

Clásicos



Entrevistador: Dr. Alfredo Canevaro²

Entrevistado: Dr. Jorge Colapinto

Recibido: 08-06-2021

Primera Revisión: 08-06-2021

Aceptado: 08-06-2021

Dr. Canevaro: Quisiera que habláramos sobre tu experiencia en training en los EE.UU. Mi deseo sería que me contaras cómo se trabaja en la *Philadelphia Child Guidance Clinic*, cuáles son los criterios actuales de training, las pautas con las cuales en general se manejan y en especial vos, en tus desarrollos personales.

Lic. Colapinto: O.K. Desde que yo empecé a trabajar en *training* en EE.UU., siempre hubo una especie de tensión entre dos posiciones alternativas acerca de cómo entrenar gente. Esta tensión todavía sigue, también el diálogo y la discusión. Supongo que con características similares a las que se pueden plantear acá. Por un lado está la tendencia a centrar el *training* en lo conceptual, en la teoría, en cómo leer las realidades familiares y en lo que sería la teoría de la técnica. Este es un polo de la tensión, el otro polo es la cuestión de la enseñanza de técnicas; lo que serían las recetas de cómo intervenir en los distintos tipos de situaciones. En general el público norteamericano, los terapeutas que quieren ser entrenados, por características tradicionales de la sociedad americana tienden más bien a la demanda del segundo tipo; cómo se hacen las cosas. La gente que en general se acerca a los institutos de training son quienes a través de un libro, de un workshop o de ver una demostración, quedan muy impresionados, muy impactados con algunos de los grandes maestros, Minuchin, Haley o Whitaker o quien sea y entonces quieren saber cómo se hace eso, quieren aprender la técnica, esa es la solicitud. Algunos de los centros de entrenamiento responden directamente a este pedido e incluso cuando el terapeuta pide conceptualización, la respuesta que se da desde un instituto que está centrado en la enseñanza de la técnica es: no, tiene que aprender cómo hacer, la comprensión va a venir después.

Dr. Canevaro: ¿Enfocan más la segunda orientación?

Lic. Colapinto: Lo que te quiero decir es que hay institutos o centros de enseñanza de los dos tipos, los que están más centrados en lo conceptual y usan la experiencia clínica como demostración de lo conceptual, como ejemplo de lo conceptual y los que están centrados en dirigir al aprendiz a producir ciertas intervenciones: haga esto, no haga esto, haga aquello. El por qué, no se discute o se discute después³.

1 Diálogo entre el Licenciado Jorge Colapinto y el Dr. Alfredo Canevaro, conducido en Buenos Aires, 1983. Publicado originalmente en *Terapia Familiar*, 12 (Buenos Aires, Argentina, Ed. ACE L. R. L., 1983). Anotado por Jorge Colapinto, Philadelphia, 2020.

2 Escuela de Psicoterapia "Mara Selvini Palazzoli". Correo electrónico: a.canevaro@liberto.it

3 Cuando llegué a Philadelphia, en 1976, la orientación era decididamente del segundo tipo, pragmática. Se enseñaba la terapia familiar como un conglomerado de técnicas (había incluso un taller llamado "*An Alphabet of Skills*", el a-b-c de las técnicas, donde los terapeutas aprendían, vía observación de sesiones y supervisión en vivo, el joining, a "leer estructuras", reenmarcar, reforzar fronteras, desbalancear, enact, y así sucesivamente. Esto se plasmó eventualmente en *Técnicas de terapia familiar*, publicado en 1981. Como explicó ahí Minuchin, la idea inicial era enseñar "los pasos de la danza, sin abrumar al estudiante con una carga de teoría que lo lentificaría en momentos de inmediatez terapéutica". La integración teórica, se esperaba, emergería espontáneamente: el aprendiz, "a través de un proceso inductivo, en círculos de decreciente incertidumbre, arribaría al momento del ¡ajá!, la teoría". Pero al mismo tiempo se fue haciendo cada vez más evidente que la mera repetición de las intervenciones del maestro, si no estaban sustentadas en una *percepción* y una *actitud* estructuralistas, no era suficiente. Para cuando *Técnicas de terapia familiar* estuvo casi listo para la publicación, Minuchin le agregó un prólogo y un epílogo —"Espontaneidad"

Dr. Canevaro: De cualquier manera las dos orientaciones son o representan más el aspecto cognitivo del aprendizaje. ¿Cómo se hace con los aspectos emocionales del aprendizaje?

Lic. Colapinto: En realidad no es que sean las dos un aspecto cognitivo, yo creo que la primera representa la aproximación cognitiva, la segunda representa más bien una aproximación experiencial en el sentido de tener un cierto comportamiento terapéutico, como por ejemplo: “No deje hablar a la señora” o “acerque su silla al padre”, sin entender, sin haber discutido previamente por qué. Esto es importante⁴.

Dr. Canevaro: Yo me refiero a lo emocional profundo, a la historia del terapeuta, ¿cómo está condicionado en su relación? , ¿cuáles son los motivos que lo impulsan a hacer terapia familiar? Porque no todo el mundo quiere hacer terapia familiar, no todo el mundo puede o no todos lo toleran. ¿En que medida el componente personal es trabajado en training?⁵

y “Mas allá de la técnica”— que ponen a la técnica en su lugar. Observó ahí que la práctica de dotar a los terapeutas con un surtido de herramientas, independientemente del marco conceptual que les da sentido, “puede llenar el campo de la terapia familiar con terapeutas que cambian sillas a la Minuchin, prescriben a la Haley, se van al proceso primario a la Whitaker, presentan paradojas en italiano, atan a la gente con sogas a la Satir, agregan una pizca de ética a la Nagy, alientan llantos catárticos a la Paul, revisan el video de una sesión con la familia a la Alger, y a veces se las arreglan para combinar todos estos métodos en una sesión”.

