

Del discurso profesional al discurso familiar: caminos y desvíos.

RICARDO RAMOS GUTIÉRREZ*

RESUMEN

El Construccionismo Social postula que el Problema y la Historia Saturada de Problemas por la que la familia nos da cuenta de él son el resultado de la dominación que el discurso social-cultural ejerce sobre la experiencia de la familia; y que esta dominación se produce en la clínica a través de los foros conversacionales que se desarrollan en el Sistema Determinado por el Problema, a raíz de una Alarma despertada por alguna conducta de la familia. Sin embargo, estos postulados entrañan una visión simplista de la dialéctica de la dominación discursiva y una visión uniforme de las dinámicas conversacionales por las que esa dominación se desarrolla.

El Análisis Crítico del Discurso nos proporciona instrumentos para analizar la complejidad de la interacción discursiva entre el Sistema Social y el Sistema Familiar; y para generar intervenciones terapéuticas que la tengan en cuenta. A través del análisis del dossier de una Familia Multiproblemática mostramos una Carta de Presentación que el Equipo envía a la familia antes de la primera visita, como un ejemplo de intervenciones respetuosas de esa complejidad.

Palabras Clave: *Historia Saturada de Problemas – Sistema Determinado por el Problema – Análisis del Discurso – Carta de Presentación del Equipo.*

* Laboratorio de Comunicación Humana. Escola de Teràpia Familiar, Hospital de Sant Pau, Barcelona.
ramosgutierrez@gmail.com

Social constructionism proposes that the problem, and the problem-saturated story through which the family accounts for it, result from the domination which social and cultural discourse exerts over the family's experience; furthermore, it is argued that in relation to symptoms this domination is produced through the conversational domains that develop within the problem-determined system, when a behaviour in the family becomes cause for alarm. However, this account of the dialectics of discursive domination is simplistic and offers a uniform view of the conversational dynamics through which such domination develops.

Critical discourse analysis can provide instruments that are capable not only of analysing the complexity of discursive interaction between the social and family systems, but also of generating therapeutic interventions that take this interaction into account. This paper uses the case of a multi-problem family to illustrate a 'letter of introduction' that the team sends to the family prior to the initial appointment, it being argued that this is an example of an intervention which respects the abovementioned complexity.

Key words: *problem-saturated story, problem-determined system, discourse analysis, letter of introduction from the team.*

INTRODUCCIÓN: LA INTERVENCIÓN

"Estimados Señores:

Somos el Equipo de Terapia Familiar que vamos a atender la consulta de Vds. en fecha tal. Nos hemos decido a escribirles esta carta por la proximidad de las vacaciones de verano, dado que desconocemos la previsión de vacaciones que tienen Vds. y que, por lo tanto, no sabemos por cuanto tiempo se podrán prolongar estas visitas antes de que las empiecen. Pero, al final, hemos decidido no aplazar la consulta hasta después del verano ya que parece ser un buen momento para intentar la terapia. Hemos optado, pues, por mandarles esta carta para aprovechar al máximo las visitas que podamos celebrar.

Nos parece un buen momento porque, después de varios años de intentar-

lo, el Sr. Horace (esposo; nombre ficticio, extranjero) está consiguiendo hace más de dos meses mantener el alcohol y las drogas fuera de su vida. Pero, por otra parte, parece que no han conseguido mejorar el clima de casa.

No sabemos si es que el esfuerzo que está haciendo el Sr. Horace lo acaba pagando la familia, o si es que la situación estaba ya deteriorada y la familia no puede valorar este esfuerzo. Y tampoco sabemos si eso constituye un estímulo para el Sr. Horace para perseverar en su esfuerzo o un obstáculo para continuarlo, dado que, al parecer, le ha comentado a su psicóloga que se siente rechazado en casa.

Por eso no sabemos si habría que intentar trabajar para que la familia tuviera más paciencia (y qué condiciones tendrían que darse para que pudieran

hacerlo) o trabajar para que el Sr. Horace tuviera más aguante (y como tendría que ayudarle la familia para que lo consiguiera) Es por eso que a la primera visita hemos convocado a la pareja.

Pero también nos gustaría poder hablar de otros problemas. El problema de los estudios de I. (hija adolescente de la pareja), que ella sabe que son importantes pero que eso no le ha ayudado a concentrarse en ellos; quisiéramos saber porqué piensa que un psicólogo podrá ayudarle. El problema del sobrepeso del Sr. Horace y de sus repetidos e innumerables intentos de sacarse el carnet de conducir; porqué lo primero es tan preocupante y lo segundo tan frustrante. Los problemas de negocios que hacen temer a la Sra. Zaida (nombre ficticio, extranjero) que va a tener que tomar decisiones importantes y que va a tener que hacerlo sola.

Y también querríamos hablar de O. (bebé nombrado en la ficha). Quien es, de quien es hijo, como está.

Lamentamos el poco tiempo con el que les enviamos esta carta. Pero si tienen oportunidad de mostrársela a alguno de los colegas que han estado hasta ahora atendiéndoles a Vds. y ellos quisieran añadir algo al temario de esta primera visita, lo tomaríamos gustosamente en consideración.

Un cordial saludo del Equipo de Terapia Familiar.”

La presente es una carta que se le envió a una familia antes de la primera sesión. Se trata de una familia multiproblemática (FM) en la que el padre es adicto, padre y madre son emigrantes, y la madre tiene otra hija de una pareja anterior cuya hijo, a su vez (el bebé que se menciona) le ha

sido confiado en custodia por los servicios de Protección del Menor, tras retirárselo a esta hija ya en la maternidad, por problemas de drogadicción.

