

Terapia estructural

M^a Pilar Martínez Díaz

Índice de contenidos

1. Orígenes del modelo
 2. Conceptos básicos del modelo
 - 2.1. Estructura
 - 2.2. Subsistemas
 - 2.3. Límites o fronteras
 - 2.4. Alianzas y coaliciones
 - 2.5. Ciclo vital familiar
 - 2.6. Jerarquía
 3. Visión global del proceso terapéutico
 - 3.1. Características de la familia funcional
 - 3.2. Metas de la terapia
 - 3.3. Rol del terapeuta
 4. Estrategias y técnicas
 - 4.1. Fases de la terapia
 - 4.2. Técnicas estructurales
 5. Evidencia de su efectividad
 6. Lecturas recomendadas
- Bibliografía

El modelo estructural surge en los años 60 en Estados Unidos a partir del trabajo que Salvador Minuchin y su equipo realizan con chicos problemáticos tutelados que procedían de contextos de marginación, y sus familias. Minuchin y su equipo desarrollaron un modelo de intervención activo y directivo adecuado a familias con esas características. El modelo estructural ha ido evolucionando e incorporando los cambios impulsados en la disciplina por el enfoque constructivista y narrativo en terapia familiar, aunque mantiene como características definitorias la convicción de la importancia que el contexto tiene en la organización del individuo, la utilización de técnicas activas y la preocupación por el contexto social (Aponte y VanDeusen, 1981; Colapinto, 1998; Rasheed, Rasheed y Marley, 2011). A partir de este modelo se han desarrollado otros enfoques como el ecosistémico y las intervenciones en red.

La terapia familiar estructural ha sido uno de los enfoques dominantes en el ámbito de la intervención familiar. Una de las razones es que en las situaciones de problemática familiar que suelen caracterizarse por la complejidad de la interacción y las poderosas fuerzas que se mueven, proporciona un modelo teórico que introduce orden y permite analizar las transacciones familiares dándoles un sentido. De este modo se puede realizar un diagnóstico de la situación familiar del que también se derivan orientaciones para la intervención.

1. Orígenes del modelo

Salvador Minuchin (1921-) es el fundador y el autor de referencia en el enfoque estructural. Nació en una familia judía en Argentina, donde estudió medicina. Tras licenciarse emigró a Israel, donde trabajó atendiendo a jóvenes en el ejército durante la guerra de independencia y, posteriormente, en instituciones de acogida a niños judíos de diferentes culturas y países (Minuchin y Nichols, 1994). A principios de los años 50 se trasladó a Estados Unidos para mejorar su formación e inició un entrenamiento psicoanalítico en la línea del psicoanálisis interpersonal. Mientras atendía de forma individual en su consulta a pacientes de clase media, comenzó a trabajar en una institución de internamiento de adolescentes y jóvenes delincuentes negros e hispanos de los barrios pobres de Nueva York.

En la *Wyltwyck School for Boys* se internaba a los chicos para el tratamiento

durante uno o dos años lejos de su ambiente. Posteriormente volvían a su contexto habitual, y se observaba que los efectos de la intervención solían ser escasos. En el trabajo que inician Minuchin y su equipo en esta institución se concretan y hacen operativas muchas ideas que él había ido desarrollando anteriormente, y se redefine el tratamiento para incluir a la familia y así atender al contexto relacional en el que se han desarrollado los problemas. Puesto que los enfoques terapéuticos tradicionales eficaces con clases medias no resultaban efectivos con esta población, Minuchin y su equipo realizaron un análisis del impacto sociológico del contexto en los menores y sus familias, así como de las características familiares y desarrollaron nuevas técnicas “caracterizadas más por hacer que por hablar” (Colapinto, 2007). En el libro *Families of the Slums* (1967) se recoge el trabajo que se llevó a cabo en el centro y el proceso de desarrollo de los supuestos teóricos y los conceptos que son centrales en el enfoque estructural. Además, esta peculiaridad de su origen ha dejado su impronta: la terapia estructural se caracteriza por su preocupación por el contexto social y por la intervención con familias que viven en situaciones de pobreza.

Trabajo en la *Philadelphia Child Guidance Clinic*. En 1967 Minuchin fue nombrado director de esta prestigiosa clínica, en la que desarrolló su trabajo hasta 1981, año en que fundó su propio centro en Nueva York. Durante sus años en la clínica, la convirtió en uno de los centros más importantes en atención a familias, formando un equipo con otros terapeutas que han influido en el desarrollo de la terapia estructural como Braulio Montalvo, Jay Haley, Harry Aponte, Charles Fishman o Marianne Walters. Durante este periodo desarrolló un importante trabajo con familias cuyos hijos presentaban síntomas psicósomáticos (asma, diabetes y anorexia) y publicó tres de sus libros más conocidos: *Familias y terapia familiar* (1974), *Familias psicósomáticas* (1978) y *Técnicas de terapia familiar* (1981).

En el año 1981 Minuchin creó el *Family Institute* en Nueva York, un centro dedicado a la formación y la intervención con familias que presta especial atención a familias marginales y a la modificación de su relación con las instituciones que las atienden. Tras su jubilación en 1996 el centro se pasó a denominar *Minuchin Center for the Family* y en él se continúa en la misma

línea de trabajo.

Durante los años 80 la terapia estructural recibió críticas desde teorías feministas que planteaban que se había centrado en la organización del poder en la familia entre generaciones, pero no en el análisis de las diferencias de poder en la misma generación y, en particular, en las relaciones de pareja. De este modo, plantean, se aceptaban de forma implícita las desigualdades de poder entre varón y mujer (Hare-Mustin, 1988). Además, en ocasiones aceptaba como norma el modelo de organización familiar de clase media de los años cincuenta con un padre volcado en el trabajo y la madre en la crianza, y en su intervención cuestionaba a las madres por conductas consideradas como sobreprotectoras cuando estaban socialmente prescritas y fomentadas (Gorell Barnes, 1998). Esta crítica ha hecho que se modifique la teoría estructural buscando formas en que la mujer recupere su autoridad con respecto a su pareja y a los hijos, se atienda a modificar el equilibrio de poder en la pareja (Vetere, 2001) y se reconozcan tanto el papel del varón como el de la mujer sin encasillarlos en roles preestablecidos (Minuchin, 1996/7).

A partir de los años 90 el enfoque estructural también ha recibido importantes críticas de los enfoques constructivistas que han supuesto un considerable debate entre ambas aproximaciones (Anderson, 1999; Levy, 2006; Minuchin, 1998).

Las terapias constructivistas plantean que los enfoques sistémicos, y en particular la escuela estructural, se ha centrado en el análisis de la interacción y en los mecanismos para cambiarla perdiendo de vista a los individuos que forman la familia con sus vivencias, características y motivaciones. Del mismo modo, se ha favorecido un enfoque directivo en el que el terapeuta es el experto que detecta aspectos disfuncionales para modificarlos. Por el contrario, los enfoques colaborativos abandonan la idea de que la familia es disfuncional y que el terapeuta debe identificar esas áreas y ayudarles a cambiar, para plantear que el terapeuta debe acercarse a la familia, comprender a los individuos y el modo en que dan sentido a su experiencia y colaborar con ellos en la creación de significados que les permitan una vida mejor (Nichols y Schwartz, 1998).

Estas críticas han supuesto cambios en el modo de intervención y una

recuperación de las vivencias y perspectivas individuales en el trabajo estructural. Sin embargo, para Minuchin, los enfoques constructivistas, con la aportación que supone la recuperación del individuo y de su papel activo y constructor de sentido, tienden a perder de vista otros aspectos que eran centrales en la teoría sistémica: pensar en los problemas humanos desde una perspectiva interaccional y tratar a la familia como una unidad (Minuchin, Nichols y Lee, 2007).

