

Entrevistado: Dr. Alberto Serrano
Entrevistador: Dr. Alfredo Canevaro

Comentario: La psiquiatría comunitaria infantil: un antecedente histórico de la terapia familiar sistémica

Raúl Medina Centeno

Este breve trabajo relata un texto lleno de contenido sumamente relevante para la salud pública. Hablamos de la entrevista publicada en 1981 en la Revista Terapia Familiar, de origen argentino, que llevó a cabo Alfredo Canevaro con Alberto Serrano (Canevaro, 1981). El interés de Canevaro sobre el trabajo de Serrano se debe, tal como lo revisaremos, a que éste constituyó las bases de una terapia familiar posible para intervenir en problemas de las infancias y adolescencias, en un contexto comunitario. Alberto Serrano se formó en Galveston en un proyecto liderado por Bob McGregor, denominado Terapia de Impacto Múltiple de Familias. El propio Alberto reconoce a esta experiencia formativa, la influencia de su perspectiva. La riqueza que expresa el texto surge de los diez años de Serrano como director de un Centro de Psiquiatría Infantil Comunitario en los Estados Unidos; específicamente en San Antonio, Texas.

La entrevista inicia con Canevaro preguntando: —¿Cómo integras la cotidianidad de las personas en el trabajo clínico dentro de la institución para incidir en una psiquiatría comunitaria?— Serrano menciona que cuando llegó a San Antonio para dirigir la clínica comunitaria infantil dentro de la facultad de medicina, lo primero que intentó cambiar fue el protocolo del primer contacto para establecer un diagnóstico relacional. Encontró un modelo tradicional, de corte psicoanalítico enfocado en el individuo; niños, niñas y adolescentes en este caso, los cuales eran etiquetados. Si se entrevistaba a la familia solo era a los padres o tutores, pero separadamente de su hijo o hija. Con esta metodología para acercarse al problema, según Serrano, se veía muy limitada la intervención. Precisamente, la primera propuesta que puso en marcha, fue cambiar el foco de la entrevista inicial. Ahora serían invitados la familia entera y otras personas significativas para el infante o adolescente; con el fin de guiar

168 un primer diagnóstico desde la visión sistémica. Serrano denominaba a esta red: sistema social básico del paciente identificado.

Alberto también menciona que intentó integrar a todo el equipo de salud en el proceso de las entrevistas. Todos involucrados y juntos en el proceso: psiquiatras, trabajadoras sociales, psicólogos, enfermeras, etc. Nadie por separado, borrando las jerarquías profesionales e integrándose a la red familiar, para constituir lo que hoy se denomina sistema terapéutico. Este sistema de profesionales actuaría, en conjunto, a favor del niño o la niña. En mi opinión, este formato constituye las primeras pinceladas del cuadro llamado diálogo abierto, modelo que trabaja con jóvenes psicóticos de la Escuela de Finlandia (Seikkula y Arnkil, 2016).

Para Serrano, convocar la red en la primera sesión, no solo es con propósitos diagnósticos. Es también, y sobre todo, para reconocer y movilizar los recursos de la familia y la comunidad en beneficio del niño o adolescente. Según relata Alberto, implementar este formato, tempranamente facilitó cambios importantes en las expresiones emocionales y comunicativas entre la familia y la red. Cabe mencionar que el modelo que sugiere Serrano es conocer desde el primer contacto el todo relacional y, según sea el proceso terapéutico en cada caso, alternar algunas terapias individuales y de grupo.

Canevaro explora los retos de mayor envergadura en la puesta en marcha de este modelo clínico; Serrano señala que el problema al que se enfrentó fue la intervención basada en métodos enfocados en los síntomas, individuos y su fisiología. Para implementar una estrategia sistémica, era preciso erradicar la lógica médica que ve y trata la sintomatología psicológica como enfermedad biológica. Aquí hay un enfático Serrano, sobre la naturaleza sistémica del modelo implementado. Para esa época era una innovación poco entendida. Si el niño o niña enferma, su malestar tiene una vincularidad causal con el contexto donde interactúa. Esto implicaba cambiar todo un paradigma. Señala que el profesional es un explorador del contexto social inmediato, su búsqueda es la del por qué dicho contexto no le está proveyendo al infante o adolescente, lo propicio para vivir con tranquilidad y salud. Serrano confiesa que implementar este enfoque en la clínica fue el mayor reto, mismo que enfrentó durante diez años.

Otro de los problemas, según Serrano, fue las consecuencias organizativas que implicaba repensar la sintomatología psicológica. Empezar esa revolución paradigmática,

trastocó sí la perspectiva, pero también las relaciones de poder entre los profesionales de la salud. Menciona que ya no solo el psiquiatra es quien gobierna el tratamiento, ahora había que trabajar en equipo; codo a codo y sien a sien con trabajadoras sociales y psicólogos. Desde el mutuo reconocimiento, se trabaja para que el paciente y la familia restablezcan su tranquilidad y su salud.

—¿Es más fácil trabajar en las zonas rurales que en las ciudades? —Pone en duda, Canevaro—. Serrano contesta que debería de ser más fácil, debido a una red o comunidad donde sus miembros se conocen mutuamente. En espacios rurales, los recursos de acompañamiento y cuidado podrían activarse con mayor facilidad, a diferencia de una ciudad donde en el mismo barrio se está desconectado, comunitariamente hablando. En esta comunión, añade Alberto, se genera un tipo de red transfamiliar; un extraordinario recurso nutricional para que los individuos satisfagan sus necesidades.

En cuanto a los resultados de este proyecto de psiquiatría infantil comunitaria, Serrano señala que el centro llegó a atender anualmente un promedio de mil familias, observando estupendos resultados, no solo la recuperación es más rápida con poco reincidencia. También se observó que el modelo comunitario sistémico impacta en la prevención, al activar a la comunidad ante un problema. Ésta aprende en piel ajena, para reconocer una serie de situaciones que generan malestar.

El centro echó raíces profundas en la comunidad, especialmente en las escuelas. Según comenta Alberto, este sector es fundamental para los chicos. Las instituciones educativas eran parte también del proceso, jugando como pilares para la salud y tranquilidad del joven. —Las instituciones educativas cuando tenían conocimiento que el chico o la chica junto con su familia y red estaban en proceso terapéutico con nosotros, la escuela y maestros y maestras eran más tolerantes y evitan a toda costa excluirlos —Concluye Serrano, poniendo esto como ejemplo fiel de la activación de los recursos que le permiten a la comunidad enfrentar junta el malestar individual.

