

APUNTES SOBRE EL DIÁLOGO TERAPÉUTICO EN LA INTERVENCIÓN SOBRE PERSONAS EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL

Jesús Valverde Molina

Desde el comienzo de mi actividad profesional, mi opción personal ha sido trabajar con personas en situación de exclusión social. He tenido la suerte de poder hacerlo desde la universidad y, por tanto, de desarrollar mi actividad docente e investigadora en este campo, y desde el principio, he intentado compaginar estas dos actividades con la intervención, con el contacto real con personas, de alguna manera, en situación de exclusión. Las tres actividades me han sido de gran utilidad. La docencia me ha permitido reflexionar en clase, ayudar a profesionales de la Psicología y de la Educación Social a formarse y a enriquecerme con las aportaciones de mis alumnos, como los que he compartido a menudo la intervención en diversos ámbitos.

La intervención, la relación con personas con problemas, me ha permitido mantenerme en la realidad, maravillarme de la capacidad de reacción de personas que no tienen nada, o que lo han perdido todo, y también, que la realidad condicione y aun determine mi investigación, porque es la necesidad, no la curiosidad, el motor de la investigación científica. He tenido la suerte de que personas para las que la palabra «universidad» es un término sin sentido, acudan a pedir ayuda a una universidad pública. He tenido la oportunidad de conocer muchas vidas, muy diferentes a la mía, y caminar con ellas un trecho de su biografía. Ello me ha enseñado e incluso me ha modelado en no pocas ocasiones.

La intención en este capítulo es analizar algunos aspectos de esta vinculación entre docencia, intervención e investigación en el ámbito de la exclusión social y sus posibles consecuencias para establecer un diálogo terapéutico que respete al paciente y contribuya a su desarrollo como ser humano maduro y libre, y no se limite a ayudarlo a salir de la droga o de la conducta desadaptada, es decir, que aborde los problemas que él tiene y no sólo los que tenemos nosotros, desde el grupo normativo, con respecto de él.

La ciencia como estructura de poder

Cada persona es resultado de su historia de vida, del ambiente en que nace y en el que se desarrolla. Ciertamente poseemos un potencial genéti-

co, que condiciona el desarrollo. Eso es verdad, y que *quo natura non dat, Salamanca non prestat*, que la genética impone unos límites. Pero también lo es que no conocemos esos límites, y que esas potencialidades genéticas han de desarrollarse en un ambiente social, que posibilita su desarrollo, o lo dificulta. Por eso, muy pronto comprendí que entre la vida de las personas con las que trabajo y la mía hay una diferencia inicial esencial. Yo me he desarrollado en un ambiente que ha posibilitado mi desarrollo intelectual y relacional, y él no; y eso al margen de mis potencialidades genéticas, y de las suyas.

Esa es una diferencia esencial en el punto de partida, y no es poco importante. Si yo soy el terapeuta y él el paciente no es porque yo sea mejor que él, o más inteligente, sino porque mi vida y su vida han sido muy distintas. Esto es una de las cosas más importantes que he aprendido a lo largo de años dedicado a la investigación e intervención sobre la exclusión social, y también es uno de los mayores peligros. Su vida y mi vida, pues, son muy diferentes en el momento en que él y yo nos encontramos, tanto a nivel de investigación como de intervención. Pero soy yo el que investiga y soy yo el terapeuta. Por eso la ciencia es una estructura de poder, y eso que llamamos «objetividad científica» es a menudo «la subjetividad del científico», porque solemos interpretar la realidad desde nuestros propios parámetros de vida, válidos para nosotros mismos, pero no necesariamente para todos, y sobre todo, no válidos para personas con una historia de vida muy diferente a la nuestra. En este sentido, el diagnóstico es con frecuencia una especie de etiqueta: «lo que yo creo que te pasa a ti, desde mi realidad, y al margen de la tuya».

Por otra parte, el proceso de exclusión social es, ante todo, un proceso de despersonalización, de pérdida de identidad personal y de intimidad, como más tarde veremos. Por ello, el proceso de intervención ha de ser prioritariamente un proceso de personalización. En consecuencia, ese diagnóstico, que ignora la aventura biográfica del paciente, las circunstancias de su proceso de vida, su ambiente, su percepción de sus problemas, las alternativas reales de su conducta, desde su vida, no desde las del terapeuta o del investigador, se convierte en el comienzo de un proceso de despersonalización, precisamente lo contrario de lo que necesita, que es solución a «sus» problemas, desde él mismo y su vida, no a lo que cree el terapeuta que son sus problemas.

