormes espacios de movilización; la ingeniosidad para formular preguntas de John Burnham y Gianfranco Cecchin, y la sensibilidad humana de Karl Tomm y Michael White, enriquecidas por la habilidad que tienen para sumergirse en el mundo del otro y construir nuevas posibilidades.

En nuestros encuentros surgió de manera inesperada, pero interesante, nuestra propia biculturalidad, por ello partimos de la realidad de vivir en un contexto multiétnico, multicultural que vive en guerra con cuatro facciones en conflicto (el Estado, la guerrilla, los paramilitares y los grupos de narcotraficantes), las cuales tienen la pretensión de obtener el control y el dominio de los demás. De esta manera, en este contexto de intolerancias, el sentido de lo colaborativo no parece ser importante y posible; sin embargo y de manera inesperada, comprendimos que, debido a nuestras identidades biculturales y bilingüistas, ambos autores nos hemos pasado la vida integrando y resignificando diferencias de manera familiar y cotidiana, razón por lo cual hacerlo en terapia se ha vuelto algo esencial.

En un artículo anterior (10) nos referimos de manera detallada a la necesidad de traer a la conversación las voces silenciadas y las características subyugadas del consultante. Así, el concepto de etnia terapéutica integra una multitud de voces provenientes de una multiplicidad de lugares: las voces de nuestros maestros, las voces nuestras y las de nuestros consultantes, unidas en un rico vaivén generador de alternativas multiétnicas.

La construcción de la etnia terapéutica

La experiencia del contacto

Nuestro objetivo es compartir lo que entendemos ocurre en el intercambio conversacional del terapeuta y del consultante, al centrar la atención en la riqueza de los símbolos, de los mitos y de las comprensiones compartidas. Hemos ilustrado nuestra comprensión con dos casos específicos, donde creemos que las historias contadas reflejan aspectos críticos de la cultura familiar y la forma de vivir de nuestros consultantes, que no han sido suficientemente tenidos en cuenta por terapeutas anteriores. Los relatos de nuestros consultantes mostraron personas, hechos y temas de su vida anterior que se han conectado para crear un diagnóstico clínico que ellos nos traen como 'verdadero' y limitante. La historia relatada por ellos era una concatenación de situaciones vividas en un tiempo lineal, donde muchos familiares y profesionales han participado en la organización de la historia tal y como es contada y vivida. Nuestro esfuerzo se centró en conocer de manera minuciosa a nuestro consultante y a su familia a través de la historia del problema, por ello centramos nuestra atención en los mitos, en los símbolos y en las palabras usadas por diferentes personajes para describir las acciones que dieron sentido al 'diagnóstico'.

Escuchamos y nos mantenemos atentos a las múltiples formas que podríamos conectar con la historia contada: desde la medicina, desde la patología, desde lo familiar, desde lo social, desde lo personal, etc. En nuestra conversación inicial buscamos entrar en la lógica de quien vive los acontecimientos para entender los significados internos que éste le ha dado y que son la gramática en la que se escriben. Nos centramos en el mundo que nos oculta con sus palabras y con las palabras de otros (diagnósticos, opiniones, prejuicios, criterios, etc.), para abordar lo que en ese mundo oculto se esconde: las imágenes, los símbolos, los mitos, los significados y los sentidos desde los cuales se constituye la forma de vivir la experiencia del consultante. Pensamos que la gramática individual nos muestra las reglas con que el consultante vive y elabora su situación y las reglas que le indican si las explicaciones ofrecidas por un interlocutor son válidas.

