

# Implicaciones clínicas de las diferencias culturales: el sí mismo referencial *versus* el sí mismo indexical<sup>1</sup>

Hope Landrine

A medida que se incrementa el porcentaje de minorías étnicas en la población, se vuelve más importante para los clínicos la necesidad de ser cada vez más sensibles a sus muchas diferencias psicológicas y psiquiátricas constituidas culturalmente. La tarea de aumentar la comprensión transcultural se hace difícil por el hecho de que las diferencias culturales no se diferencian primariamente en los comportamientos, sino más bien en los significados ligados a y atribuidos a los “mismos” comportamientos. Debido a que la cultura es un conjunto compartido (intersubjetivo) de definiciones y suposiciones inconscientes, es una variable cognitiva (Shore, 1991) que no puede ser observada pero que sin embargo es poderosa: la cultura es el diccionario social y psiquiátrico no escrito que cada uno de nosotros ha memorizado y luego reprimido. Aumentar la comprensión transcultural se vuelve entonces una tarea en dos partes: traer nuestro diccionario al nivel de conciencia plena y luego memorizar los diccionarios de los demás, de tal manera que podamos pasar fácilmente del uno al otro.

Las definiciones que llenan los diccionarios culturales de muchos estadounidenses blancos (basados en la gran tradición cultural del occidente europeo) difieren significativamente de aquellos de las minorías culturales étnicas. Entre las entradas para las cuales los antropólogos y psicólogos culturales han descubierto significativas diferencias culturales de sentido están: el tiempo (Hall, 1983); el control (Weisz, Rothbaum, & Blackburn, 1984); la mente, el cuerpo, la salud y la curación (Fabrega, 1974) y el self (sí mismo) o persona (Gaines, 1982; Shweder & Bourne, 1982; Shweder & Miller, 1985; Strauss, 1977,1982). Estos significados y comprensiones, debemos enfatizarlo, son postulados inconscientes fundamentales; son considerados evidentes

<sup>1</sup> Tomado de: Nancy Rule Goldberger y Jody Bennet Veroff, *The Culture and Psychology Reader*, New York University Press, 1995. Traducido por María Cristina Tenorio y Ximena Sampson.

como “la manera como son las cosas”, como “lo que todo el mundo sabe” y así constituyen un universo simbólico psicológico o telón de fondo en el cual y a través del cual existen los miembros de cualquier cultura. Por ejemplo, aquellos que participan de la tradición europea occidental asumen que el tiempo “fluye” del pasado hacia el futuro; que el pasado está detrás y hacia atrás y el futuro por delante y hacia adelante; que el tiempo está marcado por los relojes y por tanto “marcha” con o sin ellos; y que el tiempo es un recurso natural “valioso” que debe “ganarse” y “utilizarse sabiamente” en lugar de “desperdiciarlo”, que debe ser “manejado” (los terapeutas pueden enseñar a “administrar el tiempo”) y que debe ser “robado” para propósitos íntimos. Estas definiciones y significados culturales occidentales, inconscientes, no son “simplemente” metáforas, sino que son “metáforas de la vida cotidiana” (por medio de las cuales vivimos) (Lakoff & Johnson, 1980). Como tales, estos significados forman la base de una plétora de conceptos clínicos relativos a la puntualidad; demora en la gratificación; impulsividad (la falla en planear “por anticipado”); pereza; dirigido hacia metas; prueba de realidad; orientación (en tiempo y espacio) así como innumerables supuestos clínicos sobre la terminación y sus vicisitudes; y respecto al tipo de influencia que el “pasado” puede y debería tener sobre el “presente”. Tales supuestos son ajenos para aquellos que toman por sentado —con igual inadvertencia— que el tiempo fluye hacia atrás (las cosas se inician en el presente y luego se vuelven pasado) que el futuro no existe (debido a que es el presente cuando uno “llega” allí), y que el tiempo está constituido y marcado no por un reloj sino por el propio comportamiento (Ver Hall, 1983). Tales supuestos, definiciones y significados inconscientes fundamentales son la substancia de la cultura étnica de las minorías y de los estadounidenses blancos por igual, y las diferencias de comportamiento ostensibles son la mera sombra arrojada por estos significados.

Entre las muchas definiciones y significados culturales tomados por sentados, aquellos relativos al sí mismo son los más básicos, los más “profundos”, los más lejanos de la conciencia, y son por tanto muy rara vez explicitados. Simultáneamente, mientras los supuestos sobre qué es el sí mismo son los más lejanos a nuestra conciencia, son al mismo tiempo los supuestos más poderosos y significativos que subyacen a y jalonan nuestro comportamiento (Strauss, 1982, p 112). Esto se debe a que lo que asumimos como el sí mismo ampliamente predice nuestros supuestos acerca de cómo un sí mismo se relaciona con los demás, toma control, se desarrolla, “debe” comportarse, piensa y siente y “hace cosas erróneas”. Así, los supuestos culturalmente determinados acerca del sí mismo subyacen, en la cultura occidental, a todos nuestros conceptos clínicos y comprensión de la normalidad, a la psicopatología y a la psicoterapia. La falta de conciencia de la definición occidental de sí mismo, de la manera en la cual tales creencias culturales moldean la psicología clínica, así como de la manera radicalmente diferente en la cual el sí mismo es comprendido por muchas minorías étnicas culturales, puede llevar a un diagnóstico

errado y un tratamiento fallido de los grupos minoritarios.

#### EL SÍ MISMO REFERENCIAL DE LA TRADICION CULTURAL OCCIDENTAL

El supuesto básico inconsciente de la cultura occidental es el de que existe una distinción irrevocable e inequívoca entre, por una parte, lo que es el sí mismo y, de otra parte, lo que no lo es. A partir de esta suposición tácita se sigue que la cultura occidental define el fracaso en construir y mantener una distinción entre sí mismo y no sí mismo como psicopatología (o sea falla en mantener los límites del yo, confusión, difusión de la identidad, o psicosis).

El sí mismo separado y encapsulado de la cultura occidental es conceptualizado como un dios, en el sentido de que se presume que es el originador, creador y controlador del comportamiento. Así, la creencia de que el comportamiento de uno es controlado por alguien o algo diferente al sí mismo, es definida como psicopatología —como externalización, proyección y delirio. Este sí mismo se presume que es prototípicamente humano (posee todos los atributos que constituyen la humanidad en sí) y en efecto define lo humano. Entonces, vivir este sí mismo como no humano, como un autómeta, más como muerto o máquina que como vivo y humano, también es definido en la cultura occidental como un síntoma o tipo de psicopatología (esto es, desrealización, despersonalización, delirio, depresión, o esquizotaxia). Lo no humano es definido, a priori, como todo lo que no es sí mismo o no posee un sí mismo propio; a la inversa, a cualquier cosa a la que le falta el sí mismo es representada inconscientemente como no humana, y por lo tanto cercana a un “eso”, un objeto. El campo del no sí mismo incluye las plantas, el ambiente natural, las emociones, el tiempo, el trabajo y una variedad de otros fenómenos. Cada elemento del campo del no sí mismo se asume que difiere fundamentalmente del sí mismo y que existe independientemente de éste. El campo del no sí mismo se asume que funciona por su cuenta, en virtud de sus propios principios y procesos y ampliamente independiente del sí mismo. Así, creer que eventos dentro del sí mismo separado y encapsulado (por ejemplo deseos o sentimientos) crean cambios en el campo del no sí mismo (por ejemplo, causar la muerte de otros, causar tormentas, inundaciones, accidentes o plagas) es también definido en la cultura occidental como un síntoma de psicopatología —como ideación “mágica” o “supersticiosa”, pensamiento desordenado o delirio.