De ahí que el respeto sea el elemento esencial del acercamiento al otro, ya sea a nivel de investigación o de intervención. Las personas con las que yo trabajo han sido extras en la película de su propia vida. Y les toca ser los protagonistas. Eso no se va a conseguir simplemente con que dejen la droga y abandonen la conducta desadaptada, sino abordando la vida, asumiendo la dignidad a la que todo ser humano, por el mero hecho de serlo, tiene derecho. En consecuencia, mi objetivo va mucho más allá

de solucionar los problemas que la persona causa, se ha de centrar en los que la persona tiene, y lo que tienen enferma mis pacientes es la vida, y ése, pues, es mi objetivo.

Desde mi vida hasta su vida

Desde este punto de partida, el diagnóstico se convierte en un proceso de comprensión del otro, en un camino desde «mi vida» hasta «su vida», y es, además, el comienzo de lo que hemos de caminar juntos a lo largo de su mente y de su vida. Es éste un camino apasionante, difícil, complicado, a menudo doloroso, lleno de curvas y de baches, pero apasionante. Así pues, frente a ese diagnóstico como etiqueta, despersonalizador, frío y distante, propongo un diagnóstico, que personalice y que sea el comienzo del respeto al otro y de ayuda para ayudarle a construir su intimidad y su dignidad, un diagnóstico que pretenda averiguar «lo que te pasa a ti desde tu vida y al margen de la mía». Pero ese proceso es difícil e implica aspectos importantes.

Ese camino de mi vida hasta su vida lo he de hacer yo, no él. Y yo puedo ser un hándicap en ese proceso de comprensión. Soy psicólogo, pero soy mucho más que eso. Él está condicionado por su historia de vida, y yo por la mía, y entre las dos hay un profundo abismo que yo tengo que saltar. Y no es fácil. Mi vida está llena de todas las «maletas» que he ido recogiendo a lo largo de mi aventura biográfica. Está llena de costumbres, de creencias, de un tipo determinado de moralidad, de ideología, de manera de abrirme al mundo; en suma, de esquemas previos, de moldes, que coloco sobre la realidad y desde la que la observo. Y todo eso configura eso que yo soy o, expresándome más estrictamente, eso que yo he llegado a ser, la manera en que se ha configurado lo que llamamos personalidad, que lejos de ser un elemento previo desde el que surge mi conducta, es el resultado de mi historia de vida y configura mi manera de abrirme al mundo y condiciona mi proceso de conocimiento de ese mundo. Son esos esquemas previos lo que se convierten en un peligro para mi capacidad de comprender al otro.

A modo de ejemplo, si analizo el problema de la drogadicción, y llevo muchos años tratando de ayudar a personas que dan un enorme grito por la vida e intentan salir adelante, tengo que saber algunas cosas importantes para iniciar esa relación de ayuda. Es él quien tiene el problema, y quien pide ayuda. Eso es importante. A mi nada me conduce a la droga. Mi proceso de vida me ha ido llenando de experiencias, me ha aportado un bagaje con el que caminar, en el que la droga no tenía cabida. Luego la droga no tiene sentido, es mala, para mi vida, para mi proceso de vida. Pero no se trata de mí sino de él. Por tanto, debo ir hasta él y su vida y no traerlo hasta la mía. En consecuencia, he de averiguar qué sentido tiene la

droga en su historia de vida, en su peculiar e irreplicable aventura biográfica. Ése ha de ser el diagnóstico, y no otro. Y de llegar a saber qué le ha aportado la droga, y a eso he de dar respuesta. Por eso planteaba que mi objetivo es que mis pacientes llenen su vida de vida y no sólo de ausencia de droga.

A lo largo de ya muchos años de observar vidas de estas personas, desde cerca, desde todo lo cerca que he podido estar sin faltar al respeto de su intimidad más profunda, he llegado a comprender que durante mucho tiempo es precisamente la droga la que ha dado respuestas a los problemas de su vida aunque, eso desde luego, más tarde llegue a atenzarle y llevarle a la ruina y tal vez a la muerte. Por eso su recuerdo a lo largo del diálogo terapéutico, es contradictorio. Eso tiene profundas consecuencias en las que mas tarde me centraré. En consecuencia, lo que aquí interesa exponer es que con frecuencia distorsionamos el problema social de la droga. Nos centramos en la lacra de narcotráfico, es decir, en la oferta de droga. Sin embargo, siguiendo estrictamente la ley de la oferta y la demanda, el problema no es de oferta de droga, sino de demanda, y eso es lo que explica el narcotráfico. Suelo decir que no hay un tráfico ilegal de lavabos, por ejemplo, y que el precio de la droga se basa, precisamente, en su ilegalidad. Y también que es una fuente importante de financiación en muchos aspectos de la actividad económica.