En este mismo sentido comunitario, algo digno de consideración en este enfoque, es integrar en el programa de formación para conformar el equipo terapéutico a la diversidad de personas y grupos que integran a la comunidad: hispanos, anglosajones, afroamericanos, etc., con el fin fortalecer la unidad comunitaria. En otras palabras, el modelo que desarrolló

170 Serrano trasciende la individualidad, en todo el proceso, creando un lazo comunitario fortalecido.

Ante la pregunta de Canevaro acerca de los cimientos de una buena formación sistémica en el campo clínico, Serrano propone tres etapas en la formación sistémica: Primero, establecer las bases ontológicas para repensar la sintomatología; para reconocerla como parte del sistema familiar y refutar cualquier intento reduccionista de descripciones individualistas o fisiológicas. Segundo, tener las habilidades para entrevistar a la familia y hacer un diagnóstico relacional. Por último, tener práctica clínica directa y supervisada. La finalidad de una intervención comunitaria sistémica no es solo que el síntoma desaparezca y la familia pueda resolver el problema desde sus recursos con mayor certidumbre, también trabajar en el proceso psicoterapéutico a favor de que la familia evolucione para alcanzar mayor calidad de vida.

Canevaro le pregunta a Serrano —¿Crees que este modelo que implementaste será el futuro de la clínica?— Serrano, en tono pesimista, responde que será difícil. ¿Por qué? Por la salud mental pública y privada en Estados Unidos y su DNA biologicista e individualista. Desde esta perspectiva se generan las reglas y protocolos organizacionales que rigen el diagnóstico, intervención y evaluación. Por otra parte, menciona como una limitación más, que los nuevos profesionales de la salud no se forman en el modelo sistémico familiar, siguen estudiando el modelo de diagnóstico psicoanalítico y psiquiátrico. Es por ello que, aunque se formen en el modelo sistémico, las instituciones no solicitan ese perfil profesional. En suma, Serrano concluye que no ve futuro para profesionales sistémicos, porque no tendrán cabida y trabajo en las instituciones de salud mental.

Por último, Canevaro expande el cuestionamiento hacia la política pública, para reflexionar críticamente, que a pesar de los resultados alentadores desde el modelo de familia y comunidad, no penetró positivamente la política de salud mental en los Estados Unidos. Serrano lo confirma, asume que su labor en el centro comunitario fue considerado solo un experimento y los que trabajamos en el, éramos considerados una especie de rebeldes contra el sistema, transgresores de la tradición institucional. La experiencia de diez años sobre los hombros y los alentadores resultados en la clínica comunitaria infantil, no bastaron para generar un cambio estructural mediante una nueva política pública de salud mental.

Esta gran experiencia que tuvo en los años setenta Alberto Serrano, fue visionaria, a pesar de su pesimismo que vaticinaba poco futuro a la psicoterapia relacional. En los albores de la década de los noventa Elizur y Minuchin (1991), realizaron un estudio crítico sobre las instituciones psiquiátricas en Estados Unidos. Concluyen que “los hospitales psiquiátricos... desde la ilusión de verdad científica y crea un lenguaje que permita validar los datos insuficientes con que cuentan. Observamos su capacidad para mantener la locura” (pp. 267, 268) Ante ello, denuncian la fuerza destructiva y deshumanizadora de los hospitales psiquiátricos “que insisten en tener una actitud “objetiva” ante los pacientes que atienden... mantienen una actitud pseudocientífica que se concentra en lo único que jamás ha sido un ser humano: una entidad aislada de la cultura y el contexto” (1991, p.18)

En la actualidad, la oms advierte que los sistemas de salud mental enfocados en el diagnóstico y tratamiento biomédico no han sido efectivos y añade que los factores que generan malestar psicológico son la desigualdad, la pobreza, la injusticia y la discriminación social. La suma de esos factores debe incluir una política pública de salud mental (Redacción web, 2019). En esa misma dirección, en 2019, el Consejo Superior de Salud de Bélgica desaconsejó el uso de las categorías DSM, no sólo porque hasta la fecha han sido ineficaces y, por el contrario, profundizan el malestar y exclusión de las personas diagnosticadas, sino también –y más importante–, porque sus evidencias científicas están plagadas de manipulación, con sospechas de injerencias de las empresas farmacéuticas. El Consejo en su informe, recomienda que una persona que sufre alguna sintomatología psicológica debe contextualizarse en términos de su biografía, desafíos existenciales y funcionamiento contextual-interactivo. En otras palabras, propone para el sistema de salud una psicología clínica contextualizada centrada en el consultante (Superior Health Council, 2019).

Serrano fue un visionario, no hay duda posible. Con su trabajo en los años ochentas del siglo veinte demostró que un modelo de psiquiatría sistémica comunitaria resuelve con mayor eficacia los problemas infantiles y adolescentes, convirtiéndose en un gran campo de contención para la prevención de problemas psicológicos adultos. Cabe mencionar que, de San Antonio, Texas; Alberto se mudó a Pensilvania para dirigir el Philadelphia Child Guidance, sustituyendo a Salvador Minuchin.

DEL DR. CANEVARO CON EL DR. ALBERTO SERRANO, TERAPEUTA ARGENTINO RADICADO HACE 20 AÑOS EN USA. PROFESOR DE PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA EN LA UNIVERSIDAD DE TEXAS. BUENOS AIRES, AGOSTO 1980¹.

Dr. Canevaro: Como director de un Centro Comunitario en Salud Mental, dada tu preparación polifacética, mi interés sería ver cómo se inserta la terapia familiar en tu trabajo cotidiano, tanto dentro de la institución como fuera de ella. En los programas de psiquiatría comunitaria.

Dr. Serrano: La pregunta es muy compleja, muy interesante. Me parece que lo mejor sería dar un poquito de la historia de mi experiencia en San Antonio. Tal vez, tuviera que decir unas cuantas palabras de la experiencia en Galveston donde me formé, donde trabajé con Bon McGregor en el Multiple Impact Therapy Project, un proyecto sobre terapia de impacto múltiple en familias, un proyecto experimental en el cual estuve involucrado unos dos años, y donde posiblemente aprendí todos los elementos básicos que ahora he podido utilizar en una escala mucho más grande. Te digo básicos, porque había una pequeña serie de limitaciones por el diseño de la investigación y sobre todo por la realidad de formar parte de una escuela de medicina que tenía una serie de restricciones con respecto a la jurisdicción de la población que estábamos tratando; debido a una serie de problemas políticos entre los servicios de la ciudad y del condado y la Escuela de Medicina. Estas cosas cambiaron cuando pasé a San Antonio porque tenía muchísima más libertad de acción siendo Director Ejecutivo de un Centro Comunitario. Entonces, cuando la Escuela de Medicina, que se estaba edificando en la misma zona, en el Centro Universitario, se adhirió, nosotros nos afiliamos oficialmente con la Escuela de Medicina, manteniendo nuestra autonomía e incorporando todo lo que fuera, docente. Por unos dos años tuvimos la posibilidad de desarrollar el programa, sobre todo entrenar a nuestra gente en nociones de psiquiatría familiar, ver los conceptos de cómo comprender la familia y cómo tratar a la familia, entrenando a nuestro propio staff, que después fue el elenco de profesores. Ese trabajo previo que nos llevó como digo unos