En el mismo año de esta charla publiqué un artículo —también titulado “*Beyond technique*”—, donde propuse que las intervenciones estructurales están organizadas, no por una especie de manual de técnicas, sino por la concepción estructuralista de la dinámica de la familia, el significado de los síntomas, el proceso de cambio, las metas de la terapia, y el papel del terapeuta. Ya en 1983, el entrenamiento que ofrecíamos en la clínica de Philadelphia incluía la enseñanza de cómo percibir, pensar, y actuar estructuralmente —no por medio de clases teóricas, sino como parte integral de la supervisión, de acuerdo con el principio de que “se aprende haciendo”. (Una exposición más detallada del programa de Philadelphia es el artículo “*Teaching the structural way*”, que al igual que “*Beyond technique*” y otros trabajos en inglés y en español puede leerse en mi sitio web, www.colapinto.com).

4 Acá podría haber elaborado más el tema de “aprender haciendo”. La directiva de cambiar la relación con los clientes (“no la deje hablar”, “acerque su silla”) genera en el supervisado una experiencia en la que es imposible separar lo *emocional* (desafiar a un cliente, aliarse con otro) de lo *cognitivo* (lo que el terapeuta aprende —acerca de la familia, el proceso terapéutico, y sí mismo). El efecto es similar al que produce el “*enactment*” en una sesión terapéutica, donde la experiencia de interactuar de una manera no habitual impacta no solo en las conductas sino también en las emociones y el conocimiento mutuo de los participantes.

En 1983, cuando Alfredo Canevaro y yo dialogábamos sobre cognición y (o versus) emoción, faltaba todavía una década para que el neurocientífico António Damásio publicara *El error de Descartes*, y otra década más para su *En busca de Spinoza*. (En el medio también publicó *La sensación de lo que ocurre, con el revelador subtítulo Cuerpo y emoción en la construcción de la conciencia*.) En estos libros, apoyándose en experimentos y observaciones clínicas, Damásio muestra la falacia de la división entre emoción y conocimiento. Especialmente interesante, para un estructuralista, es la distinción y relación que Damásio establece entre la *emoción* (la respuesta fisiológica a una situación), y el *sentimiento*, la lectura que el cerebro hace del estado fisiológico. Esto respalda la práctica estructuralista de explicar e intervenir “de afuera hacia adentro” — del contexto relacional hacia el individuo, a la inversa de la práctica psicoterapéutica tradicional. (También se sentiría validado William James, quien dijo algo similar a Damasio hace 140 años, pero fue criticado entonces por no basar su teoría en experimentos. “No canto porque soy feliz, soy feliz porque canto”, es una cita que se le atribuye, quizás apócrifamente, pero que sintetiza su posición).

5 Lo emocional profundo, los motivos como motor de la conducta (instintos, objetos internos) son conceptos psicodinámicos que la teoría estructural no utiliza. La noción de un motivo impulsor interno no se compadece con la explicación “de afuera hacia adentro” que caracteriza al modelo. En lugar de *profundizar* en el individuo, los estructuralistas *ampliamos* el foco de observación e intervención —del individuo a la familia, de la familia a su entorno social. Esto no significa que el modelo estructural ignore al individuo. A diferencia de otros enfoques sistémicos que “inducen rigideces simétricas de los errores de los terapeutas lineares, negando al individuo al paso que entronan al sistema” (como criticó Minuchin ya en 1978, en *Psychosomatic families*), la terapia estructural toma en cuenta las características idiosincráticas de cada miembro de la familia. Pero esas características se definen de modo diferente a como lo hace la perspectiva psicodinámica tradicional. Para Minuchin, la identidad individual no se forja decisivamente en los primeros años, sino que se desarrolla en grados crecientes de complejidad a lo largo de la vida. “Mi esposa”, declaró provocativamente Minuchin en una entrevista donde le preguntaron sobre la importancia de las experiencias tempranas, “ha tenido más influencia sobre quién soy yo ahora, que mi madre”. La identidad ciertamente comienza a desarrollarse en interacción con miembros de la familia: “El niño tiene que actuar como un hijo dado que su padre actúa como padre, y en ese contexto el niño puede tener que renunciar al poder del que disfruta cuando interactúa con su hermano menor”, escribió Minuchin ya en 1974, en *Familias y terapia familiar*. Pero a medida que el contexto re-

Lic. Colapinto: Ahí hay también distintas escuelas de pensamiento, en cuanto al training, hay centros donde el trabajo del terapeuta con su propia familia es fundamental. Toda la línea de Murray Bowen, por ejemplo, pone mucho énfasis en que el terapeuta tiene que hacer una revisita a su familia de origen, incluso irse tan lejos en las generaciones como sea posible la exploración.

Dr. Canevaro: Algunos trabajan también con la familia actual, ¿no?

Lic. Colapinto: Algunos trabajan con la familia actual, yo de esto no estoy muy al tanto, sé que ocurre pero no sé quiénes son. Siguiendo en el gradiente, hay centros donde las dinámicas emocionales del terapeuta y sus aspectos personales que traen de su historia o de su entorno actual, son introducidos en el momento del aprendizaje, en las discusiones grupales, aunque no necesariamente a través del trabajo sistemático como puede hacer Bowen (mandar al terapeuta a ver a su familia), pero sí se habla de esas cosas en los grupos de enseñanza.

Dr. Canevaro: ¿Hay alguna otra técnica en la que el aprendiz o el terapeuta en situación de aprendizaje, refiere lo que le está pasando?

Lic. Colapinto: Sí, es un equivalente de lo que sería el análisis de la contra-transferencia; “qué puede ser que yo esté poniendo de lo mío?”, “¿por qué me puede resultar a mí difícil trabajar con una familia donde hay un hijo parentalizado en relación con el posible hecho que yo haya sido un hijo parentalizado en mi propia familia de origen? Esto es una cosa que nosotros no hacemos.

Dr. Canevaro: ¿Deliberadamente?

Lic. Colapinto: Nosotros deliberadamente, a lo más que llegamos es a reconocer la existencia de un estilo personal en el terapeuta, lo nombramos, lo identificamos, le podemos decir a un terapeuta: “tu estilo es trabajar a distancia y en el caso de esta serie de familias te puede convenir practicar cómo acercarte” o a la inversa “tu estilo es trabajar muy desde adentro de la cosa y te puede convenir entrenarte en tomar más distancia” pero, no avanzamos más allá de eso, no vamos a las raíces históricas, ni siquiera a las raíces situacionales para hablar de la familia actual del terapeuta.⁶

Dr. Canevaro: Otro punto que me interesa es...