Cuando el policía en la estación de tren se acercó a preguntarle a Greg sobre su conducta bizarra y preguntó "¿Usted, oye voces?", Greg le respondió que sí. Ésta es una de las múltiples conexiones posibles entre Greg y su interlocutor que, sin embargo, fue privilegiada dada la cultura donde ocurrió. Una vez en nuestra consulta, el terapeuta le pregunta cómo son las voces que el informe reporta que él oye, a lo cual

Greg responde “Si oigo voces, pero no son imaginarias... Es mi propia voz, yo hablo conmigo mismo”. La terapeuta le pregunta: “Y tú no le dijiste eso a la persona que te evaluó en tu país?”, “No, dice Greg, porque no me lo preguntaron”. Ésta es una segunda posible conexión entre Greg y su interlocutor. Ambas preguntas se dirigen a aquello que pasa en su mundo interior, y ambas generan diferentes alternativas de relación y de significado. En la primera, Greg es apresado y hospitalizado; en la segunda la respuesta generó hablar más de sus conversaciones internas, sobre el deseo de tener amistades, el gusto que le produce hacer reír a la gente, sus dificultades relacionales y sus fracasos recientes, al no poder realizar el sueño de ser músico. Desde las reglas gramaticales de Greg, no se habla de lo que no se pregunta, así esto tenga consecuencias graves, lo cual hace que una conversación con él sufra de enormes encubrimientos.

En el encuentro entre Greg y el policía, y luego con los profesionales de la clínica donde fue hospitalizado, lo que se privilegió para dar sentido al encuentro fueron las creencias sobre patología y conducta del contexto social donde suceden las conversaciones. Por ello se hacen presuposiciones sobre el comportamiento ‘extraño’ del joven, que desembocan en un diagnóstico psiquiátrico y en una hospitaliza-

ción. En nuestra consulta, donde privilegiamos la experiencia primaria del contacto como un encuentro personal, las preguntas y los significados surgen momento a momento, para dar sentido a lo que ocurre *entre* nuestros mutuos entendimientos, donde no cabe la presuposición ni lo sobreentendido. (Puede ser importante mencionar aquí que Greg es un joven albino, con una cabellera rubia y desordenada, que mide más de 1,85 m y que presenta desde su infancia un nistagmo marcado que impacta a primera vista a cualquier interlocutor. Al darse cuenta de esto, la terapeuta se propuso en su mundo interior no dejar que el nistagmo entorpeciera el intercambio entre ellos.)

El significado, los sentidos y los matices de lo dicho se constituyen en el aquí y ahora en los elementos que permiten andar paso a paso en la construcción de una nueva experiencia y posibilidad de vida. Es la experiencia del contacto la que dirige el encuentro y en ese intercambio realizado por múltiples preguntas sobre lo obvio, surgió la historia del nistagmo, que lo aislaba de sus compañeros de colegio y del mundo social que tanto anhelaba. Surge también la música y los chistes como formas de socialización.

En la primera consulta Susy se presentó como TAB y se asombró cuando la terapeuta pide explicación a la sigla. Sorprendida, Susy exclamó:

ma “¡Cómo!, usted es terapeuta y no sabe qué es TAB”. “No, no sé... (pau-sa) Por favor cuéntame qué es”, responde la terapeuta desde su interés por generar un entendimiento local, en busca de crear una conversación que las lleve a ambas a un nuevo encuentro de posibilidades.

“Que yo soy psicótica maniaco depresiva y por eso no puedo ir a la universidad y he tenido tantos problemas” afirma Susy sorprendida y un tanto confusa, cuando menciona que es la primera vez que una terapeuta parece ignorante y permite que ambas cuestionen algo que ha sido tan obvio para ella.

“Bueno, cuéntame más sobre lo que haces y lo que te pasa”, dice la terapeuta aprovechando la confusión y la sorpresa como medio de iniciar un encuentro diferente no predeterminado por el diagnóstico anterior.

Al final de esa sesión Susy y la terapeuta hablan sobre acciones, experiencias, historias y creencias que han sido parte del mundo personal, familiar y social de la primera; pero que pueden ser cuestionadas y miradas por ambas para generar un nuevo sentido. Sólo así se abre la posibilidad de desarrollar nuevos entendimientos. En una sesión posterior, la terapeuta le pregunta a la madre si cuando ella habla con Susy se dirige a ella como TAB o como persona. La madre que-

da en silencio, su mirada comunica asombro, dolor y un crudo encuentro con algo que había sido incuestionable. Luego la madre dice: “Yo me comunico con una TAB. Creo que llevo años haciéndolo. No sé lo que es hablar CON Susy”.

