

El **enfoque estructural** en terapia familiar resiste una definición precisa. Los escritos de su creador, Salvador Minuchin, si bien abundantes e inspiradores, muestran notables variaciones de énfasis y no pocas contradicciones, quizás como manifestación de un espíritu siempre abierto a puntos de vista alternativos. Algunos de sus discípulos y cols. han intentado una sistematización (Aponte y VanDeusen, 1981; Colapinto, 1982 y 1991; Umbarger, 1983; Lappin, 1988), pero ninguna de estas versiones merece el manto de modelo “oficial”. En este trabajo presentaré mi propia interpretación del **enfoque estructural**: el núcleo de ideas sobre terapia y familias que justifica mi acción terapéutica y la diferencia de otras.

Desarrollo histórico

Como los individuos y las familias a quienes se propone servir, el **enfoque estructural** ha sido moldeado por los contextos donde se desarrolló: la *Wiltwyck School for Boys* y la *Philadelphia Child Guidance Clinic*.

WILTWYCK SCHOOL FOR BOYS (1960-1965)

La *Wiltwyck School for Boys* era una institución correccional para delincuentes jóvenes, en su mayoría negros o hispanos del barrio neoyorquino de Harlem. Como en tantas otras instituciones de su tipo, muchos de sus “graduados” reincidían en sus conductas antisociales tan pronto regresaban a sus hogares. A comienzos de la década del '60, Salvador Minuchin reunió allí un equipo de terapeutas e investigadores interesados en montar un programa de tratamiento con orientación familiar. La institución ofrecía un terreno virgen para el desarrollo de teoría. “*Puesto que no sabíamos nada, inventamos todo*”, rememoraría Minuchin años después. “*Abrimos una ventana en una pared, pusimos un espejo unidireccional y comenzamos a observarnos los unos a los otros y a construir una teoría a partir de la nada*” (Malcolm, 1978)¹.

La realidad de la institución moldeó los primeros rasgos del incipiente enfoque: el reconocimiento del poder del contexto, el interés por la organización funcional de las familias, y la preferencia por las técnicas de acción.

El poder del contexto. Los jóvenes internados en *Wiltwyck* provenían en su mayoría de familias inestables, desorganizadas, a menudo aisladas entre sí, y entre las cuales eran endémicos el alcoholismo, la adicción a drogas, las enfermedades mentales, y la delincuencia.

¹ Una exposición algo más detallada de la experiencia de *Wiltwyck* puede leerse en Minuchin, Colapinto y Minuchin (1998; Capítulo 7: *Evaluación de funcionalidad familiar: Escalas y cuestionarios*). La descripción completa está contenida en *Families of the Slums* (Minuchin y cols., 1967).

“Un rasgo esencial de la familia y el entorno hogareño es su transitoriedad e impredecibilidad. La geografía del hogar y su disposición cambiante impiden que los hijos desarrollen el sentido de que tengo mi lugar... Los contactos interpersonales son también erráticos y transitorios. En algunas ocasiones los inundan con estímulos y en otras los dejan solos durante largos períodos, en los que deambulan por la casa sin que nadie les preste atención...” (Minuchin y cols., 1967).

El equipo de *Wiltwyck* identificó el impacto nocivo de este tipo de estructura sobre el desarrollo del niño, quien *“raramente encuentra suficientes momentos de un colectivo cooperativo, y debe adaptarse a la escasa protección que le pueden ofrecer los adultos, inmersos en los aspectos intrusivos y conflictivos del vivir colectivo”* (Minuchin y cols., 1967). También anotó el impacto nocivo del macrosistema:

“¿Hay una relación entre, por una parte, el estilo comunicacional indiferenciado de la familia, la inhibición de la exploración cognitiva del niño, su dependencia de los adultos para la solución de problemas; y por otra parte el mundo indiferenciado de las familias pobres, rodeadas y atrapadas por instituciones diseñadas por y para la clase media?” (Minuchin y cols., 1967).

La conexión entre conductas delincuentes y la realidad sociológica podría invitar a la desesperanza; por cierto, en retrospectiva Minuchin ha considerado la experiencia de *Wiltwyck* como un recordatorio de que la terapia –individual, familiar o incluso comunitaria– no es la solución para la pobreza (Malcolm, 1978). Pero Minuchin y cols. también observaron que no todas estas familias “producían” delincuentes. Las que no lo hacían se caracterizaban por interacciones más estables, consistentes y predecibles, y por estar más conectadas con otras familias. La observación de que la estructura relacional de las familias contribuía significativamente a organizar (o desorganizar) la conducta de sus miembros individuales, sugirió la conveniencia de intervenir terapéuticamente sobre esa estructura, más que sobre un problema aislado.

El conocimiento ganado en *Wiltwyck* sobre la relación entre individuo, familia, y sociedad habría de inspirar años después el desarrollo de estrategias estructurales para ayudar a familias suborganizadas, a través de la movilización de recursos de la familia extensa y la red social (Aponte, 1976a); y más recientemente, la aplicación del pensamiento estructural al análisis y cambio de los macrosistemas de servicio social (Colapinto, 1995 y 1997; Minuchin, Colapinto y Minuchin, 1998).

La organización funcional de la familia. En un intento de comprender mejor a la familia desorganizada, el grupo de *Wiltwyck* recurrió al modelo de familia nuclear de Talcott Parsons (Parsons y Bales, 1955), donde, por contraste, los miembros de la familia aparecen prolijamente organizados en una estructura de roles o funciones, a lo largo de ejes de jerarquía (representando las diferencias de poder entre padres e hijos) e instrumental-expresivo (representando lo que Parsons consideraba la división normativa de tareas entre hombres y mujeres). El paradigma de Parsons ayudó a aclarar, por comparación, la estructura y distribución de funciones típica de la población de *Wiltwyck*: esposos que tendían a interactuar no tanto como tales sino sólo como padres y madres; familias donde sólo la madre proveía continuidad mientras los hombres eran transitorios: madres que oscilaban entre el poder autocrático y el abandono total de la función ejecutiva; subsistemas de hermanos forzados por las circunstancias a convertirse en agentes socializadores primarios.

La temprana conexión entre el paradigma de roles de género de Parsons y el **enfoque estructural** habría de atraer una crítica feminista (Luepnitz, 1989), y quedó fijada en cierta imagen “popular” de la **terapia estructural**. Una lectura atenta de *Families of the Slums*, sin embargo, muestra que Minuchin y cols. no consideraron la esteotéptica división en roles instrumentales y expresivos como la solución ideal para sus clientes desorganizados. Lo que la experiencia de *Wiltwyck* alentó fue la convicción de que los niños necesitan crecer dentro de familias que tengan **alguna** forma de estructura, **alguna** forma de jerarquía, **algún** grado de diferenciación entre subsistemas.

La necesidad de técnicas de acción. Las formas convencionales de terapia, desarrolladas para clientes de clase media, verbalmente articulados y orientados al *insight*, no parecían adecuarse al estilo de interacción concreto y orientado a la acción, prevalente en las familias de *Wiltwyck*. El equipo de Minuchin buscó entonces terapias alternativas, *“más de hacer que de hablar”*. Técnicas de acción, *role playing*, tratamientos “a domicilio”, y otras formas no tradicionales sirvieron como inspiración para el

desarrollo de técnicas diagnósticas y de tratamiento “a la medida” de estas familias (Minuchin y Montalvo, 1966 y 1967).

Una innovación clave fue la técnica de la “puesta en acto” (*enactment*). En el desarrollo posterior del **enfoque estructural**, esta técnica (representación por la familia de una pauta problemática, o de una solución) adquirió un papel central como herramienta tanto de evaluación como de cambio. En su sentido original, sin embargo, la puesta en acto era una acción **del terapeuta**.

“El terapeuta puede decir algo, o hacer algo que exprese el mismo significado; o, lo que sería preferible, puede hacer ambas cosas. Por ejemplo, en una sesión familiar el terapeuta se sintió fuertemente atacado. Entonces se levantó de su silla y se sentó entre los miembros de la familia. Señalando la silla vacía, dijo: ‘Era muy difícil estar allí, mientras ustedes me atacaban. Me sentía excluido...’. Un mero comentario verbal habría alcanzado solamente a los miembros más verbales de la familia, pero el lenguaje del movimiento podía ser registrado por todos” (Minuchin y cols., 1967).