Lic. Colapinto: Perdóneme que te quiero agregar otra cosa. En ese sentido y es interesante, hay algunos paralelos. El tema de los paralelos entre la terapia y el training es todo un tema, donde

lacional del individuo se expande a lo extrafamiliar, incluyendo otros adultos, pares, escuela, trabajo, pareja, hijos, su identidad se va haciendo cada vez más compleja y diferenciada. A diferencia de otros modelos de terapia familiar, la pertenencia al grupo familiar (y a otros) y la diferenciación individual no se ven como opuestos, sino como dos caras del mismo proceso. A mayor variedad de pertenencias, mayor diferenciación.

El *self* adulto es entonces una estructura diversificada, formada por las diversas identidades adquiridas a lo largo de la vida. Esto se diferencia de la tradicional imagen del *self* como una serie de círculos concéntricos, donde el exterior representa las conductas observables, y el central la “esencia” del individuo (“la madre tiene una relación distante con la hija porque es desapegada”), una esencia que por lo general se considera cristalizada en la infancia (“es desapegada porque no tuvo una buena madre”). Desde el punto de vista estructural, ser desapegada es solamente una de las formas posibles de ser de la madre. Puede ser más afectuosa con su otra hija, o con la misma cuando nadie más está presente, o haberlo sido cuando la niña era más pequeña. En todo caso, la madre no es unidimensional (“desapegada”), sino una persona compleja cuyas otras formas posibles de ser pueden ser activadas si el contexto cambia. (Una acotación interesante sobre la historia de las ideas: “La personalidad nunca puede separarse de las complejas relaciones interpersonales en las que vive la persona” es una cita que podría ser de Minuchin, pero le pertenece a Harry Stack Sullivan, en *Concepciones de la psiquiatría moderna*, originalmente publicado en 1940. Recordemos que antes de crear la terapia estructural, Minuchin se formó como psicoanalista en el instituto William Alanson White).

Ahora, volviendo a la pregunta de Alfredo —qué lleva a un terapeuta a hacer terapia familiar: así como en la terapia prestamos más atención al contexto interaccional que a la psique individual, así también a la hora de explicar por qué alguien eligió hacer terapia familiar no nos preguntamos cuáles motivos le impulsaron, sino más bien qué contextos le atrajeron. En mi caso, cuando escrudiño en el espejo retrovisor el camino que me llevó a la terapia familiar veo, en los años 60, a José Bleger enseñando cibernética y la teoría de campo de Kurt Lewin en su curso de Introducción a la Psicología; a David Liberman enseñando psicopatología en términos de la teoría de la comunicación; a Enrique Pichon Riviere criticando al psicoanálisis por ignorar el contexto histórico-social que “determina los límites en los que se cumple el proceso de emergencia y desarrollo de la vida psíquica”.

⁶ Este es otro ejemplo del concepto del *self* múltiple, y la posibilidad de activar aspectos no utilizados de ese *self*. En sus últimos años Minuchin se enfocó en el estilo del terapeuta, poniendo el énfasis no en sus raíces “profundas” sino en ampliar el repertorio de formas de interactuar con las familias.

cada uno tiene distintas posiciones. En ese sentido hay algunos paralelos entre la forma nuestra de terapia y la forma nuestra de aprendizaje. Concretamente la identificación de una pauta de conducta como algo que puede estar relacionado a otro contexto, a la familia de origen, incluso a la familia actual, cumple la función de proveer un marco que sea operativo, que sea funcional, que sea práctico, por ejemplo: a mi me puede resultar práctico, en el proceso de aprendizaje, decirle a un estudiante: “tus características son, trabajar con poca distancia, lo cual por algún comentario casual que hiciste probablemente tenga que ver con cómo fueron las cosas en tu familia de origen y ahora entonces lo que tiene que hacer es practicar esta otra cosa”, con lo cual yo le doy una especie de marco evolutivo para que ponga su propio estilo en perspectiva y acepte la posibilidad de alternativas. Se entiende que esto sea así por lo que ocurrió antes, pero lo decisivo es que hay otras formas posibles de intervenir. Esto es muy parecido al uso que nosotros hacemos de la historia en terapia estructural, donde usamos la historia para validar el presente, “se comprende que ustedes hayan llegado a esta situación por todo lo anterior”, pero no caemos en la cosa de la historia como destino, como cosa que ya te predetermina o te limita la posibilidad de alternativas. En ese sentido hay un paralelo entre lo que es terapia y lo que es aprendizaje⁷.

Dr. Canevaro: Acerca de la figura del instructor. Vos por ejemplo, en charlas que hemos tenido, hablás de Minuchin con un gran respeto, una gran devoción y por ejemplo, como instructor, el rol que vos desempeñás con tus alumnos ¿cómo lo manejas, cual es el concepto sobre el cual te asentás?, ¿establecés una relación de simpatía o incluso de antipatía personal vivida y relacionada o tratás de ser aséptico?, ¿qué paralelo hay entre la terapia y el aprendizaje también en este sentido?