Susy relata que ha estado en múltiples terapias donde sólo se le ha preguntado sobre su enfermedad, pero no se le ha preguntado “y, usted, ¿qué cree que le pasa?”. Igualmente, Greg nos relata que en el momento de sus crisis se limitaban a preguntar si oía voces, si veía cosas raras; pero ninguno le preguntó “usted, ¿qué cree que le pasa?”. Ambos comparten la importancia de la pregunta que solicita su versión personal y la posibilidad de dar voz a la descripción que consideran esencial. El diagnóstico y el rótulo los ha llevado al momento actual donde dicen: “No tengo amistades... Quisiera tenerlas pero no sé como hacerlo sin ser evaluado y corregido por quienes me rodean”.

Durante todo el proceso terapéutico se busca, a partir de las historias compartidas, crear un lugar étnico donde Greg y Susy puedan incluir en su repertorio de conversación nuevos significados y posibilidades suscitados en este entorno, donde los prejuicios y las limitaciones del mundo familiar, social y psiquiátrico pueden cuestionarse. Terapeuta y consultante se convierten en un equipo colaborador, en el

cual nada puede ser más importante en el proceso que las descripciones del consultante, a veces expresadas con mucha dificultad y otras por primera vez en busca de alternativas. Algunas toman la forma de tareas o mapas de acción que el consultante puede ensayar a manera de aprendizaje. Cuando el ensayo produce reacciones diferentes, éstas se vuelven tema de conversación en busca de nuevas historias. Es decir, las acciones no están dirigidas por la incorporación de prescripciones de orden técnico, sino por la deriva que adquieren en el proceso mismo de la terapia. Privilegiamos el lenguaje y el discurso del paciente como una expresión válida de la objetividad constitutiva (1).

Símbolos, mitos y narrativas: tejido de la etnia terapéutica

La trama y la urdimbre del tejido conversacional terapéutico están compuestas de lo que terapeuta y consultantes traen al encuentro. Como dice Shotter, “el terapeuta trae un mundo complejo de ideas personales y profesionales que quedan en el trasfondo mientras de manera activa escucha, observa y se entrelaza con el discurso del consultante con el propósito de entender desde adentro al otro” (11). Al oír la historia del consultante sobre “lo que me pasa”, el terapeuta pone a un lado momentáneamente sus ideas para escuchar y elaborar una primera comprensión del otro, presentada en sus palabras y

gestos, cargados de significados profundos. Son dos lenguajes, dos hilos disímiles que se van entrelazando para elaborar un nuevo material compuesto de símbolos y significados (colores y texturas) diferentes elaborados en un espacio relacional que queremos llamar la etnia terapéutica.

Retomando al Grupo de Milán y su uso de las ideas geniales de Gregory Bateson, esta etnia toma de las historias compartidas los mitos, las creencias y los símbolos de los participantes para conformar una ecología de ideas que dan sentido a esta relación sagrada. Lo que ocurre entre terapeuta y consultante produce esa unidad elemental de la evolución cultural (la relación o interacción) que Bateson entendió al observar las tribus de Nueva Guinea, donde los participantes se transformaban el uno al otro, modificando a su vez la cultura en relación con su entorno.