1 Originalmente publicado en *Terapia Familiar*, 7-8, Diciembre 1981.

dos años significó trabajar con profesionales que ya tenía una experiencia de corte psicodinámico, si no puramente psicoanalítico, pero con experiencia fundamentalmente en terapias individuales y un poquito menos en terapia de grupo, trabajando con niños, adolescentes y familias, pero de una manera muy tradicional. Las evaluaciones diagnósticas eran hechas por un equipo donde el psiquiatra y un psicólogo veían en forma diagnóstica y por separado a los niños y los asistentes sociales veían a los padres casi siempre excluyendo abuelos, hermanos u otro tipo de familiar o allegado. Parte de los que yo traté de hacer al entrar fue buscar que la evaluación diagnóstica tuviera una orientación centrada en la familia donde se pudieran incorporar familiares, allegados y a veces con frecuencia cada vez más creciente a otras personas de importancia en la vida del niño, por ejemplo un maestro, un oficial de justicia para la delincuencia juvenil, un clérigo que tal vez estuviera muy involucrado con el niño, un trabajador social del servicio de asistencia social o de protección de menores, un pediatra, en fin quien fuera que por razones específicas del caso tuviera gran relevancia y que fuera parte del sistema social básico del niño.

Dr. Canevaro: ¿El Centro en un Centro Infanto Juvenil?...

Dr. Serrano: Exacto.

Dr. Canevaro: ¿Dónde la terapia de adultos más bien viene a través de los niños y de los adolescentes?

Dr. Serrano: Sí... Por mucho tiempo el tratar a los padres era un aspecto, digamos, más bien secundario. Se consideraba que la gente con mejor formación trataba a los niños y los adolescentes que eran los problemas, y aquellos con menor formación trataban a los padres más como “counseling”, más como consejo, guía, acerca de problemas de conducta, acerca de ayudarlos a comunicarse y a entender los problemas del desarrollo de un niño. Era una cosa más educacional que reconstructiva o exploratoria. Llevó mucho tiempo buscar otro tipo de complementariedad en los roles de los profesionales y una horizontalidad en la cual todos los profesionales fueran igualmente competentes, y enseñarles a no tener miedo a ver una emergencia en un niño o un adolescente. Que no fuera que solamente los psiquiatras podían hacer ese tipo de cosas sino que también otro de los profesionales, debido a su competencia y su experiencia también pudieran ver algún suicida, por ejemplo. Si bien ese tipo de intervención todavía se restringe a los psiquiatras, los asistentes sociales o psicólogos

174 más experimentados también con frecuencia pueden ver casos de ese tipo. Pero volviendo atrás lo importante, recordando los primeros pasos, fue el miedo, la sorpresa que tenían a veces, profesionales que estaban trabajando de una manera fragmentada en un caso cuando se los invitaba a la posibilidad de, por lo menos, una vez a la mamá, o a los padres y a los chicos juntos; y no estamos hablando de la prehistoria, estamos hablando nomás de hace 10 años atrás, y ver la sorpresa que lo que se anticipaba que iba a ser una terapia de uno o dos años, con mucha frecuencia se reducía a unas 8, 10 o 12 sesiones una vez que veían cómo se podían utilizar las energías potenciales de la familia, la información existente en la familia y canalizar digamos una nueva relación, una nueva comunicación expresiva y afectiva entre padres e hijos, sin eliminar la posibilidad de que a posteriori uno de ellos, o más de uno de ellos, pudiera estar en terapias de grupo o terapias individuales. Entonces la faz inicial fue de poder facilitar que todos los profesionales tuvieran una orientación familiar, que estuvieran acostumbrados a, por lo menos, las técnicas básicas de cómo hacer una entrevista con una familia y cómo continuar, luego cuando estaba indicado, con terapia familiar sin tener que abandonar otro tipo de terapias. Mi experiencia está en que muchos profesionales tienen miedo, parece que si incorporan terapias familiares tienen que olvidarse de lo demás que aprendieron antes.

Dr. Canevaro: Sin entenderlo como una etapa necesaria para una mejor integración clínica...

Dr. Serrano: Exacto. Digamos que dentro de la visión clínica, a mí me parece que tener una orientación familiar da una visión mucho más amplia al terapeuta y ve más objetivamente aquello que es patológico, así como aquello que es fisiológico, y sobre todo cuáles son los recursos positivos que van a facilitar nuestra ulterior intervención.

Dr. Canevaro: Una de las dificultades nuestras, en la Argentina, es que la terapia familiar se utiliza, por así decir, dentro de un gabinete, de un consultorio y que es bastante infrecuente (cosa que por suerte se está modificando en los últimos tiempos) la posibilidad de que la terapia familiar sea el enfoque en el cual esté centrada una institución. Con esto quiero decir que estimular los recursos naturales de un grupo familiar no está demasiado generalizado como técnica o como visión cuando se parte de una teoría hacia el fenómeno clínico. Esa es una dificultad que yo veo, pero la otra es la dificultad de implementar la estimulación

de los recursos naturales en el medio social en que esa familia vive. Como sé que vos tenés una gran experiencia en estos dos aspectos de la pregunta me gustaría que desarrollaras un poco más ese concepto de estimular los recursos naturales o los recursos propios de un grupo familiar.

Dr. Serrano: Evidentemente, al oír esto otra vez pienso que tenemos que separarnos un poquito del concepto tradicional, llamado médico, en USA, donde hay un paciente y un profesional: ese es el modelo médico, el modelo de enfermedad. La enfermedad pensada como individual que requiere un profesional o una institución para ayudar a ese individuo, ya sea, remover los síntomas o modificar su conducta para que se mejore o se ponga bien. En cuanto pensamos de manera sistémica, pensamos no ya que es un individuo que tiene síntomas y que estás enfermo en el sentido de salud mental, sino que es un individuo en un sistema que no le ha podido dar los recursos para continuar sano o facilitar su mejoría o su adaptación, entonces el sistema ha fracasado y este fracaso está exteriorizado por un individuo que aparece con síntomas. El pensar así es muy novedoso, casi revolucionario, y nosotros los profesionales no hemos sido formados para entender la patología en ese contexto. De la misma manera, si entendemos la patología en el contexto, podremos entender las posibilidades de recuperación, también en ese contexto. Lo que uno debe tratar es un sistema que necesite compensar sus mecanismos o aprender nuevas competencias para poder ser continente de ese individuo que antes tenía síntomas y que ahora posiblemente ya no los tenga; y que los síntomas eran simplemente un reflejo de una crisis en la homeostasis del sistema.