PHILADELPHIA CHILD GUIDANCE CLINIC (1965-1982)

En 1965 Minuchin fue nombrado director de la *Philadelphia Child Guidance Clinic*, que servía a una población urbana heterogénea, de clases media y baja. El nuevo contexto facilitó la formulación de la **terapia estructural** como un método de trabajo susceptible de ser enseñado, y su aplicación a una población en cierta medida diametralmente opuesta a la de *Wiltwyck*: las familias **sobreorganizadas**.

Formulación del método estructural. Determinado a convertir la clínica en una facilidad dedicada al trabajo con familias, Minuchin reclutó a Braulio Montralvo, uno de sus colaboradores de *Wiltwyck*, y a Jay Haley de California. Enseñando mientras continuaban aprendiendo, y beneficiándose del uso sistemático de la supervisión en vivo y la revisión de *videotapes* (Montalvo, 1973), los tres hombres generaron un intenso y fructífero intercambio de observaciones e ideas sobre dinámica familiar y estrategias para el cambio. La amplia variedad de experiencias clínicas ofrecidas por la institución ayudó a expandir y refinar el pensamiento estructural. En 1972, en un artículo titulado precisamente “*Structural Family Therapy*”, Minuchin presentó los conceptos centrales del enfoque: la patología está localizada en el contexto transaccional, más que en el individuo; el presente es más importante que la historia; la **realidad** es construida; la terapia consiste en un realineamiento de la estructura transaccional de la familia. El clásico “*Families and Family Therapy*” (Minuchin, 1974) desarrolla estos temas en más detalle y los ilustra con abundante material clínico.

Al mismo tiempo, la necesidad de entrenar a los terapeutas de la clínica en un método nuevo contribuyó a imbuir al enfoque estructural con una cualidad enseñable. El objetivo era mostrar los “pasos de la danza”, enseñar habilidades terapéuticas concretas “*sin sobrecargar al aprendiz con teorías que interfirieran con la inmediatez de la terapia*” (Minuchin y Fishman, 1981). La tendencia se acentuó a fines de la década de 1960, cuando la clínica obtuvo un subsidio para entrenar a **terapeutas laicos**, paraprofesionales negros e hispanos sin experiencia psicoterapéutica previa o educación formal (Montalvo, 1973), y culminó diez años después, cuando uno de los talleres más populares ofrecidos por el departamento de entrenamiento de la clínica era **un alfabeto de técnicas**. El sostenido esfuerzo por descomponer la terapia estructural en fragmentos de intervenciones se refleja en “*Family Therapy Techniques*”, publicado en los últimos años de la etapa Philadelphia, la mayoría de cuyos capítulos llevan el nombre de técnicas (Minuchin y Fishman, 1981). Al mismo tiempo, sin embargo, había un creciente reconocimiento de que la eficacia de la terapia estructural dependía de que se la asumiera como una **postura** más que como una colección de técnicas (Colapinto, 1983 y 1988). Esto también se refleja en “*Family Therapy Techniques*” cuyos capítulos “técnicos” están prologados y seguidos por marcos de referencia conceptuales que intentan poner a las técnicas en su lugar. “*Cierre ahora el libro* –escribe Minuchin en el último párrafo–. *Es un libro de técnicas. Más allá de la técnica está la sabiduría, que es el conocimiento de las conexiones entre las cosas*” (Minuchin y Fishman, 1981).

Familias sobreorganizadas. La asociación de la clínica con el *Children’s Hospital of Philadelphia* ofreció a Minuchin la oportunidad de aplicar su visión de la familia como poderoso contexto organizador

al tratamiento de las condiciones psicósomáticas. Durante la década de 1970 formó un equipo de investigación y tratamiento, cuyos hallazgos se resumieron en *“Psychosomatic Families”* (Minuchin, Rosman y Baker, 1978).

Los primeros pacientes fueron niños diabéticos que presentaban un cuadro de frecuentes hospitalizaciones de emergencia por acidosis, para las que no había explicación médica. En estos casos, la intervención familiar resultó más eficaz que los intentos de ayudar al paciente individual a manejar su estrés (Baker y cols., 1975). Minuchin y cols. encontraron una correlación entre la especial vulnerabilidad de estos pacientes y ciertos rasgos de sus familias, tales como el enmarañamiento², la sobreprotección, la rigidez, y la irresolución de conflictos. Similares conexiones se observaron en casos de niños asmáticos que sufrían ataques recurrentes o dependían excesivamente de los esteroides (Liebman, Minuchin y Baker, 1974c; Minuchin y cols., 1975; Liebman y cols., 1976, 1977), y finalmente en casos de anorexia nerviosa (Liebman, Minuchin y Baker, 1974a, 1974b; Minuchin y cols., 1973; Rosman, Minuchin y Liebman, 1975, 1977; Rosman y cols., 1976, 1977).

Tomadas individualmente, la mayoría de las pautas interaccionales identificadas por Minuchin y cols. en estas familias de clase media ya habían sido señaladas en las familias de *Wiltwyck*. A nivel de la estructura general de la familia, sin embargo, había una diferencia crucial: lejos de exhibir desorganización e inestabilidad, las familias con niños psicósomáticos parecían estar **demasiado** rígidamente organizadas y ser **demasiado** estables. En la terapia, se hacía necesario **desestructurar** las rígidas pautas de la familia, para luego reestructurarlas de acuerdo con parámetros más funcionales: límites más claros, mayor flexibilidad en las transacciones y negociación de conflictos. Las puestas en acto, originariamente implementadas en *Wiltwyck* para que los terapeutas pudieran comunicarse con clientes poco verbalizadores, ahora se usaban para provocar crisis desestabilizadoras entre clientes que hablaban demasiado (Minuchin y Barcai, 1969), como en la siguiente intervención de Minuchin en una sesión-almuerzo, tras observar los intentos de los padres por lograr que la hija coma:

Minuchin: *¡El problema son ustedes! Usted (el padre) dice “Tienes que comer”, y mamá dice “No tienes que comer”.*

Madre: *¡No!*

Minuchin: *¿No? ¡No me diga que no, porque yo le estoy diciendo que sí! El problema es que usted está apoyando el que Deborah no coma. Está apoyando que se muera de hambre, como un ataque contra su marido.*

Padre: *Yo tenía a esa chica... (en voz muy alta).*

Minuchin: *No, no, no. ¿Por qué ataca a su marido de esa manera? (silenciando al padre con un gesto).*

Madre: *Porque siento que la está agitando, y que ella se va a rebelar más.*

Minuchin: *Usted está atacando a su marido. Y está matando a su hija.*

La terapia de Minuchin se alejaba así de la concepción clásica de la terapia como quehacer reflexivo, calmo, predecible, bien “encuadrado”, protegido de las desprolijidades de la cotidiana vida de relación. Proponía en cambio una práctica más comprometida, donde el terapeuta participaba activamente en el drama familiar, elevando la temperatura emocional para facilitar así una transformación drástica en las pautas interaccionales de la familia.

El dramatismo y la demostrable eficacia de las intervenciones de Minuchin (Deborah, por ejemplo comenzó a alimentarse inmediatamente después de esa sesión) contribuyeron a la popularidad de la terapia familiar estructural, pero también a cimentar su reputación como una terapia de confrontación,

² **Enmarañamiento** = *enmeshment*. Prefiero esta traducción a la más habitual de “aglutinamiento”, porque este último término sugiere una masa primitivamente indiferenciada, mientras que *enmeshment* alude a una pauta de interacciones **enredadas** entre individuos que han alcanzado un cierto grado de diferenciación (por ejemplo, el hijo que interviene en un conflicto entre los padres).

manipuladora, y divisionista. Es una reputación no merecida, como intentaré mostrar en la sección dedicada al paradigma estructural.