En cuanto objeto o algo parecido a un objeto, el campo del no sí mismo está representado inconscientemente como aquello que debe ser dominado, controlado, manejado, conquistado, y con lo cual el sí mismo “tiene que habérselas”, para provecho del sí mismo. La gente de la cultura occidental habla de “usar”, “ahorrar”, “gastar”, “vender” y “controlar” su tiempo: de “controlar”, “regular”, y “habérselas” con sus emociones; de “explotar” situaciones, “tra-

tar” con asuntos interpersonales, “dominar” gente y “manejar” a los demás, las emociones y los pacientes. Tales coloquialismos hablan de la representación inconsciente del no sí mismo como un objeto sin vida pero amenazante. Así, la falla en interpretar el no sí mismo como un objeto sin vida y amenazante —o sea, la tendencia contraria, que imbuje al mundo físico con pensamientos, sentimientos y metas— es interpretada como desorden de pensamiento, delirio o pensamiento mágico. De la misma manera, el fracaso en empeñarse en dominar o manejar el campo del no sí mismo (por ejemplo, manejar situaciones, manejar el propio tiempo, o controlar las emociones propias) es definido como psicopatología, a saber, como una indefensión adquirida, pasividad, o como déficit en habilidades sociales, control de sí y manejo de sí.

Se presume que el sí mismo es una entidad: circunscrita, única, singular, encapsulada, no corpórea, como un fantasma y semidios, en alguna parte adentro del cuerpo. El sí mismo es visto como contiguo con el cuerpo pero no sinónimo a él. El sí mismo es la parte mental en la dualidad mente/cuerpo, en la cual el cuerpo es un objeto o entidad que pertenece más al ámbito del no sí mismo que del sí mismo. Debido a que el sí mismo es construido inconscientemente para que sea una entidad singular e integrada, experimentar al sí mismo como fragmentado, como no delimitado, o como múltiple, es definido en la cultura occidental como un síntoma o un tipo de psicopatología (esto es, como desorden de personalidad múltiple, o delirio psicótico). Se presume que el sí mismo es un universo cognitivo y emocional, el centro de la conciencia de sí, de la emoción, el juicio y la acción. Se dice que el sí mismo piensa, siente, observa, y posee todo tipo de procesos cognitivos. Por esto, la psicopatología es también definida en la cultura occidental como la vivencia de que los propios pensamientos y sentimientos emanan de alguna parte diferente al sí mismo, y vivenciar éstos como si fueran controlados por alguien o algo distinto al sí mismo; tales creencias se dice que son desorden, delirio, o compulsión obsesiva.

Se representa al sí mismo como si existiera libre de cualquiera y de todos los contextos: el sí mismo está aquí, y el contexto allá. Dado que el sí mismo es visto como un universo emocional y cognitivo por encima, más allá y sin un contexto, se cree que el sí mismo posee por sí mismo atributos, aisladamente de los otros sí mismos, por encima del tiempo y a través de las situaciones. Así, este sí mismo referencial, como lo llamaron Crapanzano (1981) y Gaines (1982) tiene rasgos trans-situacionales y longitudinales: tiene habilidades, preferencias, necesidades, deseos, y un “estilo” propio que lo describe, se refiere a él (por tanto, referencial), y lo distingue de los otros sí mismos. El sí mismo referencial puede ser descrito sin hacer referencia a los otros sí mismos o a un contexto: se puede reflexionar sobre el sí mismo, se puede pensar sobre él, puede ser discutido y analizado en aislamiento. Por tanto, uno puede ser consciente de él. Autoconciencia, autocrítica, auto realización consciente, auto reflexión, auto determinación, auto actualización, auto realización, y auto

cambio, todos son posibles, permisibles y, en efecto, esperados en la psicoterapia occidental. Una inhabilidad para reflexionar sobre el sí mismo y describir cómo es, qué quiere, qué vivencia, y qué ha hecho independientemente de los demás y de los contextos, es definida como un síntoma psicopatológico - como resistencia, falta de introspección, o mecanismos de defensa, psicopatía o daño cerebral.

El sí mismo referencial de la cultura occidental es construido como una entidad autónoma definida por su distintividad y separación del mundo social y natural. Está construido para que sea una unidad, una región, y un universo en sí mismo, que es inviolable, protegido dentro del cuerpo y, a priori, libre. En otras palabras, se presume que el sí mismo referencial es un agente libre —que es un agente que hace lo que desea. Por tanto, el sí mismo tiene derechos —el derecho a la privacidad, a la autonomía y a estar protegido de las intrusiones de los demás, siendo éste el principal entre ellos. Por tanto, el fracaso de una familia en respetar la privacidad y autonomía de sus miembros es definida como un tipo de patología familiar, y varios miembros de la familia son interpretados como enredados, victimizados, dominadores, asfixiados, y similares. En cuanto agente libre, se presume inconscientemente que el sí mismo hace todo tipo de elecciones y decisiones por sí mismo, basado en sus propios antojos y anhelos. Entonces, el sí mismo solo, en últimas, es construido como lo que determina las acciones —los comportamientos— del cuerpo en el mundo. Inconscientemente se asume que el sí mismo es moralmente responsable. En la cultura occidental, el sí mismo es la explicación final del comportamiento, y es responsable del comportamiento. Se toma por sentado que el sí mismo reclamará responsabilidad por sus acciones y por las consecuencias de sus acciones en el mundo. El comportamiento se considera como una mera consecuencia —los signos, síntomas y símbolos superficiales, externos y hacia afuera— de las actividades, decisiones, elecciones, preferencias, antojos y procesos de un sí mismo independiente y libre dentro del cuerpo. La cultura occidental y la psicología clínica basada en ella, asumen que todo el comportamiento comienza con, termina con, y es mediado por el sí mismo. Así, atribuir los propios pensamientos y acciones a fuerzas o personas diferentes al sí mismo, y atribuir control y responsabilidad del propio comportamiento a algo o alguien diferente al sí mismo, son síntomas de una variedad de psicopatologías —que van desde la psicopatía, la delincuencia y el daño cerebral hasta los desórdenes compulsivos, paranoides y psicóticos.