Cuando pensamos en instituciones también tenemos que hacerlo así. Muchas veces en una institución se piensa: bueno, si tenemos un nuevo jefe o nuevo pabellón o nuevo servicio, las cosas van a cambiar y de una manera individual posiblemente pueda cambiar, pero creo que es más útil pensar de una manera sistémica en qué puede pasar con la institución, que agregue por ejemplo un servicio de familia donde haya un grupo especializado que sepa más de eso, que pueda estudiarlo, experimentarlo o entrenarlo, sin necesidad de que toda la institución tenga que estar en eso, así como una cosa, digamos, inicial. Pero evidentemente volviendo a lo que hablábamos antes, el conflicto que hay en USA, en muchísimos lugares, es la sensación de que si uno piensa sistémicamente, tiene que abandonar lo individual y, si uno mantiene la orientación médica de patología individual y de

176 terapia individual no puede comprometer eso y hacer otro tipo de cosa. Yo creo que las dos posiciones extremas son erróneas, pero la realidad es que ambas son erróneas y ambas tienen verdades, ambas son útiles y no deberían abandonarse, pero es difícil evidentemente integrarlas. El campo de la terapia familiar es nuevo, bueno, pero hay gente que ha comprometido veinte años de su vida en una cosa casi militante y fanática en terapia familiar en la cual les parece que tiene que luchar tanto para que otros profesionales les oigan y los respeten, que entonces se colocan en una actitud muy purista y muy anti individual también, o antimédica, lo cual no favorece a nuestro campo porque está gastando nuestras energías en una especie de lucha.

Dr. Canevaro: ¿La dificultad de crearse un espacio para terapia familiar proviene más bien de factores concurrentes o competitivos de los mismos profesionales, o lo ves como reflejo de una dificultad social en general, de comprender el problema de la familia?

Dr. Serrano: yo lo veía más que nada como una cosa de las dificultades profesionales, digamos del narcisismo del profesional que ha comprometido años de su vida en una dirección y que le resulta muy difícil modificar su línea por miedo a tener que abandonarla, es decir en vez de reconocer que puede modificar, cambiar, ampliar, renovar, el miedo es que tenga que abandonar todo ahora para aprender a los 40, o a los 50 años toda una imagen nueva. Un poco como me pasó a mí hará uno 10 años cuando fui a unos workshops muy intensos sobre análisis transaccional en San Francisco. Los tipos son muy carismáticos y tenían un elenco muy interesante, muy lindo, y claro, a través de un workshop intenso de una semana donde estábamos viviendo ahí, salí con una sensación de que muchos de lo que yo había aprendido era obsoleto y que había una serie de metodologías simples y técnicas nuevas que había que aprender. Por un lado estaba como un pibe con un juguete nuevo y por el otro me sentía sumamente confuso y amenazado con la sensación de que tenía que perder y abandonar muchas de las cosas que había aprendido, sobre todo, las técnicas de corte más exploratorio, psicoanalítico. Me llevó por lo menos de 6 meses a un año poder integrar y digerir y aceptar que no tenía que hacerme un analista transaccional, que tampoco tenía que abandonar lo anterior y que había una posibilidad de integrar muchos de esos conceptos dentro de lo que me resultaba mucho más práctico a mí.

Dr. Canevaro: ¿Te parece que este recorrido que vos hiciste podría ser un modelo del

futuro de la terapia familiar; o sea, según tu juicio la terapia familiar va a ir integrando recursos, técnicas, o más bien van a ser feudos separados a fin de desarrollar más profundamente un aspecto determinado de la investigación?

Dr. Serrano: Mi preferencia y lo que yo veo en una cantidad de gente que trabaja conmigo es que por ejemplo cuando termina su formación algunos tienen una especie de lealtad, interés o vocación en una orientación familiar que otros. Pero mi interés es que todos nuestros egresados, que no están entrenados puramente en terapia familiar, tengan otro tipo de experiencia durante su formación clínica, que se sientan cómodos en poder entrevistar una familia, y en participar en terapia familiar, aunque no sea lo primario que están haciendo, que no tengan miedo a enfrentar una familia y a utilizar un buen juicio clínico. Nuestro programa, como yo digo, no es un instituto de terapia familiar, sino una institución que por el momento, no tiene nada más que los dos primeros años. Debido a la afiliación con la escuela de Medicina hay residentes de psiquiatría en su formación de tres años que están 6 meses full time con nosotros; los que se están especializando en psiquiatría infantil que están dos años, los residentes de psicología que son del doctorado; y los estudiantes de asistencia social, a nivel de la maestría psiquiátrica, que están 6 meses con nosotros. O sea ésta es la gente, aparte de los estudiantes de medicina que tienen algunos cursos, algunos casos pero más que nada como observadores en seminarios de orientación familiar, aún cuando también participan en terapias individuales, en supervisiones y en terapias grupales. Como dije, el egresado por así decir, tiene una formación o por lo menos tiene experiencias con el concepto de familia, con intervención en familias, sea a nivel diagnóstico o a nivel terapéutico, sin que sea la exclusiva técnica que utiliza. Por supuesto gente que continúan con nosotros a través de otros cursos o participando como profesionales van a obtener experiencias avanzadas a través de los años, y entonces ya será su formación primaria por así decirlo, como terapeutas familiares, o serán reconocidos como tales a través de los años.

Dr. Canevaro: ¿Alcanzás a dibujar un perfil de aquellos que se van a dedicar a la terapia familiar o de aquellos que no? ¿en unos y otros podés determinar variables que pudiéramos estandarizar?

Dr. Serrano: Es muy interesante pero nunca lo ví de esa manera, porque me parece que hay un factor muy importante, por lo menos un nuestro medio, que es no solamente el factor de vocación sino el factor de ¿dónde consigo un empleo una vez que termino? Eso a menudo determina qué posibilidades van a tener. Por ejemplo alguien que termina y es aceptado, digamos un psicólogo a nivel del doctorado, lo pone en un centro de salud mental en una zona rural, y no es difícil que sea el único profesional avanzado, a nivel de doctorado, aparte de un psiquiatra que puede tener a veces una formación híbrida y que pueda estar solamente un tiempo parcial en práctica privada, pero con unas cuantas horas en un centro de salud mental. Este individuo puede tener entonces demasiadas responsabilidades administrativas y de supervisión como para ser realmente un modelo de identificación como terapeuta familiar. Ahora si ese individuo pertenece o continua en un centro urbano, donde hay una cantidad de recursos de consulta, de supervisión, conferencias, institutos, etc., entonces puede tener una autoridad y un liderazgo en ese centro que haga que se formen una serie de profesionales debajo de él o de ella con mayor formación en terapia familiar. Lo más común

entonces, es que el individuo que deja un centro universitario como el nuestro y está un poco aislado, termine haciendo lo más tradicional, lo más común, lo menos rebelde, por así decir, porque no va a tener mucho apoyo. Es triste, pero esa es la realidad. Es muy difícil que un individuo vaya solo, sea un pionero, tengas bastante presencia de ánimo, experiencia, y conocimiento como para ir ahí como maestro. Gente que ha estado con nosotros cuatro o cinco años en un nivel junior y después ha ido a otro lado, ha podido realmente hacer esto. Han podido incorporar sentirse más cómodos, pensando sistémicamente, a ser flexibles en el uso de diversas técnicas. Lamentablemente la mayoría no puede hacer eso, ya que no hay tiempo para ser aprendices de maestros por así decirlo. Una vez terminado su programa se van. Las circunstancias en USA son diferentes a las de acá, la mayoría de los profesionales se van a quedar en esta zona. Los nuestros buscan trabajo en una zona rural, las zonas urbanas están muy saturadas de profesionales.