DESPUÉS DE PHILADELPHIA (1983 EN ADELANTE)

En 1983, Minuchin dejó la *Philadelphia Child Guidance Clinic* para continuar su trabajo en New York, por entonces, la validez de las terapias familiares “activas”, como lo es la **terapia estructural**, comenzaba a ser cuestionada. Se ponía en tela de juicio, sobre todo, la posibilidad o la deseabilidad de que el terapeuta influyera sobre la familia. Se criticaba a los terapeutas estructurales su “pasión por cambiar al otro”. La actitud terapéutica tradicional, distante y pasiva, adquirió nuevo prestigio, al redefinírsela como una “renuncia a la posición de poder”. Aparecieron formas más “neutrales” de terapia familiar, donde los terapeutas se limitaban a escuchar y alentar la circulación de información y puntos de vista entre los miembros de la familia, cuidándose de interpretar, opinar, tomar partido, criticar, sugerir responsabilidades por los problemas, recomendar cambios de conducta, en suma intervenir en modo alguno que pudiera alterar la forma “natural” de la familia. Por último, el concepto de “sistema familiar interno” (Schwartz, 1994) ofreció a los terapeutas familiares la chance de liberarse por completo de la necesidad de interactuar con las familias: si era posible trabajar con una familia virtual, alojada en la psique del paciente y portada prolijamente por éste al consultorio, entonces no hacía falta lidiar con la presencia –a menudo inconstante y perturbadora– de la familia real. Como lo pregonaba el anuncio de una conferencia sobre sistemas familiares internos, el terapeuta podía “disfrutar de una práctica clínica eficaz y sin esfuerzo”³.

En medio de este clima poco propicio, los principios y las técnicas estructurales no evolucionaron más allá de lo plasmado en Philadelphia. Sí se amplió, en cambio, su ámbito de aplicación. En Nueva York, Minuchin formó un pequeño equipo de trabajo que se abocó a la aplicación del paradigma estructural a la comprensión y cambio de los macrosistemas que envuelven a las familias, sobre todo las familias de bajos recursos económicos. Son estas familias derivadas más o menos compulsivamente por algún agente de control social, y cuyo sistema vincular suele mostrar un cierto grado de “dilución”, ya sea porque se han distanciado espacialmente (por ejemplo, los hijos han sido temporariamente retirados de la custodia de los padres), o emocionalmente (por ejemplo, los padres son negligentes en el cuidado de los hijos). La tarea consiste entonces en proteger, desarrollar, enriquecer el sistema vincular que constituye a una familia como tal, y en atenuar, desarticular, interrumpir la dependencia de la familia respecto de aquellos organismos de control social, para así ayudarla a recuperar la capacidad de regular su propio funcionamiento y la responsabilidad por el bienestar de sus miembros más jóvenes (Colapinto, 1995; Minuchin, Colapinto y Minuchin, 1998).

Principios generales

La exposición convencional de los enfoques terapéuticos suele comenzar con una teoría de cómo se producen los problemas, y de la teoría se derivan las estrategias adecuadas para corregir esos problemas. Las terapias psicoanalítica, conductista y familiar, por ejemplo, se presentan respectivamente como un corolario necesario de las teorías de la represión, del aprendizaje, y de la dinámica familiar. Vista de esta manera, la intervención del terapeuta con la familia de Deborah aparece como **requerida** por su explicación del problema: Deborah no come **porque** los padres se pelean, y **por lo tanto** el terapeuta **tiene que** interferir con la pelea.

“Cada vez que el marido le dice a su hija, ‘come’, la esposa le dice al marido, ‘eres demasiado duro’. Cada vez que la esposa le dice a la hija, ‘por favor come’, el marido dice, ‘eres demasiado blanda’. Cada uno opera como si Deborah comería si el otro cambiara. Esto tiene el efecto de triangular a Deborah... Si come, esto será vivido como una coalición con uno de los padres en contra del otro...”

³ En EE.UU., este proceso de regresión a lo intrapsíquico individual coincidió con la reafirmación del individualismo y la autosuficiencia como valores culturales prioritarios, bajo las presidencias republicanas de Reagan y el primer Bush, y en particular con la creciente privatización de los servicios de salud mental.

El dividir a los padres es parte de la estrategia para romper con este sistema” (Minuchin y cols., 1978).

La exposición que sigue, en cambio, se basa en la premisa epistemológica opuesta: las diversas teorías sobre la producción de problemas no preceden y fundamentan la práctica terapéutica, sino que se construyen *a posteriori* de la práctica, y la legitiman (Colapinto, 1994). Más que adoptar la práctica terapéutica correspondiente a la teoría que encuentran más creíble, los terapeutas adoptan la teoría correspondiente a la práctica que responde mejor a sus necesidades –pragmáticas, estéticas y éticas–. Según lo que se valore, es decir, la interpretación, la modificación de la conducta, o la transformación de interacciones familiares, se tendrá que privilegiar la teoría de la represión, del aprendizaje, o de la dinámica familiar. Desde este punto de vista, es la preferencia de Minuchin por intervenciones de-triangulizantes lo que requiere una teoría de la triangulación: **Elige** intervenir con un cuestionamiento de la división entre los padres, y esa elección **es legitimada** por la teoría de que Deborah no come porque los padres se pelean.

Comenzaré entonces por definir los que a mi juicio son los valores básicos sustentados por un terapeuta estructural.

La terapia debe producir buenos resultados. Esto puede parecer una perogrullada, pero la palabra clave aquí es **buenos**. Decir que la terapia ha de tener un buen resultado obliga a definir **qué** es bueno, y por lo tanto impide adoptar una actitud neutral hacia el resultado. Cuando a un terapeuta estructural se le pregunta por su criterio de qué constituye un buen resultado, no puede dar una respuesta como la escuchada en una mesa redonda sobre terapias más y menos directivas: *“De la conversación saldrá lo que salga de la conversación”*. Para un terapeuta estructural, es mejor que la adolescente anoréctica se alimente, que un niño con fobia escolar complete el año de clases, que un menor delincuente “cambie de profesión”, que los padres resuelvan sus conflictos sin involucrar a sus hijos.

La familia es la principal protagonista de la terapia. El enfoque estructural conceptualiza a la terapia como un momento más en la vida de la familia, una oportunidad más para que sus miembros colaboren en la solución de sus problemas y en la promoción mutua del crecimiento personal. La familia es el **agente** de cambio. Al terapeuta, por su parte, le corresponde el papel de **catalizador**.

Esta posición diferencia al terapeuta estructural de otros, ubicados más “centralmente” en la terapia. Para mantener a la familia en el papel protagónico principal, el terapeuta debe evitar atraer demasiada atención sobre sí mismo. Sus diálogos con miembros individuales de la familia han de ser escuetos y al solo efecto de promover el diálogo entre ellos. Especialmente, tiene que abstenerse de convertir a la terapia familiar en una serie de terapias individuales de cada miembro, presenciadas por los otros miembros. Hacerlo, sería caer en lo que el psiquiatra comunitario (Dumont, 1992) llama **la profesionalización del contacto humano**.

Pero la posición del terapeuta estructural también difiere de la de quienes se desinteresan de la “vida interior” de los miembros individuales de la familia. Para ejercer su rol de catalizador de cambio, necesita acceder a los pensamientos y deseos de los miembros de la familia –no ya para **hacer consciente lo inconsciente**, sino para localizar y movilizar las posibilidades que cada miembro tiene de ayudar a cambiar a los otros–. La necesidad de protagonismo de la familia también separa a la **terapia estructural** de otros enfoques, autotitulados “familiares” pero que no requieren la presencia física de la familia en el consultorio. Esto ubica a la **terapia estructural** entre las modalidades que he llamado “terapias familiares con familia”, para diferenciarlas de las “terapias familiares sin familia” (Colapinto, 1999).

La terapia debe durar un tiempo limitado. La **terapia estructural** es un recurso especializado que se añade temporariamente a los recursos naturales de la familia, cuando por diversos motivos esos recursos no son suficientes para resolver los problemas de uno o más miembros. El terapeuta está ahí para ayudar a “desatascar” a la familia y a renglón seguido retirarse discretamente, no para incorporarse como miembro permanente.