Esta intervención, que denominamos Carta de Presentación del Equipo es un instrumento que estamos usando con algunas FM. La carta, que la familia no sabe que va a recibir, es lo primero que conoce de nosotros y de nuestra propuesta de trabajo. A través de ella tratamos de despertar su interés y sentar las bases de nuestra colaboración.

Hemos elegido este ejemplo clínico para ilustrar el uso que hacemos de algunos conceptos derivados del Análisis del Discurso en el análisis del dossier de solicitud de Terapia Familiar con el que empezamos nuestro trabajo y diseñamos nuestras primeras intervenciones, dossier que será desgranado paso a paso a lo largo de este artículo. Nos basamos en conceptos provenientes tanto en el Análisis Crítico del Discurso, de ascendencia anglosajona (Chouliaraki & Fairclough, 1999; Fairclough & Wodak, 2000; Fairclough, 2003) como del Análisis Marxista del Discurso (Bajtín, 1982; Voloshinov, 1992) y de su versión francófona (Pecheux, 1978; Courtine, 1981).

Y hemos preferido comenzar este artículo por esta carta para que el lector empiece con una experiencia similar a la de la familia. El uso de conceptos poco familiares, procedentes del Análisis del Discurso, puede hacer arduo el esfuerzo de seguir este trabajo. Esperamos que también al lector la

carta le ayude a sostener el interés que nos permita desarrollar nuestra propuesta.

Propuesta que básicamente consiste en postular que cuando trabajamos con una familia (en particular FM) en realidad estamos trabajando con un Sistema Determinado por el Problema (SDP; ver más adelante) a través de esa familia. Y que si la familia cambia, pero el SDP que la encuadra no (ni en su composición ni en sus opiniones) el cambio apenas tiene posibilidades de perdurar.

MAS ALLÁ DE LA FAMILIA

La participación de los sistemas profesionales en el mantenimiento y el rumbo que toman los problemas por los que las familias nos consultan han sido señalados hace ya tiempo en nuestra disciplina (Imber-Black, 1988); y muy particularmente en el campo de las Familias Multiproblemáticas (FM), que han sido específicamente caracterizadas como familias multiasistidas. Por su parte, los desarrollos posmodernos en la Terapia Relacional Sistémica, con su énfasis en la semiótica, la conversación (Anderson & Goolishian, 1988) y la narrativa (White & Epton, 1990) han apuntado toda una serie de ideas acerca de cómo se puede caracterizar discursivamente esta participación.

El llamado grupo de Galveston, en base a su trabajo con familias multiasistidas, propusieron que el Sistema, antes que un grupo con historia, debe ser considerado como una red de conversaciones que se erige en torno a

una Alarma (Anderson & Goolishian, 1988). Más que en la familia y sus problemas Anderson y Goolishian se interesaron en lo que llamaron el Sistema Determinado por el Problema (Goolishian & Winderman, 1988), que definieron como el conjunto de personas que, haciéndose eco de aquella alarma, continúan hablando del problema como un problema. Y se volcaron específicamente en caracterizar la forma en que en este sistema se habla de aquellos problemas (y de aquella familia).

En esta línea se focalizaron en descubrir como la dinámica conversacional de esos sistemas perpetúa el problema; propusieron que el mecanismo básico por el que esto ocurre es que en estas redes se favorece la generación de lo que llamaron conversaciones “monológicas”, a las que caracterizaron como aquellas en que los “expertos” “hablan a” los usuarios, en lugar de “hablar con” los usuarios (Anderson, 1997).

Estos autores plantearon que la conversación terapéutica es una conversación más en el marco y en el flujo de las conversaciones que se desarrollan en el SDP, pero más que ocuparse de las dinámicas de esos flujos conversacionales se centraron en definir cual debería ser la postura del Terapeuta. Describieron la posición de Not Knowing, de no-experto, (Anderson & Goolishian, 1992), como la llave que generando conversaciones Dialógicas, permitiría la disolución del problema (y con el la del Sistema Determinado por el Problema que le daba soporte)

Por su parte White y Epton, en el Dulwich Center, (White y Epton, 1990) acuñaron el concepto de Historia Saturada de Problemas, por el que designan la historia que la familia nos cuenta de motu propio y la que los profesionales nos cuentan de ella. Y proponen que esta historia por la que se la identifica a la familia y por la que la familia se siente identificada (o cuando menos, aludida), no refleja su experiencia (o al menos no refleja toda su experiencia). Más bien, lo que refleja es la manera en que su experiencia y su conducta es evaluada por los valores de la sociedad y de la cultura en que viven.

Estos autores desarrollaron la Externalización y las Conversaciones Externalizadoras, encaminadas a hablar del problema como algo ajeno a la persona y a la familia (White & Epton, 1990; Madsen, 2007, para su aplicación en FM) como la manera de resituar a la familia y sus valores frente a los problemas y los valores culturales que dan soporte a esos problemas. Su premisa de partida es que el Problema no es (o no está) ni en la persona, ni en sus relaciones, sino que el Problema es el Problema; y que reside en la relación que la persona (y la familia) mantienen con el Problema.

Tanto los desarrollos del Grupo de Galveston, como del Dulwich Center se pueden encuadrar dentro del marco teórico Construcciónismo Social (Burr, 1995; Gergen, 1994). Desde este marco se postula que los problemas, los sistemas que los encuadran y las historias que tratan de dar cuenta

de ellos son construidos en la interacción social a través del lenguaje y del discurso. Sin embargo, en nuestra opinión, implican una concepción relativamente compacta y básicamente homogénea de los sistemas y de los discursos.