Lic. Colapinto: Para mí en la terapia el elemento *joining*, establecer una relación de simpatía con la familia, es muy importante, eso es parte del modelo estructural. En el contexto de aprendizaje el *joining* no es tan necesario, no lo es dedicarle tanto tiempo a ese elemento de establecer una relación de simpatía, de confort entre el instructor y el terapeuta. El motivo es contextual y posiblemente específico de la situación en la que yo enseño, donde la gente viene porque quiere aprender, ya ha cerrado sus posibilidades. No es como la familia que hay que ganarla, esta es una persona que ha tornado su decisión, que viene a este curso, que por lo general es caro, que ha tornado el compromiso por un año, que ya lo ha pagado. Sería similar a la relación de consulta en terapia, donde el consultor no tiene que hacer el *joining* de la misma manera que el terapeuta porque ya viene con toda la figura del experto que empieza desde un *joining* ya trabajado, por el que hizo el pedido de la consulta. En lo que sí se parece el aprendizaje a la terapia es en que mi relación con el estudiante, sin establecer necesariamente un nexo de simpatía personal, sí incluye el elemento del desafío, no en el sentido de confrontación sino en el sentido de empujar a hacer más cosas o cosas distintas, “esto es lo que tenés que hacer, no me digas que no lo podés hacer, esto es lo que tiene que ocurrir, esto es lo que hace falta, pensá cómo lo podés hacer”, eso es parecido a la terapia. Otro elemento es una especie de disciplina que yo tengo, eso también es mi versión personal de la enseñanza de la terapia estructural que tiene que ver con lo que hablábamos antes de los extremos, enfoque en lo conceptual, enfoque en lo técnico. Yo me rehúso, en principio, a enseñar técnica, a veces no lo puedo evitar pero siempre trato de evitarlo. Es muy frecuente que el estudiante me pregunte: ¿cómo se hace esto; cómo lo hago, cómo hago para movilizar a esta persona a hacer esta cosa que no quiere hacer o que el otro no la deja hacer?; ¿cómo consigo que el papá proteja la relación privilegiada con el hijo de una intromisión de la madre, qué técnica puedo usar? ¿qué les puedo decir; cómo puedo disponer los muebles de la habitación para que eso pase? ” Ante ese pedido, sistemáticamente

7 En *Assessing Families and Couples* (2007) Minuchin formalizó la inclusión de una “exploración estructural de la historia” en sus evaluaciones. Esta exploración no estaba dirigida a identificar las raíces emocionales remotas de la conducta actual, sino a mostrar cómo las familias de origen habían condicionado percepciones y roles. Comentarios típicos eran “Tus padres te han dado los anteojos con los que ves al mundo”, “Fuiste entrenada para cuidar a otros” —implicando así, y esto era lo importante, que había otras formas posibles de percibir e interactuar. Se nota aquí, otra vez, la influencia de Harry Stack Sullivan, quien utilizó el término “distorsión paratáctica” precisamente para designar la percepción de los otros que se basa en pautas de experiencia previas.

te respondo tratando de hacer que el terapeuta piense. Sobre lo que yo trato de intervenir, lo que yo trato de manipular, si se quiere, no es la conducta del terapeuta tanto como la percepción del terapeuta. No la teoría, no es que trato de que conceptualice y piense en términos teóricos. Es más bien la percepción, la captación de la situación. Por ejemplo yo puedo diagnosticar que el terapeuta está atascado en tratar de conseguir que la mamá, que se queja de su marido porque él no sigue una disciplina lo suficientemente estricta con el hijo que tiene una deficiencia de aprendizaje y tiene que ser constantemente estructurado y estimulado, que no lo persiga tanto al señor, o bien que el señor se defienda mejor de su señora. Entonces el terapeuta puede estar buscando por ese lado infructuosamente y pensando qué técnicas puede usar para producir el cambio de una u otra manera. Lo mejor que yo le puedo dar al terapeuta en esa situación, es la posibilidad de pensar que cuando el señor lo ayuda al chico a atarse los cordones de los zapatos, en contra de las exigencias de la mujer que quiere que deje al chico atarse los cordones solo, eso se puede leer desde un ángulo como un favorecimiento de la regresión, pero también desde otro ángulo se puede ver como una cuestión de espontaneidad, de disfrute, el chico está entrando en una edad en que el padre piensa: bueno, todos estos años trabajando tan fuerte para educarlo a este chico, ahora yo quiero disfrutarlo. Entonces ahí se abre la posibilidad de ver al padre no como el pobre tipo que está a la defensiva de una iniciativa de la mujer sino como el tipo que puede introducir la espontaneidad, la alegría y el disfrute en la familia y la noción de que no todo es trabajo duro para armar este rompecabezas que nos ha deparado el destino. Ese sería un ejemplo en el que yo trato de que el terapeuta pueda percibir la situación de una manera distinta, que tenga una nueva *gestalt*, con la idea de que si la tiene se le va a ocurrir la intervención adecuada⁸.

Dr. Canevaro: Es interesante lo que vos decís. A mí me sucede con alumnos, con quienes promuevo un abordaje ingenuo de la familia, ver que los sociólogos que no tienen una experiencia clínica previa, tienen un abordaje mucho más enriquecedor a mi gusto que el de los psicólogos.

Lic. Colapinto: ... a mí me pasa allá con los asistentes sociales.

Dr. Canevaro: Es interesante porque están quizás habituados al abordaje mucho más natural y menos estereotipado de los problemas clínicos.

Lic. Colapinto: Perciben estructuras.

Dr. Canevaro: Exactamente, ¿eso también vos lo has percibido?

Lic. Colapinto: Sí, tal cual. Hay gente que ya tiene el entrenamiento profesional para pensar en estructuras y que le resulta incluso difícil pensar en individuos y eso en este tipo de modelo es útil.

Dr. Canevaro: Y además es un contacto mucho más espontáneo que el que tiene generalmente un terapeuta, psicólogo o psiquiatra que tiene un contacto de una manera ya un poco artificial.

Lic. Colapinto: ...y tiene que hacer la traducción ...

Dr. Canevaro: ... claro, entonces se traduce por una falta de empatía quizás momentánea⁹.