Dr. Canevaro: ¿Ahora, paradójicamente, la zona rural donde se podría trabajar más con los sistemas rurales en donde vos decís que menos se practica la terapia familiar?

Dr. Serrano: Hacen trabajo con familias, utilizan a la familia pero el profesional puede no tener el concepto claro de cómo utilizar a la familia. La familia está ahí accesible, se pueden movilizar, pero no tiene la tecnología para hacerlo de una manera metódica, los conceptos administrativos como para hacerlo. En los últimos años hemos desarrollado un programa de consulta rural en 20 condados alrededor de San Antonio, lo cual nos lleva hasta la frontera con México, al sur, al oeste en un radio de unos 150 km alrededor de la ciudad, y es verdad por ejemplo que con el conocimiento de la gente que va, que son de lo más experimentados, es muy fácil movilizar recursos en zonas rurales cuando todo el mundo se conoce, conocen al maestro, al director, al juez, al médico, al jefe de policía, a todos viven cerquita y se conocen, son parientes o son amigos, o van a la escuela juntos. Entonces es mucho más fácil que en la ciudad de San Antonio para nosotros por ejemplo, armar una familia postiza o agregarle recursos a una familia que está un poquito aislada. El trabajo es muy lindo y mucho más rápido. Se puede hacer, pero lo que hemos visto, es que aquellos profesionales que están ahí, que son nuestra clave en el sentido de contacto son muy inseguros, o están muy verdes en su desarrollo profesional, o demasiado en colusión con el grupo ahí mismo, pertenecer demasiado a la familia rural, y tal vez no se sientan con la comunidad y la flexibilidad de llamar a ese médico, a ese juez o a quien sea que haga falta. Nosotros que venimos de afuera nos resulta muy fácil, o relativamente fácil, ir en auto a una casa, la otra, la otra para poder hacer las conexiones necesarias, o estudiar a ver qué pasa.

Dr. Canevaro: ¿Podemos pensar que existen factores subliminales o factores de tipo social que produzcan un clima contrario al trabajo con las familias; algo así como si entra en el recinto de una familia fuera algo sacrílego en cierto sentido, como si hubiera una presión para que el terapeuta no se desenvuelva naturalmente trabajando con ese medio familiar?

Dr. Serrano: Como quién es el de afuera y quién es el de adentro, ¿te das cuenta? Cuando vamos a algunas de estas ciudades chiquitas, rurales a veces la persona clave que es jefa de esa ciudad, es alguien local y tiene por lo tanto un gran poder de intervención, pero a veces por razones X esa persona que es jefe no es local, es un extranjero, por así decir, que pertenece a otro pueblo, a otra ciudad y puede no ser visto como buenos ojos por los locales, es decir no lo ven como igual porque

es de otro color, de otra religión o una profesión que no entiende. No ven a esa persona como un agente de salud que los respete, que los quiere, lo ven como alguien que realmente es un transeúnte, es alguien que va a estar ahí por 6 meses o un año y se va a ir; es decir no alguien que vino ahí a echar raíces, a casarse con alguien del lugar. Una serie de factores muy interesantes que ya son interfamiliares o sociales por lo que llamamos transfamiliar.

Dr. Canevaro: ¿Tu permanencia en San Antonio en este momento es de alrededor de nueve años?

Dr. Serrano: De 12 años.

Dr. Canevaro: Quiere decir que vos has podido conocer a lo largo de 12 años numerosas familias de una ciudad que con un millón de habitantes, podríamos pensar que grosso modo tendrá unas 150.000 a 20.000 familias?

Dr. Serrano: Sí.

Dr. Canevaro: O sea que vos has podido conocer de alguna manera varias de estas familias.

Dr. Serrano: El programa para darte una idea más o menos ve unas 1009 familias por año, es decir que se ven en un nivel diagnóstico de las cuales un 50-60% va a continuar el tratamiento de diversas modalidades; y estaba pensando que en este momento tengo vistas ya varias familias de las cuales yo había visto una hija o un hijo adolescente y que ahora viene como padre o madre por una consulta con sus hijos.

Dr. Canevaro: ¿La patología es menor que la que él traía anteriormente?

Dr. Serrano: Mucho más rápidamente pareciera identificar los problemas o reconoce que el centro es un centro donde los pueden apoyar, orientar de una manera organizada.

Dr. Canevaro: O sea que la tarea de prevención es importante, aunque sea infame poder determinar el poder de la terapia familiar.

Dr. Serrano: Sí.

Dr. Canevaro: Pero por ejemplo en estas redes familiares, ¿qué manera tiene el centro que vos dirigís de ocuparse, en la comunidad, acerca del trabajo familiar? Por ejemplo estas redes familiares que se van constituyendo alrededor de la escuela, del trabajo y de la vecindad, ¿tienen alguna manera de trabajar con ellos ya sea en la clásica forma de Speck y Attneave o con técnicas autóctonas?

Dr. Serrano: No. Técnicas autóctonas. Te voy a decir cómo funciona. Funciona de manera formal y con más frecuencia de una manera informal. La manera informal tiene que ver con el hecho de que mucha de la gente que se entrenara con nosotros a través de los años han pasado a ocupar cargos en la comunidad: directores de entrenamiento, directores ejecutivos, coordinadores, consultores. Entonces ellos tienen noción de qué servicio podemos prestar nosotros, no solamente a nivel de terapia familiar, sino de ir por ejemplo y entrenarlos en workshops o consultas regulares acerca de cómo trabajar con familias. Por ejemplo en las escuelas uno de los problemas clásicos de las maestras es cómo atender a las familias o cómo ayudar a las familias que los ayuden a ellos, que no se encuentren las familias perseguidas o que ellos se sientan perseguidos. Una de las cosas en las cuales se nota nuestra experiencia en los últimos años es cómo ser puente de enlace entre familia y escuela; y eso se hace a nivel clínico o en aquellos casos que se han convertidos en problemas sintomáticos; que las escuelas nos mandan para el diagnóstico y tratamiento, o las familias que vienen espontán-

eamente y reconocen que muchos de los problemas del chico no son solamente con la casa sino con la escuela. Entonces de qué manera los profesionales contactan la escuela, visitan la escuela, observan al niño en la escuela, hablan con los maestros, etc. si no en todos los casos, por lo menos en un suficiente número de casos para que exista una especie de aceptación de que nosotros no somos un grupo misterioso haciendo cosas muy raras, sino que estamos todos abocados a problemas humanos que son de interés común, en este caso sería que el chico funcione mejor, y a ellos les interesa que el chico funcione mejor en la escuela, y a los padres les interesa que el chico funcione mejor en la casa. Nosotros sabemos que esas experiencias no son aisladas, sino complementarias.