2. Conceptos básicos del modelo

El modelo estructural, a partir del trabajo con familias muy desorganizadas como las de la Wyltwyck School, o más rígidamente estructuradas como las tratadas en la Philadelphia Child Guidance Clinic, desarrolló una serie de conceptos que permiten describir el modo de organización de las familias y, a la vez, dan una idea de las áreas de disfunción.

2.1. Estructura

La familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las interacciones repetidas a lo largo del tiempo establecen pautas acerca de en qué forma, cuándo y con quién relacionarse y estas pautas dan estabilidad al sistema. Este conjunto invisible de demandas y expectativas funcionales que organizan el modo en que interactúan los miembros de una familia es lo que se denomina estructura familiar (Minuchin, 1977). Cuando se produce una cierta interacción entre dos miembros de la familia y ésta se repite, acaba por establecerse una pauta o regla relacional. Una vez que se establecen unas pautas de interacción, los miembros de la familia utilizan un pequeño conjunto de las posibilidades de intercambio entre ellos. Por ejemplo, la primera vez que un bebé llora de noche no está claro qué harán el padre y la madre, pero una vez que cada uno de ellos hace algo, la duda de “¿quién va a ocuparse del bebé por la noche?” se convierte en “probablemente él hará...” y al cabo de un tiempo en “él siempre se levanta por la noche” (Nichols, 2009).

Así pues, la estructura familiar implica una serie de reglas implícitas generadas en la convivencia y que gobiernan las transacciones familiares. Esta estructura está constituida por ciertas características universales y otras específicas de cada familia. Entre las reglas generales que gobiernan la organización familiar está la necesidad de que exista una jerarquía en la que

los padres y los hijos tienen diferente nivel de poder, o el hecho de que los miembros de la familia desarrollan roles complementarios.

Entre las reglas específicas se incluyen todas aquellas que cada familia en particular ha ido estableciendo a lo largo de años de negociaciones explícitas e implícitas. Así, por ejemplo, en una familia la madre puede tener unas expectativas y establecer unas normas respecto al uso que el hijo puede hacer del ordenador, mientras que el padre no está de acuerdo y cree que es muy permisiva. El padre podría intentar llegar a un acuerdo con su mujer, desautorizarla, o aceptar que sea ella quien establezca esos criterios y mantenerse aparte. Cada una de esas pautas de interacción va a crear una estructura diferente.

2.2. Subsistemas

El sistema familiar se compone de subsistemas, que son grupos más pequeños de miembros de la familia que están unidos para desempeñar diferentes funciones (Minuchin y Fischman, 1981). La agrupación en subsistemas se puede hacer por diferentes aspectos: por sexo (los chicos y las chicas), por edad (hermanos mayores y pequeños), por intereses (a los que les gusta el fútbol y a los que no), por procedencia (los que vienen de una familia y los que vienen de otra en una familia reconstituida), etc. Pero el más relevante en la organización familiar es la división en subsistemas por la función que desempeñan: en subsistema conyugal, parental y filial. Cada uno de estos tres subsistemas desempeña una función que es esencial para la familia. Con frecuencia son los padres los que ejercen las funciones del subsistema parental y los hijos las del filial, pero esta organización puede estar subvertida ya que en ocasiones los miembros de un subsistema están ejerciendo funciones que corresponderían a otro subsistema. Por ejemplo, en una familia en la que el padre se ocupa de la organización y cuidado de los hijos apoyado en la hija mayor, las funciones parentales las llevan a cabo el padre y la hija mayor parentalizada, mientras que el resto de hermanos estarían en el subsistema filial. En otra situación en la que una madre se apoya afectivamente en uno de sus hijos, al que confía sus problemas y pide consejo, quedando el marido aparte, el hijo estaría realizando funciones propias del subsistema conyugal.

Subsistema conyugal

El subsistema conyugal se forma cuando dos adultos se unen con la idea de compartir su vida y se refiere a su vínculo como pareja. Como tal, tiene que llevar a cabo dos procesos fundamentales desde una perspectiva estructural: la acomodación y el establecimiento de límites con el exterior. Con el inicio de su convivencia se va produciendo un proceso de ajuste en el cual cada uno debe aprender a adaptarse a las características, necesidades y estilo de interacción del otro. La pareja tiene que negociar multitud de temas relacionados con la convivencia (amigos, uso del espacio, el tiempo y el dinero, relaciones con las familias de origen, con el trabajo, roles de género...) en los cuales se va produciendo una progresiva acomodación que va consolidando la pareja en un sistema común (McGoldrick, 2011). Asimismo, deben llegar a acuerdos sobre temas muy significativos tales como si tendrán hijos o no, pero son igualmente importantes los acuerdos con respecto a las costumbres en la vida cotidiana (quién pone la mesa, cómo decoran su casa, qué ven en la televisión, qué tiempo es común y cómo lo utilizan, etc.). Aunque algunas de estas negociaciones son explícitas, la mayoría se realizan de forma implícita, y pueden alcanzarse con facilidad o conllevar importantes luchas de poder.

En una pareja funcional se produce una acomodación que implica dar y recibir por parte de los dos de forma que no sea solamente uno de los miembros de la pareja el que ceda su individualidad, sino que cada uno debe apoyar las necesidades, intereses y deseos del otro. Por otro lado, una pareja funcional también se caracteriza por una complementariedad moderada: es decir cada uno desempeña más un cierto rol (por ejemplo, uno es más activo y promueve salidas y actividades conjuntas, mientras que el otro tiende a dejarse llevar) pero estos no son roles rígidos y pueden alternarse o compensarse cuando es necesario (Minuchin, 1977).

El segundo aspecto que tiene que desarrollar el subsistema conyugal es un doble límite: el que los separa del otro y el que los separa del exterior (de las familias de origen, relaciones externas a la familia y de los hijos cuando los tienen). Las parejas con límites difusos al interior tienden a hacer todo juntos, tener amigos comunes y a estar en contacto continuo. Las parejas con límites más rígidos tienen espacios y tiempos independientes uno de otro: sus amigos,

actividades e intereses tienden a no ser compartidos.

El subsistema conyugal es fundamental para el crecimiento de los hijos. Es para ellos un modelo de relaciones íntimas y de resolución de conflictos. Cuando hay disfunciones conyugales pueden repercutir en el resto de la familia. Por ejemplo, uno de los hijos se puede convertir en chivo emisario o ser tomado como aliado por un cónyuge en una coalición frente al otro. El concepto de subsistema conyugal es aplicable a diferentes tipos de composición del hogar y reconoce la necesidad del adulto de una relación afectiva y de confianza, el apoyo en la toma de decisiones y es el intermediario entre el hogar y el mundo exterior (Vetere, 2001).

Subsistema parental

El subsistema parental se forma cuando la pareja tiene hijos o, de alguna otra forma, tiene menores a su cargo, y lo definen las tareas de cuidado, guía y control de esos menores (Minuchin y Fishman, 1981). En relación al subsistema parental los hijos desarrollan la vinculación afectiva, adquieren unos modelos de roles de género y aprenden a desarrollar su autonomía. En la vida cotidiana con ellos el niño aprende lo que puede esperar de los que tienen más recursos, su idea de la autoridad, cómo expresar sus necesidades, formas de comunicar lo que desea dentro del estilo familiar, etc.

El subsistema parental tiene que llevar a cabo la socialización de los hijos sin perder por ello el espacio de apoyo mutuo que caracteriza al subsistema conyugal. Los padres deben tener la suficiente separación de sus hijos como para poder cuidarse y atender a sus necesidades, ya que si no lo hacen difícilmente tendrán energía para ocuparse de sus hijos. Para ello tienen que trazar límites que les permitan la relación como pareja, pero que a la vez permitan a los hijos un contacto fluido con ellos.