8 Un ejemplo mejor: El terapeuta exploraba, con un niño de 13 años y su madre, una mejora sospechosamente repentina en el comportamiento del hijo en la escuela. Era la segunda sesión y madre e hijo eran por ahora los únicos participantes en la terapia, aunque la familia también incluía un padre y dos hijas mayores. El terapeuta descubrió un arreglo *quid pro quo*: el padre autorizó al hijo a trabajar como repartidor de diarios, y a cambio el hijo prometió mejorar su comportamiento en la escuela. “Ahora, si el padre le llega a quitar eso...” comenzó la madre y no terminó la frase. El terapeuta asintió y pasó a explorar otros temas. En ese momento, llamé al terapeuta desde detrás del espejo y le dije: “Esto me parece una extorsión. Ahora la madre tampoco puede dejar que el padre se lo quite, o el niño volverá a comportarse mal en la escuela. Hay algo mal en esta estructura”. Como el terapeuta y yo llevábamos varios meses trabajando juntos, mi comentario fue suficiente para que él construyera autónomamente una intervención significativa. Expandió la metáfora de la extorsión a la de una operación mafiosa, un marco estructural muy concreto desde donde pudo explorar el rol que jugaban otros miembros del sistema. Con la ayuda de sillas vacías (su formación anterior había sido en terapia guesáltica), rastreó las pautas de interacción en la familia hasta mostrar cómo el padre y una de las hijas actuaban como guardaespaldas del niño, lo cual le dio sentido experiencial a la recomendación de que el resto de la familia participara en las sesiones. La metáfora de la extorsión movió al terapeuta a buscar las piezas faltantes en el rompecabezas estructural, sin que fuera necesario que yo prescribiera una intervención específica.

9 Hace un tiempo supervisé una primera sesión de una trabajadora social con una familia derivada por el

Lic. Colapinto: Ese es otro tema en relación con lo que hemos estado trabajando acá, con los grupos, el grupo chico y el grupo grande, que es el asunto de lo que yo llamo, los modelos útiles y los modelos inútiles de pensamiento. Una de las cosas que yo hago con mis alumnos y en ese sentido estoy tomando posiciones cada vez más radicales es tratar de que piensen solamente en los términos que podrían compartir con la familia. Lo que yo he notado mucho es que, por ejemplo cuando mis alumnos empiezan a percibir demasiadas coaliciones, luchas de poder, saboteos dentro de la familia, o que la mama está haciendo esto para jorobarlo al padre, se ven en un brete, se quedan muy atados de manos porque esos son contenidos que para poder volcárselos a la familia, los tienen que traducir, pasarlos en limpio y decírselos a la familia de una manera que la familia los pueda entender.¹⁰ Entonces, en términos de neuronas disponibles, ocurre que el terapeuta está trabajando con una cantidad de información, que tiene que estar reprimiendo o suprimiendo y traduciendo a la familia en términos aceptables. Por eso yo estoy desde hace un par de años embarcado en una constante tarea de forzar a mis alumnos a que piensen en términos positivos acerca de la familia porque de esa manera pueden estar más libres de ser espontáneos y de hablar directamente, sin sentir que tienen que estar ocultando su conocimiento. En términos de percepción otra vez, si mi alumno está percibiendo que la mama interrumpe la interacción entre el padre y el hijo porque piensa que el padre es un animal que le está haciendo daño al hijo, yo voy a tratar de que el alumno más bien perciba que la mamá interrumpe esa transacción como una manera de proteger a los dos, al hijo de la brusquedad del padre pero también al padre de la desilusión porque el hijo no cumple o porque el hijo no es como debiera ser. Con la idea de que si el terapeuta ve a la familia de una manera benevolente, si ve todos estos intentos de acomodación como básicamente inspirados en buena voluntad aunque el efecto sea desastroso, entonces su comunicación con la familia, su diálogo con la familia va a ser mucho más fácil, el terapeuta va a estar mucho más suelto en la sesión y no va a estar maquinando connotaciones positivas, “¿cómo hago yo para traducir esta situación que es objetivamente espantosa en algo que no suene tan feo?” Yo prefiero empezar antes y que no lo vea como una situación espantosa objetivamente, que lo vea como una situación en la que todo el mundo está tratando de poner el hombro y ayudar y el resultado de la combinación es desafortunado, pero las intenciones de base son buenas¹¹.

Dr. Canevaro: ¿Qué hacés, luego de lograda esa espontaneidad, en el sentido de la soltura con que el terapeuta pueda manejar a su libre arbitrio la sesión haciendo gala de recursos espontáneos pero de los cuales emerjan conductas terapéuticas evidenciables? Porque los que tenemos más experiencia vemos que no programamos tanto el contacto con una familia sino que en esa interacción espontáneamente van surgiendo los grandes lineamientos que es lo que los alumnos no entienden bien de donde han surgido. Mi tendencia personal sería promover ese estilo de interacción. Me gustaría saber vos qué pensás. Lograda ya la espontaneidad después hay que ver que se hace con esta espontaneidad, porque no hay que confundirla con una norma social.

Lic. Colapinto: Es cierto, lo que pasa es que la espontaneidad no es lo primero que se logra. Yo planteo la espontaneidad, desde el principio de la relación de aprendizaje como objetivo, como ideal, como faro. Mis alumnos se convierten en espontáneos después que terminaron el ciclo de aprendizaje, cuando puedo verlos trabajar después que han aprendido, entonces hacen cosas espontáneas, pero hasta el último día de estar en la situación de aprendizaje tienen esa relación de: ¿qué opina el otro de lo que yo estoy haciendo? Hay una especie de tensión creativa que también tiene que ver con las características del modelo, que es que cada sesión que yo superviso tiene un

servicio de protección al menor. Previamente a la sesión me confió que se sentía insegura porque sería literalmente su primera sesión con una familia, y en sus estudios universitarios se había concentrado en la dinámica de las organizaciones más que en la clínica. Le sugerí que encarara a la familia como una organización con problemas de funcionamiento, sobre todo en el área de la relación con los servicios de control social. Hizo una sesión ejemplar.