La preferencia estructural por una terapia de tiempo limitado refleja una actitud de respeto hacia los tiempos evolutivos de las familias y los individuos, originada posiblemente en el hecho de que el enfoque se desarrolló en el contexto de instituciones que servían a niños y adolescentes. Si uno quiere ayudar a una familia a resolver los problemas de un chico que no se adapta a la vida en la escuela primaria, más vale que complete su misión antes de que el chico esté en edad de ir a la universidad. Pero el respeto de los tiempos se extiende más allá de la infancia y la adolescencia. Una pareja joven sin hijos donde por lo menos uno de los cónyuges quisiera tenerlos, no dispone de un tiempo ilimitado para resolver si siguen juntos o no. Una viuda de 75 años y su hija de 50 años que acaba de revelar haber sido víctima de incesto por su padre disponen de menos tiempo para replantear su relación que si tuvieran 50 y 25 años.

La terapia estructural

Los valores fundantes del **enfoque estructural** se expresan en tres tipos de actividades terapéuticas características: La formación del sistema terapéutico, el “mapeo” del sistema familiar, y su activación para la producción de cambio.

FORMACIÓN DEL SISTEMA TERAPÉUTICO

Para ubicarse como **catalizador de cambio**, el terapeuta debe poner en práctica dos movimientos complementarios: el **acoplamiento**⁴ y el **desafío**.

Acoplamiento. A través del acoplamiento, el terapeuta obtiene la aceptación de la familia como un miembro especial, no permanente, pero influyente. El terapeuta está en mejor posición para identificar, cuestionar, y ayudar a expandir las pautas de interacción de la familia si las vive “desde adentro”, a través de una inmersión en la interacción familiar. Esta postura diferencia al terapeuta estructural de otros, que mantienen cuidadosa distancia de la familia, a la que ven como un hervidero de ansiedad indiferenciada o un campo minado con trampas explosivas.

Cuando la familia necesita urgente ayuda, como en el caso de la adolescente anoréctica, el acoplamiento puede ocurrir automáticamente. En casos menos graves, requiere un mayor esfuerzo de parte del terapeuta. Esto incluye desde simples reglas de etiqueta, tales como establecer contacto con todos los miembros de la familia, hasta intervenciones más deliberadas, como la **confirmación**, donde el terapeuta reconoce sentimientos de preocupación, tristeza, ira, miedo, incluso rechazo de la terapia, y **mantenimiento**, donde el terapeuta respeta las reglas que gobiernan las distancias y jerarquías dentro del sistema familiar –por ejemplo, dirigiéndose a los padres antes que a los niños–. Más que una técnica, sin embargo, el acoplamiento es una actitud a mantener a lo largo del tratamiento:

“Acoplarse es comunicar a los miembros de la familia que el terapeuta los comprende y que trabaja con ellos y para ellos. Esta protección es necesaria para que la familia se sienta segura y pueda explorar alternativas, salirse de lo habitual, y cambiar. El acoplamiento es el pegamento que preserva la unidad del sistema terapéutico” (Minuchin y Fishman, 1981).

Desafío. El movimiento complementario del acoplamiento es el desafío. El terapeuta estructural necesita ser aceptado por la familia, pero no como un miembro más, acomodándose a los modos de interacción familiar, sino como alguien con derecho a cuestionar esos modos. *“La palabra desafío ilumina la naturaleza de la lucha dialéctica entre la familia y el terapeuta dentro del sistema terapéutico” (Minuchin y Fishman, 1981).*

El primer desafío puede ser a las expectativas de la familia sobre la función del terapeuta. La familia puede esperar que el terapeuta resuelva la anorexia de una hija, los problemas escolares de un hijo, la depresión de una esposa. O quizás lleguen ya con alguna idea de que el problema es familiar, pero en

⁴ **Acoplamiento** comunica el sentido del *joining* más apropiadamente que “unión” o “coparticipación”, como se lo ha traducido en otros textos. De hecho, el equipo de Wiltwyck hablaba del *coupling* entre el terapeuta y la familia.

todo caso un problema que el terapeuta va a resolver, por ejemplo arbitrando las diferencias. El terapeuta estructural, en cambio, espera que los miembros de la familia se cambien mutuamente, y que su función sea ayudarlos a hacerlo. Para que una hija coma, un hijo mejore su rendimiento escolar, una esposa salga de su depresión, los otros miembros de la familia tendrán que modificar sus formas habituales de interactuar. El terapeuta estará disponible para bloquear esas formas habituales y para reforzar las nuevas.

MAPEO

La **terapia estructural** se interesa en el cambio más que en el diagnóstico. Comparte con otros enfoques sistémicos la preocupación de que las exigencias de un diagnóstico puedan arrastrar al terapeuta a una desalentadora obsesión con la patología. Para poder operar como catalizador de cambio, el terapeuta estructural necesita, más que un diagnóstico formal, una imagen visual de la estructura de interacciones de la familia –un **mapa** que guíe la intervención terapéutica–.

Los primeros “borradores” de este mapa pueden comenzar a esbozarse aún antes del primer contacto con los clientes, sobre la base de la información disponible: ¿Cuánta gente hay en la familia? ¿Cuáles son las relaciones de parentesco? ¿Las edades? Estas versiones iniciales pueden recibir rótulos de que transmiten algo de la “forma” de la familia: trigeneracional, reconstituida, con hijo único. O bien puede en designar el estadio evolutivo de la familia: familia con bebés, con adolescentes, que incluye padres ancianos; o alguna metáfora visual que le sirva al terapeuta para ensamblar los primeros fragmentos de información –como en el caso de la familia “acordeón”, que se expande y contrae por las frecuentes adiciones y salidas de miembros (Minuchin, 1981).

Una vez que el terapeuta entra en contacto con la familia de carne y hueso, el mapa se va haciendo más detallado:

“El mapa familiar indica las posiciones respectivas de los miembros de la familia. Revela las coaliciones, afiliaciones, conflictos explícitos e implícitos, y la forma como los miembros se agrupan a la hora de resolver conflictos. Identifica a los miembros que operan como desviadores de conflicto y a los que funcionan como central telefónica. Registra quiénes son los que ‘nutren’, los que ‘sanar’, y los chivos emisarios. Al delinear las fronteras entre subsistemas, indica las zonas donde hay movimiento, y sugiere posibles áreas de fortaleza o de disfunción” (Minuchin, 1981).

El instrumento técnico básico para conducir este mapeo de la interacción familiar es el **rastreo** (*tracking*), una operación comparable a la acción de una púa de fonógrafo que sigue el surco del disco. Lo que se rastrea es el **proceso** de interacción, más que el **contenido** verbal: “*Cuando un miembro está hablando, el terapeuta toma nota de quién interrumpe o completa información, quién valida, y quién ayuda*” (Minuchin y Fishman, 1981).

Evaluación individual. En el curso del rastreo, el terapeuta estructural pone particular cuidado en **no** diagnosticar a los **individuos** que participan en la interacción. Si cayera en la trampa de ver a un marido como “distante”, le sería muy difícil imaginarlo capaz de un intercambio afectuoso con su mujer; si la viera a ella como “depresiva”, le costaría imaginarla capaz de escuchar y responder al marido.

El **enfoque estructural**, sin embargo, se diferencia de otras posiciones sistémicas que visualizan al individuo como un mero punto en el mapa, una “caja negra” cuyo contenido es innecesario conocer. Características individuales como la edad, el sexo, la capacidad cognitiva y emocional, los valores y creencias, y otras variables que no tienen que ver con un diagnóstico psicopatológico, necesitan ser tenidas en cuenta por el terapeuta estructural.

En una conferencia de terapia familiar, un terapeuta estratégico y otro estructural presentaban un taller sobre las similitudes y diferencias entre ambos enfoques. Estaban haciendo un buen trabajo con las similitudes, pero fracasando miserablemente en sus intentos de exponer las diferencias, sobre todo el diferente grado de interés por los miembros individuales de la familia. Hasta que el terapeuta estratégico comenzó a hablar de uno de sus casos, y una participante en el taller quiso

saber qué edad tenía el hijo. El terapeuta estratégico se encogió de hombros: “No sé. Era chico, no un adolescente”. Para él, la edad no era importante. Pero la participante siguió insistiendo con su pregunta. Finalmente el estructuralista preguntó a su colega: “¿Cómo era de alto el chico?”. El estratégico indicó con su mano un punto en el aire, aproximadamente a un metro del piso. “Siete”, informó el estructuralista, a lo que la participante replicó: “Ahora entiendo la diferencia”.