Las conversaciones que se producen en las redes conversacionales que conforman el SDP parecen considerarse, tal como lo formulan Anderson y Goolishian, como equivalentes y equipotentes (Ramos, 2007). Son equivalentes porque da la impresión que en todas las conversaciones se habla básicamente de lo mismo: del problema y de las conductas asociadas a él, pero manteniendo la misma relación entre el problema y consecuencias que se le atribuyen. Y son equipotentes porque todas parecerían producir un efecto similar: la expansión de la alarma (cada vez habría mas personas hablando del mismo problema) y el mantenimiento del problema básicamente en los mismos términos. Postulan un mundo social básicamente contingente, formado por actores sociales que se ponen a hablar libremente y como por casualidad, no enmarcados en estructuras que los constriñen (Choulairakis & Fairclough, 1999)

Desde una perspectiva Constructivista-Estructuralista (Bourdieu, 1987; Bourdieu & Wacquant, 1992) se propone que las estructuras sociales enmarcan (es decir, constriñen y guían) la interacción de los actores sociales, interacción que a su vez puede cambiar aquellas estructuras. En base a ella hemos propuesto en otro lugar (Ramos, 2007) algunos concep-

tos que creemos que dan cuenta más detallada de la articulación de la malla social en la que se desarrolla la interacción, intentando así profundizar el concepto pionero de SDP.

A nivel estructural hemos propuesto el concepto de Sistema Determinable por el Problema que trata de dar cuenta de la necesaria y esperable inclusión de nuevos nodos conversacionales cuando el problema alcanza un cierto nivel. Cuando estos nodos se ven realmente incluidos se incorporan al flujo conversacional desde sus propias lógicas y sus propios sesgos conversacionales. Por ejemplo, si la violencia doméstica (o la alarma derivada de esta) alcanza a los hijos, se incorporan tarde o temprano los sistemas de Protección de Menores, con su propia definición de las prioridades y las medidas a tomar con esa familia.

A nivel funcional se ha propuesto el concepto de Red Conversacional Virtual Actualizada, para dar cuenta de los servicios que están actuando en un momento dado y los fenómenos de invasión de fronteras (de la familia y de otros servicios) que en ese estado, en esa red, se pueden producir. Y se ha propuesto también el concepto de Estado de Activación de la Red Conversacional, que trata de dar cuenta de los sesgos conversacionales que esas conversaciones producen (la manera prevalente de hablar de los problemas en un estado determinado de las conversaciones en la red); sesgos que son la justificación discursiva de aquellas transgresiones de papeles y fronteras. (Ramos, 2007)

En lo que respecta a la Historia Saturada de Problemas, esta parecería reflejar la expresión de la dominación completa de un discurso hegemónico y homogéneo (el social-profesional) sobre un discurso dominado (el familiar-experiencial); este, a su vez, parecería que cuando pudiera emerger gracias a la terapia lo haría como un discurso también engarzado y compacto, sostenido por la voz oprimida de la familia. Habría un discurso (o narración) dominante y un discurso o narración dominados (las “narraciones subyugadas” de la obra tardía de White- Carey, Walther & Rusell, 2009) en una relación de claro antagonismo.

O al menos así parece poder deducirse del uso que se hace del concepto de “voz”, cuando se habla de la “voz de la familia”, ignorando que todos los discursos son polifónicos, y que la lucha de una voz (o de un discurso) por la hegemonía es un proceso constante (aunque desigual), nunca definitivamente conseguido. Y también podría deducirse de otros conceptos acuñados dentro del campo de la Terapia Narrativa, como son por ejemplo los de Visión Preferencial (Preferred view: como quiere la persona ser vista, en lugar de cómo cree que está siendo vista) y Dirección Preferencial en la vida (Erond & Lund, 1992; Madsen, 2007), como si la visión de uno mismo y la dirección que uno quisiera darle a su vida no fueran objeto de continua evaluación.

Esta concepción básicamente antagonica entre discursos básicamente

compactos, el de los profesionales y el de la familia, creemos que simplifica la sutilidad de la dialéctica colonización/apropiación presente en todas las situaciones en las que hay varios discursos pugnando por la hegemonía. (Choulairaki & Fairclough, 1999).

Para dar un par de ejemplos conocidos de esta dialéctica piénsese en la apropiación que el capitalismo consumista ha hecho de iconos que en su tiempo fueron revolucionarios, como las fotos de Mao o del Che, transformados en pura decoración de camisetas veraniegas; o en la apropiación que los “indignados” madrileños hicieron de la frase policial “Tirad las armas; estáis rodeados” al gritársela a los propios policías atrincherados en la Puerta del Sol, que intentaban impedir que los indignados la reocuparan.

Cuando nos referimos a discursos en pugna habría que incluir tanto la pugna entre los discursos de la familia y los profesionales como la que existe entre los discursos interprofesionales (médico, psicológico, social, judicial...); y también entre los discursos intrafamiliares. Y defendemos que no hay que quedarse al nivel de la pugna abstracta y genérica (a nivel del discurso teórico de las distintas disciplinas) sino que hay que considerar la dialéctica específica en la coyuntura concreta (Choulairaki & Fairclough, 1999); en nuestro caso en la red de discursos generados en cada derivación.