Dr. Canevaro: Me imagino que para eso habría que tener una política nacional que en ese sentido facilitara ciertas dificultades de índole administrativa o burocrática o incluso de la mentalidad. En ese sentido, tengo entendido que no existe una política nacional en USA que tome conceptualmente la familia como unidad de estudio y de tratamiento.

Dr. Serrano: no. Cuando uno hace eso está rompiendo las normas tradicionales. El hecho de que haga tantos años que estamos en San Antonio nos ayuda a través de los años. Primero, hubo varias escuelas que aceptaron eso y después otras se interesaron a través de reuniones de educadores. Entonces alguien viene a nivel de superintendente que es el Director General del Distrito o Directores y preguntan: “A ver qué tenemos que hacer para conseguir que Uds. vengan”. Entonces ya se hacen contratos. Evidentemente estamos hablando de la situación administrativa. Cómo se financia eso, ya es un poquito complicado, pero la verdad es que se puede hacer porque en muchas partes de USA los profesionales dicen no, esto no se puede hacer, o si se hace lo tenés que donar, ¿te das cuenta? Nuestra experiencia debido a que nuestro programa es privado, pero sin lucro, es que el programa no puede regalar servicios sin que entremos en picada. Si vamos a hacer algo nuevo, algo creativo hay que ver cuál es la mejor manera administrativa en que se puede financiar, y así fue creciendo el programa, financiando cada nuevo módulo que se iba desarrollando. Entonces, una manera de crear la red involucrando a la familia en este sentido, en una manera indirecta, es que la escuela sea más sensible a la familia, y que pueda detectar también problemas por los cuales la familia necesite intervención de salud mental. En este momento las escuelas nos refieren más o menos del 30 al 40% de todos los casos que vienen. O sea que es la escuela a través de los maestros, directores, que son bastantes sensibles para reconocer que, si el chico no anda en la escuela, o está nervioso, triste o ha cambiado su conducta de alguna manera pueden llamar a la familia y decir: aquí está pasando esto y nosotros los queremos ayudar, hasta este punto es académico, pero más allá nosotros no los podemos ayudar, les recomendaríamos que fueran a un profesional de salud mental. Entonces, no es que lo manden exclusivamente a nuestro servicio, hay cantidad de gente en práctica privada o también instituciones como la nuestra, pero en cierto sentido el ablande, el conocimiento, la sensibilidad de la escuela nos ayuda notablemente para detectar los problemas, para referirlo de una manera que no sea castigadora, perseguidora y, por el otro lado para no rechazar el caso. Por ejemplo, en los casos más extremos de problemas de conducta, incluso borderline, algunos psicóticos que las escuelas continúen únicamente porque saben que nosotros estamos trabajando con el chico y la familia, sino lo suspenderían, es decir que la escuela funciona casi como un hospital de día para muchos de ellos. La escuela sabiendo que tienen el apoyo terapéutico y el trabajo de la familia

intensamente, no los larga solos, le aguantan al pibe un poco más. También va alguien más de la clínica para trabajar ahí con las maestras para ver qué es lo que tiene que hacer para no angustiarse, para no rechazar a un chico.

Dr. Canevaro: Cosa que obviamente acelera el proceso de curación del chico...

Dr. Serrano: Notablemente y sobre todo la no alineación de que el chico tenga que ser internado, tenga que ser suspendido, que pierda escolaridad, es decir mantenerlo al máximo dentro de su sistema natural de apoyo, el cual es la escuela, el barrio, la familia y que no tenga que cambiar nada de lo que lo está apoyando ahora, no hacerle perder nada de eso.

Dr. Canevaro: ¿Eso está dentro de la línea de las pautas fijadas a partir de 1963 en adelante?

Dr. Serrano: Exactamente. Es el enfoque comunitario. El máximo uso de los apoyos naturales y servicios ambulatorios, y utilizar recursos de hospitalización sólo por poco tiempo. Ahora la realidad, Alfredo, es que lamentablemente en USA en este momento te puedo decir que este modelo ha fracasado. Ha fracasado no en el sentido teórico sino en el sentido práctico. Zwerling seguramente te lo ha comentado porque ha estado desde el principio en eso, él es uno de los que más ha estado en la palestra y uno de los que más ha recibido las bofetadas y las ha aguantado. La mayoría de otros tipos se han quemado, lo que allá se llama el "Burn Out", se han quemado, han renunciado o los han echado y han salido descorazonados y amargados protestando contra el sistema comunitario porque el gobierno no prestó el apoyo económico necesario para que esto se pueda hacer. Las esperanzas al principio fueron de que esto se iba a financiar básicamente con dinero federal y apoyo estatal. El hecho de que nuestro programa hoy en día funciones con relativo éxito es, porque nosotros desde el principio vimos que el apoyo federal y estatal iba a terminarse, que era una cosa que en 8 o 10 años se iba a agota. Desde el principio abocarnos a utilizar algunos de esos dineros, pero tratando de desarrollar al máximo todos los recursos privados, de contratos privados, por ejemplo, o seguros u otro tipo de servicios que nos pudieran pagar. Si bien nunca nos dio la cantidad de dinero que tenían los centros de salud mental, que tenían cantidad de dinero federal, las subvenciones, nuestras subvenciones siempre fueron menores, pero nunca se ha reducido mucho. Mientras muchos de los otros servicios se han ido a pique, a cero porque se les terminaron totalmente los contratos federales, hará unos dos años, mientras nosotros pudimos sobrevivir.

Dr. Canevaro: ¿En qué influyo en el cierto fracaso el problema de los psicóticos crónicos? Tengo entendido que en USA los llaman los "ghettos de psicóticos"...

Dr. Serrano: Bueno, ¿sabes lo que pasó? Justamente el problema está en que se creó una legislación con Kennedy, muy creadora, con gran impacto pero sin que la teoría y la práctica estuvieran de acuerdo; y la práctica requería una financiación continua, y no una financiación nada más que por ocho años. Segundo, que si bien el mandato fue lo que se llamaba la des-institucionalización de los pacientes psicóticos, simultáneamente no se crearon centros ambulatorios, individuos que supieran terapia familiar para movilizar los recursos naturales. Es como si se hubiera inventado la psiquiatría comunitaria sin crear la infraestructura que pudiera ponerla en práctica, y muchas de las personas que se pusieron a cargo, los directores de psiquiatría comunitaria, no tenían no la formación no el concepto sistémico, ni la capacidad administrativa para llevarlo a cabo, y así fue como, varias de las cosas que surgieron, fueron de lo más triste, como se quemaron muchas ilusiones y muchas teorías

en la práctica. Una de las teorías que surgió entre los años 60 y 70 fue la noción de que, movilizando fuerzas naturales de la comunidad, los llamados paraprofesionales, los nativos, no por indios, sino nativos de la zona, es decir gente autóctona, gente nacida en el ghetto o gente que fueran indios, negros, portorriqueños, esquimales o mejicano-americanos, y que esos individuos por el mero hecho de ser de la misma raza, del mismo grupo cultural, del mismo barrio iban a ser de utilidad terapéutica. Entonces por un lado había profesionales que no tenían noción de cómo se orquestaba, digamos así, entonces ocupaban posiciones de liderazgo sin realmente cómo saber qué es lo que estaban dirigiendo, y por el otro lado darles alas a individuos paraprofesionales que en vez de, realmente cumplir una función terapéutica, se convirtieron despacito en caciques y militantes políticos que buscaban la especulación personal y no la curación de sus gentes. Pienso en resumen que lo que hizo por el fracaso del movimiento comunitario y lamentablemente el congreso no analizo cuales fueron las causas del fracaso. Viendo que el problema era un problema complejo, de la falta de conocimiento de los líderes, de la falta de experimentación apropiada, de que al sacar individuos de los hospitales no había clínicas o servicios ambulatorios para que se los pueda tratar correspondientemente, que no había gente con formación de terapia familiar para realmente trabajar con esas familias.