Se asume inconscientemente que el sí mismo referencial busca mantenerse y desarrollarse. Idealmente, debería asumir proyectos personales que están diseñados para desarrollar, realizar, promover y actualizar aún más el sí mismo. Así, el fracaso en mantener, desarrollar, diferenciar y /o actualizar el sí mismo y sus necesidades es considerado un síntoma de psicopatología. En el proceso de tratar de desarrollar, realizar o actualizar el sí mismo, el sí mismo referencial busca el control primario. Mientras que el control en general se

refiere a acciones diseñadas para disminuir el castigo e incrementar la gratificación de las necesidades del sí mismo, el control primario se refiere a cambiar a los demás y a las situaciones y por tanto satisfacer las propias necesidades; y el control secundario se refiere a cambiarse a sí mismo para encajar con los demás y con situaciones y por tanto satisfacer las propias necesidades. (Rothbaum, Weisz, & Snyder, 1982; Weisz et al., 1984). En la cultura occidental, el control es comprendido en términos primarios de control. Así, se espera que el sí mismo referencial actúe sobre el mundo y sobre los demás a fin de satisfacer sus necesidades, evitar el castigo y promocionarse a sí mismo. Idealmente, el sí mismo toma medidas para lograr que las cosas ocurran. Por tanto, en la cultura occidental, el fracaso en lograr control primario es interpretado como indefensión adquirida, pasividad, falta de asertividad y de manejo de sí, sumisión, baja autoestima, inadecuación y depresión.

Finalmente, para el sí mismo referencial las relaciones son derivativas: ellas son secundarias a y presumen la existencia previa del sí mismo. Inconscientemente se asume que los sí mismos existen primero —de hecho, deben existir primero— y que las relaciones de estos sí mismos son entonces como la interacción de bolas de billar. “Nosotros” es la asociación e interacción de los “yoes”, donde cada yo es autónomo y único, tiene necesidades y rasgos propios, y por tanto puede tener dificultades en relacionarse con otros “yoes”.

En resumen, el sí mismo referencial encapsulado, único de la cultura occidental es un dios que crea, explica y toma responsabilidades por sus acciones libres. En este país [Estados Unidos], “[el sí mismo] es una gran cosa”, como dijo uno de mis estudiantes japonés-estadounidense. Debe ser por eso que los estadounidenses escriben en mayúscula ‘I’ (yo), incluso en la mitad de una frase”. Si bien una discusión sobre la génesis de esta comprensión del sí mismo supera el alcance y el propósito de esta revisión, se pueden ofrecer algunas consideraciones. Esta construcción del sí mismo se dice que está enraizada en la tradición protestante de la cultura occidental (Gaines, 1982) y en las prácticas socio-culturales e instituciones occidentales tales como la privacidad (Shweder & Bourne, 1982). Tal comprensión del sí mismo es prácticamente desconocida en otras culturas donde la privacidad virtualmente está ausente (por ejemplo Japón), así como en las culturas budistas y no protestantes.

Los occidentales quizá pagan “costos” psicológicos por esta concepción referencial del sí mismo. Entre estos está una “falta de orientación significativa hacia el pasado. Venimos de ninguna parte, somos el producto de un accidente genético al azar... Cortado a la deriva de cualquier totalidad mayor, el sí mismo se ha convertido en la medida de todas las cosas” (Shweder & Bourne, 1982, p. 132). El sí mismo en la cultura occidental está separado de la comunidad, la familia y la nación; está a la deriva en una tierra de extraños —de otros sí mismos autónomos— con los cuales anhela establecer ligazones duraderas y significativas. La comunidad, la nación, la familia, los roles y las

relaciones son todos secundarios al sí mismo y son conceptualizados como una “instrumentalidad” para el sí mismo (Sampson, 1989, p. 915). Cada una de estas unidades sociales mayores se presume que existe a fin de satisfacer las necesidades del sí mismo, y será rechazada si fracasa en hacerlo. El sí mismo por tanto, escoge sus valores, roles, políticas y religión, así como las formas de relación y comunidad en las cuales participará (Sampson, 1989). En consecuencia, muchas personas en los Estados Unidos —conceptualizados como libres de la familia y la tradición— a menudo sufren de crisis crónicas, psicológicas y existenciales caracterizadas por el conflicto y la angustia acerca del significado y propósito de sus vidas en el amplio esquema de las cosas; acerca de sus políticas, valores y carreras autodeterminados; y de su alienación de los vecinos, la familia y la comunidad.

Esta construcción referencial del sí mismo está sostenida por la ideología social y política del individualismo que caracteriza a la cultura occidental, así como por la psicología y psiquiatría de estas culturas. El sí mismo referencial es explicado y justificado por nuestras teorías psicológicas de desarrollo moral y personal, en las cuales se dice que el sí mismo referencial es el resultado normal del desarrollo normal. Adicionalmente es justificado por nuestros conceptos de psicopatología (mencionados previamente) en el sentido de que estos síntomas y desórdenes psiquiátricos son violaciones de los supuestos de la cultura occidental acerca de cómo debe ser vivenciado el sí mismo. Este concepto y vivencia del sí mismo está limitado a unas pocas culturas occidentales (y puede estar acentuado en Estados Unidos) así como a los blancos, hombres, de la clase media estadounidense. No describe la vivencia o comprensión del sí mismo en las muchas culturas que no “socializan la autonomía ni confirman redundantemente el derecho del individuo a tener proyectos de expresión personal, un cuerpo, una mente y un cuarto propios” (Shweder & Bourne, 1982, p. 132) La concepción referencial del sí mismo es desconocida entre la mayoría de los asiáticos y asiáticos-estadounidenses. (Marsella, De Vos & Hsu, 1985); entre la mayoría de los afro-estadounidenses (Nobles, 1976); nativo-estadounidenses (Strauss, 1977); hispanos-estadounidenses (Marsella & White, 1982); mediterráneo-estadounidenses (Gaines, 1982), hindú-norteamericanos (Bharati, 1981), y por supuesto entre la mayoría de mujeres blancas estadounidenses (Lykes, 1985), así como entre la vasta mayoría de los pueblos del mundo (Bateson & Mead 1942; Geertz, 1973; Gergen & Davis, 1985; Hardman, 1981; Heelas & Locke, 1981; Lee, 1982; Levy, 1973; Miller, 1984; O’Connor, 1982; Read, 1955; Rosaldo, 1980; Shweder & LeVine, 1984; Shweder & Miller, 1985; Smith, 1981). El concepto alternativo de sí mismo indexical, no es el producto de déficits o psicopatologías, sino que más bien, está “mediado por la premisa del mundo con la cual uno se ha comprometido (esto es, el holismo) y por las metáforas a través de las cuales vivimos” (Shweder y Bourne, 1982, p.133). El sí mismo indexical, así como el sí mismo referencial, “es el producto de la imaginación colectiva” (Shweder & Bourne, 1982, p.132).