La unidad de psicoterapia del hospital público en el que se atendió el caso en cuestión plantea como requisito previo a la terapia la cumplimentación de un dossier de solicitud. Este se compone de una Ficha de Solicitud que se le da a la familia para que la rellene en su domicilio y de los informes que la familia debe solicitar a los profesionales que la están atendiendo en este momento, aunque no se exige que todos los profesionales involucrados atiendan nuestra petición, sino que se aceptan los que la familia nos aporta.

En un estudio realizado con 30 dossier de FM nos encontramos que el promedio de profesionales trabajando con la familia es de 7, pero solo 3, como promedio, atienden nuestra petición (Ramos, Borrego & Sanz, 2006). Por ello es necesario llevar a cabo el análisis mas fino posible, para trabajar con la información relevante.

Consideramos que la documentación aportada, aunque incompleta, constituye una “materialización” (Jäger, 2001) del estado de las conversaciones en el SDP en una coyuntura concreta: la derivación. Estos diferentes documentos constituirían el Corpus a analizar. Pero para comenzar el análisis, situarnos en un flujo conversacional que nos precede (y que nos continuará) y tratar de identificar los invariantes que hay que respetar y los cambios que se pueden introducir hay que empezar por elegir una Secuencia Discursiva de Referencia SDR (Courtine, 1981)

La derivación raramente la formula la red como un todo, sino que hay un nodo que la inicia, un profesional al que hemos llamado Derivante Identificado, llevando un poco más lejos la idea de Bradford Keeny (1983) del Terapeuta Identificado. Este profesional es quien impulsa la derivación en un punto de su interacción con un miembro de la familia con el que está vinculado; y al hacerlo provoca un proceso de decantación en los demás miembros de la red que realizan informes. Un miembro de la red inicia la jugada y, a la vista de eso, los demás profesionales tiene que decir la suya. Escogemos, pues, como SDR el informe del Derivante Identificado en ese caso, que dice lo siguiente.

Fulanita de tal, psicóloga del programa X del centro de atención a las drogodependencias Y, informa:

Que el Sr. Horace (nombre no latino) de 45 años de edad, documento de identidad tal inició tratamiento en nuestro centro en forma voluntaria para deshabituarse del consumo de Alcohol y Cocaína en (hace 3 años).

Actualmente está haciendo una buena evolución, está implicado en el tratamiento y acude a las visitas y a los controles de orina.

Dadas las dificultades a nivel familiar que muestran, tanto a nivel de pareja como con la hija de ambos (el paciente manifiesta sentirse rechazado a nivel emocional por su hija y su mujer)

Consideramos que sería conveniente que hicieran tratamiento a nivel familiar.

El tratamiento farmacológico actual es tal.

De acuerdo con Michel Pecheux (1978) un discurso es el proceso y el resultado de cómo un sujeto habla a otro (u otros) sobre algo (el Objeto del discurso), desde una Posición en una Formación Social. Lo que alguien dice o deja de decir sobre algo, y como lo dice no responde ni a una decisión individual ni a unas normas universales, sino al lugar desde el que se habla; y el valor y el efecto de lo que dice depende también de ese lugar. La Colocación de los interlocutores y el Objeto del discurso constituyen los elementos básicos de la Condiciones de Producción del Discurso.

Esas Condiciones de Producción están representadas en la propia superficie del discurso (en el texto); aunque más que reflejadas están refractadas. En el curso del discurso los interlocutores van alcanzando acuerdos, la mayor de las veces tácitos, acerca de cómo se imaginan a si mismo y al otro al hilo de lo que van hablando y como se imaginan el tema del que hablan (“de que le estoy hablando así”, “de que me está hablando así”). Estos acuerdos tácitos, que conforman un proceso de negociación continua, se hacen explícitos precisamente cuando amenazan romperse (“Pero, ¡con quien se cree Vd. que está hablando!”, o “¡Como puede Vd. hablar de algo así de esa manera!”); pero en distorsiones menos rotundas, aparecen sus huellas como vacilaciones o incoherencias en el transcurso del discurso.

En el informe transcrito, que hemos escogido como secuencia discursiva de referencia, el profesional aparece como claramente ubicado (habla la psicóloga fulanita del centro tal, programa cual) y habla del Sr. X, con tal documento de identidad, paciente voluntario, desde hace tanto. La colocación del profesional y del paciente aparecen apenas refractadas. Sólo que el paciente resulta que, además de una politoxicomanía, tiene mujer e hija. Pero ¿para quién y para qué? Veamos el segundo informe.

Fulanito de tal, medico de cual (el mismo centro y programa que la psicóloga) informa en relación a (Sr. Horace) que:

Tiene una larga historia de consumo de sustancias.

Contactó con nosotros hace (más de 2 años) para iniciar tratamiento.

La evolución en todo este tiempo ha sido irregular pero en los últimos dos meses constatamos un cambio de actitud que podría ser paralela a una motivación creciente para la recuperación.

Acude a las visitas programadas y cumple con los controles de orina.

Hacemos constar todo esto a petición del interesado.

Lo primero que queremos destacar es la similitud formal de los dos informes; están cortados por el mismo patrón (o, mas técnicamente, escritos en el mismo registro – Eggin & Martin, 2000). Lo segundo que queremos destacar es la perspicacia clínica que reflejan; en ambos se percibe y se destaca que después de una larga historia

de consumo y una irregularidad en la asistencia (explícita en el segundo informe, pero implícita en el primero), ha habido un cambio de conducta promisorio hace relativamente poco tiempo (dos meses). Clínicamente ambos profesionales informan con fineza.

Lo tercero a destacar es que la mujer y la hija se han caído en este segundo informe; aunque en realidad están implícitos (¿porqué, si no hubieran problemas familiares iba a ratificar el psiquiatra la indicación de terapia?). Están, pues, aludidas, aunque han perdido su especificidad (no se alude a su rechazo).