Desde el planteamiento que pretendo esbozar aquí, hemos de averiguar a qué responde la droga y abordar eso. En resumen, si queremos tener éxito en la lucha contra la droga tenemos que comenzar a hablar menos de drogas y más de vidas. Para hacer ese camino hasta su vida, he de ser capaz de flexibilizar la mía, de comprender que mi manera de acercarme al mundo no es la única manera, que otras personas, desde otros procesos de vida, han desarrollado otras maneras, muy diferentes a la mía. Por tanto, he de ser capaz de conocer qué proyecto sobre el otro, para controlarlo, tanto como conocer cuáles han sido sus parámetros de vida, que facetas de su historia le han llevado a caminar de la manera en que lo ha hecho.

Comprender al otro, pues, tiene también dos consecuencias importantes; la primera es no patologizarlo. Como ya he planteado, lo que tienen enferma mis pacientes es la vida. Sus procesos comportamentales han caminado en una normalidad muy diferente a la mía. Pero no patologizar no tiene por qué no intervenir, porque si viene a mí es porque está mal y se siente mal, porque necesita dar un giro muy grande a su vida, porque se ha dado cuenta de cómo la droga (pero no sólo la droga) ha destrozado su vida. Por ello, he de abordar su vida, y no sólo su droga. En este sentido, más tarde trataré de aludir al diálogo terapéutico como un camino marcha atrás, juntos, mediante el diálogo, por su historia de vida, para tratar de ayudarle a enderezar sus entuertos del pasado, muchos a menudo, y que le incomodan poderosamente para proyectarse al futuro y vivir el presente.

Por otra parte, con frecuencia, mis pacientes arrastran una enorme rémora, un duro y largo proceso de conflictos con la justicia que les ha llevado a pasar años en la cárcel, lo que les ha quebrantado mucho más que la misma droga, e incluso que han tenido con frecuencia un reanamoramiento con la droga porque las instituciones judiciales han abordado los problemas que la persona creaba, pero no los que tenía, aumentando la exclusión social. Por tanto, un importante riesgo es penalizar al paciente. No es mi misión entrar en su conducta desadaptada. He de saber cuál es mi lugar, que no es ni juzgar ni justificar, sino comprender para intervenir. Y ello merece un análisis algo más detallado, porque tanto juzgar como justificar implican problemas que he de conocer para poder evitarlos; por una parte, centrarnos en la conducta desadaptada implica olvidar el proceso que le llevó a manifestar dicha conducta.

Me centraré en lo que implica llegar a justificar el comportamiento del otro que, como se comprenderá es mi problema, y no es poco importante. Proviene de lo que planteé al comienzo, referente a que lo que me diferencia de él es el punto de partida de ambos, que en su proceso de vida es mi probable que yo estuviera en su lugar y que en mi proceso vital también lo es que él estuviera en el mío. Si lo que tiene enferma es la vida, el riesgo es llegar a justificar su conducta, y eso es tan despersonalizador y tan ineficaz como convertir mi diagnóstico en una sentencia, porque implica llevar a que la persona no se responsabilice de su vida y, sea como sea, ha de asumir la responsabilidad para poder ser libre. Desde la justificación del comportamiento, el terapeuta evitará que la persona asuma el protagonismo de su vida. Por otra parte, la justificación del comportamiento mantiene la dependencia del terapeuta y le impide madurar. Ya he planteado que mi objetivo no es que deje la droga, o al menos no es sólo ése, sino que sea maduro y libre, y para ello he de ayudarle a «soltar amarras». Al comienzo de la relación terapéutica es normal que se establezca una relación de dependencia, surgida tanto de su soledad como de la intimidad entre terapeuta y paciente. Lo que ya no es normal es mantenerla. Por tanto, he de pretender que deje de depender de mí, no cuanto antes, sino cuando pueda ser. Por eso suelo decir que el terapeuta debe ser primero una cama, después una silla de ruedas, más tarde unas muletas, para pasar a ser en un siguiente momento un bastón, después caminar al lado y por último desaparecer. Y saber desaparecer es importante porque si no lo hago, dificultaré que él asuma su vida; ha puesto demasiado de él en mí mismo, le conozco muy bien, tal vez demasiado, al menos de cara a su proyección de futuro, y por eso puedo convertirme en un hándicap para su libertad y su madurez. Ése es otro importante elemento de esa intimidad personal que he de ayudarle a construir y de la que yo debo permanecer en la puerta, sin entrar. Así, cuando esté en condiciones, mi última ayuda será incitarle a caminar solo por la senda de su propia vida, después de haber compartido con él una etapa importante.