10 Acá debería haber dicho “que la familia los pueda *tolerar*”.

11 Mi colega Richard Holm expresa esta idea sucintamente, cuando recomienda a los terapeutas “Honrar la intención, cuestionar el efecto.”

objetivo estructural. Cuando empieza una sesión, el terapeuta y yo nos ponemos de acuerdo en que es necesario lograr una cierta configuración. Entonces la espontaneidad del terapeuta está regulada por el objetivo que tiene que alcanzar. Yo les digo: “podés usar las técnicas que quieras pero a esto tenés que llegar”¹². En ese contexto pasan muchas cosas, pasa toda la negociación entre el terapeuta y el supervisor a través de la comunicación telefónica, etc. “pero decime cómo lo hago, que tengo que hacer, estoy atascado”, y allí es donde yo trato de cambiarle la percepción al terapeuta y trato de restringir al máximo el input técnico de “hacé esto o hacé lo otro”¹³. Pero lo que permanece como factor organizador, que en cierto modo modera la pura espontaneidad, es la meta estructural. Tenemos que llegar a una situación, en que el papá permita que los dos hermanos mayores tengan su propia vida delimitada del resto de la familia y que puedan tener conversaciones en las que los padres no se metan, por ejemplo. Esto es un esquema muy simplificado, pero lo que ocurre muchas veces es que en mitad de la sesión tenemos que interrumpir y decir: esta sesión no va a terminar nunca si ese es el objetivo que perseguimos, conformémonos con otro o sigamos una vía distinta. Pero en general es como que las sesiones están organizadas no en términos de 1, 2, 3, 4, 5, 6, sino en términos de esto es 10, y para 10 hace falta 9, para 9 hace falta 8 y para 8 hace falta 7 y entonces empezamos al revés¹⁴. El resultado es una tensión, es una pelea constante entre la demanda del terapeuta (“que es lo que tengo que hacer ahora, que es lo que sigue”) y dejarlo al terapeuta librado a sus propios recursos por períodos de tiempo más o menos prolongados.

Dr. Canevaro: ¿Cómo juega el modelo de las experiencias terapéuticas compartidas que vos tengas con tus alumnos? Es decir, ¿hasta dónde vos utilizás tu experiencia clínica concreta compartida con ellos, también como modelo de aprendizaje? Viendo una familia en la cámara de Gesell y discutiendo con ellos. Es decir, hasta donde permitís una identificación con tu estilo, con tu persona, con tus recursos, así como me imagino que muchos han hecho con Minuchin. ¿Qué grado o porcentaje de esto entra en el entrenamiento docente?

Lic. Colapinto: Depende de la formación previa del alumno y depende de cómo el alumno llegó. En ese sentido está habiendo un cambio. Hasta hace dos o tres años el 95% de los alumnos que recibíamos en la clínica era gente que había visto ya bastantes trabajos de Minuchin y de otra gente que trabaja con modelo estructural y tenía sus propias imágenes de cómo es el modelo es-

12 Aquí hay también un paralelo con la terapia. Un ejemplo es el caso de una familia con una hija de 5 años “incontrolable.” Tras establecer que la niña era incontrolable por la mamá pero no por el papá, Minuchin le preguntó a la madre cómo se sentía mientras la niña, seguida por su hermanita, corría en círculos y desobedecía las órdenes de la madre. La madre respondió que se sentía tensa. “¿Qué la haría sentir mejor?” preguntó Minuchin. “Que se sienten a jugar en un rincón de la habitación, así nosotros podemos hablar.” “Muy bien”, respondió Minuchin, “Haga que eso suceda”. Prescribió una meta, pero no cómo alcanzarla. Durante los cuatro minutos en que la madre intentó infructuosamente organizar a las niñas, Minuchin ni siquiera le sugirió (algo elemental cuando se trata de organizar el juego de una niña de 5 años) que se levantara de su silla. Se limitó a recordarle, de tanto en tanto, el objetivo: “Lo que usted quiere que pase, que las niñas jueguen en un rincón de la habitación, no está pasando”. A la tercera repetición de esta respuesta, la madre finalmente se levantó de su silla, condujo a las niñas a un rincón de la habitación, les organizó un juego, y regresó a sentarse con su esposo y Minuchin.

13 Más tarde adopté una modalidad de intervención en dos pasos: una breve observación sobre la dinámica de la sesión (“Creo que estás perdiendo a la madre”), seguida por una directiva, (“Escucha su punto de vista”).

14 Actualmente en mis supervisiones, una de mis primeras preguntas es ¿Cuál es la pauta que *falta*? ¿Qué es lo que no está ocurriendo, y debe ocurrir para que el problema se resuelva?

De interés para narrativistas: Edgar Allan Poe, en “Filosofía de la composición”, detalla cómo escribió su poema *El cuervo*. “Todo plan o argumento merecedor de ese nombre”, sostuvo, “debe ser desarrollado hasta su desenlace antes de comenzar a escribir en detalle. Sólo con el *dénouement* a la vista podremos dar al argumento su indispensable atmósfera de consecuencia, de causalidad, haciendo que los incidentes y, sobre todo el tono general tiendan a vigorizar la intención”. Por eso, sigue Poe, al componer *El cuervo* comenzó por escribir la última pregunta, “en cuya respuesta la palabra *nevermore* abarcaría la máxima cantidad concebible de angustia y desesperación”. Y termina: “Puede decirse que aquí encontró el poema su principio: en el final, donde deberían principiar todas las obras de arte.”

En un plano más prosaico, los educadores McTighe y Wiggins, en su libro *Understanding by design* (1998) aplicaron el concepto de “planificación inversa” o “del final hacia el principio” al diseño de curricula para la enseñanza.

tructural. Ahora estamos recibiendo cada vez más gente que se quiere entrenar en terapia familiar y sabe que la clínica es una de las metas, pero no tienen demasiada noción, ni siquiera visual de qué es el modelo estructural o por ahí han visto una o dos sesiones en videotape pero no lo suficiente para formarse una idea de cómo funciona el modelo. Con este último grupo yo estoy haciendo algo que no hacía antes que es empezar el entrenamiento con sesiones de demostración, que yo hago con distintas familias y además los ayudo a ver videotapes de otra gente como para que tengan una especie de marco de referencia de que se trata esto. Mis demostraciones funcionan como modelo y la gente empieza a hacer cosas tipo mimesis, imitan mis gestos, no mi acento extranjero, pero imitan cosas. Lo que ocurre también y esto es una función del contexto, es que la mayoría de nuestros alumnos, es un requisito para ser aceptados mientras se están entrenando, tienen una práctica bastante intensiva fuera de la clínica, en otras instituciones, unos pocos en práctica privada, la mayoría en otras instituciones. Como vienen a la clínica una vez por semana, eso ayuda a que haya una progresiva integración o mezcla del estilo personal de ellos con el que están imitando. No lo tengo muy estudiado este asunto pero me da la impresión como que hay un momento de choque inicial donde tratan de abandonar totalmente su estilo personal y seguir el modelo de algo que vieron, reproducir incluso sesiones enteras y a medida que va pasando el aprendizaje las cosas originalmente desechadas vuelven a aparecer en el estilo personal.