EL PROCESO DE PRODUCCIÓN DEL DISCURSO

Veamos el tercer y último informe del caso. Procede del médico de cabecera, cuyo informe es preceptivo para poder admitir la solicitud de terapia. Se trata, por tanto de un informe ya estandarizado en el que el remitente no tiene necesidad de especificar su ubicación en la red (de identificarse personal e institucionalmente) de su puño y letra. Dice así:

(1) Hombre de n años con los problemas relevantes de salud: a) Dependencia por consumo de cocaína; consumo nocivo. b) Dependencia por consumo de tabaco. c) dependencia por consumo de alcohol; consumo nocivo. Medicación actual: tal y cual.

(2) Paciente de n años, con lo problemas de adicción descritos, que le ocasionan alteración de la conducta con irri-

tabilidad y ansiedad, sobre todo a nivel familiar.

(3) Sigue tratamiento por ello en el centro tal, llevando controles semanales (2 veces) de tóxicos en orina y visita médica una-dos veces al mes, además de con psiquiatra, según dice (aportará informe)

(4) Lo hago constar a petición del interesado, pendiente de visita por unidad de psiquiatría familiar

Michel Pecheux plantea que si el estado de las Condiciones de Producción del Discurso se mantiene estable (la colocación de los protagonistas es similar y el objeto del discurso es equivalente), los discursos generados en esas condiciones manifiestan unas invariantes; y que lo que interesa no es el análisis de un discurso particular, sino lo que se mantiene (y como se mantiene) en el conjunto de los discursos producidos. El nivel de análisis al que se sitúa Pecheux es el de las invariantes semántico-retóricas; para nuestro propósito nos situaríamos a lo que se podría llamar invariantes temático-pragmáticas.

Lo que nos interesa para entender el efecto de sentido de un discurso (la intención específica en la interacción concreta) no sería solo lo dicho sino lo que, habiendo podido decirse, no se dijo (o se dijo de otra manera).

El Proceso de Producción de un Discurso, lo que se acaba diciendo y como se acaba diciendo (o escribiendo) es el resultado de cómo unas Condiciones de Producción actúan sobre un Sistema Lingüístico dado, al nivel a que se mueve el trabajo de Pe-

cheux. A nuestro nivel proponemos el concepto de Conjunto Temático como equivalente del Sistema Lingüístico (Ramos, 2006).

Para una familia, en un momento dado de su existencia, a raíz de una historia, en una coyuntura social, habría una serie de temas sobre los que tendría sentido hablar. No de todos esos temas se habla en cada interacción con los profesionales ni a todos los temas de que se habla se les da pertinencia y significado, de la misma manera que no todos los elementos sintácticos, semánticos o léxicos de una lengua aparecen cada discurso. Pero forman parte de ese conjunto sobre el que las Condiciones de Producción (quienes somos y de qué estamos hablando – y, por tanto, a que no podemos por menos que referirnos directa o indirectamente-) efectúan sus elecciones. Las Condiciones de Producción funcionan como un principio de selección-combinación de los temas.

Pero, a su vez, en consonancia con la dialéctica estructura-agencia del Constructivismo-Estructuralista, todo Proceso de Producción puede acabar produciendo alguna transformación de las Condiciones de Producción en que se originó (quienes hemos acabado siendo el uno para el otro, a la luz de cómo hemos acabado hablando de lo que hablábamos).

Un Proceso de Producción generado en unas Condiciones de Producción, puede describirse como una serie de Dominios Temáticos y unas Relaciones de Dependencia entre esos dominios, fruto de ese principio

de selección-combinación. En los informes del Dossier podemos decir que hay dos dominios temáticos seleccionados; el de la Adicción y el de la Familia. Y están combinados de forma tal que los temas relacionados con la adicción dominan a los temas relacionados con la Familia.

Y eso ha sido el fruto de quienes son los interlocutores (especialistas en drogodependencias y paciente drogodependiente –ninguno de los profesionales menciona que haya hablado con la esposa y que temas surgieron en su caso-) y cual ha sido el objeto del discurso que ha dominado su interacción (como hacer que la mejoría iniciada no se vaya a torcer ahora) independientemente de que se haya hablado también de otras cosas (de si la esposa y la hija le dan de lado).

Y eso no es por falta de sensibilidad humana; los profesionales han demostrado, al menos, compromiso con el caso (siguiéndolo a pesar de su irregularidad) y fineza clínica (apreciando un cambio en cuanto se produjo). Es porque se habla desde una Formación Discursiva (la formación discursiva que podríamos llamar clínico-biológica), que es un conjunto de esquemas y actitudes que marcan lo que se debe hablar, como se debe hablar y de que no se debe hablar, cuando uno está ubicado en una posición social-institucional. Hay más cosas en el mundo, pero lo nuestro es esto.

Los dominios temáticos se articulan unos con otros de manera tal que algunos de los aspectos que los consti-

tuyen quedan aletargados. El paciente drogodependiente (en este caso) es un paciente en recuperación (y no una pesadilla para la familia) y la familia es una fuente de soporte para el paciente (y no unas personas que tienen que decidir si pueden soportar ya más).

Pero esa articulación no es obligada; el informe del médico de cabecera, desde unas condiciones de producción parecidas pero no idénticas (es un profesional de la salud, que también habla con un drogadicto que nadie puede, a estas alturas, negar que está mejor) dice algo diferente: no afirma que los problemas familiares ponen nervioso al paciente, sino que el paciente se pone nervioso “sobre todo a nivel familiar”.