El terapeuta estructural no busca determinar lo que el individuo es, sino las varias formas de “ser” que puede actualizar en diversos contextos. ¿Qué clase de marido es para su esposa, de padre para su hijo, de hijo para su madre? ¿Y de qué otras maneras podría ser, si pudiera escapar a las constricciones de las reglas de interacción familiar? El mapa debe registrar los indicios de rasgos individuales “latentes”, en la actualidad desalentados por el contexto, pero potencialmente disponibles para impulsar un cambio: una niña asmática de 12 años puede mostrar más madurez cuando se la trata como la hija mayor que cuando se la trata como una enferma frágil; una madre puede parecer incompetente en presencia de su marido, pero manejarse muy bien con los hijos cuando él no está; un marido puede ser vacilante y quejumbroso en casa, y al mismo tiempo ser un líder respetado en su trabajo.

A diferencia de un diagnóstico convencional, el mapeo de la familia no precede a la intervención terapéutica sino que ya es parte de ella. El interés del terapeuta por **rastrear** las interacciones familiares invita una nueva perspectiva sobre el problema e induce a los miembros de la familia a conectarse y conocerse de modos hasta entonces quizás ausentes. Al igual que el acoplamiento, el mapeo no se circunscribe a las primeras sesiones, sino que continúa a lo largo del tratamiento, inextricablemente ensamblado con la intervención terapéutica.

Activación

Para ayudar a la familia a cambiarse, el terapeuta estructural **identifica** y **actualiza** pautas alternativas de interacción.

Identificación de pautas alternativas. En el curso del rastreo, el terapeuta estructural no opera como una tabla rasa, sino que compara sus observaciones con algún patrón o estándar, una pauta interaccional “distinta” (y por lo general considerada como “más apropiada”) que la observada. En el ejemplo siguiente, una terapeuta en entrenamiento analiza con su supervisor la discusión entre una madre y su hija de 13 años, acerca del abuso sexual del que la hija dice haber sido víctima, por parte de un primo:

Terapeuta: *La madre minimizó el incidente, también dijo que “no sabía cuál historia creer”.*

Supervisor: *¿Y la hija?*

Terapeuta: *Nada, se quedó muy quieta, mirando al piso.*

Supervisor: *¿Qué otra reacción podría haber tenido?*

Terapeuta: *Podría haberse enojado, o podría haberse ido de la sesión. Eso es lo que yo hubiera querido.*

Supervisor: *O podría haberse puesto a llorar.*

Tanto la terapeuta como el supervisor están aplicando patrones normativos (distintos) a la lectura de la transacción, comparando lo que sucedió con sus respectivas ideas de una relación “apropiada” entre una madre y su hija de 13 años. Para la terapeuta, anglosajona y joven, hubiera sido más apropiado que la hija tomara distancia de la madre. Para el supervisor, latino y mayor, lo apropiado hubiera sido el desconsuelo ante el rechazo de la madre. Pero en todo caso, cada uno ha identificado una posible pauta alternativa.

Otras veces la comparación con un estándar puede llevar a identificar pautas “apropiadas” que los clientes ya están poniendo en práctica pero no reconocen como tales. Una madre, notoria por sus descripciones críticas de sus hijas, se queja: *“Siempre tengo problemas con ellos... Miranda es extrovertida y machona... Ruby antes era más casera...”*. El terapeuta reflexiona: *“La descripción que hace la madre*

es bien diferenciada; claramente es una persona sensible y buena observadora de cómo se va desarrollando cada una de sus hijas” (Minuchin y Fishman, 1981).

Actualización de pautas alternativas. Contrariamente a una creencia bastante difundida, la **terapia estructural** no consiste en prescribir a los clientes cómo deben interactuar. Si una madre no escucha a su hija, y la hija responde con sufrida resignación, la tarea del terapeuta estructural no es enseñarle a la madre a escuchar y a la hija a ser más asertiva, sino crear las condiciones para que la capacidad de escuchar de la madre, y la de afirmarse de la hija “salgan a relucir”. Para ceñirse a su papel de catalizador, y permitir que la familia sea el agente de cambio, el terapeuta no puede “importar” pautas de interacción extrañas a la familia, sino que debe ayudar a actualizar pautas que ya existen, en estado “virtual”, en la familia.

La actualización de pautas alternativas requiere del terapeuta una actitud que combina el acoplamiento con el desafío, lo que podría describirse como un **acoplamiento desafiante**: el terapeuta confía en las posibilidades de cambio de la familia, al punto de cuestionar la versión limitada que la familia tiene de sus propios recursos. El acoplamiento desafiante se expresa en dos tipos de movimiento: el **bloqueo de las pautas habituales**, y la **puesta en acto de pautas alternativas**. Ambos están estrechamente conectados: el propósito del bloqueo es liberar a los miembros de la familia de sus amarras en las pautas vigentes, para que así puedan actualizar sus recursos latentes y reconectarse de otra manera⁵.

En el caso de Deborah, la adolescente anoréctica, la intervención del terapeuta estuvo precedida por su observación de la transacción triádica (la discusión sobre la comida entre el padre y Deborah, y la “desviación de conflicto” a cargo de la madre), y su comparación mental con una transacción más “apropiada”, donde el padre y Deborah resolverían su conflicto sin interferencia de la madre, o mejor aún, el tema de la comida no sería objeto de una batalla familiar. La intervención misma comienza con el **bloqueo** de la madre, y será seguida por una **puesta en acto**: el terapeuta instruirá a los padres para que se turnen en sus intentos de negociar la comida con Deborah, y que cada cual se abstenga de participar cuando el otro está a cargo. La secuencia de observación-intervención se repetirá: el terapeuta observará cómo primero el padre y después la madre fracasan en sus respectivos intentos, y entonces declarará victoriosa a Deborah y derrotados a los padres, preparando el terreno para una configuración distinta, con los padres de un lado y Deborah del otro, ocupándose en forma más autónoma de su propia condición médica.

El terapeuta no le dice al padre, ni a la madre, qué deben decir o hacer para lograr que Deborah coma; lo que hace es montar la escena, como un director teatral que posiciona a los actores en el escenario y les asigna sus papeles, pero deja que improvisen sus diálogos y sus movimientos. Algo similar ocurre cuando un terapeuta instruye a la hermana de un paciente internado: *“Háblale como si fuera tu hermano, no como si fuera un enfermo mental”*; o al padre de una adolescente que lo culpa de haber provocado el suicidio de la madre: *“Su hija necesita que usted sea su padre, no un reo defendiéndose de un fiscal acusador”*.