La intimidad del diálogo y la intimidad del paciente

He aludido a la intimidad, y es que de lo que vengo planteando se deriva la necesidad de crear un espacio íntimo entre el terapeuta y el paciente, un espacio donde se sienta seguro, un espacio confortable que posibilite en primer lugar la comunicación terapéutica y que progresivamente le vaya sirviendo para abrirse al mundo.

Esa intimidad que el terapeuta debe construir tiene una doble dimensión: Por una parte, debe ser una intimidad para los dos, que posibilite el encuentro, que le ayude a vencer el miedo y le ayude a abrirse al diálogo. Arrastra muchos problemas, y muchos de ellos ni los sospecha, porque se ha encontrado, a menudo, atrapado en el tiempo, en un permanente presente que le lleva a olvidar de inmediato y a no proyectarse hacia el futuro. Pero él también, como todos, es resultado de su historia, y su historia de vida le ha ido modelando.

El proceso terapéutico es un proceso duro, y necesita ayuda. Para eso estamos, y en esa relación de ayuda la intimidad entre él y yo es un elemento que le va a ayudar a perder los miedos, y a los dos a profundizar en el conocimiento mutuo, e incluso en la comprensión del otro, superando las profundas distancias entre su vida y mi vida. Esa intimidad, en la que entramos los dos es un vehículo esencial para su construcción personal. Debe saber que en ella puede sentirse seguro, que no va a ser juzgado, una intimidad que debe llenarse de significados compartidos. Desde ella puedo conocerle mejor, y él a mí también, porque he de estar abierto a que él me conozca. Pero hay otra intimidad aun más profunda, una intimidad en la que solo debe entrar él, y yo me he de quedar fuera.

A menudo he planteado que el proceso de exclusión social es, sobre todo, un proceso de despersonalización y que, en consecuencia, el proceso de intervención debe ser, ante todo, un proceso de personalización. Por otra parte, también he planteado desde hace años que la soledad es uno de los problemas especiales de estas personas, especialmente de las que arrastran una historia de drogadicción. La droga ha sido durante mucho tiempo su compañera, incluso muchas veces su única compañera, aunque acabara por llenarles de soledad cuando ya no aportaba lo que les daba antes generosamente. Y cuando deciden salir, cuando dan un inmenso y maravilloso grito por la vida, cuando dejan esa droga que ocupaba toda la vida, no les queda nada, el espacio de la droga es ocupado por una profunda soledad, una soledad despersonalizadora, una soledad que retumba casi a flor de piel, porque dentro de sí mismo no hay nada, nada ha podido construirse porque todo había estado lleno de la droga. Y esa soledad no puede llenarse más que de él mismo. Por tanto, es preciso ayudarle a que vaya construyendo, poco a poco, con muchos problemas y no poco dolor, una intimidad personal, un *santa sanctorum* en el que nadie entre, ni siquiera el terapeuta, un espacio íntimo, para él solo. En no pocas oca-

siones he percibido la importancia de dar un paso más, de profundizar aún más en la mente de mis pacientes, pero a la vez he percibido que si es importante que lo haga, más importante es que no lo haga, que me quede a la puerta de su intimidad personal, desde el respeto que debe presidir la intervención terapéutica y desde mi ayuda a la construcción de ese espacio íntimo, ese espacio que todos tenemos, y que él debe tener también.

La construcción de ese espacio personal, que debe hacer él, no yo, pero en el que yo puedo contribuir no invadiéndolo, es un elemento esencial en su proceso de construcción personal, de identificación personal, de superación de su situación de estar atrapado en el tiempo, para recuperar su historia personal, de reconciliación consigo mismo y de superación de la soledad. Es además, la herramienta esencial que le va a ayudar a prescindir de mí, a caminar en el futuro como persona libre y adulta, sin tutelas. Y he de saber que ese camino debe hacerlo él, que yo deberé asistir, desde una cierta distancia, sin asumir protagonismos que no me corresponden. Le servirá, nada menos, que para aprender primero a perdonarse, más tarde a aceptarse a sí mismo y, por último, a que-
rerse, desde donde podrá proyectarse al futuro.

Comunicación bidireccional y conocimiento mutuo

Obviamente, el diálogo implica una comunicación bidireccional, en ambas direcciones entre el paciente y el terapeuta. Pero en no pocas ocasiones un simple monólogo, centrado exclusivamente en el paciente y sus problemas. El terapeuta lleva a conocer profundamente al paciente, incluso a veces demasiado, como acabo de exponer, pero a menudo el paciente nada sabe del terapeuta, de su vida, de sus propios problemas, de su estar en mundo. Por eso, la comunicación bidireccional implica necesariamente un conocimiento mutuo. Si él no es solo su exclusión social, si no un ser humano, con toda la maravillosa riqueza que ello implica, yo también. Soy psicólogo, pero soy mucho más que eso, y poner en marcha todo eso que soy yo, que me llena como persona y que llena mi vida, con sus luces y sus sombras, da una dimensión mucho más profunda a mi trabajo.