Y es esa brecha entre los discursos profesionales en el SDP lo que nos permite ir al encuentro del discurso de la familia.

EL DESVIO DE LA FAMILIA

El médico de cabecera articula los dominios temáticos Adicción/Familia de una manera algo distinta, y ello podemos atribuirlo básicamente a dos factores. De un lado a su posición institucional (en términos de Pecheux, a su lugar en una Formación Social); como médico de cabecera no tiene un paciente “privilegiado” en una familia, sino que todos los miembros de una familia son sus pacientes identificados potenciales en uno u otro momento. Y de otro lado a su historia con el caso: se puede entender que no ha participado mucho (o no se siente

muy involucrado) en el tratamiento de la adicción, y que habla de oídas más que como fruto de una experiencia personal con el caso en ese asunto. Habla de “oídas”, y por lo tanto oyendo (otras voces, otros matices)

Pero, aunque de otra manera, habla de los mismos Temas; la Adicción y la Familia. El proceso de Articulación que se produce en una práctica social (en nuestro caso, la manera usual de hacer el diagnóstico-derivación) se traduce en la construcción de unos Puntos Nodales que fijan, parcialmente al menos, el significado (Laclau & Mouffe, 1985). Adicción y Familia son un Punto Nodal, un eje fijo, en el desarrollo discursivo de la práctica de la derivación en este caso.

Pasemos ahora al discurso de la familia. La Ficha de Solicitud con la que trabajamos en nuestro Hospital tiene dos ítems temáticos ligados al problema: a) ¿Cuál es el problema principal por el que nos piden consulta en este momento; b) ¿Hay algún otro problema que preocupe a la familia? En este caso está rellena por la esposa (que se identifica como “la compañera sentimental de H.”), aunque la firman los dos.

A la pregunta a) responde: *“Yo, fulanita, veo que la relación de mi hija, con su padre H. se hace a veces insostenible, hasta tal punto que mi hija me pide un psicólogo porque se siente totalmente desconcentrada en sus estudios. Quizás el origen fuese el estado de irritabilidad y la poca paciencia del padre a la hora de llamarle la atención a su hija.”*

“Siento mucha necesidad de vuestra ayuda y confío mucho en vuestro apoyo”

Y a la pregunta b): *“Mi marido está intentando sacarse el carnet de conducir hace n años y siempre fracasa. Desde que lo conocí hasta ahora no ha parado de subir de peso. Y mi hija no termina de prestar interés a los estudios aunque es consciente de su importancia.”*

“A veces tenemos discusiones; me siento sola a la hora de tomar importantes decisiones, especialmente en los negocios”

(No hay ninguna alusión al bebé, que simplemente aparece nombrado cuando detalla los miembros de la familia que conviven actualmente).

Para articular este texto con los anteriores, tenemos que recurrir a un principio general, derivado de las ideas de Bajtin, que establece que cualquier texto es un eslabón en una cadena de textos que mantiene relaciones de reacción, incorporación y transformación de otros textos. El texto de la familia, de la esposa en este caso, reacciona, incorpora (en alguna manera) y transforma (en algún grado) lo que se ha dicho de ella.

La primera reacción responde a quienes son los interlocutores. El Redactor es la esposa; aunque la solicitud la firman los dos, el esposo le cede el protagonismo a ella. Y el receptor es un desconocido; un personaje anónimo de un Equipo de Terapia Familiar. Por ello hay que ganárselo: (Yo) *“Siento mucha necesidad de vuestra ayuda y (Yo) confío en vuestro apoyo”* (resumiendo, algo así como *“Ahora me toca a mí”*)

Pero no solo los interlocutores de la interacción discursiva han cambiado, sino que parece que el objeto del discurso también; se ha decantado hacia el dominio “Familia” del punto nodal: la hija se desconcentra y quiere un psicólogo (¿seremos nosotros?); ello es porque el padre tiene poca paciencia y no la escucha; y ese padre, caracterizado como un hombre que ha intentado sacarse el carnet de conducir no se sabe cuantas veces y que no ha parado de engordar desde que lo conoció, nos lleva a preguntarnos si es la persona que ella se pensó que era cuando se conocieron.

Sin embargo, describir a alguien con poca paciencia (con la hija), con poca capacidad (con el carnet) y con poco control (con el peso) es casi describir (parcial y pictóricamente) aspectos del comportamiento de un adicto. Y decir que el origen del problema principal (la relación hija-padre) es “el estado de irritabilidad y la poca paciencia del padre” es casi hacer una paráfrasis de lo que dice el médico de cabecera en su informe (“irritabilidad y ansiedad, sobre todo a nivel familiar”), un informe que, por otra parte, resulta mas cercano y comprensivo con la experiencia de la esposa.

No se pretende con eso sugerir que la esposa haya escrito la solicitud copiando o imitando las palabras del médico, con la misma dedicación y minuciosidad con que nosotros las estamos leyendo. Queremos decir que esas palabras resuenan en ella, despiertan ecos en su experiencia (“¿Qué si es irritable? ¿Que me lo pregunten a mí!”).

Lo que se pretende es mostrar el principio general que establece que los discursos están siempre vinculados a otros discursos producidos con anterioridad, y también con aquellos que se producen sincrónicamente y con posterioridad (Fairclough & Wodak, 2000). Y ello con cierta independencia de que el locutor haya participado o presenciado esos discursos (¿qué hablé/qué habló con el cabecera o el psicólogo?), los conozca solo de oídas (¿de qué dice que habló?), o simplemente, pueda imaginarlo (¿de que debió hablar el/ella con el cabecera o el psicólogo, para ahora decirme a mi lo que me dice? –por ejemplo, típicamente: “El Dr. me ha dicho que no me deis disgustos”–).