Dr. Canevaro: ¿Cómo es en un corte temporal? ¿Uds. tienen programado distintas fases en términos de tiempo? ¿Cuánto tiempo vos considerás que puede ser un entrenamiento suficiente, cuantos años lleva?, ¿y si es una vez por semana, durante cuánto tiempo?

Lic. Colapinto: Yo pienso que, esto es personal, para el aprendizaje del modelo estructural, lo ideal son dos años a este ritmo (una vez por semana) y lo que es tanto o más importante —si me dan a elegir, yo sacrificaría el segundo año— es que después de eso, el terapeuta siga trabajando en equipo, con gente que comparte el modelo (trabajar en equipo quiere decir tener gente atrás del espejo) como disciplina. La experiencia que nosotros tenemos es que cuando viene gente a entrenarse, cambia mucho la cosa que vuelvan a una institución donde ya hay otro tipo que está haciendo lo mismo, o que vuelvan a un lugar donde son los únicos. No basta que haya otra gente que piensa sistémicamente, porque ya hay suficientes diferencias entre los distintos modelos sistémicos como para que haga falta el apoyo, el soporte de otro tipo que también piense “estructuralmente”, no “paradojalmente”, por ejemplo, para que el aprendizaje se mantenga, se desarrolle y se expanda. Hay que tener en cuenta que todas estas maneras de pensar son medio locas, van a contrapelo de la organización cotidiana de la vida para el 99% de la población y para el 70% de la profesión¹⁵ y entonces mantenerlo vivo como disciplina requiere el apoyo de un grupo. Lo de los dos años, es una cosa que ya lleva algún tiempo, yo creo que ya hace tres años que tenemos un segundo año en el programa de *Externs* en la clínica, donde se da un progresivo avance hacia los terapeutas jugando rotativamente el papel de supervisores unos de otros, entonces hay un corte de nivel bastante marcado entre el primero y el segundo año. El grupo de segundo año siempre se caracteriza porque ya trabajan con problemas específicos como enfermedades psicosomáticas, etc., o alguna otra característica, pero la constante es que siempre empiezan a supervisarse el trabajo unos de otros, como modelo de lo que tiene que ser la continuación de la formación.

Dr. Canevaro: También ustedes tienen residencia, en la que se trabaja todos los días de la semana.

Lic. Colapinto: Eso funciona en los veranos. Los programas de verano (hay uno en junio, otro en julio y otro en agosto) son tres semanas y media, cuatro días en la semana. Es un programa compactado, muy intenso, donde todo pasa en rápida sucesión, revisar textos, ver familias, clases teóricas, presentaciones de otros *videotapes*, etc. Muy poco tiempo para procesar la experiencia mientras está ocurriendo. Eso es parte del proyecto.

Dr. Canevaro: ¿Y qué pasa con las familias que ven determinados alumnos, en términos de

15 Esta situación fue empeorando con el tiempo (ver nota 14).

ligazón con ellos o continuación de la problemática?

Lic. Colapinto: En el caso del programa de Externs no hay problema porque en el periodo de un año la mayoría de las familias terminan y cuando se va acercando el final del curso o bien no toman nuevas familias o bien las toman con una consigna muy clara de que se van a reunir solamente por dos o tres sesiones para evaluación de la situación familiar y que después van a ser asignados a otro terapeuta. En el caso de los *practicum* de verano, lo que se les dice a las familias es que el terapeuta va a estar disponible por dos o tres semanas y que al cabo de las tres semanas se decidirá si es necesario una continuación y con quien o no. Es un poco el principio de módulos que se le presenta a la familia, este es el primer módulo y la intervención puede terminar acá o no, pero si no termina acá, va a seguir con otro terapeuta.

Dr. Canevaro: En caso de que esa familia tuviera necesidad de una nueva revisión de la situación determinada, ¿concorre a la clínica aunque sea con otro terapeuta?

Lic. Colapinto: En ese caso la familia es derivada a un terapeuta del *staff* de la clínica. No pasa, por ejemplo, que una familia sea derivada del *practicum* de junio al *practicum* de julio; esas cosas no le hacemos a la familia.

Dr. Canevaro: Para ir finalizando ..., dentro de las grandes líneas que vos conocés, ¿cuáles podrías diferenciar en torno a maestros de terapia familia que hagan docencia? Por ejemplo, tengo entendido que Haley supervisa pero no hace personalmente terapia.

Lic. Colapinto: Ni hace terapia, ni entra en la habitación.

Dr. Canevaro: Lo que debe diferenciarlo mucho de Minuchin, de Bowen o de otros terapeutas.