Dr. Canevaro: Me acuerdo que esa fue una de las discusiones que tuve con Minuchin en el Congreso de Florencia en el año 78 ya que él defendía fervientemente la formación de paraprofesionales y a mí me parecía lo mismo que a vos que, en tanto no haya de alguna manera una cierta preparación se convierten en líderes empáticos o primarios pero que terminan acoplándose a las fuerzas resistenciales...

Dr. Serrano: Sin formación clínica.

Dr. Canevaro: ¿Te parece a vos lo mismo?

Dr. Serrano: Sí, sí. Además que esto lo he visto, y lo interesante está en que eso creó hará unos 10 años una gran polaridad en mi programa con otros programas en los cuales se considera que nosotros no éramos lo bastante simpatizantes, que no delegábamos demasiado en los grupos hispano-americanos. Mi posición era que nosotros teníamos una cuestión técnica en la cual si alguien iba a ser un profesional de salud mental tenía que tener una formación en salud mental básica, como clínico, completa, no importa qué color, religión o sexo tuviera. Era importante que alguien fuera sensible y conocedor de la cultura, del idioma, de los problemas, por ejemplo, de los grupos más desvalidos por así decirlo, muy importante, pero saber eso solamente no era suficiente. A mí me parece que es un profesional incompleto que puede tal vez ayudarlos en un sentido de apoyo, es decir que ese individuo se siente comprendido mejor, pero no creo que lo vaya a ayudar a superar los problemas de hoy para llegar a un mañana mejor. De entrada, eso me trajo una cantidad, de sino enemigos, por lo menos gente que me trataba con muchísima frialdad en algunos de los grupos militantes de la comunidad. Lo interesante está que a través del tiempo yo creo que mi posición ha resultado más sólida, nuestro programa ha continuado, ha crecido, si no es proporciones desmedidas, pero por lo menos muchos de esos otros programas que en un momento tuvieron cantidad de dinero federal, se han muerto, se han terminado totalmente sin producir resultados, digamos ostensibles, en el sentido de formar gente o tener un impacto preventivo o curativo de mayor valor y los programas que han sobrevivido- eso es lo interesante- han sido programas que se han movido desde una posición de

militancia hacia una posición profesional donde despacito han ido adquiriendo personal de más formación clínica, donde han establecido relaciones con nosotros acerca de intercambio de pacientes o intercambio de profesionales o intercambio de entrenamiento donde pasaron de una posición hostil-competitiva a una relación complementaria y de colaboración. Eso llevó muchos años, hablamos de la evolución, del tiempo que lleva realmente implementar un concepto de este tipo.

Dr. Canevaro: ¿Y cuál fue si es que hubo, la influencia del manejo político que todos estos grupos, de todos estos centros de salud mental? Digamos tiene algún tipo de influencias la política de los distintos partidos o distintas ideas en intentar captar algún tipo de ...

Dr. Serrano: Allá por ejemplo vamos a hablar de los partidos más conservadores. El partido republicano prácticamente no tenía interés en este tipo de programa, sobre todo porque el programa había sido apadrinado por Kennedy como un representante democrático, y dentro del partido Demócrata, digamos la fracción liberal del partido. Durante los años de Nixon él hizo mucho para desmoralizar y destruir mucho de lo que se había construido, porque siendo republicano él no tenía ningún interés en apoyo a los sistemas comunitarios o en que tuvieran éxito, porque ese éxito entonces sería atribuido a los demócratas. La política, evidentemente, se torna muy importante. Ahora hay un compromiso en la Legislatura, que por varios años ya se viene hablando, que se llama la Ley de Sistemas de Salud – Health Systems Act- que es algo parecido a los sistemas comunitarios pero que en realidad debe ser simplemente para salud mental, integra salud mental con salud en general. Se está hablando de centro de salud que van a tener un gran componente de salud mental, y eso tiene mucho que ver con algo que se llama la remedicalización de la psiquiatría. La psiquiatría por muchos años se desvió hacia lo sociológico y lo político, en muchos campos alejándose del campo de la medicina en general, y en cierto modo muchos acusaban de que la psiquiatría había abandonado su rol básico y se había metido en otros campos delegando demasiadas funciones a los psicólogos, a los trabajadores sociales, a los paraprofesionales. El Health Systems Act, seguramente va a salir el próximo año. Es una solución bastante aceptable que va a proveer por los menos de un apoyo económico más estable a través de los años, en vez de ser algo que declina, pero que va a obligar a que los servicios de Salud no estén aislados de hospitales, de universidades. ¿Qué es lo que pasó? Que fueron manejados Centros Comunitarios por militantes o por lo que fuera. Esto en cierto modo va a obligar a que los centros estén bien conectados a lo que sea programas de prevención de salud. Yo creo que la solución es la transformación del programa, lo que ha pasado es que la ilusión de que cualquier paraprofesional pudiera ser convertido con poco entrenamiento en un profesional, en un individuo curativo, se ha reducido notablemente. Ahora, en el lado positivo, los profesionales o gente como nosotros hemos aprendido a trabajar con elementos comunitarios, no profesionales, integrándolos, extendiendo nuestra función a través de ellos, pero no delegándoles a ellos la función primaria de terapeuta.

Dr. Canevaro: El último tema del cual yo quería preguntarte algo es el problema del entrenamiento en terapia familiar. ¿Cuáles son a tu juicio los problemas básicos o conceptos básicos que deberían enfocarse acerca del entrenamiento y cómo lo ves de acuerdo a tu experiencia?

Dr. Serrano: Hay tres niveles por así decir; un nivel es el de poder entender a la familia como sistema, como una unidad que tiene aspectos patológicos y aspectos curativos, aspectos de apoyo.