LOS ANCLAJES DEL DISCURSO

Pecheux plantea que entre diferentes superficies discursivas producidas en base a las mismas condiciones de producción, existen puntos de anclaje semántico en torno a los cuales se producen los deslizamientos de sentido posibles en esas condiciones. Al nivel de la conversación, en el que nos movemos aquí, junto a esos anclajes semánticos (“irritabilidad”), existen redundancias temáticas que permiten reconocer, al menos un “aire de familia” (Wittgenstein, 1988) en las conversaciones realizadas en el SDP a partir de la misma Alarma.

Pero esos temas no tienen que ser formulados de manera idéntica en las distintas conversaciones. Jean Jacques Courtine introduce la noción de Memoria Discursiva para referirse al he-

cho de que toda producción discursiva que se efectúa en las condiciones determinadas de una coyuntura pone en movimiento, hace circular formulaciones anteriores ya enunciadas (Courtine, 1981).

Toda formulación (de un tema) posee un dominio asociado de otras formulaciones del mismo tema que repite, refuta, transforma o niega, es decir respecto de las cuales produce efectos de memoria específicos (el Dominio de la Memoria de una Formulación Discursiva). Un ejemplo del dominio de la memoria podría ser el precedente jurídico: un caso jurídico determinado tiene el precedente de un caso parecido que se resolvió de tal manera; y esa resolución tiene que ser tenida en cuenta para la sentencia actual.

El Dominio de la Memoria se sitúa en el tiempo de la Historia (de la historia personal), pero no es fijo; no es un almacén de recuerdos dispuesto a activarse a cada sacudida. Depende de lo que, a raíz de lo que se dice en una coyuntura, se evoca con suficiente fuerza como para tener que hablar repitiéndolo, refutándolo, transformándolo, negándolo.

La secuencia discursiva de referencia (el informe de derivación con el que empieza la derivación del caso) establece lo "Preconstruido" (Courtine, 1981), las cosas que no se someten a discusión en estas conversaciones (aunque tal vez en otras, en otras circunstancias, se discutirían). Se refiere a las cosas que vienen dadas, que se presentan como hechos irrefutables: en este caso que este hombre padece de una toxicomanía y que ha empezado

una recuperación. Y que, por tanto, a la familia le toca ayudar ahora. Tendrán razones para hacerlo con mas o menos agrado, pero deben ir a Terapia Familiar porque eso es lo que les toca.

Este es el campo de juego que establece la derivación tal como es formulada.

Lo que le evoca a la esposa no la lleva a negarlo (otra cosa hubiera sido si el sentido que se desprendiera del informe del derivante la culpaba de una posible recaída), pero si a transformarlo. No necesita refutarlo describiendo el infierno que hubiera podido ser convivir con un adicto crónico en un momento, precisamente, en que tiene que presentarse como capaz de garantizar los cuidados a su nieto a los ojos de los servicios de Protección que se lo han confiado. Le basta con sacar a la luz los problemas (con la hija, con el carnet, con el peso, con los negocios) con los que tiene que lidiar ahora, sin poder contar demasiado con su marido, por más que su recuperación avance.

Pero además del dominio de la memoria, Courtine plantea otros dos dominios. El primero es el Dominio de la Actualidad. Se refiere a las secuencias discursivas que coexisten con las secuencia discursiva de referencia (el informe) en una coyuntura histórica determinada. Las sitúa no en la instancia y en el tiempo de la Historia, sino en el del Acontecimiento. En nuestro caso en el tiempo abierto por la Alarma, desde que empezó esta alarma y desde que se está hablando de ella (en nuestro ejemplo la Alarma sería: que está pasando en

esta familia que, ahora que el adicto empieza a recuperarse, empieza a hablar de que lo dan de lado).

Por ejemplo, en la conversación coexistente con el médico de cabecera, dentro del Dominio de la Actualidad, no se niega que sea un adicto, ni que haya problemas en casa, pero a lo mejor el problema es que se lleva los nervios que le produce la abstinencia a casa.

Y el último dominio a que se refiere Courtine es el de la Anticipación. Junto a los temas que los dominios temáticos de una conversación (y sus relaciones de dependencia) evocan de las conversaciones pasadas, y los temas que suscitan en las conversaciones presentes están los temas que abren para las conversaciones futuras.

El Dominio de la Anticipación tiene que ver con lo que tendrá posibilidad y sentido hablar a raíz de lo que se ha evocado y lo que se está hablando. Si la terapia ayuda al Sr. para que tenga aguante (o recursos para gestionar su nerviosismo fuera de la familia) y a la familia para que tenga paciencia (o clarividencia para ver que es mejor hablar de lo que quieren hacer con sus vidas con un marido libre de drogas que no inmerso en ellas), tiene sentido empezar a hablar de otras cosas.

Se situarían en el Dominio de la Anticipación de este discurso cosas como si el padre puede convencer (o ayudar) a su hija a estudiar mejor que un psicólogo, si el Sr. tiene que seguir tratando de sacarse el carnet o buscando otra salida profesional, y si la Sra. tiene que tomar decisiones sintiéndose sola o comentándoselas a su

esposo (aunque, al final, durante una buena temporada, prefiera seguir su propio criterio). Conversaciones que son del tipo de “ahora que las cosas están así” valdría la pena ver si se pueden empezar a hablar.