Una característica fundamental del subsistema parental es la adaptabilidad; ésta se tiene que modificar a medida que los hijos crecen y sus necesidades cambian y, para ello, debe ir adaptando el manejo de afecto y control en función de los momentos evolutivos que atraviesan. Progresivamente se les dan más oportunidades para tomar decisiones y ser autónomos y se modifica el modo en que se proporciona apoyo afectivo y pertenencia. Cuando el subsistema parental no puede adaptarse a estos cambios, se queda anclado en

patrones antiguos de relación e impide el desarrollo adecuado de los hijos.

Subsistema filial

El subsistema filial está formado por el grupo de hermanos y constituye el primer grupo de iguales en que participa un niño. En este grupo los niños aprenden a apoyarse, cooperar, divertirse, competir, resolver los conflictos o manejar los celos en función de las pautas de interacción que se generan en cada grupo de hermanos. En las posiciones que van asumiendo se preparan para las relaciones y amistad con los iguales, que se desarrollan a medida que crecen. Cuando se trata de familias numerosas, los hermanos tienden a agruparse por subgrupos según sus diferentes etapas evolutivas.

2.3. Límites o fronteras

Los límites o fronteras establecen el tipo de contacto que se puede dar entre subsistemas y entre la familia y el exterior. Son el conjunto de reglas que regulan quién puede participar en un subsistema y cómo puede hacerlo. La función de los límites es proteger cada subsistema y permitir que desarrolle sus funciones (Minuchin, 1977). Por ello, cuando un subsistema no tiene una protección de límites adecuada se dificulta el desarrollo de las habilidades interpersonales que se logran en él. Por ejemplo, si cada vez que los padres están discutiendo alguno de los hijos les interrumpe, se impide que puedan resolver sus diferencias. Por otro lado, si los padres siempre intervienen en las discusiones y conflictos entre sus hijos resolviéndolos por ellos, éstos no aprenden a pelear y defender sus intereses y les será más difícil la relación con los iguales.

Los límites indican la distancia psicológica entre los miembros. Cuando forman parte de subsistemas diferentes, hay ciertas áreas personales y relacionales que las personas de un subsistema preservan para sí y que no comparten con los de otros subsistemas. Así, los hermanos comparten entre ellos experiencias o deseos que no comunican a sus padres.

En la entrevista, el terapeuta recoge información de cómo son los límites a través de las interacciones y el lenguaje no verbal de la familia. Algunos de estos indicadores son cómo se sientan los miembros de la familia, quién interrumpe cuando otro habla, quién completa la información o quién habla por otro.

Tipos de límites. Los límites familiares tienen diferentes grados de *permeabilidad* en función de la cual varía la cantidad y el tipo de contacto entre subsistemas. Según su nivel de permeabilidad los límites se clasifican en rígidos, claros o difusos.

En las familias con *límites rígidos* hay muy poca comunicación e intercambio entre subsistemas, de tal forma que los miembros hacen una vida relativamente aislada. Permiten una gran autonomía pero ésta se logra a costa de la conexión emocional. Son propios de familias muy separadas o desligadas. Como aspecto positivo está el que permiten independencia, crecimiento y el desarrollo de competencias personales ya que los hijos se ven obligados a desarrollar sus propios recursos. Por otro lado, la distancia entre padres e hijos reduce la calidez, el afecto y el apoyo y los padres tardan en darse cuenta de cuándo sus hijos necesitan apoyo y atención. Por ello las familias desligadas tienen que estar bajo una tensión muy fuerte antes de movilizarse y apoyarse unos a otros. Los límites rígidos se manifiestan en áreas como, por ejemplo, la existencia de una gran libertad de los miembros para hacer lo que desean, pocas demandas o expresiones de lealtad y compromiso, y un tipo de interacción en paralelo (Gehart, 2010).

En las familias con *límites difusos* hay un excesivo intercambio de información entre subsistemas. No existe una distinción clara entre los subsistemas ni entre los miembros de la familia. Se produce una intensa pertenencia y apoyo a expensas de la autonomía individual. Los hijos en sistemas fusionados aprenden a confiar y depender de sus padres, no se sienten cómodos en la independencia y pueden tener problemas para relacionarse fuera de la familia. En este tipo de familias se observan comportamientos como los siguientes: sus miembros hablan unos por otros o se interrumpen continuamente, asumen que saben lo que piensa el otro, hay una gran preocupación y protección mutua, esperan que el compromiso con la familia se ponga por encima de las necesidades individuales y se sienten amenazados por los desacuerdos y discrepancias (Gehart, 2010).

En las familias con *límites claros* se permite la comunicación y el intercambio entre subsistemas, a la vez que es posible mantener la diferenciación y la autonomía. Cada subsistema guarda para sí áreas de

funcionamiento propias e independientes. En estas familias se desarrolla tanto la autonomía como la capacidad de contacto y apoyo entre sus miembros.

2.4. Alianzas y coaliciones

Las *alianzas* son relaciones de especial cercanía entre dos o más miembros de la familia que pueden estar basadas en una variedad de aspectos como intereses, sexo, edad, etc. Son relaciones positivas de apoyo que fomentan la pertenencia y no implican conflicto con un tercero. Sin embargo cuando dos personas, además de estar unidas entre sí, están en contra de otra persona de la familia, se habla de *coaliciones*. Son particularmente problemáticas las coaliciones transgeneracionales, que se caracterizan porque existen problemas en la relación entre los cónyuges que se disipan o equilibran a través de un hijo en el que uno de ellos se apoya en contra del otro. Por ejemplo, una madre que está afectivamente muy ligada a uno de sus hijos y ambos excluyen y critican al padre^[1]. Otras veces el padre se alía con uno de los hijos y la madre con el otro y se forman dos grupos en oposición.

2.5. Ciclo vital familiar

En el enfoque estructural es preciso evaluar el momento del ciclo vital familiar, así como el modo en que se han resuelto etapas previas. Cada nueva fase del ciclo vital requiere que la familia modifique su modo de relacionarse para afrontar las transiciones y tareas que demandan las nuevas necesidades de sus miembros. En esos momentos de cambio se producen incertidumbres y tensiones en toda familia, pero aquellas con patrones de funcionamiento más rígidos tienen mayores dificultades para adaptarse y pueden quedar ancladas en modos de relacionarse antiguos. Con frecuencia los problemas de una familia están ligados a una fase del ciclo vital y se pueden redefinir en ese encuadre, proporcionando a la familia una visión evolutiva y no patologizante de su situación, a la vez que ofrece, tanto a la familia como al terapeuta, unas metas para el cambio (McGoldrick, Carter y García-Preto, 2011).

2.6. Jerarquía

Para el buen funcionamiento de la familia es central la existencia de una jerarquía clara y eficaz en la que los adultos tengan mayor poder que los hijos y establezcan y hagan cumplir normas, a la vez que mantienen una buena conexión emocional con ellos. Esta organización del poder se debe ir

modificando según la edad de los hijos para responder a los cambios evolutivos.

Las disfunciones en la jerarquía pueden producirse cuando hay una falta de diferencia jerárquica entre padres e hijos: los padres son permisivos, ejercen poco control y supervisión sobre sus hijos y éstos tienden a establecer sus propias reglas de funcionamiento. También hay una organización disfuncional cuando la diferencia de poder entre padres e hijos es excesiva: los padres plantean normas demasiado estrictas y exigentes para la edad y nivel evolutivo de los hijos y las consecuencias de su incumplimiento son excesivamente severas. Con frecuencia esto va acompañado de una falta de conexión afectiva con los hijos.