## EL SI MISMO INDEXICAL DE LAS CULTURAS SOCIOCENTRICAS

La entrada en el diccionario para “sí mismo”[self] de las culturas de muchas minorías estadounidenses no empieza ni termina con una distinción si mismo versus no sí mismo. “El sí mismo” en estas culturas no es una entidad que existe independientemente de las relaciones y contextos en las cuales se presenta. El sí mismo (a falta de otro término) no es discreto, delimitado, totalmente separado o único. Más bien, en la medida en que uno es o tiene un sí mismo, este sí mismo es visto como constituido por las interacciones sociales, los contextos y las relaciones. El sí mismo es creado y recreado en interacciones y contextos, y existe solamente en y a través de estos. Uno podría argumentar que las culturas sociocéntricas (por oposición a las occidentales individualistas o egocéntricas) fracasan en la reificación del sí mismo en cuanto proceso sociocultural en marcha o encuentro fenoménico.

Gaines (1982) ha rotulado al sí mismo de las culturas sociocéntricas como indexical, debido a que tal sí mismo “es percibido como constituido o ‘indexado’ por las características contextuales de la interacción social en diversas situaciones” (Gaines, 1982, p.182). Debido a que el sí mismo indexical existe sólo en y a través de las interacciones, no puede ser descrito per se, sin referencia a los encuentros específicos, concretos con los demás. Así, el sí mismo indexical, no tiene características permanentes, trans-situacionales, no tiene rasgos o deseos o necesidades de sí mismo en aislamiento de sus relaciones y contextos. A fin de describir al sí mismo, muchas minorías étnico-culturales pueden presentar varias descripciones concretas y detalladas de sus interacciones más recientes o prototípicas en situaciones específicas, con la intención de caracterizar más que de describir al sí mismo. Típicamente, varias presentaciones diferentes y contrastantes son dadas, en un esfuerzo por demostrar las varias fases de un sí mismo que cambia de relación en relación. Así, en respuesta a la típica pregunta clínica, “Cuénteme algo sobre sí mismo”, el cliente de una cultura sociocéntrica presenta unas pocas largas, concretas y detalladas descripciones de encuentros con otros y fracasa, desde una perspectiva occidental, en presentar los “simples hechos”. No obstante, los “hechos” no pueden ser dados cuando el sí mismo no es una entidad a la cual uno se pueda referir. Tales relatos en respuesta a una pregunta (supuestamente) simple acerca del sí mismo pueden ser interpretados, por los terapeutas de la cultura occidental, como lenguaje circunstancial, tangencial —un signo de un desorden subyacente del pensamiento. La interpretación errónea de la presentación sociocéntrica del sí mismo, bien puede contribuir al frecuente diagnóstico (errado) de las minorías como esquizofrénicas o esquizotípicas. Además, los clínicos de la cultura occidental, a menudo ven la presentación indexical como una resistencia al tratamiento, y el fracaso en reflexionar sobre el sí mismo aislado como falta de introspección. La presentación de varios encuentros contrastantes que tienen el fin de explicar las muchas fases



del sí mismo indexical también pueden ser malinterpretadas como un signo de psicopatología (esto es, como un síntoma de organización de personalidad limítrofe, una manifestación de división o evidencia de compartimentalización observada en las variedades de la paranoia). Estas interpretaciones equivocadas también pueden contribuir a diagnosticar (mal) a las minorías (y a las mujeres) como desórdenes de la personalidad paranoides y limítrofe. El modo típico de presentación del sí mismo indexical también puede ser malinterpretado como “pensamiento concreto” y como un signo de falta de inteligencia con la cual este término peyorativo está asociado. Así, dentro de los 10 primeros minutos de una sesión con un cliente de una minoría étnico-cultural, los clínicos de la cultura occidental pueden ver al cliente como no inteligente, pensador concreto a quien le falta introspección, habilidad verbal (después de todo ni siquiera pueden describirse a sí mismos), y que no está listo para la psicoterapia. Los efectos de esta interpretación sobre las expectativas de tratamiento de los terapeutas son obvios.

El sí mismo indexical no es una entidad separada a la que uno pueda referirse o sobre la que se pueda reflexionar aisladamente. En lugar de autoconciencia hay una aguda conciencia de la propia situación y relaciones. La reflexión se hace sobre estas, y la auto-reflexión —como una entidad abstracta— es virtualmente imposible para el cliente. Así, el cliente persiste en describir situaciones, o simplemente responde con genuina confusión a preguntas relativas a lo que él o ella “verdaderamente” siente, quiere y desea de la psicoterapia, y considera sus síntomas igualmente como historia personal. Esta presentación puede ser malinterpretada como externalización, inmadurez, proyección, resistencia o evidencia de no estar “listo” para la psicoterapia. Para complicar el asunto, las líneas entre el sí mismo indexical, los otros, y lo natural y lo sobrenatural están borrosas. Estas líneas son membranas semipermeables más que paredes de ladrillo, tales que el sí mismo incluye otra gente y porciones del mundo natural y sobrenatural. El sí mismo incluye personas y cosas que los clínicos occidentales ordinariamente conciben como separados de lo externo al sí mismo; los límites del sí mismo se dibujan no en torno a un individuo sino a un “hogar” (Gaines, 1982) que incluye a los miembros de la familia, los parientes muertos, y las deidades. Así, los dioses, espíritus, miembros de la familia, y otros seres significativos son partes del sí mismo y poderosas voces competitivas dentro de él. Sus deseos, sus demandas son sentidas como propias, y de hecho casi no pueden ser distinguidas de las propias. El sí mismo consiste en personas y fuerzas sobre las cuales el individuo tiene poco control. Más que el sí mismo, estas personas, fuerzas y seres inmateriales son vistas como responsables de las acciones del sí mismo.

La búsqueda de los clínicos occidentales de ayudar a clientes sociocéntricos para que separen sus necesidades de aquellas de su familia, o ayudar a estos clientes para que establezcan necesidades en contra de las de su familia, está mal encaminada en tanto que familia y sí mismo constituyen una unidad

única e interna. Tal concepción del sí mismo (como lo que contiene a la familia y a los otros significativos) puede ser interpretada como que este es confuso, pasivo, desvalido y necesitado de entrenamiento en asertividad y diferenciación. La tendencia de los clientes sociocéntricos de atribuir responsabilidad por sus elecciones a la familia, puede ser interpretada como externalización, y como un fracaso inmaduro de asumir responsabilidades. Finalmente, la tendencia de los clientes sociocéntricos de considerar al sí mismo como determinado por el destino, el dios o los dioses, y como empujado y jaloneado por anónimas fuerzas espirituales y de la comunidad, puede ser malinterpretado como delirante, o simplemente como atrasado, supersticioso, no inteligente, no educado y con quien no se puede trabajar.