Al igual que en el teatro, el uso de los espacios y tiempos es esencial para la actualización de nuevas pautas, como lo muestra la siguiente secuencia:

“Los padres de Kathy, una niña ‘difícil’ de 5 años, están de acuerdo en que la madre no puede con ella, mientras que el padre sí. Mientras tanto, Kathy y su hermanita de 2 años corren en círculos alrededor de la oficina. El terapeuta pregunta a la madre: ‘¿Qué le gustaría que hicieran sus hijas en este momento? Que jueguen en un rincón con los muñecos’, responde la madre: ‘Muy bien, há-

⁵ Hay quienes caracterizan a la terapia estructural como un enfoque confrontativo que busca crear límites y jerarquías claros, incluso rígidos, a expensas de la conexión emocional entre los miembros de la familia. Es una percepción equivocada, basada en parte en la observación de videos del trabajo de Minuchin. Muchos de estos videos, editados por otros y con ojo anglosajón, muestran selectivamente los movimientos más dramáticos, donde Minuchin bloquea la interacción entre miembros de la familia, y no su delicado enhebramiento de conexiones más auténticas. La postura del terapeuta estructural hacia la familia no es confrontativa sino desafiante, y el desafío se basa en la convicción de que la familia es capaz de cambiar y crecer. Cuando el terapeuta recrimina a los padres: *“¡El problema son ustedes!”*, lo hace desde la presunción de que disponen de los recursos necesarios para una solución.

galo. Haga que las chicas jueguen en el rincón' (puesta en acto). La madre da la orden, las chicas desobedecen, la madre ruega que le hagan caso. El padre interviene con voz severa; el terapeuta lo bloquea: 'No, deje que lo haga su señora'. La secuencia de orden, desobediencia, y ruego se repite una y otra vez, pero la pauta ya ha cambiado porque el padre no puede venir al rescate. La madre se desentiende de las chicas e intenta iniciar una conversación con el terapeuta; el terapeuta rechaza la invitación: 'Haga que suceda', dice, 'lo que usted quiere que suceda no está pasando todavía'. 'Lo único que puedo hacer', dice la madre, 'es sentarme a jugar con ellas'. 'No, hágalo de tal manera que las chicas se ocupan de jugar y usted esté aquí, con su marido y conmigo. Haga la diferencia entre las niñas que juegan allí, y los adultos que conversan acá'. La madre entonces se levanta con decisión de su silla, diciendo: 'Vengan acá, van a jugar con los muñecos'. Las hijas la siguen y se ponen a jugar, y la madre vuelve a su asiento" (Minuchin y Colapinto, 1980).

Al comienzo de esta secuencia, el terapeuta ha decidido desafiar la creencia de que "la madre no puede con Kathy". Para ello, pone a la madre en posición de "hacer suceder" algo que ella misma ha definido como deseable ("que jueguen en un rincón"). A pesar de la aparente ineficacia de la madre, en ningún momento el terapeuta le sugiere qué puede hacer para que las chicas le obedezcan; ni siquiera comparte con la madre el conocimiento elemental de que es prácticamente imposible hacerse obedecer por dos niñas activas de 5 y 2 años sin levantarse de la silla. La intervención "catalizadora" del terapeuta se limita a **extender el tiempo** de interacción entre la madre y las hijas, mediante el doble recurso de bloquear la interferencia del padre, y recordarle periódicamente a la madre que su tarea no está cumplida todavía, hasta que "sale a relucir" el recurso latente: la madre se levanta de la silla, se desplaza en el espacio, y entonces las hijas la siguen.

El terapeuta estructural no se limita a actuar como un director de escena; también participa como actor, usándose a sí mismo como instrumento catalizador de pautas alternativas. Interrumpiendo, empujando, desafiando, acoplándose selectivamente primero a uno, luego a otro miembro de la familia, el terapeuta estructural a la vez altera en el **aquí y ahora** la estructura relacional de la familia, y aprende sobre ella. Es lo que hizo el terapeuta en *Wiltwyck*, cuando se mudó de silla para sentarse en medio de la familia por la que se sentía atacado, lo que hace Minuchin cuando acusa a la madre de Deborah y, en una versión más amable, lo que ocurre al comienzo de la sesión con la familia de Kathy:

La familia entra en el consultorio. La niña de dos años se está chupando el dedo. Antes de que se sienten, el terapeuta se acucilla junto a ella y también se pone un dedo en la boca. "¿Cómo estás?", pregunta. Luego se dirige a Kathy, la paciente identificada: "Kathy, ¿Cuántos años tiene tu hermana?". "Dos años" dice Kathy, y agrega: "No le toque el brazo, porque se cayó de la cama y se rompió la... ¿cómo se llama, mami?". "La clavícula", dice la madre. La sesión todavía no ha comenzado formalmente, pero el terapeuta, mediante el simple recurso de ponerse literalmente a la altura de las niñas, ha puesto de manifiesto que la "incontrolable" Kathy puede dar información pertinente sobre su hermana menor, y pedir información de su madre cuando no la tiene.

La teoría estructural

La práctica de la **terapia estructural** se justifica por una teoría de la familia y de la relación entre familia, individuo, y "síntoma".

FAMILIA: FUNCIÓN Y DISFUNCIÓN

La **terapia estructural** conceptualiza a la familia como un organismo que se desarrolla en un proceso constante de adaptación a un medio ambiente cambiante, "*un sistema sociocultural abierto que se transforma continuamente*" (Minuchin, 1974). La función de la familia es "*apoyar, regular, nutrir, y socializar a sus miembros*" (Minuchin, 1974). Una implicación del punto de vista organizacional de la familia es un sentido de aceptación y de respeto hacia las diferentes formas de vida familiar, y una amplia definición de normalidad. Una familia "funcional" no se define por la ausencia de estrés, conflicto, y problemas, sino por cuán efectivamente los maneja para que no interfieran con su función de promover

el bienestar de sus miembros. Una familia “disfuncional” es la que no puede cumplir con esa función. Función y disfunción, a su vez, dependen de la **estructura** y la **adaptabilidad** de la familia.

Estructura. Como todo organismo en proceso de continua adaptación, la familia necesita algún tipo de organización interna que indique cómo, cuándo, y con quién relacionarse. Estas reglas transaccionales restringen la libertad de conducta de los miembros individuales. Algunas restricciones son universales; por ejemplo, ninguna familia puede funcionar como tal sin que sus miembros acepten algún grado de interdependencia (como entre esposos), y alguna forma de jerarquía (como entre padres e hijos). Otras son idiosincráticas, como las expectativas mutuas que desarrollan los miembros de cada familia.

Adaptabilidad. La estructura de una familia ha de cambiar con el tiempo, en respuesta a las cambiantes necesidades generadas por su propia evolución. Los niños nacen, crecen, y se van. Los adultos también crecen, desarrollan nuevos intereses, envejecen, y mueren. En el proceso van cambiando las relaciones de proximidad y distancia, como así también los ordenamientos jerárquicos entre los varios miembros de la familia. Pero la necesidad de transformación estructural no surge solamente de la dinámica natural del desarrollo de la familia. Otros factores son los cambios que afectan a cada familia en forma idiosincrática: una mudanza a otra ciudad, el cambio o pérdida de trabajo, un divorcio, una mejoría o deterioro acentuado en la situación financiera de la familia. La posibilidad de que la familia responda adaptativamente a cada nueva exigencia, interna o externa, depende de su habilidad para localizar y movilizar recursos que hasta entonces no había necesitado utilizar.

La teoría estructural postula que la estructura y adaptabilidad de las familias varía a lo largo de un continuo de enmarañamiento-desligamiento, donde los extremos representan estructuras disfuncionales. En la familia desligada, la distancia emocional entre los miembros de la familia es excesiva. El “síndrome” de desligamiento incluye la ausencia de apoyo mutuo, el subdesarrollo de las funciones de crianza y protección, y una excesiva tolerancia a las conductas desviadas. Como lo describiera Minuchin tempranamente:

“La observación de estas familias lo deja a uno con la impresión de que las acciones de sus miembros no generan repercusiones vividas. Las reacciones de los otros son lentas y parecen caer en un vacío. La impresión general es de atomización: durante largos períodos, los miembros de la familia se mueven en órbitas separadas. Las interconexiones son tan débiles que ponen en cuestión la noción de que todo cambio en una parte del sistema lleva a un cambio complementario en otras partes. Por momentos los niños y la madre juegan en paralelo o se dedican a actividades solitarias; en otros momentos los niños se autoactivan de una manera que parece orientada a provocar una respuesta relacional de la madre. Pero ni siquiera las conductas de actuación parecen obedecer a una necesidad de establecer contacto con el otro. Los miembros de la familia se prestan poca atención y hacen pocos intentos de iniciar un juego compartido” (Minuchin y cols., 1967).