En su observación de las tribus Iatmul, Bateson comprendió que todos los componentes del entorno sociocultural de estos seres se lo graban por medio de procesos de interacción y de evolución permanentes, marcados por elementos que sólo tenían sentido para ellos. Estos sentidos y estos procesos que los identificaban como un grupo particular constituían el elemento esencial de su evolución individual y grupal. El *sistema terapéutico* *significante*, como lo llamó el Gru-

po de Milán, resalta esta característica de la búsqueda y coevolución de significados logrados en la conversación terapéutica. Los dos casos que hemos incluido nos llevaron a entender que sin la comprensión consensuada de las experiencias y los diagnósticos históricamente vividos por los consultantes, nuestro sistema significativo carecería de los entendimientos que habían dado sentido a la patología como organizadora de las relaciones y que ahora requerían ser transformadas en esta nueva relación.

En la conversación con Greg sobre su encuentro con la gerente de la empresa donde trabaja el papá, él le habló sobre unas vacas voladoras que dan leche color café. Allí se suscita una creencia de un contenido delirante que lleva a la búsqueda de un nuevo terapeuta. En nuestro encuentro terapéutico, Greg comparte el relato de este acontecimiento y luego habla en 'ensalada' de palabras. Al buscar comprender desde adentro, la terapeuta indaga sobre el sentido de ambos para el joven, y surge el sentido relacional que el relato de las vacas y la ensalada de palabras poseen. Entre nosotros, Greg y terapeuta, se comienza a hablar sobre el sentido de su expresión de las vacas voladoras y su ensalada de palabras como medios para lograr su intención de conectarse haciendo reír al otro y para unirse emocionalmente con ellos.

En el caso de Susy, cuando la terapeuta dice que no conoce el significado de TAB, entre ellas se puede comenzar a hacer las siguientes distinciones que dieron lugar a explorar una identidad diferente a la TAB y a buscar nuevos sentidos para sus conductas y los diagnósticos anteriores. La terapeuta pide una definición del término y da pie para que Susy relate cómo durante años le han dicho que tiene diferentes enfermedades que hacen parte esencial de su personalidad. Sin embargo, la curiosidad y el cuestionamiento permiten que entre ellas se establezcan diferencias entre *su ser* y *su poseer*, y, en cambio, se considere una relación que le permita deshacerse de tantas enfermedades asignadas para encontrar a Susy.

En el encuentro terapéutico se interrumpe el tiempo y el espacio social y profesional anterior, y en este nuevo espacio sagrado el encuentro se da en una situación de ex negativo (de vacío), donde terapeuta y consultantes aportan a este vacío contenidos previos de ambos. Nosotros aportamos una firme convicción en la capacidad de cada ser humano para encontrar nuevos sentidos y posibilidades para su vida. Lo hacemos con el propósito de crear nuevos entendimientos, creencias y símbolos exclusivos a nuestra relación.

Greg traía inicialmente la creencia del diagnóstico de la esquizo-

frenia como el sustrato de un mito que es el de la mente dividida, lo cual genera un símbolo que es el del loco o el monstruo social. En nuestro encuentro terapéutico no retomamos esa simbología, sino que a partir de indicios de diferencias entre su mente y su cuerpo construimos un nuevo símbolo de tener una “mente ligera con un cuerpo perezoso”. Greg pasaba largas horas del día sentado frente a la ventana y el computador englobado con sus ideas o escribiendo frases inconexas, apersonado de su ‘locura’. Ocasionalmente se sentaba al piano y tocaba notas improvisadas. Al indagar por el sentido de las conversaciones internas –que traía escritas en papel, pero sólo él entendía– y de sus obras musicales –que igualmente describía como algo que sólo él entendía–, Greg se sorprendió por que éstas se volvieran contenido conversacional terapéutico y no exclusivamente pruebas de su locura. A pesar de su deseo de socializar y de hacer amigos, Greg explicaba que su enfermedad no le permitía salir de la casa. Tomamos esta división entre la actividad mental agitada y su parálisis social como una excelente descripción de “una mente ligera en un cuerpo perezoso”.