El sí mismo indexical puede manifestarse en una de dos maneras. La primera y más común manifestación es el sí-mismo-como-rol-social; la segunda manifestación, menos común, es el sí-mismo-como-receptáculo de fuerzas inmateriales o (por tanto) el sí-mismo-como-una-ilusión.

#### EL SI MISMO INDEXICAL COMO ROL SOCIAL

En muchas culturas sociocéntricas (por ejemplo la cultura latina, africana y asiática, y por ende las comunidades latino-estadounidense, afro-estadounidense y asiático-estadounidense) el ser indexical toma la forma de roles sociales: Se supone inconscientemente que el ser y los roles que ocupa son sinónimos. En estas culturas, las personas se definen por sus contextos sociales particulares. Las personas [son] fundamentalmente ciudadanas de la polis, miembros de sus comunidades religiosas, esposos, soldados y así sucesivamente, no solamente individuos como tal. A diferencia de lo que se comprende generalmente [en Estados Unidos] al distinguir entre las personas reales y los roles que deben desempeñar, en [las culturas sociocéntricas] los roles no son accesorios a la persona “real” que de alguna manera sigue residiendo auténticamente en algún lugar detrás de ellos. No hay manera de salirse de su comunidad y de sus roles dentro de la comunidad y en su nombre. Estar por fuera es en efecto ser inexistente, un extranjero o muerto... Las personas son vistas como criaturas cuyas mismas identidades están constituidas por su ubicación social. No hay sujetos que puedan ser definidos aparte del mundo; las personas están constituidas en y a través de sus lazos, conexiones y relaciones... las personas no escogen las metas o propósitos que elegirán seguir, sino que más bien se comprometen en un proceso común de descubrimiento compartido en el cual sus metas y propósitos se revelan en un interminable proceso de vivir con los demás... En efecto [desde un punto de vista sociocéntrico] no hay una manera significativa de hablar de las personas abstraídas de la comunidad particular que es un ingrediente esencial de sus identidades como personas... Los lazos dentro de una comunidad no describen meros atributos

de la identidad de una persona sino que en efecto constituyen sus identidades. (Sampson, 1989, p.914-915, 918)

Como anotamos anteriormente, la cultura Occidental concibe las personas como anteriores a la comunidad y a la familia, e interpreta estas unidades mayores como una instrumentalidad para las personas: se sobreentiende que los roles se ocupan más por elección que por necesidad; la “persona” reside detrás de un rol escogido para realizarse a sí mismo, y él o ella puede y debe renunciar a ese papel si no logra llenar o satisfacer las necesidades del sí mismo. Por contraste, en culturas sociocéntricas, la persona es el rol que él o ella ocupa porque la familia y la comunidad son previas a los individuos. Más que los individuos, son las familias y las comunidades las que tienen metas, deseos y necesidades. Los individuos son una instrumentalidad para esas unidades mayores - se cree que los individuos existen para satisfacer las necesidades de esas unidades y no la inversa. Así, estos sí mismos de rol social no tienen derechos (a la privacidad, la autonomía, y la auto-determinación) sino deberes y obligaciones de desempeñar bien su papel para las unidades mayores. Este tipo de sí mismo es, por definición, social y común en vez de individualizado y único; y existe sólo en la medida en que desempeñe su papel. En consecuencia, el fracaso en jugar el rol de uno como esposa, madre, padre, esposo, hija, o hijo, es un fracaso sencillamente en ser una persona: en culturas sociocéntricas el fracaso o la violación del rol es la pérdida del sí mismo; es la muerte existencial, social y psicológica del individuo.

El resultado de esta interpretación inconsciente del ser como los roles que desempeña, es que se pueden ver formas específicas y peculiares de psicopatología en los clientes de minorías. La más común es el estado de agitación y pánico extraño y severo que se puede ver en clientes de minorías que están fracasando en sus roles (por ejemplo un padre chino que pierde su trabajo), o que piensan rechazar sus roles (por ejemplo un estudiante japonés que considera una carrera que viola la vocación que la familia ha dictado). Este extraño conjunto de síntomas puede desafiar la clasificación DSM, y sin embargo tiene a menudo un diagnóstico popular en la cultura en cuestión -por ejemplo susto para los mexicano-estadounidenses (Rubel, 1964), o “falling out” para los estadounidenses negros y puertorriqueños (Weidman, 1968). Esta manifestación bastante común de agitación y ansiedad crónica y difusa, como el resultado de violaciones de rol reales o fantaseadas, puede ser diagnosticada erróneamente como depresión, o mal entendida como una exagerada reacción histriónica al simple hecho del desarrollo (developmental) de la autonomía. No es ninguna de las dos. El cliente de minoría que viola o está pensando violar expectativas de rol, ya sea por elección o por accidente (por ejemplo, pérdida de trabajo o accidente físico) enfrenta una crisis seria —la pérdida de un sentido de la identidad— en la que el grado de pánico exhibido se correlaciona con el nivel de desesperación y miedo. Al ser el problema del cliente complejo y dinámico, los diagnósticos, intervenciones y comprensiones es-

tánder son lamentablemente inadecuados. Los médicos clínicos que intentan ayudarle a estos clientes a encontrar un “verdadero sí mismo” (que se presume existe detrás del rol, independientemente del rol y la familia, y que anhela expresarse) se comprometen en una intervención muy inapropiada -una que puede precipitar una depresión severa, iatrogénica o incluso un intento de suicidio.

El cliente sociocéntrico que fracasa o viola su rol, “muere” no sólo desde la perspectiva del cliente sino también desde la de la familia. Así, estos clientes pueden señalar que han sido o temen ser repudiados, rechazados, y exilados permanentemente de sus familias. Estas reacciones de parte de la familia sociocéntrica no nacen de su patología, rigidez o crueldad, sino más bien de su comprensión de lo que es una persona o un sí (*self*). De la misma manera, el relato del cliente o su temor de estas reacciones de parte de la familia no son histriónicas sino evaluaciones exactas de lo que está en juego - y lo que está en juego no es la pérdida de la mera “aprobación” sino la pérdida del ser, la existencia y la vida misma.

El tratamiento que toma en cuenta la sensibilidad cultural de las minorías que presentan este problema específico implica ayudarle al cliente no a encontrar un sí mismo referencial sino una nueva identidad social, un nuevo rol, un nuevo sí-mismo-para-la-familia o ser-para-los-otros. El objetivo de este tratamiento hace parte del carácter de los entendimientos de la cultura, y no se opone a ellos. Un tratamiento como este, exige que se trate también a la familia o a la relación en la cual va a existir el nuevo rol, y conllevará inevitablemente una redefinición y renegociación de las necesidades y metas de la relación relevante constituida social y culturalmente. Alternativamente, la terapia puede conllevar o necesitar una nueva negociación de la construcción del sí mismo por parte de todos los miembros de la relación, y para todos los miembros de la relación. Es crucial ser cautelosos en este último tipo de intervención para asegurarse de que en la relación se ha escogido adoptar una concepción más referencial del sí mismo, y que el clínico occidental no está imponiendo su interpretación cultural sobre la otra. Los clínicos occidentales deben hacerse incesantemente estas preguntas éticas trans-culturales: ¿es acaso mi intervención una forma perniciosa de trabajo misionero? ¿No son mis metas terapéuticas más que proselitismo? ¿Mi efecto sobre esta familia — sobre esta cultura— difiere significativamente del colonialismo?