En las familias enmarañadas, por el contrario, hay una excesiva proximidad entre los miembros. La familia parece girar en torno de sí misma: el nivel de autonomía es bajo, y la respuesta del grupo a cualquier conducta que se desvía de las normas grupales es muy intensa. Indicadores de enmarañamiento incluyen abundante comunicación, preocupación exagerada y protección, demandas mutuas de lealtad, sentido limitado de la propia identidad, y parálisis en momentos de transición cuando se necesitan respuestas diferentes. *“Este sistema familiar se caracteriza por una apretada trabazón entre sus miembros. El nivel de conectividad es tan alto, que los intentos de cambiar de parte de un miembro provocan rápidos movimientos complementarios de resistencia de parte de los otros” (Minuchin y cols., 1967).*

FAMILIA E INDIVIDUO

El **enfoque estructural** postula una asociación inextricable entre la familia y el individuo. La familia existe para el individuo, y el individuo existe en la familia; su posición en la familia condiciona su experiencia; los vínculos familiares cumplen un papel fundante en la construcción del sujeto individual. Mientras otros enfoques clásicos de terapia familiar conceptualizaban a la familia primordialmente como un mecanismo de generación y mantenimiento de patología, el **enfoque estructural** la veía ante todo como un

organismo generador del sujeto individual. El capítulo sobre familias en *“Family Therapy Techniques”* abre con una cita de Lewis Thomas: *“Las cosas vivas tienden a acoplarse, a establecer conexiones, a vivir las unas dentro de las otras, a recobrar formas de organización más tempranas, a coexistir cuando es posible”* (Thomas, 1974). Lejos de pensar a la familia como una entidad estática o amorfa, **de la cual** el individuo necesita diferenciarse, el **enfoque estructural** la piensa como una “matriz de identidad”, organizada y en continuo desarrollo, **en la cual** el individuo se diferencia. El individuo adquiere su individualidad como resultado de participar en múltiples y variadas transacciones familiares; sus padres, hermanos, cónyuge, hijos activan y apoyan selectivamente algunas de sus potencialidades y suprimen o desalientan otras. Participación e individuación no son vistos como procesos opuestos, sino como distintas descripciones del mismo proceso relacional.

Para comunicar sus ideas sobre la interdependencia del individuo y la familia, de la parte y el todo, Minuchin recurrió al término *holon*, acuñado por Koestler (1979):

“Cada holon –el individuo, la familia nuclear, la familia extensa, la comunidad– es tanto un todo como una parte, sin que ninguno rechace o sea incompatible con el otro. Cada holon aplica energía competitiva, en búsqueda de su autonomía y autopreservación como un todo. También posee energía integrativa, en su condición de parte. La familia nuclear es un holon de la extensa, ésta lo es de la comunidad, y así sucesivamente. Cada todo contiene a la parte, y cada parte también contiene el “programa” impuesto por el todo. Parte y todo se contienen mutuamente en un proceso de comunicación e interrelación continuo y siempre presente” (Minuchin y Fishman, 1981).

El individuo imaginado por el terapeuta estructural difiere del que imagina un terapeuta psicodinámico. Si el **individuo psicodinámico** puede representarse gráficamente como el corte transversal de una cebolla –una serie de círculos concéntricos, donde el círculo más interior representaría alguna característica esencial de la persona (“distante”, “manipuladora”, “rígida”, “lábil”)–, el **individuo estructural** ha de representarse como una pizza, cuyas porciones mayores representan las características habitualmente más expresadas por el individuo, pero donde hay también otras porciones, quizás más pequeñas, representativas de sus cualidades latentes (lo afectivo, lo auténtico, lo flexible, lo fuerte). Si el terapeuta piensa en sus clientes como si fueran cebollas, tendrá que emprender una larga excursión hacia el centro, y se preguntará si una vez allí encontrará lo necesario para un cambio saludable. Si piensa en ellos como si fueran pizzas, en cambio, supondrá que aquello necesario para el cambio está en algún lugar, y se preguntará cómo localizarlo y activarlo (Colapinto, 1987). La diferencia entre ambos modos de pensar puede apreciarse en la continuación de la conversación entre la terapeuta y su supervisor, sobre la hija de 13 años que “no lloró”:

Terapeuta: *La chica es dura, muy defendida. Estoy segura de que tiene muchas lágrimas adentro, pero no las deja salir.*

Supervisor: *La estás viendo como una cebolla. Piensas: “Por supuesto que no va llorar, porque es dura”. Si la pensaras como una pizza, dirías: “En esta situación tendría que llorar”, o enojarse, o irse, cualquier cosa menos mirar al piso.*

Terapeuta: *¿Por qué dices que tendría que llorar?*

Supervisor: *Porque pienso que para esta madre y esta hija hay mejores y peores maneras de relacionarse. Sería mejor que la hija llorara, o que respondiera de algún otro modo a la falta de apoyo por parte de la madre. Si la hija no responde, si lo único que hace es mirar al piso, no está desafiando el significado ni la respuesta que la madre está dando al incidente. No hay un diálogo transformador, porque la hija absuelve a la madre de la necesidad de continuar la discusión. Esto no es bueno, porque no es la clase de interacción que puede llevar a un fortalecimiento de la relación entre madre e hija, y en este momento de su vida la hija necesita ese fortalecimiento. Hace falta un diálogo, y no cualquier clase de diálogo sino uno que la traiga a la madre más del lado de la hija.*

Terapeuta: *Pero yo creo que la madre no puede creerle a la hija, porque si se toma en serio lo del abuso sexual la tiene que confrontar a su hermana.*

Supervisor: *Cebolla, otra vez. Estás imaginando una motivación poderosa, la de evitar conflicto con la hermana, que opera desde el centro de la madre y le cierra la posibilidad de crearle a la hija. Si la pensaras a la madre como una pizza, imaginarías que al lado de la porción de evitar la confrontación con la hermana, hay una porción, quizás muy pequeña en este momento, de preocupación por la hija. Entonces podrías ver las cosas al revés: la madre no necesita confrontar a la hermana porque no está suficientemente preocupada por la hija. Si la hija llorara, a lo mejor la discusión se prolongaría, la madre se preocuparía un poco más, y tendría esa conversación con su hermana. Si la hija no llora, entonces alguien más tendrá que preocupar a la madre, preferentemente la abuela, y sí no tú.*

FAMILIA Y SÍNTOMA

Para practicar terapia familiar, en general, hay que creer que existe una relación entre los problemas por los que la gente consulta, y los procesos familiares. La **terapia estructural** postula cuatro formas posibles de esa relación.

El contexto familiar puede haber “generado” el síntoma. Si se piensa, como acabamos de ver, que el contexto familiar moldea las experiencias y conductas del individuo, es concebible que ello incluya las conductas **problemáticas**. Una manera en que esto último puede ocurrir es cuando la familia obstaculiza el desarrollo de formas más maduras de comportamiento. En el caso de algunas anorécticas, por ejemplo, es concebible que la excesiva involucración de los padres con la hija y la devaluación de la femineidad impidan el desarrollo de un sentido del propio valor, y fomenten en cambio la dependencia de la aprobación ajena y las maniobras de control. Mas, generalmente, los niños de familias enmarañadas pueden aprender a depender exclusivamente de sus familias, a expensas de su capacidad de responder diferencialmente a diversos contextos sociales. En el extremo opuesto, una familia **desligada** puede instilar en sus niños un sentido distorsionado de independencia.

La familia puede estar manteniendo el síntoma. A veces los terapeutas estructurales creen que las familias “necesitan” síntomas para regular su estabilidad. En este caso no se considera importante determinar cómo se **generó** el síntoma; puede haber sido por la dinámica de la propia familia, por algún desequilibrio bioquímico, o en respuesta a una situación social, pero una vez creado, cumple una función, y entonces a la familia le conviene mantenerlo. Ésta es la clásica explicación sistémica de la “función del síntoma”: la delincuencia, la anorexia, los problemas escolares, no importa cómo se hayan originado, pueden ayudar a que los padres hasta entonces desunidos se alíen —en una preocupación o un ataque conjunto.

Estos dos primeros tipos de creencias se encuadran en lo que Gregory Bateson llamó una “explicación positiva”, la explicación de **por qué** ocurren las cosas: “Decimos que la bola de billar B se mueve en tal y cual dirección porque la bola A la golpeó en tal y cual ángulo” (Bateson, 1967). O decimos que los síntomas del niño son el resultado de su triangulación por sus padres, o sirven para reconciliarlos. Otros ejemplos de explicación positiva incluyen las relaciones de objeto tempranas, las pautas multigeneracionales, los genes, y por supuesto las explicaciones multicausales que buscan “integrar” las diversas creencias posibles.