Otro problema de jerarquía se produce cuando el subsistema parental incluye a uno de los hijos (al que se denomina *hijo parentalizado*) que participa en la toma de decisiones que correspondería únicamente a los padres. Estas situaciones crean un desequilibrio y a veces luchas de poder en la familia que es preciso corregir, puesto que para que la familia pueda funcionar de forma adecuada los padres deben tener autoridad sobre sus hijos.

3. Visión global del proceso terapéutico

En el trasfondo de todo análisis estructural de la familia hay dos ideas fundamentales que guían la evaluación y la intervención: el supuesto de competencia y el supuesto de originalidad (Simon, 1995). El *supuesto de competencia* plantea que las familias con problemas se han quedado estancadas en patrones de relación que fueron útiles en el pasado pero que ya no se adaptan a sus circunstancias presentes. Estas familias disponen de alternativas que funcionarían mejor y la tarea del terapeuta es darles confianza para explorar y ayudarles a encontrarlas. El *supuesto de originalidad* plantea que, independientemente de los rasgos que comparte con otras, cada familia es esencialmente diferente. Así pues, en la evaluación es preciso prestar atención a lo que es particular en esa familia como fruto de su historia y las experiencias subjetivas de sus miembros. Es necesario tener en cuenta que ambos supuestos subyacen al desarrollo del proceso terapéutico.

3.1. Características de la familia funcional

Una familia es funcional en la medida en que su estructura de límites,

subsistemas y organización jerárquica permite su mantenimiento y el cumplimiento de tareas que son esenciales para el crecimiento y bienestar de las personas que la integran, como son apoyo, pertenencia y potenciar la autonomía y recursos personales. Además, debe ser capaz de adaptar esta organización de acuerdo con las características específicas de esa familia y con la fase de desarrollo evolutivo de sus miembros. Por ello, y como señala el supuesto de originalidad comentado anteriormente, no existe una única forma familiar que sea funcional, ya que las características deben ser analizadas en cada caso en concreto.

Desde el enfoque estructural la aparición de los síntomas está íntimamente ligada a cómo evoluciona la familia a lo largo de su ciclo vital. Ésta debe tener la suficiente estabilidad para proporcionar a sus miembros continuidad y equilibrio y, a la vez, ser capaz de cambiar su modo de funcionar para adaptarse a los continuos cambios con los que se enfrenta tales como la inclusión de nuevos miembros (por nacimiento, adopción, matrimonio...), su pérdida (salida del hogar, muerte), las nuevas necesidades de las personas que la forman (cambios evolutivos de la niñez, adolescencia, enfermedades...) y las modificaciones del contexto en el que viven (cambios de trabajo, mudanzas...). En estos momentos de cambio es normal que la familia experimente ansiedad y dificultades a medida que afronta y resuelve las nuevas demandas. Algunas reglas de relación ya no sirven, y la estructura debe cambiar para afrontar las situaciones nuevas.

La disfunción familiar se debe a que en estas situaciones de cambio, la familia no es capaz de modificar su organización dinámica y estructural para adaptarse a ellas. Esta dificultad puede ser temporal y parte del proceso de adaptación o puede responder a configuraciones previas que impiden el cambio. Así por ejemplo, muchas familias atraviesan una fase de desconcierto y ansiedad en la adolescencia de sus hijos cuando deben desarrollar nuevas reglas de relación que permitan una mayor autonomía y privacidad. Si se trata, por ejemplo, de una familia de tipo aglutinado, puede haber funcionado bien durante la infancia de los hijos y, sin embargo, encontrar mayores dificultades en esta etapa si sigue esperando y alentando en ellos un comportamiento similar al de niños de menor edad. En lugar de ir permitiendo una mayor

autonomía, la impide y neutraliza la diferencia.

Los síntomas, por lo tanto, son manifestación de dificultades para cambiar la organización estructural en respuesta a nuevas demandas y es ésta la que debe ser modificada en la intervención. De este modo la familia puede afrontar los cambios necesarios y salir fortalecida con una organización estructural más adecuada para desenvolverse en futuras situaciones de tensión.

En esos momentos de cambio es frecuente buscar ayuda. Cuando esto ocurre, el clínico debe valorar si están simplemente en el proceso normal de adaptarse estructuralmente a nuevos requerimientos o si están quedando ancladas en pautas transaccionales rígidas que ya no son funcionales (Minuchin, 1977).

3.2. Metas de la terapia

Puesto que el mantenimiento de los problemas se debe a que la estructura familiar no consigue adaptarse a las nuevas necesidades, el objetivo de la terapia es activar un cambio en la estructura familiar y que, como resultado, se produzca un cambio en el problema presentado. Por ejemplo, las rabietas y pataletas de una niña de 5 años se producen cuando el padre intenta hacer que cumpla alguna norma que está desobedeciendo. Cuando se analiza el contexto vemos que el padre interviene en momentos en que la madre estaba intentando ejercer el control sobre la niña, porque desapruaba el modo en que ella lo hace. Además el padre está molesto porque su mujer sigue las pautas de su suegra que, en su opinión, se entromete demasiado en la educación de los hijos. Sería preciso abordar la falta de cooperación parental y la intervención de la suegra en el subsistema parental para que las rabietas de la niña desaparezcan y no se instauren otros problemas en su lugar, activando otras posibilidades de interacción que la familia también tiene (Simon, 1995).

Por otro lado, las áreas a modificar dependerán del área de disfunción estructural de cada caso y, aunque dada la originalidad de cada familia no es posible establecer unas metas fijas a priori, se pueden señalar algunos problemas frecuentes con los que suele trabajar un terapeuta estructural. Por ejemplo, la creación de una organización jerárquica efectiva, el reforzamiento de un subsistema parental coordinado y eficaz o abordar los desacuerdos y la distancia emocional en el subsistema conyugal. Con familias fusionadas se trabaja para conseguir la diferenciación de los individuos y los subsistemas

para que puedan desarrollarse con mayor autonomía. En las familias desligadas el objetivo terapéutico con frecuencia es incrementar el contacto y la interacción y permeabilizar los límites para que los miembros puedan apoyarse entre sí (Nichols y Schwartz, 1998).

3.3. Rol del terapeuta

Durante los años 70 y 80 en que el modelo estructural se consolidó, el rol del terapeuta se caracterizaba por ser muy activo y directivo y generar el cambio en las pautas familiares a través del cuestionamiento directo de los roles y reglas relacionales, siendo a veces desafiante y confrontando la actuación de los miembros de la familia. Así, por ejemplo, en una familia en que la madre se queja de que su marido no la apoya, cuando el marido se sienta a su lado e intenta darle la mano y ella se cruza de brazos con los puños cerrados, Minuchin le señala a ella cómo ante el acercamiento de él, ella ha levantado un muro: “No diga que él no se mueve. Usted permanece inmóvil. Él abrió su mano. Haga algo en respuesta. Él la miró. Usted no le ha mirado” (Minuchin, 1980, p. 189).

Esta actuación del terapeuta estructural ha sido cuestionada por los enfoques más colaborativos y conversacionales por adoptar un papel de experto que desde fuera evalúa los problemas y dirige el cambio de acuerdo a sus ideas (Levy, 2006; Tomm, 1998) y se ha modificado incorporando algunas de esas críticas. Minuchin en su último libro (Minuchin, Nichols y Lee, 2007) señala las aportaciones que el enfoque narrativo ha tenido para la terapia estructural: recuperar la importancia de las experiencias y los significados individuales y adoptar una postura más respetuosa y menos directiva que promueve el cambio en colaboración con la familia: “el terapeuta es un experto que acepta la falta de verdades, se une a la familia en la aventura de ampliar y enriquecer sus modos de relacionarse y desafía sus certezas al ayudarles a ver formas diferentes de relacionarse” (Minuchin, Nichols y Lee, 2007, p. 14).