Porque el sí mismo a menudo es definido como los roles desempeñados, y existe para el bien de la familia y la comunidad, el tratamiento culturalmente apropiado de las minorías incluye el tratamiento de la familia, parentela, comunidad o red socialmente definidas. Esta visión ha sido apoyada por clínicos que se especializan en tratar aborígenes estadounidenses (por ejemplo, Everett, Proctor & Carmell, 1989; Lewis & Ho, 1989), asiático-estadounidenses (por ejemplo, Root, 1985; Sue, 1989), afro-estadounidenses (por ejemplo, Grevious, 1985), y latinos-estadounidenses (por ejemplo Christensen,

1989; Padilla, Ruíz & Alvarez, 1975). Tratar aisladamente al cliente minoritario es quizá el error trans-cultural psicoterapéutico más frecuente. Este error se basa en supuestos inconscientes de la cultura occidental sobre la primacía de la persona como entidad autónoma que tiene problemas, necesidades y síntomas propios. Esto implica que programas de doctorado y prácticas en clínica psicológica que fracasan al preparar a los estudiantes para intervenciones de familia y/o comunidad (irrespetando la orientación teórica) fracasan en prepararlos para tratar efectivamente a los clientes en nuestra sociedad multicultural. La prioridad que la formación clínica (históricamente) le ha dado a la psicoterapia individual refleja la primacía que la cultura Occidental le ha ofrecido al individuo; en ese sentido, la formación clínica, como los conceptos clínicos, son un producto de la cultura de Europa Occidental, y entonces ella también necesita ser diversificada culturalmente.

Claramente, el sí-mismo-como-ser-social indexical fácilmente puede ser mal interpretado como psicopatología. Los terapeutas occidentales pueden ver el sí-mismo-como-rol como un signo de que al cliente sociocéntrico le hace falta autonomía; es controlado por los demás; es dependiente y confuso; es deficiente en reflexión sobre sí mismo, en confianza en sí mismo, en respeto por sí mismo, en y amor propio; carece de habilidades sociales; le falta asertividad y está detenido en su desarrollo. Cada una de estas incomprendiones no es solamente una falla en entender al sí-mismo-como-rol indexical: Estas conceptualizaciones son también proyecciones trans-culturales porque representan lo que el problema podría ser y qué significarían los comportamientos si los occidentales se comportaran de esa manera. El tratamiento de aquellos que entienden el sí mismo en esta forma de marco indexical específico necesita por lo tanto violar “lo que todo el mundo sabe” y da por sentado; suspender las definiciones y significados determinados culturalmente que normalmente le atribuiríamos al comportamiento; y adoptar un diccionario de lo que es ser persona radicalmente diferente.

#### EL SER INDEXICAL COMO ILUSION O RECEPTACULO

Una manifestación alternativa del sí mismo indexical aparece en las culturas indonesia, polinesia, algunas asiáticas (hindú, por ejemplo), varias del sureste asiático y muchas estadounidenses aborígenes; semejante interpretación inconsciente del ser puede ser la habitual en muchas minorías estadounidenses que pertenecen a estas tradiciones culturales. En esas culturas, el sí mismo no es una entidad a la cual uno se pueda referir, ni un rol social, ni un índice de relaciones, ni siquiera un “hogar” que incluya la familia. En cambio, el sí mismo es interpretado como el simple recipiente de fuerzas y entidades inmateriales; el individuo es interpretado como la cáscara más o menos irrelevante y muerta a través de la cual pasan los espíritus de los ancestros y una multitud de

entidades inmateriales, prestando así la apariencia o ilusión de que el individuo tiene características. Al igual que las construcciones de sí-mismo-como-control referencial e indexical, esta interpretación del sí mismo es inconsciente e implícita para aquellos que la sostienen, y así puede conducir a diagnósticos e interpretaciones trans-culturales significativamente errados.

Por ejemplo, para los Lohorong del este de Nepal (ver Hardman, 1981), el sí mismo, persona o *lawa* en el cuerpo de cualquier persona es conceptualizado simplemente como una entidad-fuerza compartida por la comunidad y que relaciona a los individuos con sus ancestros. Este sí mismo compartido se constituye como algo que viaja de una persona a otra, y de un lugar a otro, sin pertenecerle a nadie en particular. Se supone que los síntomas aparecen cuando el sí mismo compartido ha estado alejado de una persona en particular por demasiado tiempo. La terapia consiste en encontrar el sí mismo y devolvérselo al individuo sintomático. Los Maori de Nueva Zelanda (Smith, 1981), por otra parte, interpretan que el comportamiento individual y la experiencia se originan no en un sí mismo dentro del cuerpo sino desde fuera. No solamente se entiende que el comportamiento y la experiencia de una persona están más allá de su control y su responsabilidad, sino que también son vistos como un ataque a una persona, y por ende se asocian con un temor intenso. Gran parte de la emoción que para los occidentales es profundamente interna y personal, para los Maori es externa, ajena y ego-distónica, ya sea “agradable” o no. De la misma manera, en el extremo socio-céntrico de un continuum cultural de construcciones de sí-mismo están los Balineses, quienes ven al individuo como un receptáculo dentro del cual varias fuerzas sobrenaturales interactúan como componentes integrales de la personalidad del individuo. Las más importantes de estas son las fuerzas espirituales personificadas a las que se refieren como ‘los cuatro hermanos’ —*kanda mpat...* a los cuales se refieren familiarmente en la conversación diaria como ‘mis hermanos’. (O’Connor, 1982, pág.257)

El comportamiento y la personalidad de un individuo son vistos tanto como una función de las actividades de estos cuatro hermanos, como de los espíritus de los familiares muertos. Ya que el sí mismo es entendido como un mero (¡pero infinito!) escenario sobre el cual esas fuerzas inmateriales actúan, la socialización Balinesa consiste en aprender a destruir todo lo que le es único al individuo para asegurar una presentación no adulterada de los seres inmateriales. Se cree que son estos seres —y no el sí mismo— los que existen realmente (Geertz, 1975).

De la misma manera, la religión hindú ve el sí mismo referencial como una ilusión (si no un delirio) que los sabios e “iluminados” trascienden. Este tipo de interpretaciones del sí mismo en cada una de estas culturas las sostiene todo el mundo —son “lo que todo el mundo sabe” (así como el sí mismo referencial es lo que los occidentales conocen). Estas construcciones e interpretaciones no se limitan a los sacerdotes, chamanes, o la élite intelectual. Así,

el hindú norteamericano común cree que existe un solo ser, el brahman, que no tiene forma.