El diálogo terapéutico es un «cuerpo a cuerpo», en el que pone todo lo que tiene y todo lo que es, y yo debo hacer lo mismo, eso sí, con ciertos matices. Está claro que debo conocerlo a él para abordar una relación de ayuda, y ya he abordado, si bien con excesiva brevedad, y también la limitación de ese conocimiento. De la misma manera, también debo abrirme a que él me conozca, que descubra mi condición de ser humano, además de la de profesional. Ello servirá también para acercar mi vida a su vida y para superar el problema del poder de que hablaba al comienzo. El

descubrimiento del terapeuta como persona, con sus limitaciones, con su vulnerabilidad, con su humanidad, lejos de ser un hándicap puede resultar un formidable impulso para el encuentro entre ambos. Sin embargo, al igual que mi conocimiento de él tiene el límite de su intimidad personal, mi apertura hacia él también ha de tener límites. Debo abrirme a él, y debo controlar esa apertura, tanto para proteger mi propia intimidad personal como para favorecer la relación terapéutica. Es mucho más difícil explicar esto último, pero es importante, y es diferente en un paciente y en otro, porque no me relaciono de igual manera con dos personas distintas y, en consecuencia, tampoco con dos pacientes diferentes. Toda relación es diferente de las demás, también la relación terapéutica, y eso es un elemento de personalización, para él y para mí.

Es evidente que para todo esto necesito romper la distancia, no trabajar desde esa prudente y protectora distancia con que a menudo trabaja la ciencia. He de acercarme, para poder percibir los matices, las sutiles diferencias que identifican a todo ser humano de todos los demás, por mucho que sean similares, descubrir eso que hace a cada persona un ser humano irrepetible.

Marcha atrás, juntos, por su historia de vida

Un último apartado quiero incluir en este breve esbozo de cómo concibo el diálogo terapéutico dedicado a personas en situación de exclusión social, y es el que se refiere a un aspecto relevante del mismo. Con ese equipaje que he expuesto con brevedad, iniciamos juntos un camino, duro, complicado y apasionando por su historia de vida, mediante el diálogo, poniendo cada uno todo lo que tiene y todo lo que él, su humanidad y sus problemas, y yo mi profesionalidad y mi humanidad.

Ya he planteado que mis pacientes tienen enferma la vida, y que viven en un permanente presente, atrapados en el tiempo. En consecuencia, el diálogo terapéutico tiene como misión esencial abordar la vida, y ello implica ayudar a la persona a que se reconcilie con su historia. El pasado constituye los cimientos de la vida, y el pasado no se puede cambiar. Pero el pasado no existe, existe el recuerdo, y eso sí podemos cambiarlos, juntos, mediante el encuentro. Así concibo básicamente la intervención terapéutica y a eso conduce todo lo que he planteado hasta ahora.

En esa reelaboración del recuerdo, conjugando pasado, presente y proyección de futuro, que debo comenzar yo, pero que debemos continuar juntos, para más tarde seguir él solo, vamos a pasar momentos conflictivos, que podrán ser abordados desde la intimidad compartida, en los que debo poner en marcha toda la profesionalidad que tenga, y mucho más. Suelo decir que a menudo trabajamos con mentes que son una especie de

cristal de Bohemia y tenemos puestos guantes de boxeo. La pátina que puede evitar hacer daño, en ese difícil camino desde mi vida hasta su vida, es la ternura, que debe ser un componente muy importante en la profesionalidad del terapeuta, y que forma parte de lo que ya he planteado: sin juzgar y sin justificar.

Debo saber qué recuerdos deben ser abordados, cuáles deberán esperar a un momento más adecuado y cuáles deberé ayudarle a tapar cuidadosamente, para que no hagan daño, o hieran lo menos posible. He de saber, y muy profundamente, que no puedo abrir heridas que no pueda curar. Todos arrastramos cicatrices y heridas sin curar, y podemos vivir con ellas. Él también puede hacerlo, no tendrá más remedio, porque la terapia no puede entrar en su vida y su historia como un elefante en una cristalería. Ya lo he planteado, y termino, la intervención tiene que ser un proceso de respeto hacia el paciente, y así llegará a respetarse a sí mismo.