En el contexto de esta evolución, sin embargo, el modelo estructural sigue siendo un enfoque orientado al cambio en las relaciones y en el que el terapeuta es directivo al proponer una dirección para ese cambio (Colapinto, 1998). Además, se rescatan como definitorios tres aspectos que reflejan lo más característico del enfoque estructural: 1) los síntomas individuales con

frecuencia están vinculados con conflictos familiares, 2) se deben entender los problemas humanos en su contexto interaccional y 3) se debe tratar a la familia en conjunto (Minuchin, Nichols y Lee, 2007).

4. Estrategias y técnicas

4.1. Fases de la terapia

Para Minuchin la terapia debe generar un cambio en la estructura de la familia de forma que ésta pueda llevar a cabo las tareas que son necesarias y con las que está teniendo dificultades. Este proceso se desarrolla a lo largo de cuatro fases (Rasheed, Rasheed, Marley, 2011):

1. *Joining y acomodación.* El terapeuta se une y adapta al sistema familiar, creando una relación de confianza y respeto con la familia.
2. *Diagnóstico estructural.* Se lleva a cabo evaluando la relación familiar para identificar pautas de interacción, temas familiares relevantes y mitos familiares que mantienen el problema.
3. *Cuestionamiento del síntoma.* Se cuestiona la visión familiar del síntoma a través de una reformulación del problema presentado que lo connote como un problema relacional en lugar de individual. En los últimos años, Minuchin ha incluido en esta fase de diagnóstico estructural una exploración de la historia familiar para identificar las raíces de las características estructurales actuales de la familia (Minuchin, Nichols y Lee, 2007).
4. *Reestructuración.* La intervención del terapeuta genera cambios estructurales en los subsistemas y en las pautas de interacción familiares.

Joining y acomodación

Este término ha sido incorporado por los terapeutas estructurales para referirse al proceso a través del cual se establece contacto y alianza con los pacientes. El terapeuta debe crear una buena relación con ellos para ganar su confianza y que acepten sus intervenciones para generar cambio.

Con frecuencia la familia que acude a terapia se pregunta por qué se les ha pedido a todos que acudan, en lugar de citar sólo al paciente identificado. En primer lugar, el terapeuta debe atenuar su ansiedad y sus defensas mostrando comprensión y aceptación de cada miembro de la familia, estableciendo contacto con cada persona en particular. Es importante también que se adapte al estilo interaccional y comunicativo de la familia. El primer contacto también debe transmitir respeto por la organización jerárquica de la familia y dar por

supuesta la autoridad de los padres, dirigiéndose primero a ellos para plantear el motivo de consulta.

El objetivo de esta fase es crear un clima de confianza y una alianza con el terapeuta que les permita sentirse seguros y desde ahí exponer sus preocupaciones y sus miedos y explorar modos alternativos de relacionarse. Cuando el terapeuta no consigue establecer esta alianza con frecuencia se produce una resistencia y falta de implicación de la familia en la terapia.

Diagnóstico estructural

A partir de la observación de las interacciones que se producen en la sesión y de lo que la familia relata, el terapeuta realiza un diagnóstico estructural en el que el síntoma o problema motivo de consulta esté contextualizado en el conjunto de las transacciones familiares e incluya a todos los miembros. El diagnóstico estructural da una idea de las áreas disfuncionales y de los objetivos para el cambio en una determinada familia y se basa en datos de seis áreas (Walsh y McGraw, 2002):

1. La estructura familiar, incluyendo los patrones transaccionales más habituales y patrones alternativos a los que ocasionalmente recurren. P. ej., una familia se comporta de forma muy protectora con su hija de quince años haciendo por ella gran cantidad de tareas y gestiones que podría hacer sola a esa edad. Sin embargo, explorando más se averigua que en ocasiones la estimula a que sea ella la que busque y compre unos libros que le piden en el instituto.
2. La flexibilidad del sistema y su capacidad para modificar la estructura (por ejemplo, cambio en las alianzas y en los subsistemas en función de los cambios en las circunstancias). Así, uno de los hijos de una familia puede apoyarse más en su hermana en algunas situaciones y en el hermano mayor para otras.
3. La medida en que el sistema es sensible a los mensajes de cada miembro de la familia. La alta sensibilidad refleja un sistema fusionado, la baja sensibilidad un sistema desligado.
4. El contexto vital de la familia, incluyendo fuentes de estrés y apoyo. Aquí se deben tener en cuenta la familia extensa, trabajo, sistema escolar, amigos y otros grupos e instituciones con los que la familia tenga relación.
5. La fase del ciclo vital familiar y el logro de las tareas propias de esa fase. Es

preciso evaluar fases y tareas con las que han tenido dificultades a lo largo del ciclo vital.

6. El síntoma presentado por el paciente identificado y cómo está sirviendo para mantener las pautas transaccionales más habituales de la familia.

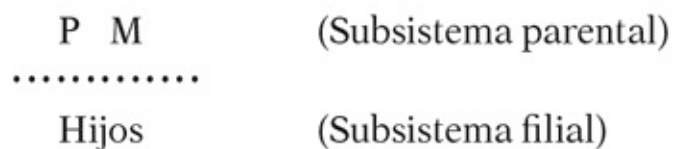
Mapa estructural. Para el diagnóstico estructural es útil la representación gráfica que se denomina mapa estructural y que muestra de forma visual los aspectos más relevantes de la organización familiar. Al ser una representación simplificada no recoge la riqueza de la organización familiar, pero ayuda a concretar el diagnóstico, permite formular hipótesis sobre en qué áreas la familia es funcional y en cuáles no, y ayuda a planificar el proceso terapéutico y los objetivos de cambio. A lo largo de este proceso, el mapa estructural se va modificando para mostrar los datos nuevos o los cambios estructurales conseguidos. (Minuchin, 1977; Umbarger, 1999).

Para la representación de la estructura y las relaciones más significativas en el mapa los símbolos utilizados son:

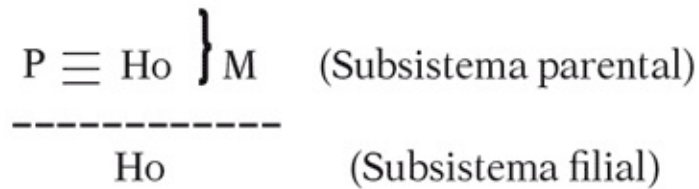
Símbolos del mapa estructural

Límites claros	-----
Límites difusos
Límites rígidos	—————
Alianza	=====
Sobreimplicación	=====
Conflicto	——— ———
Desvío	⇒
Coalición	}

Por ejemplo, una familia en que el subsistema parental está formado por los padres que tienen unos límites difusos con sus hijos se representaría así.



Por otro lado, una familia en que en el subsistema parental está uno de los hijos en estrecha alianza con un progenitor contra el otro, mientras otro hijo está en el subsistema filial con límites abiertos, se representaría de este modo:



Cuestionamiento del síntoma y reformulación del problema

Tras establecer una alianza con los miembros de la familia y formular un diagnóstico estructural, el terapeuta cuestiona la visión lineal del problema que con frecuencia plantean. Para ello amplía la perspectiva explorando la dinámica relacional presente y la historia familiar de estas pautas relacionales. Una de las estrategias para lograrlo es proporcionar a la familia una definición relacional del problema que les permita ver cómo el síntoma se relaciona con la interacción familiar. Para ello son útiles las *puestas en escena*, ya sean espontáneas (cuando la familia inicia de forma espontánea una interacción en la sala), o dirigidas por el terapeuta (esta técnica se expone en el apartado siguiente). El terapeuta, por ejemplo, puede pedir a los padres que hablen en sesión de lo que ocurre cuando su hijo se pone agresivo en casa. A través del diálogo se pueden observar las interacciones en torno a este problema y cómo se articula éste en la dinámica familiar. La puesta en escena permite al terapeuta observar y modificar alianzas, coaliciones, disfunciones de límites, etc.