La multitud de otros seres, almas, sí mismos, dioses... bestias, estrellas, y planetas, etc. son super-imposiciones erróneas del ... brahman. El trabajo del sabio es romper este delirio de multiplicidad... Uno podría creer que tales pensamientos abstrusos podrían solamente ser relevantes... para una élite intelectual o religiosa, [de hecho, sin embargo]... los pensamientos y percepciones hindúes, el valor hindú -todos los valores hindúes- han sido moldeados totalmente por estos conceptos aparentemente recónditos. (Bharati, 1981, págs. 187-189)

Claramente, los clientes que interpretan el sí mismo como receptáculo o ilusión pueden no estar discutiendo lo que pensamos que están discutiendo cuando nos presentan problemas. Por ejemplo, un balinés- estadounidense que habla de lo que sus “hermano(a)s” han estado haciendo últimamente, puede no estar hablando de hermanos biológicos, y esto puede nunca ser claro para el clínico; un aborígen estadounidense puede relatar que alguien le aconsejó buscar tratamiento, sin que el clínico sepa que ese “alguien” murió hace 200 años. Es necesaria una flexibilidad cognitiva considerable para tratar a estos clientes; es necesario estar abierto a la idea de que los dioses, los fantasmas, y los espíritus pueden ser tan reales (incluso más reales) para el cliente como las sillas del consultorio; y estar dispuesto a admitir la posibilidad muy real de que uno simplemente pueda no saber qué es lo que está pasando. El tratamiento puede necesitar la lectura de textos de antropología y/o la consulta de curanderos indígenas, académicos o “mayores” de la comunidad cultural en cuestión para cerciorarse de que el diagnóstico y el tratamiento son apropiados. Los terapeutas podrán considerar el uso de lo que yo llamo el modelo de selección cultural de intervención. Bajo este acercamiento, un clínico occidental, un curandero popular de la cultura y/o una autoridad de la comunidad en cuestión, y el médico familiar se ponen de acuerdo sobre varias conceptualizaciones del problema y un tratamiento multicultural a varios niveles por parte tanto del clínico occidental como del curandero indígena y de la familia. Este tipo de tratamiento fue eficaz en un desastre en Stockton, California, en agosto de 1990. Un francotirador le disparó a varios niños del Sureste de Asia en el patio de un colegio, matando a varios e a hiriendo otros. La mayoría de los niños se negaron a volver al colegio después de esto, y muchos no querían o no podían comer, dormir, o hablar, porque podían ver los “espíritus” de sus compañeros asesinados vagando por el patio del colegio (ver Los Angeles Time, agosto 1990, “special series”). Las intervenciones de clínicos estadounidenses fracasaron en repetidas ocasiones y los niños no querían regresar al colegio. Finalmente, un curandero popular del Sureste de Asia, así como un experto de la comunidad y los padres de los niños fueron consultados y el curandero indígena “desalojó” a los espíritus del patio del colegio por medio de un ritual sancionado culturalmente. Los síntomas de los niños simplemen-

te desaparecieron y regresaron al colegio, cuidadosamente supervisados por clínicos occidentales.

Esto implica que, sin tener en cuenta si el cliente sociocéntrico interpreta el sí mismo indexical como rol o como receptáculo e ilusión, el clínico trans-cultural eficaz busca entender estas construcciones y trabaja dentro de su marco - y no contra él. En últimas, es la apertura a significados, definiciones y suposiciones totalmente diferentes, y no una técnica terapéutica específica o una orientación teórica lo que facilita el éxito.

En ambas construcciones indexicales del sí mismo o persona, el sí mismo no es interpretado como el centro de cognición, afecto o acción y por tanto no es la explicación del comportamiento. Nuestros pensamientos, objetivos y sentimientos pueden ser causados por fuerzas o personas que son supuestamente externos al sí mismo, y pueden ser controlados por esas fuerzas y personas externas. El comportamiento no comienza, termina ni es mediado por un sí mismo abstracto y aislado. En cambio, relaciones, situaciones, entidades y fuerzas inmateriales son las explicaciones constituidas culturalmente y culturalmente aceptables para nuestros “propios” pensamientos, sentimientos, objetivos, miedos y comportamientos. De tal modo que, en culturas sociocéntricas, el sí mismo no tiende a ser visto como responsable del comportamiento. Como White y Marsella (1982) explicaron,

los límites ‘difusos’ o ‘permeables’ de la persona ‘sociocéntrica’ [dan como resultado que se ve al sí mismo] como un agente... pasivo, cuyas acciones son [respuestas] a las exigencias morales...de otros...[El comportamiento es interpretado] como el resultado de un conflicto socio-moral o de relaciones tensas dentro de un grupo social significativo (por ejemplo familia, pueblo) más bien que dentro de una psiquis individual...[Esta visión] puede requerir que el tratamiento o la curación se enfoquen en el restablecimiento de relaciones sociales (págs.21, 24).

Una vez más, queda claro que una psicoterapia eficaz con gente de culturas sociocéntricas implica necesariamente tratar la relación - el matrimonio, la familia, la relación entre la persona y varios seres inmateriales - a través de los cuales el individuo tiene o es de algún modo un sí mismo. Prestarle ayuda al grupo o a la relación en su sentido de armonía y realización es uno de los objetivos terapéuticos apropiados.

Finalmente, en culturas sociocéntricas se supone que existen primero las relaciones, la familia y la comunidad —antes que los sí mismos— y los sí mismos existen sólo por virtud de estas. Por tanto, las relaciones y la comunidad no son derivativas sino primarias, y el sí mismo es derivativo. El sí mismo indexical no busca entonces mantener, realizar, completar y desarrollarse a sí mismo, sino las relaciones y comunidad a través de las cuales existe. Uno busca avanzar la familia antes que el sí mismo, para asegurar el éxito y la felicidad de la relación antes que del sí mismo, para complacer a los dioses, o para asegurar la autonomía de la relación, no del sí mismo. De esta forma, el ser indexical se compromete en el control secundario: el individuo es cambia-



do, ajustado y trabajado hasta que él o ella cuadre más armoniosamente en la familia, relación o comunidad; o el grupo completo cambia para mejorar la calidad de vida de todos sus miembros, y no de un individuo únicamente. Esta manera radicalmente diferente de entender el control puede ser mal interpretada por los clínicos occidentales como sumisión, pasividad, e incapacidad, y resulta en la creciente insistencia de proveer una formación en afirmación de sí mismo, particularmente a los clientes asiático-americanos. Un objetivo del tratamiento que podría ser más aceptable, apropiado y sensible a esta cultura sería aumentar el control secundario —no el primario— de todos los miembros de la relación de relevancia, a menos que el cliente indique un interés en el control primario.