Hay otras que no; para un terapeuta puede ser apasionante ver de donde venía esta pareja y a donde iban cuando decidieron juntarse. Pero eso no está ahora en juego; lo que está en juego es ver si pueden colaborar a que el acabe de dejar las drogas, si más no el tiempo suficiente como para decidir que hacen con su pareja. Que el tenga algún tipo de futuro (con o sin ella) y que ella no tenga la sensación de que lo dejó en la estacada.

Pero hay otras a las que si hay que buscar un hueco, aunque no estén en el dominio de lo hablado, de lo evocado, ni de lo ligado con todo ello. Están en el ámbito de lo que hemos llamado el Sistema Determinable por el Problema.

Aquí hay un bebé, vigilado por los Servicios de Protección al menor, que en cualquier momento se pueden preguntar si está bien cuidado con un drogadicto en casa; y que pueden ser mucho más comprensivos si se les puede decir que es un drogadicto en franca recuperación a la que todos están colaborando. Por lo tanto, ese bebé tiene que tener un sitio en la carta y en las conversaciones que la carta pretende generar.

Y allí está. Al final de la carta con la que comenzamos este artículo y al final del recorrido con el que hemos tratado de fundamentarla a los ojos del lector.

- ANDERSON H. (1997): *Conversation, Language and Possibilities. A Post-Modern Approach to Therapy*. New York, Basic Books.
- ANDERSON H. & GOOLISHIAN H. (1988): *Human Systems as Linguistic Systems: Evolving ideas about the implication for theory and practice*. Family Process, 27, 371-393.
- ANDERSON H. & GOOLISHIAN H. (1992): *The client is the expert: A ntknowing approach to therapy*. En: McNamee Sh. & Gergen J. (eds.): *Social Construction and the Therapeutic process*. London, Sage.
- BAJTÍN M. (1982): *Estética de la creación verbal*. Siglo XXI Ed., México.
- BOURDIEU P. (1987): *Choses dites*. París, Minuit.
- BOURDIEU P. & WAQUANT L. (1992): *An Invitation to Reflexive Sociology*. Cambridge, Polity Press.
- BURR V. (1995): *An Introduction to Social Constructionism*. Londres, Routledge.
- CAREY M., WALTHER S. & RUSSELL SH. (2009): *The Absent but Implicit: A Map to Support Therapeutic Inquiry*. Family Process, 48, 3, 319-331.
- CHOULIARAKI L. & FAIRCLOUGH N. (1999): *Discourse in Late Modernity: Rethinking Critical Discourse Analysis*. Edinburgh University Press.
- COURTINE, JEAN JACQUES (1981): *Analyse du discours politique: le discours communiste adresse aux chrétiens*. Langages, nº 62.
- EGGINS S. & MARTIN J. R. (2000): *Géneros y Registros del Discurso*. En: Teun van Dijk (comp.) *El Discurso como estructura y proceso I*. Barcelona, ed. Gedisa.
- EROND J. & LUND TH. (1993): *How problems evolve and dissolve: Integrating narrativ and strategic concepts*. Family Process, 32, 291-309.
- FAIRCLOUGH N. (2003): *El Análisis Crítico del Discurso como método para la investigación en ciencias sociales*. En: R. Wodak & M. Meyer (comp.): *Métodos de Análisis Crítico del Discurso*. Barcelona, Ed. Gedisa, 179-203.
- FAIRCLOUGH N. & WODAK R. (2000): *Análisis Crítico del Discurso*. En: Teun van Dijk (comp.): *Estudios sobre el Discurso II. El discurso como interacción social*. Ed. Gedisa, Barcelona, pp. 367-404.
- GERGEN K. (1994): *Ralities and Relationships. Sounding in Social Constructionism*. Cambridge, Harvard University Press.
- GOOLISHIAN H. & WIDERMAN L. (1988): *Constructivism, Autopoiesis and Problem Determined System*. Irish Journal of Psychology 9, 130-143.
- IMBER BLACK E. (1988): *Families and larger systems: A family therapist's guide through the labyrinth*. New York, Guilford Press
- JÄGER S. (2001): *Discurso y conocimiento: aspectos metodológicos teórico de la crítica del discurso y del análisis de dispositivos*. En: Wodak R. & Meyer M.

- (comp.): *Métodos de Análisis Crítico del Discurso*. Gedisa, Barcelona, 61-100.
- KEENEY B. (1983): *Aesthetic of change*. New York, Guilford Press.
- LACLAU E. & MOUFFE C. (1985): *Hegemony and Socialist Strategy*. London, Verso.
- MADSEN W. (2007): *Collaborative Therapy with Multi-Stressed Families*. New York, Guilford Press.
- PECHEUX M. (1978): *Análisis Automático del Discurso*. Gredos, Madrid.
- RAMOS R. (2006): *Ni demanda ni historias: terapia con lo que hay*. De familias y Terapias, 22, 41-51.
- RAMOS R. (2007): *Temas para Conversar*. Gedisa, Barcelona.
- RAMOS R., BORREGO M. & SANZ A. (2006): *La construcción de la demanda en familias multiproblemáticas II. Una investigación clínica*. Redes, 17, 111-127.
- VOLOSHINOV V. N. (1992): *Marxismo y Filosofía del Lenguaje*. Madrid, Alianza Ed.
- WHITE M. & EPSON D. (1990): *Narrative means to therapeutic ends*. New York, Norton.
- WITTGENSTEIN L. (1988): *Investigaciones Filosóficas*. Barcelona, Critica.