También ayuda a ampliar la visión del síntoma el explorar las diferentes *perspectivas* que hay sobre el mismo. Para ello se pregunta a cada miembro de la familia por su visión del problema y el significado que le dan. En la misma dirección ayuda la *reformulación*, una técnica que consiste en proponer un significado del síntoma diferente al que tiene para la familia, utilizando explicaciones alternativas que expanden la visión del mismo y permiten soluciones más constructivas. La reformulación plantea a la familia que su visión de la realidad no es la única, da otro significado a sus dificultades y explora visiones alternativas más constructivas que permitan su solución. Generalmente implica modificar la definición de la situación problemática con que llega la familia de un problema individual a un problema de varios de los miembros de la familia. Por ejemplo, en una sesión de consulta con un niño de cinco años a la que sus padres describen como incontrolable, Salvador

Minuchin (1981) observa durante un par de minutos cómo la niña se pasea haciendo ruido por la sala mientras la madre intenta que se porte bien y esté quieta y después le pregunta a la madre “¿es así cómo pasan el tiempo juntas?”. La pregunta “¿es así como la niña se comporta normalmente?” habría confirmado la definición que la familia tiene del problema situándolo en la niña, mientras que al plantear que es un problema de dos está comenzando a redefinirlo.

La breve exploración del pasado ha sido incorporada recientemente en la terapia estructural con el objetivo de ayudar a la familia a comprender cómo han llegado a la actual visión de sí mismos (Minuchin, Nichols y Lee, 2007). Es una continuación de la exploración de los estilos de relación familiares que se realiza de forma breve y en la que los hijos no intervienen, sino que quedan como espectadores de los relatos de sus padres. Por ejemplo, se puede señalar a la mujer: “He observado que no cuestionas lo que dice tu pareja ni siquiera cuando estás claramente en desacuerdo, ¿qué experiencias de tu infancia te han hecho evitar los desacuerdos?”. Tras explorar la historia de sus estilos de relación se examina cómo se engarzan uno con otro en el presente en relación al problema presentado.

Reestructuración

Una vez que el terapeuta ha establecido una alianza con la familia e identificado los aspectos estructurales y las pautas transaccionales que inciden en la presencia del problema (qué les dificulta el cambio, cómo han llegado a esta situación y en qué personas y en qué áreas hay más posibilidad de cambio), se interviene con el objetivo de modificar aspectos estructurales. Estas modificaciones suelen implicar el trabajo sobre límites, ya sea reforzándolos cuando no permiten suficiente separación entre subsistemas, o haciéndolos más permeables. Para ello se puede modificar la disposición de las personas en la sala acercando o separando a diferentes personas según el objetivo, incrementando el contacto entre miembros de la familia que están muy distantes, o estableciendo pautas para que un subsistema pueda resolver sus diferencias sin que otros intervengan. También suelen llevarse a cabo intervenciones para modificar disfunciones de jerarquía o de alianza insuficiente entre miembros de un subsistema. Para ello se puede pedir a la

pareja que hable sobre alguno de los temas planteados, impidiendo que los hijos intervengan aunque la interacción sea conflictiva, o apoyar a uno de los padres para que consiga que su hijo le obedezca en algo relacionado con la sesión (como que se siente en una mesa aparte y dibuje mientras los adultos hablan). Las tareas que se piden a la familia entre sesiones también pueden ser utilizadas para generar cambios en la estructura. Por ejemplo cuando se pide al padre que sustituya a la madre en la tutorización de los deberes del hijo y que le acompañe a los entrenamientos, se está fomentando la alianza entre padre e hijo.

4.2. Técnicas estructurales

En el curso de las fases señaladas en la intervención el enfoque estructural propone diversas técnicas, entre las que destacan:

Escenificación (enactments)

Son situaciones en que el terapeuta dirige a los miembros de la familia para que hablen o interactúen entre ellos con el objetivo de observar y modificar las pautas de interacción familiar (Minuchin, 1977; Nichols y Fellenberg, 2000). Es algo más que una técnica, es una actitud básica del terapeuta que aprovecha las situaciones presentadas para orientar a la familia a actuar en el aquí y ahora su relación, más que a hablar sobre ella (Simon, 1995). La puesta en escena es básica para promover el cambio en la terapia estructural. Partiendo del supuesto de que las familias y parejas en terapia necesitan activar patrones de relación que están latentes, la escenificación o puesta en escena crea momentos en la sesión en que los miembros de la familia interaccionan directamente entre sí de un modo diferente bajo la dirección del terapeuta. Esto les permite crear una experiencia relacional nueva y más funcional. Se experimenta durante la sesión otra forma de relacionarse que es más satisfactoria y adecuada a sus circunstancias actuales.

Los pasos de una puesta en escena son tres (Allen-Eckert, Fong, Nichols, Watson y Liddle, 2001):

Inicio de la escenificación-retirada del terapeuta.

La escenificación se inicia con una petición del terapeuta para que hablen de algún tema o desarrollen una interacción (“Explícale cómo te sentiste cuando...”, “Plántele ahora las dificultades que tú ves para...”, “Haz que tu

hijo se ponga a jugar o pintar en esa zona...”). Cuando inicia esta interacción, el terapeuta se retira y deja que los miembros de la familia actúen como si estuvieran solos. Se ha demostrado que las escenificaciones son más útiles en la medida en que el terapeuta dirige a los participantes verbal y no verbalmente a interactuar uno con otro (mueve sus sillas, y les pide que se giren uno hacia otro), cuanto más específico es sobre el tema del que deben hablar y cómo debe discurrir la conversación (escuchar al otro, preguntar cómo se siente...) y en la medida en que se retira de la escena y del diálogo (Nichols y Fellenberg, 2000).

Facilitación de la escenificación.

Una vez que los miembros de la familia han comenzado a hablar entre ellos, es preciso ayudarles a desarrollar patrones de comunicación y actuación diferentes. Para ello las actuaciones más eficaces por parte del terapeuta son: mantenerse retirado y animar a los participantes a que continúen con la interacción, animarles a expresar con más detalle lo que sienten y piensan, animarles a escuchar al otro o preguntarle lo que siente con respecto a sus intervenciones, y alabar el esfuerzo de las personas que participan.

Conclusión o cierre.

Consiste en dar una devolución a los miembros de la familia sobre lo que ha ocurrido en la escenificación para permitir su comprensión de los procesos y potenciar el cambio. Es más efectiva si el terapeuta describe la dinámica problemática que ha tenido lugar cuando los miembros de la familia hablaban entre ellos, y si destaca el esfuerzo que han hecho en expresar sus sentimientos y en escuchar al otro y les felicita por ello. Lo más perjudicial es que el terapeuta cierre la escenificación simplemente cambiando de tema sin comentar la interacción.

Así pues, la puesta en escena es un proceso en el que el terapeuta propone un nuevo marco para la interacción y se retira para que la familia pueda experimentar con nuevas formas de relacionarse. A partir de estas dinámicas y experiencias nuevas que tienen lugar en la sesión se empieza a generar un cambio.

Trazado de límites

Con frecuencia la dinámica disfuncional en la familia está relacionada con la

existencia de límites excesivamente rígidos o excesivamente difusos. Algunas de las intervenciones más frecuentes pretenden incrementar la conexión y el contacto en familias desligadas, o la separación y distancia entre miembros y entre subsistemas, cuando son familias más aglutinadas.