A muchos occidentales les puede parecer que la construcción indexical de la persona es una existencia limitante e infeliz. Gran parte del afán inconsciente de moldear un sí mismo referencial en las minorías brota de la asunción culturalmente determinada de que las minorías estarían “mejor” si se experimentaran a sí mismas y al mundo de la misma manera que los occidentales. Sin embargo, frecuentemente, quienes construyen el sí mismo en un marco referencial son personas ansiosas, solitarias, y aisladas en su autonomía. Por eso, para “los miembros de culturas sociocéntricas el concepto del individuo autónomo, libre de escoger y preocuparse de sus propios asuntos [parece] ajeno, una extraña idea de separar al sí mismo del todo interdependiente, condenándolo a una vida de aislamiento y soledad” (Schweder & Bourne, 1982, pág.132). Aunque algunos miembros de las culturas sociocéntricas renuncien al control primario y la autonomía a través de la comprensión indexical de la persona, ganan un sentido de la finalidad, significado, pertenencia y seguridad en sus familias y comunidades. No debe ser la decisión del clínico sino finalmente la del cliente si a este último le beneficiaría o no una interpretación más referencial del sí mismo.

#### IMPLICACIONES Y PREGUNTAS CLINICAS DIAGNOSTICANDO A LAS MINORIAS

Claramente, toda la psiquiatría, psicología, y psicoterapia occidental están basadas en el supuesto de que las personas normales experimentan al sí mismo dentro de un marco referencial (Gaines, 1982). Por tanto, aquellos que interpretan al sí mismo en un marco indexical están corriendo el riesgo, a priori, de ser mal diagnosticados como psiquiátricamente desequilibrados - y como marginales, esquizotípicos o esquizofrénicos, en particular (diagnósticos estos que las minorías reciben frecuentemente). Así, además de resaltar la necesidad de terapia que le es más adecuado al ser indexical, este trabajo debe plantear preguntas acerca del significado de los diagnósticos que las minorías reciben frecuentemente. El diagnóstico de esquizofrenia es un motivo obvio

de preocupación porque (mucho más que otro diagnóstico) se basa en la suposición inconsciente de que el ser se experimenta y debe ser experimentado en un marco referencial. Si el ser no se experimenta en un marco referencial sino que, en cambio, se lo interpreta como que le faltan límites y que debe ser controlado por fuerzas inmateriales y miembros de la familia, entonces

¿cómo se mostrará en el comportamiento la “lesión básica” de la esquizofrenia? En breve, ¿cuál de los descriptores de comportamiento de la esquizofrenia podrá uno ver? ... Aquí la queja no es que experiencias psicológicas inusuales o comportamientos sociales no sean parte de la “esquizofrenia” sino más bien que [lo inusual de estas experiencias, y] la forma y el sentido que toman en la cultura occidental son... una consecuencia de la manera en que los sí mismos son interpretados aquí... (Fabrega, 1989, págs.57-58)

¿Pueden acaso quienes interpretan el sí mismo como receptáculo ser esquizofrénicos, y si es el caso, cómo podríamos saber que lo son? ¿Están alucinando quienes oyen o ven a sus ancestros muertos, y en ese caso, son psicóticos? ¿Pueden ser pasivos o no-afirmativos quienes entienden el sí mismo como un rol para otros? Y si es así, ¿cómo podríamos discriminar entre semejantes “síntomas” y el ser indexical? ¿Acaso les hace falta “perspicacia” o un sentido de culpa a las minorías que no pueden describir, reflexionar acerca de, o tomar responsabilidad por el comportamiento del sí mismo? Si las minorías creen que sus pensamientos y sentimientos emanan de cualquier otra parte y están controlados por otros y por fuerzas externas ¿cómo podremos decidir si esto es patológico o cultural? ¿Acaso están “confundidos” quienes creen que el sí mismo contiene a otros miembros de su familia? ¿Acaso quienes creen que el sí mismo incluye las demandas de los demás tienen compulsiones? Quienes no ven al sí mismo como una entidad mental en alguna parte del cuerpo sino como sinónimo del cuerpo, ¿pueden entregarse a la somatización? ¿Cuántos procesos psicológicos (por ejemplo proyección, externalización, introyección, somatización) se basan en el supuesto del sí mismo referencial? Si estos procesos son los productos derivados culturalmente constituidos del sí mismo referencial y de su dualismo cuerpo/mente, ¿se aplican a las minorías - describen estos conceptos algún aspecto del comportamiento de las minorías (por ejemplo quejas “físicas”)? ¿Sería la taxonomía DSM completa un esquema de categorización inapropiado para el diagnóstico de psicopatología en quienes carecen —y siempre han carecido— de una interpretación referencial de la persona?

Las respuestas a estas serias y difíciles preguntas no nos han sido proporcionadas por la investigación. Hasta que la información relevante esté disponible, estas preguntas implican que los clínicos debemos ser mucho más cautelosos en el diagnóstico, avalúo y conceptualización clínica de las dificultades de los clientes de las minorías. Ciertamente, a la luz de nuestra comprensión actual (o a falta de ella) del papel de la cultura en el comportamiento y la experiencia de nuestra constantemente creciente (y cada vez más diversa)

población minoritaria, podría ser que el único diagnóstico adecuado culturalmente y apropiado porfesionalmente que le podamos dar a las minorías sea “Desorden de Ajuste”. Este diagnóstico tendrá que ser suficiente hasta que una taxonomía alternativa sea construída.

#### PSICOTERAPIA CON MINORIAS

De manera similar, los conceptos de psicoterapia están basados en los conceptos referenciales del ser. Como dijo Gaines (1982),

Las terapias de discurso y de percepción se basan claramente en una noción de sí mismo como una entidad alterable aunque consistente y coherente que se refleja a sí misma... [Estas terapias] conllevan una... concepción implícita de la persona como ser empírico siempre en proceso de devenir o, de hecho, de no devenir (pág. 182).

Si al cliente le hace falta entender y/o creer en el sí-mismo-como-entidad que puede ganar perspicacia, entonces ¿cuáles deben ser nuestros objetivos terapéuticos y cómo sabremos que el cliente ha “mejorado”? Si el cliente cree que su comportamiento es controlado por fuerzas y seres inmateriales, entonces ¿cómo podemos moldear nuevos comportamientos o modificar los existentes? ¿Cómo tratar al cliente que cree que sus síntomas son un castigo del dios o los dioses, o las manifestaciones de la actividad de ancestros difuntos? Las respuestas a estas preguntas resultan ser los objetivos de nuestro tratamiento, de los diagnósticos, y de los criterios para medir el cambio psicoterapéutico, y nuestras intervenciones deben ser más diversas culturalmente si queremos prestar una terapia efectiva para la diversidad de minorías que ahora constituyen una tercera parte de la población. Una diversidad y un cambio tales podrían empezar con una conscientización y apreciación del sí mismo indexical y sus vastas implicaciones clínicas.

Cali, Febrero de 1999