Esta metáfora congrega una mitología, creencias y símbolos que a ambos nos permitieron construir conversaciones donde Greg se vuelve un actor que hace esfuerzos por

coordinar su mente y cuerpo de maneras que le ayuden a lograr su objetivo de relacionarse socialmente mejor. Greg comenzó a ir a un grupo de jóvenes en su iglesia, asistió a un curso para mejorar su español y buscó trabajo como profesor de inglés en un instituto de lenguas. La nueva mitología actuó sobre la anterior para convertirse en una forma de acercarse a la terapeuta por medio del humor, y luego para acercarse al mundo externo y convertirse en un objeto de colaboración comunicativo, donde se pretende lograr un acoplamiento estructural a través del lenguaje y su conversación con otros (1).

En el caso de Susy, el cuestionamiento en la conversación terapéutica de su identificación con la TAB, abrió el espacio a una nueva descripción de ella como persona y no como enfermedad, donde la terapeuta con su ‘no saber’ facilitó que algo nuevo pueda ocurrir entre ellas (cuestionar ideas aceptadas por todos). Para sorpresa de su familia, Susy aprovechó un viaje de sus padres para responder a un aviso del periódico y consiguió trabajo en un pequeño hotel, donde le fue posible utilizar sus conocimientos de tres idiomas. Adicionalmente, su relación con sus hermanos cambió cuando ella les consultó sobre aspectos de la vida cotidiana relacionados con “...cómo abrir una cuenta bancaria, cómo vestirse apropiadamente, etc.”.

Si bien escuchamos las categorías diagnósticas, usamos estos rótulos como metáforas muertas que ejercen un poder restrictivo en las conversaciones y en el proceso de cambio que pretendemos lograr a partir de las descripciones individuales de los impedimentos que nuestros consultantes viven cotidianamente. Así es como ambos jóvenes hablaban de “mi problema es que no sé cómo hacer amistades... Quiero tener amigos, pero me dicen que no sé cómo comportarme con ellos”, y ambos encuentran a través del proceso que pueden trabajar y relacionarse con otros. Al igual que Jill Freedman y Gene Combs, “trabajamos para hacer de la conversación terapéutica un espacio ritual en donde se lleva a cabo la actuación de significados. Idealmente, las personas reviven los eventos cuando los relatan. Nosotros facilitamos con nuestras preguntas el desarrollo de una historia rica en detalles y significados” (12).

La legitimación de la etnia terapéutica

Compartimos con Freedman y Combs la siguiente idea en la que influye Foucault:

El modelo médico y otros discursos modernos sobre el poder, pueden llevar a las personas a adquirir un sentido de sí mismo como cuerpo dócil, sujeto al conocimiento y a procedimientos donde no puede tener una voz activa [...] Creemos que nuestra responsabilidad como

terapeutas está en cultivar una conciencia creciente de las historias que predominan y las dominantes [...] cuando sentimos que están trabajando activamente en la vida y las relaciones de nuestros consultantes. (12)

Por ello, cuando enfrentamos los hechos brutos mentales que nos traen en sus relatos los consultantes –por ejemplo, el hablar solo, la ‘ensalada’ de palabras, los comportamientos sociales bizarros, las ideas irreales (como Anabella Falatori, el novio imaginario/real muerto)–, encontramos que desde una perspectiva social estos hechos generan una tendencia a la exclusión con reacciones de carácter prelingüístico (es decir, se evita la conversación sobre ello y cuando se da el componente lingüístico está al servicio de una comprobación de la enfermedad). Esta reacción prelingüística genera acciones como hospitalizaciones o incursiones farmacológicas para limitar los hechos brutos mentales. Al evitar la conversación, se elude construir un discurso lingüístico de diálogo y se lo sustituye por un discurso lingüístico de enunciados que ya están instituidos desde el poder, como son DSM-IV, CIE 10, *Tratado de psiquiatría*, etc.