En las familias muy conectadas el terapeuta utiliza diferentes técnicas para facilitar la diferenciación de los subsistemas y aumentar la autonomía de los individuos. Entre ellas está el impedir que hablen unos por otros, crear un espacio en el que las díadas puedan desarrollar su interacción sin interrupciones, o mover las sillas para bloquear o potenciar la comunicación entre algunas personas. Por ejemplo, entre una madre y una hija que están estrechamente unidas comienza a aparecer tensión por un desacuerdo. Cuando éste es interrumpido por otro de los hijos que interviene cortando la transacción, el terapeuta puede pedirle al chico que aparte su silla y las deje hablar o decirle “deja que ellas puedan terminar de hablar sobre sus desacuerdos”. En una familia con límites rígidos se puede pedir al hijo que acerque su silla y explique a sus padres cómo se siente cuando no cuentan con él para algunas cuestiones familiares.

Intensidad e inducción de crisis

Son intervenciones que utilizan el afecto para generar cambios en la jerarquía o los límites, especialmente cuando la familia no responde a otras técnicas.

La intensidad es una forma de hacer que la familia “escuche” el mensaje terapéutico cuando resulta difícil conseguirlo con otras intervenciones. El terapeuta modifica su estilo afectivo y su lenguaje para crear un efecto de mayor intensidad y resaltar el mensaje, por ejemplo a través de la repetición de un mensaje, del tono de voz, el ritmo y las palabras que utiliza para aumentar el dramatismo y romper con pautas rígidas de conducta. Si el terapeuta repite una misma pregunta varias veces a lo largo de la sesión, está transmitiendo la importancia de esa pregunta y la necesidad de atender a lo que encierra.

La inducción de crisis es una técnica utilizada con familias que evitan afrontar el problema y están presas en patrones rígidos de conducta. Es una forma de generar inestabilidad para provocar un cambio. Esta intervención

fuerza al sistema a afrontar temas esenciales y es por ello muy valiosa para reorganizarlo y permitir que emerjan pautas de interacción nuevas y más funcionales. La inducción de una crisis permite que el terapeuta y la familia aúnen sus fuerzas para afrontar y modificar el problema en una situación en que es urgente hacerlo y que la familia normalmente tiende a evitar (Fishman, 2006). Cuando la crisis se genera en la consulta el terapeuta puede guiar hacia patrones de interacción más funcionales. Una de las situaciones de inducción de crisis utilizadas en este enfoque se lleva a cabo con adolescentes anoréxicas: la “sesión de comida terapéutica” en la que se programa una comida en la sala de terapia y la familia, guiada por el terapeuta, debe hacer que la paciente coma. Así se trae a la terapia la situación más difícil y se provoca la crisis para generar pautas de conducta nuevas en la familia que ellos no son capaces de desarrollar por sí mismos en casa. Es una intervención muy intensa que se ha mostrado eficaz en el tratamiento de la anorexia nerviosa juvenil (Fishman, 2006).

Desequilibrio

El objetivo de esta técnica es modificar una relación existente que se muestra rígida al cambio, generalmente un ordenamiento jerárquico disfuncional o cuando una persona se ha convertido en el chivo expiatorio familiar. Supone que el terapeuta se pone del lado de uno de los miembros de la familia, habitualmente el que está en una posición de mayor debilidad, apoyándole y creando por lo tanto un desequilibrio. La alianza del terapeuta modifica la posición jerárquica de esa persona en el grupo familiar, permitiéndole cuestionar esa posición prescrita y explorar nuevas alternativas. Posteriormente el terapeuta compensa el desequilibrio apoyando a otros miembros de la familia.

Es una técnica que, en principio, va en contra de la neutralidad terapéutica. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el terapeuta se alía con un miembro para forzar un cambio en el subsistema, no para dar la razón a uno de los miembros; lo hace de forma temporal y con el objetivo final de reequilibrar el sistema y restaurar la neutralidad. El terapeuta puede, por ejemplo, apoyar y centrarse en uno de los padres que ha estado apartado del ejercicio de funciones parentales mientras el otro detentaba casi en exclusiva esas tareas.

De este modo puede transitoriamente alejar a uno de los progenitores para que el otro se haga cargo, con el objetivo final de equilibrarlos.

Potenciar los recursos y la competencia familiar

Esta técnica está relacionada con el énfasis en identificar los aspectos positivos de la familia y de los individuos que la componen. El terapeuta, además de hacer una evaluación de los aspectos disfuncionales, debe ir señalando los recursos personales y las interacciones positivas que se dan en la familia. Es especialmente importante identificar los pequeños cambios y éxitos que se van consiguiendo para ir amplificándolos. Así, el terapeuta puede ir señalando cómo un miembro de la familia es más capaz de hablar por sí mismo y otro consigue dejar de interrumpir. Por otro lado, la no intervención del terapeuta en ciertas interacciones también estimula la competencia familiar. Por ejemplo, haciendo que los padres controlen la conducta disruptiva de un hijo en sesión cuando está interrumpiendo la conversación o tirando los juguetes, en lugar de ser el terapeuta quien se haga cargo de intervenir en esa situación.

Intervenciones no verbales y uso de metáforas

El terapeuta estructural promueve el ensayo de nuevas interacciones en sesión, y por ello se apoya en técnicas que modifican aspectos no verbales tales como alterar la disposición espacial de las personas en la consulta, bloquear con gestos la intervención de algunos miembros, poner en pie a una persona a la que se quiere dar más poder, etc. La utilización de metáforas es muy habitual ya que permite confrontar a los miembros de la familia con lo que está ocurriendo sin que se pongan a la defensiva. Las metáforas deben describir lo que está ocurriendo y apuntar sus consecuencias. Minuchin las utiliza con frecuencia para describir los roles que desempeñan los miembros de la familia: a un hijo que tiene mucho poder le indicaría que “está sentado en los hombros de uno de sus padres”, a una mujer en alianza con sus hijos: “¿Cuándo se divorció de su marido y se casó con sus hijos?” o al padre que responde por su hijo de 19: “Es usted el banco de datos de la familia”.

5. Evidencia de su efectividad

La mayor parte de los estudios que analizan la efectividad no se focalizan en particular en la terapia estructural, sino en la terapia familiar sistémica en

general (Asen, 2002; Carr, 2009). Sin embargo, la terapia familiar estructural ha mostrado resultados exitosos en el tratamiento de población juvenil y en particular en el tratamiento de la anorexia nerviosa juvenil, el abuso de alcohol y otras drogas, en problemas emocionales y de conducta en la infancia y la adolescencia (Lindblad-Goldberg, Jones, Dore, 2004), en prevención de recaídas en trastornos psicóticos, y con trastornos del estado de ánimo (Asen, 2002; Szapocznik y Williams, 2000).

La terapia estructural no ha desarrollado un manual de tratamiento que permita convertirla en un tratamiento empíricamente contrastado; sin embargo, algunos de sus componentes forman parte de otros tratamientos que sí están manualizados, como la Terapia Familiar Estratégica Breve (Szapocznik, Hervis y Schwartz, 2003), la Terapia Estructural Ecosistémica, la Terapia Familiar Multisistémica y la Terapia Familiar Multidimensional (Gehart, 2010; Liddle, 2003). Estos tratamientos han mostrado su efectividad en el abuso de sustancias y otras conductas problema en la adolescencia temprana (Liddle, 2003; Szapocznik, Hervis y Schwartz, 2003).

6. Lecturas recomendadas

MINUCHIN, S. (1979). *Familias y Terapia familiar*. Barcelona: Gedisa. Es un libro básico en el que se describen los aspectos teóricos del modelo estructural y ejemplos que lo ilustran.