Es el pensar familia, el pensar sistema, eso es lo primero que tratamos de hacer con la gente que se está formando con nosotros. Y algo que tratamos de hacer por ejemplo ahora con estudiantes de medicina, la mayoría de los cuales no va a hacer psicoterapia por supuesto, es que puedan entender al individuo que van a ver como paciente en un contexto psicosocial; que ese individuo tienen una esposa, un hijo, un papá, problemas económicos, problemas de salud que están unidos a todos los demás, y que su diabetes puede afectar la emocionalidad, la sexualidad, la capacidad de trabajo, etc. Que todos los individuos están en un contexto, y en ese sentido, el estudiante de medicina entienda el contexto sistémico en el cual el individuo está funcionando. Entonces pensar familia posiblemente sea el primer paso, y una de las maneras en que lo hacemos es tratando de entender su propia posición en su sistema familiar corriente, es decir la familia actual y la familia de origen. Es decir que el pensar sistema, que al principio parece chocante para todos, es mucho más natural que lo otro, porque todos hemos nacido en un sistema y vivimos en un sistema, pero en cierto modo necesita reprogramar la manera de pensar.

La segunda fase es aprender a entrevistar familias, a no tener miedo a ver el sistema y a vernos nosotros relacionándonos o interaccionando con ese sistema, buscando información a un nivel diagnóstico, es decir: cómo diagnosticar familias. Qué es lo saludable y que es lo enfermo, sin enamorarnos demasiado con las patologías individuales, en momentos en que este individuo posiblemente o ya esté entrenado en patologías individuales o esté simultáneamente aprendido de patologías individuales, entonces el poder integral lo que está aprendiendo acerca de patologías individuales con un enfoque sistémico les trae cierta confusión y trae conflictos y lleva tiempo. En este mismo nivel de entrenamientos adquirir ciertos conceptos básicos acerca de intervenciones clínicas breves en terapia familiar, cómo hacer terapias breves, cómo intervenir, posiblemente a un nivel digamos de orientación, de consejo. No creemos que nadie pueda hacer algo muy profundo a este nivel. La tercera fase es ya de aquel que realmente va a ser un terapeuta familiar, todos estos otros son más bien clínicos que pueden ser médicos en salud mental como pueden nomás ser clínicos en otras áreas, pero que por lo menos estén familiarizados con el concepto familia. Solamente el que llega al tercer nivel puede ser un terapeuta familiar que necesita, en mi experiencia, dos años. Menos de eso yo creo que simplemente le da la posibilidad a alguien de poder hacer entrevistas familiares, no sentirse amenazado y respetar los límites, ver la familia en un contexto más grande, es decir tener un concepto básico más o menos hilvanado, pero no creo que nadie pueda hacer una terapia familiar bien integrada con menos de dos años de formación. Yo creía que se podía hacer en menos años, pero a estas alturas de la carrera no lo creo.

Dr. Canevaro: ¿Con experiencia directa con familias?

Dr. Serrano: Sí. Donde entonces ya uno pueda tener, no solamente adquirir, la capacidad de ver una familia a través del tiempo y todas las vicisitudes, las resistencias, los cambios que puedan sucederse. Viendo familias, no ya al nivel digamos de alivio de síntomas, que es una cosa que se puede hacer en menos tiempo. Hay una cantidad de terapeutas, sobre todo gente que trabaja tratando de manipular las estructuras y provocar cambios sintomáticos, lo cual es relativamente exitoso en menos tiempo, es decir que uno puede adquirir la tecnología necesaria para poder manejar familias en menos tiempo y provocar cambio por así decirlo, pero yo creo que para ser un terapeuta famil-

iar como clínico, no ya como un técnico, necesita más tiempo, más fogueo, más casos de mayor variedad de patologías, en supervisión, en coterapias, sólo combinando las terapias individuales, grupales, multifamiliares, consulta, problemas con psicóticos, problemas con neuróticos, problemas con delincuentes, incesto, etc. Eso lleva como mínimo dos años.

Dr. Canevaro: Bueno, Alberto, creo que realmente ha sido muy provechosa, muy linda la charla. Queda muchos problemas que seguramente los retomaremos en un futuro, en otro nuevo diálogo. Considero que va a ser sumamente provechoso para los lectores de la revista.

Dr. Serrano: Quería agregar esto que no lo aclaré: unas terapias están fundamentalmente dirigidas al cambio sintomático y otras, tratan de ayudar a la familia no solamente a que haya una mejoría sintomática sino que realmente pueda mejorar su calidad de vida. Whitacker dice que hay familias que están muertas o moribundas y otras están vivas y que nuestra meta es la posibilidad de ayudar a que más familias estén vivas o vuelvan a vivir.

Dr. Canevaro: Lindo concepto. Que es lo que toca nuestra esencia o nuestra vocación de terapeutas. Quedaría en la línea de lo que vos decís de la movilización de los recursos naturales.

Dr. Serrano: sí. Para que una familia pueda desplegar su creatividad, no ya su capacidad de sobrevivencia. A veces es bastante, es muy respetable que una familia pueda sobrevivir en condiciones muy deficientes. Lo más lindo es que puedan ir más allá de eso.

Dr. Canevaro: En mi experiencia terapéutica me ha dado la impresión de que así como un individuo tiene que hacer duelos muy diversos para poder realmente ocuparse de vivir más plenamente su vida, me da la impresión que una familia necesita realmente en un momento determinado algún tipo de reunión o de fusión no simbiótica o de compartir duelos en un nivel emocional profundo o intenso para que después pueda hacer este cambio. Esa es mi impresión – no sé cuál es la tuya como clínico- que en las familias en las que no se logra ese tipo de encuentro en el aquí y ahora temporo-espacial el trabajo es positivo pero limitado y no llegaría a este tipo de salida que vos decís.

Dr. Serrano: Exacto. Es como si movilizaran algunas capacidades de compensación, pero no más.

Dr. Canevaro: ¿Vos coincidís clínicamente con esto?

Dr. Serrano: En todo. Un concepto muy lindo, que tal vez no sea desconocido acá, es la noción de la crisis en la familia. Crisis significa peligro, amenaza y oportunidad. Lo que estamos hablando es la crisis dentro de una familia, una amenaza para la integridad de la familia, pero también es la oportunidad de cambio para lograr más felicidad.

Dr. Canevaro: Es un mensaje muy lindo. Una vez más te agradezco mucho y espero que la próxima vez podamos retomar este diálogo dentro de toda la línea de amplio interés que vos tenés. Muchas gracias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Canevaro, A. (1981) Diálogos: del Dr. Canevaro con el Dr. Serrano. Revista Terapia Familiar. IV, 7-8 pp.257-297
- Elizur, J. y Minuchin, S. (1991). *La locura y las instituciones. Familia, terapia y sociedad*. Buenos Aires: Gedisa

- 186 Redacción web. (2019). Las injusticias sociales son una fuente de trastornos mentales, advierte la ONU. *Tiempo*. Recuperado de <https://tiempo.hn/las-injusticias-sociales-son-una-fuente-de-trastornos-mentales/>
- Seikkula, J y Arnkil, T.E. (2016). *Diálogos terapéuticos en la red social*. Barcelona: Herder.
- Superior Health Council. (2019). *DSM (5): the use and status of diagnosis and clasification of mental health problem*. Recuperado de <https://www.health.belgium.be/en/advisory-9360dsm>