Desde esta mirada se institucionaliza el hecho como uno patológico, donde se describe al individuo, se comunica algo sobre éste y no con él y se impone un patrón

relacional que se basa en el enunciado, lo cual invade y atraviesa el tiempo y los espacios del individuo. Lo lingüístico se ha constituido no como una conversación donde existe la posibilidad de la interpretación, sino como un enunciado que afirma un hecho, esquizofrenia y TAB, que consolidan la exclusión social en la forma del estigma de una enfermedad mental.

Desde la etnia terapéutica ese hecho mental bruto invita al contacto incipiente, donde el lenguaje como enunciado está supeditado al lenguaje como conversación. En el caso de Greg, su 'ensalada' de palabras invita rápidamente a una codificación teórica, sin embargo, la terapeuta establece una prioridad preteórica: la conversación sobre ello. Al hacerlo, el hecho lingüístico se torna conversacional y en éste importa construir, buscar y hallar las palabras que constituyan un vocabulario simbólico del encuentro, donde lo importante es la conexión genuina con el otro, no con sus enunciados, con lo que está en el trasfondo de ellos.

Al conectar con ese trasfondo se vierten en la conversación nuevas proposiciones y rudimentos que organizan la experiencia en esquemas y acciones concretas, que derivan en nuevas narraciones, las cuales a su vez son puertas que se abren hacia la elaboración de nuevos mapas, espacios y tiempos de

un universo simbólico y una nueva realidad ecológica. Este universo simbólico sostenido por los hilos de la conversación ordena los acontecimientos y la historia del consultante en una unidad coherente en la que el tiempo pasado, presente y futuro cobran un sentido creativo.

A su vez el universo simbólico otorga al nuevo discurso conversacional un carácter de realidad posible en la acción. En la medida en que la conversación se aleja de significados viejos, el consultante es capaz de ir más allá de los obstáculos que lo han encadenado para actuar de maneras inesperadas, pero congruentes con los nuevos significados desarrollados en la etnia terapéutica y que interpretan el lugar interior anulado por los enunciados, lo que le da posibilidad de expresión.

Se constituye así la etnia terapéutica como un universo simbólico, donde lo fundamental es el vínculo con el otro con un sentido de trascendencia. Esto es, el encuentro terapéutico se constituye en el puente entre el antes y el después de la historia del individuo, con un nuevo sentido de coherencia, que ubica el concepto y la experiencia de la muerte en un doble sentido: legítima y da sentido a la muerte como un elemento esencial de la vida y no como un recurso de huida, como son las hospitalizaciones y los intentos de suicidio de nuestros consultantes.

Bibliografía

1. Maturana H. La objetividad, un argumento para obligar. Santiago de Chile: Dolmen; 1997.
2. Harré R, Gillett G. The discursive mind. Londres: Sage Publications; 1994.
3. Penn P. Circular questioning. Family process 1982 Sep;21(3).
4. Gergen K J. Realities and relationships. Oxford: Harvard University Press; 1994.
5. McGoldrick M, Pearce JK, Giordano J. Overview: ethnicity and family therapy. In: Ethnicity and family therapy. New York: Guilford Press; 1982.
6. Boscolo L, Bertrando P. Los tiempos del tiempo. Barcelona: Paidós; 1996.
7. Berger P, Luckmann T. La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu; 1999. p. 129.
8. Garagalza L. Introducción a la hermenéutica contemporánea. Barcelona: Anthropos; 2002. p. 295.
9. Keeney BP. Estética del cambio. Barcelona: Paidós; 1991. p. 60.
10. Samper J, Garciandía JA. Voices of ethnicity: a metaphor for creating conversations that lead to collaborative therapeutic contracts. In: Human Systems 2000;11:23-35.
11. Shotter J. Knowing of a third kind: selected writings on psychology, rhetoric, and the culture of everyday social life. Utrecht: ISOR; 1990.
12. Freedman J, Combs G. Narrative therapy with couples... and a whole lot more. Adelaide (Au): Dulwich Centre Publications; 2002. p. 32.
13. Burr V. An introduction to social construction. London: Routledge; 1995.