FISHMAN, H.C. (1994). *Terapia estructural intensiva. Tratamiento de familias en su contexto social*. Buenos Aires: Amorrortu. Este libro presenta un modelo de intervención breve basado en la terapia estructural, describiendo las cinco fases del proceso y que se aplica a diferentes contextos.

MINUCHIN, S. y FISHMAN, H.C. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós. El libro plantea en primer lugar de forma resumida la teoría estructural del funcionamiento familiar para pasar a describir las técnicas estructurales de intervención. Presenta numerosos ejemplos de entrevistas familiares que son de gran interés.

MINUCHIN, S. y NICHOLS, M.P. (1994). *La recuperación de la familia. Relatos de esperanza y renovación*. Barcelona: Paidós. En este libro se narran historias de familias: de su formación, problemas y dificultades y el modo en que consiguen cambiar y seguir adelante. En primer lugar Minuchin relata la

evolución de su propia familia de origen y su familia nuclear y, a continuación, la de otras familias con las que trabajó.

NICHOLS, M.P. y FELLEBERG, S. (2000). "The effective use of enactments in family therapy: A discovery-oriented process study". *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 143-152. Es un breve estudio a partir de entrevistas en las que se utilizan las puestas en escena en las que se señalan los aspectos que ayudan y los que obstaculizan el éxito de la terapia.

UMBARGER, C. (1987). *Terapia familiar estructural*. Buenos Aires: Amorrortu. Descripción de las técnicas con ejemplos. Umbarger presenta claramente el diagnóstico estructural y las principales técnicas, con ejemplos de casos que analiza detalladamente.

Página web del Minuchin Center For The Family (publicaciones). Lista de las publicaciones más importantes para entender el modelo estructural. Algunas de ellas pueden descargarse en la página, http://www.minuchincenter.org/our_publications.

Bibliografía

ALLEN-ECKERT, H., FONG, E., NICHOLS, M.P., WATSON, N. y LIDDLE, H.A. (2001). "Development of the Family Therapy Enactment Rating Scale". *Family Process*, 40, 469-478.

ANDERSON, H. (1999). "Reimagining family therapy: Reflections on Minuchin's invisible family". *Journal of Marital and Family Therapy*, 25, 1-8.

APONTE, H. y VANDEUSEN, J.M. (1981). "Structural Family Therapy". En GURMAN, S. y KNISKERN, D.P. (Eds). *Handbook of Family Therapy*. Nueva York: Brunner/Mazel (p. 310-360).

ASEN, E. (2002). "Outcome research in family therapy". *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 230-238.

CARR, A. (2009). "Effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems". *Journal of Family Therapy*, 31, 3-45.

COLAPINTO, J. (1998). "Structural family therapy and social responsibility. Presented at the X World Family Therapy Conference (Düsseldorf, Germany)". Descargado de

http://minuchincenter.org/our_publications

- COLAPINTO, J. (2007). *Back to the future. Reflections on Minuchin Families of the Slums*. Descargado de http://www.minuchincenter.org/our_publications
- FISHMAN, H.CH. (2006). "Juvenile anorexia nervosa: family therapy's natural niche". *Journal of Marital and Family Therapy*, 32, 505-514.
- GEHART, D. (2010). *Mastering competencies in family therapy*. Belmont, CA: Brooks/Cole.
- GORELL-BARNES, G. (1998). "Time past and time present: linearities, circularities and life". *Journal of Family Therapy*, 20, 177-187.
- HARE-MUSTIN, R. (1988). "Family change and gender differences: implications for theory and practice". *Family Relations*, 37, 36-41.
- HOFFMAN, L. (1992). *Fundamentos de la terapia familiar*. Mexico: Fondo de Cultura Económica.
- LEVY, J. (2006). "Using a metaperspective to clarify the Structural-Narrative Debate in Family Therapy". *Family Process*, 45, 55-73.
- LIDDLE, H.A. (2003). *Multidimensional Family Therapy for Early Adolescent Substance Abuse Treatment Manual*. Descargado de http://www.chestnut.org/li/downloads/Manuals/MDFT_Manual_ATM_Study.
- LINDBLAD-GOLDBERG, M., JONES, W. y DORE, M. (2004). *Effective family-based mental health services for youth with serious emotional disturbance in Pennsylvania. The ecosystemic structural family therapy model*. Descargado de http://www.parecovery.org/documents/FBMHS_2004.pdf
- McGOLDRICK, M. (2011). "Becoming a couple". En McGOLDRICK, M., CARTER, B. y GARCÍA-PRETO, N. (Ed.). *The expanded family life cycle*. Boston: Allyn and Bacon.
- McGOLDRICK, M., CARTER, B., GARCIA-PRETO, N. (2011). *The expanded family life cycle*. Boston: Allyn and Bacon.
- MINUCHIN, S. (1996/7). "Es mucho más complicado. Entrevista a Salvador Minuchin". *Perspectivas Sistémicas*, 46. Descargado de <http://www.redsistemica.com.ar/minuchin.htm>
- MINUCHIN, S. (1977). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Granica.
- MINUCHIN, S. (1998). "Where is the family in narrative family therapy?".

- Journal of Marital and Family Therapy*, 24, 397-403.
- MINUCHIN, S. y FISHMAN, Ch. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- MINUCHIN, S., MONTALVO, B., GUERNEY, B.G., BERNICE L., ROSMAN, B.L. y SCHUMER, F. (1967). *Families of the slums*. Nueva York: Basic Books.
- MINUCHIN, S. y NICHOLS, M.P. (1994). *La recuperación de la familia. Relatos de esperanza y renovación*. Barcelona: Paidós.
- MINUCHIN, S., NICHOLS, M.P. y LEE, W. (2007). *Assessing families and couples. From symptom to system*. Nueva York: Allyn and Bacon.
- MINUCHIN, S., ROSMAN, B.L. y BAKER, L. (1978). *Psychosomatic families. Anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press.
- NICHOLS, M.P. (2009). *Family Therapy. Concepts and methods*. Boston, MA: Pearson.
- NICHOLS, M.P. y FELLEBERG, S. (2000). "The effective use of enactments in family therapy: A discovery-oriented process study". *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 143-152.
- NICHOLS, M.P. y SCHWARTZ, R.C. (1998). *Family therapy. Concepts and methods*. Nueva York: Allyn and Bacon. Cap. 8: Structural Family therapy (241-269).
- RASHEED, J.M., RASHEED, M.N., y MARLEY, J.A. (2011). *Family Therapy. Models and techniques*. California: Sage.
- SIMON, G.M. (1995). "A revisionist rendering of Structural Family Therapy". *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 17-26.
- SZAPOCZNIK, J., HERVIS, O. y SCHWARTZ, S. (2003). *Brief Strategic Family Therapy for Adolescent Drug Abuse*. Bethesda, Maryland: National Institute of Health. Disponible en <http://ctndisseminationlibrary.org/PDF/32.pdf>
- SZAPOCZNIK, J. y WILLIAMS (2000). "Brief strategic family therapy: Twenty-five years of Interplay among Theory, Research and Practice in Adolescent Behaviour Problems and Drug Abuse". *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 117-134.
- TOMM, K. (1998). "A question of perspective". *Journal of Marital and Family*

therapy, 24, 409-413.

UMBARGER, C. (1999). *Terapia familiar estructural*. Buenos Aires: Amorrortu.

VETERE, A. (2001). "Structural family therapy". *Child Psychology and Psychiatry Review*, 6, 133-139.

WALSH, W.M. y MCGRAW, J.A. (2002). *Essentials of family therapy*. Denver, CO: Love.

1 . Lynn Hoffman (1992) hace un análisis muy completo de las dinámicas familiares de formación de triángulos en el sistema familiar.