Lic. Colapinto: Yo en realidad, salvo esa diferencia que vos mismo mencionaste entre Haley y Minuchin, conozco muy poco de las modalidades típicas de otros maestros. Hay toda una serie de justificaciones teóricas, a favor o en contra de que el supervisor entre a hacer coterapia o entre a hacer una demostración para el beneficio de terapeutas, hay muchas explicaciones teóricas. Yo creo que en definitiva, remiten a motivaciones del supervisor. Hay gente que tiene ganas de hacerlo y hay gente que no tiene ganas de hacerlo, básicamente es eso. Los argumentos teóricos en favor y en contra son muy relativos. Yo tengo mi propio criterio y creo que es el criterio de mucha gente pero no lo puedo confirmar: es intervenir en una sesión que está teniendo otro terapeuta, cuando hay una situación de riesgo, (por ejemplo riesgo de perder a la familia, de que la familia no venga más), o bien cuando hay una situación de excelente oportunidad, o sea si hay posibilidad de dar una vuelta de tuerca más y es una pena perder ese momento, entonces lo puedo hacer. En el contexto en que habitualmente trabajamos nosotros, que es un contexto con mucha continuidad, donde no hay demasiado apuro, es posible. En un contexto de aprendizaje más limitado, como por ejemplo lo que hice acá, sistemáticamente entré al final de las entrevistas. Eso tiene más que ver con que, si yo estoy proponiendo un modelo de pensamiento extraño a lo que es habitual en el terapeuta, una de las situaciones que yo no quiero que ocurra es que el terapeuta que está aprendiendo el modelo, quede con la impresión de que algo que yo le propuse no puede suceder. Que tal proceso que yo le pedí que iniciase en la familia, no se puede terminar o queda a medio terminar o queda hilvanado pero no cosido. En ese caso el valor de la demostración es un poco mostrar que hay una forma de hacerlo; y en situaciones de experiencia de aprendizaje breve, donde no hay continuidad, donde cada terapeuta tiene una sesión de exposición del modelo, esto yo creo es importante para que el terapeuta quede con una versión más redondeada de qué es lo que yo quiero decir cuando le pido que haga algo.

Dr. Canevaro: Como última pregunta ¿cómo ves el futuro de la docencia y del entrenamiento en terapia familiar, de acá a diez o veinte años? ¿cómo se abre de acá a fin de siglo?

Lic. Colapinto: Creo que va a continuar el actual proceso de expansión cuantitativa que hay en terapia familiar. Yo creo que este es un momento, tomando la analogía del mercado de acciones, de colección de ganancias. La gente que se ha entrenado, que ha tenido mucha experiencia,

mucha práctica o en algunos casos gente que no ha tenido tanta experiencia y tanta práctica, pero ha abierto su propio institutito, está capitalizando sobre lo que se ha hecho en estos años. A nivel de trabajo clínico, en este momento no estamos pasando por un período particularmente creativo. Después de la generación de los grandes maestros, Whitaker, Minuchin, Bowen, las italianas, etc., está tardando en aparecer la siguiente generación. Creo que ya a haber toda una expansión de los distintos centros de enseñanza que van a ser todos procesos de enseñanza de este nivel de conceptos que se ha alcanzado. Se va a popularizar la enseñanza de la terapia familiar y después va a venir un momento de retracción. El mercado se va a dar cuenta que seguimos todos diciendo lo mismo y entonces van a empezar a aparecer, otra vez centros “élite”, “este lugar por allá perdido tiene esta manera muy especial, muy distinta y muy novedosa y muy revolucionaria, tal vez muy subterránea, clandestina casi, de hacer terapia”. Lo que pasa es que la terapia familiar en EE.UU. por lo menos, ya está casi convertida en el establishment, se ha oficializado, ha adquirido respetabilidad, se está burocratizando una barbaridad, las asociaciones profesionales están funcionando casi como las más tradicionales, como la asociación psicoanalítica por ejemplo. Pero al mismo tiempo están empezando a aparecer, algunos movimientos “revolucionarios” que publican sus diaritos con mimeógrafo porque no tienen plata para competir con las grandes revistas. Yo creo que eso dentro de algunos años va a cristalizar en tres o cuatro centros que se van a convertir otra vez en mecas, van a crecer y se van a burocratizar, etc. Creo que los próximos quince o veinte años van a ser básicamente un período, primero de más expansión cuantitativa y después de retracción, van a empezar a perder clientes porque va a ser ya demasiado conocido todo . . . y esa es la vida, ¿no?¹⁶.

Dr. Canevaro: Muy bien, te agradezco mucho.

16 Esta profecía se cumplió a medias. Sí que aparecieron nuevos modos de hacer terapia familiar y nuevos centros de enseñanza, pero la tendencia dominante desde la década del 80 en adelante, en Estados Unidos, fue hacia una debilitación general de la teoría y la práctica sistémicas en terapia familiar, y un regreso a la terapia más centrada en el individuo, con presencia opcional de la familia. Factores contextuales que contribuyeron a esta involución incluyen la proliferación de los medicamentos psiquiátricos, que prometen soluciones rápidas de problemas individuales sin incomodar al resto de la familia, y el interés de los burócratas, las compañías de seguro de salud, y las fundaciones por los modelos supuestamente basados en evidencia empírica y empaquetados en manuales de guía, más o menos rígidamente, las acciones y verbalizaciones de los terapeutas independientemente del contexto en el que trabajan. (Un colega que trabajaba en una agencia que adoptó uno de los modelos “basados en la evidencia” para trabajar con familias de jóvenes delincuentes en un barrio pobre, leyó que el objetivo fijado por el manual para toda primera sesión era “disolver la culpa”. Esto era una aplicación mecánica de la tradicional idea (forjada en el trabajo con familias de clase media) del joven sintomático como “chivo emisario” en quien los padres “depositan” sus propios conflictos. “Con estas familias ni es necesario trabajar sobre eso”, dijo el colega. “No es que los padres culpan al hijo delincuente por sus conflictos, es que se sienten incapaces de contrarrestar el poder de las pandillas”). Un tercer factor, paradójicamente, ha sido la expansión de programas universitarios de terapia familiar ricos en eclecticismo teórico y pobres en práctica sistémica.

En este contexto poco auspicioso surgieron dos tipos muy distintos de replanteo de la terapia familiar. El primero cuestionó la posibilidad o la moralidad de intentar cambiar a las familias, y propuso un terapeuta más calmo, menos directivo, más conversador que activista —más tradicional. El segundo tipo de replanteo, por el contrario, reivindicó la postura del terapeuta “apasionado por el cambio”, pero no ya meramente el cambio dentro de la familia, sino el cambio en la relación entre la familia y su contexto social, sobre todo el contexto de los servicios sociales. Este segundo camino es el que he recorrido y narrado — en *Pobreza, institución, familia* y en www.colapinto.com — en los años transcurridos desde aquel temprano encuentro con Alfredo Canevaro en Buenos Aires.