Si el terapeuta se explica los problemas positivamente, lo que se pregunta es: “¿Cómo ocurre que las interacciones familiares promueven enfermedad? ¿Qué se están haciendo los unos a los otros, que explica el problema?”. La respuesta típica es que **están haciendo algo incorrecto** —sobreinvolucrándose, triangulando, manipulando—. Esta creencia justifica una terapia enfocada en **reducir interacciones insalubres**. Si una madre e hija le parecen sobreinvolucradas, el terapeuta buscará ante todo **aumentar la distancia** entre ellas. Alentará a la hija, por ejemplo, a proseguir actividades fuera del hogar, tratará de interesar a la madre en el proyecto de “jubilarse como madre”, y pensará en el padre como una cuñía que se podría insertar entre madre e hija, con el fin de reforzar o mantener la separación.

La familia puede estar simplemente aceptando el síntoma. Los terapeutas estructurales, sin embargo, **no necesitan** una explicación positiva de la relación entre familia y síntoma; pueden elegir

creer en lo que Bateson llamó **explicación negativa**, donde: *“Pasamos revista a todas las trayectorias alternativas que se podían haber seguido, y nos preguntamos por qué muchas de las alternativas no se siguieron, de modo tal que lo que realmente ocurrió era una de las pocas alternativas que quedaron”* (Bateson, 1967). El ejemplo clásico de este tipo de explicación, según Bateson, es la teoría de la evolución. En el plano de la interacción, ejemplos de explicación negativa incluyen la falta de apoyo mutuo, la evitación de conflicto, la ausencia de contacto; es decir, todo aquello que los participantes **no** hacen, y que si lo hicieran produciría un resultado distinto. *“Se ha desperdiciado una oportunidad –escribe el historiador Theodore Zeldin– cada vez que ha tenido lugar un encuentro y nada sucedió... En la mayoría de nuestros encuentros, el orgullo o la cautela todavía nos prohíben decir lo que sentimos más hondamente. El ruido del mundo está hecho de silencios”* (Zeldin, 1994).

Cuando el terapeuta estructural busca una explicación negativa, la pregunta es: “¿Cómo ocurre que las interacciones familiares **no** promueven salud? ¿Qué **no** están haciendo los miembros de la familia, que podría ayudarlos a resolver el problema si lo hicieran? La respuesta es que **no están haciendo lo correcto**: no se interesan en el otro, no promueven su autonomía, no hacen valer la propia, o no negocian sus conflictos. Desde esta perspectiva, la familia ni genera ni mantiene activamente el síntoma, sino que acepta, a través de su pasividad, que persista. Esta creencia justifica una terapia enfocada en **promover interacciones saludables**. El terapeuta buscará ante todo **acortar la distancia** entre padre e hija, y si encuentra necesario “desinvolucrar” a la madre, será con el fin de “hacer lugar” para el padre.

La familia puede curar el síntoma. Por último, para la práctica de la **terapia estructural** ni siquiera es necesario determinar cómo la dinámica familiar **explica** (sea positiva o negativamente) los problemas. Es suficiente con creer que la familia puede **resolver** problemas, independientemente de cómo se hayan originado.

Desde esta perspectiva, las intervenciones del terapeuta estructural no se justifican porque reviertan las “causas” del problema, sino porque movilizan las soluciones. La anorexia de Deborah puede o no deberse a su triangulación por los padres, pero si los padres pueden negociar sus conflictos sin envolverla a ella, el cambio en el alineamiento de las relaciones familiares le dará a Deborah el espacio que necesita para ocuparse de sí misma, incluyendo su nutrición. La aparente incompetencia de la madre de Kathy y las maniobras de rescate del padre pueden o no explicar la “incontrolabilidad” de Kathy, pero si la madre persiste en sus esfuerzos sin que el padre los interrumpa prematuramente, Kathy puede responder más obedientemente. El terapeuta estructural cree que estas capacidades –la de los padres para trazar una frontera alrededor de sus conflictos, la de la madre para perseverar, la de un marido distante para mostrar afecto, la de una esposa deprimida para involucrarse en una interacción– son recursos que los miembros poseen, en forma latente, y que les abren la posibilidad de ayudarse mutuamente.

Para el terapeuta estructural la acción curadora de la familia no es solamente posible, sino deseable. La posición de que la familia ha de ser protagonista de la terapia y agente de cambio –que es responsable por la solución aunque no lo sea por el problema– no niega que los problemas individuales se puedan resolver por otros medios, sino que afirma que es **mejor** que se resuelvan a través de la acción de la familia, que es **bueno** –para la familia en su conjunto y para cada miembro individual– que todos contribuyan al cambio de todos.

Futuro del enfoque estructural

El futuro de la **terapia estructural** dependerá de cómo evolucionen los valores culturales sobre el grado de protagonismo que le compete a la familia en la promoción del sano desarrollo de sus miembros. En el curso del siglo veinte la familia occidental ha perdido mucho de ese protagonismo. La función de socialización de los niños ha ido pasando a ser cada vez más patrimonio de las escuelas, los medios de difusión, y los profesionales. La aparición del psicoterapeuta como profesional de la empatía, especializado en emociones y relaciones, es un aspecto más de ese desplazamiento de funciones desde la familia hacia las instituciones “expertas” de la sociedad. La propia terapia familiar comenzó como un proyecto de “rescate” del individuo, donde los héroes eran los terapeutas esclarecidos y los villanos las familias disfuncionales, y actualmente ha evolucionado –o más bien involucionado– hacia la “terapia familiar

sin familia” (Minuchin, 1998; Colapinto, 1999). Las modalidades terapéuticas que, como es el caso del **enfoque estructural** de Minuchin, proponen devolver a la familia la función de nutrir el crecimiento emocional de sus miembros, han representado hasta ahora breves “aberraciones” contraculturales dentro de esa tendencia general hacia la pérdida de protagonismo de la familia.

Por otra parte, el siglo veinte terminó en medio de inquietantes señales de que la pérdida de protagonismo de la familia puede tener consecuencias literalmente fatales. El incremento del consumo de drogas, suicidios y actos de violencia entre la juventud de los países “desarrollados” aparece crecientemente conectado con la debilitación de las conexiones intrafamiliares, y su reemplazo por vehículos de interconexión impersonales, como la televisión y el internet. Nuevamente comienzan a oírse voces “contraculturales”, esta vez sugiriendo que los padres necesitan involucrarse más (no menos, como lo ha venido promulgando la cultura dominante del individualismo y la autosuficiencia) en la vida de los hijos. Si estas voces son escuchadas y la familia recupera protagonismo, el revolucionario reto lanzado hace 40 años por un sudamericano desde una institución correccional norteamericana adquirirá renovada vigencia.

Bibliografía

- Aponte HJ. Underorganisation and the poor family. En: Guerin P. Family therapy: Theory and practice. New York: Gardner Press, 1976.
- Aponte HJ, VanDeusen JM. Structural family therapy. En: Gurman AS, Kniskern DP. Handbook of family therapy. New York: Brunner/Mazel, 1981.
- Baker L, Minuchin S, Milman L, Liebman R, Todd T. Psychosomatic aspects of juvenile diabetes mellitus: A progress report. En: Karger S. Modern problems in pediatrics. Vol 12. New York: White Plains, 1975.
- Bateson G. Cybernetic explanation. *Am Behavioral Sci* 1967; 10(8):29-32.
- Colapinto J. Structural family therapy. En: Horne A, Ohlsen M. Family counseling and therapy. Itasca: Peacock, 1982.
- Colapinto J. Beyond technique. Teaching how to think structurally. *J Strategic Systemic Ther* 1983; 2:12-21.
- Colapinto J. Cebollas y pizzas. Ponencia en Congreso de Terapia Familiar, Buenos Aires, 1987.
- Colapinto J. The structural way. En: Liddle HA, Breunlin DC, Schwartz BC. Handbook of family therapy training and supervision. New York: Guilford Press, 1988.
- Colapinto J. Structural family therapy. En: Gurman A, Kniskern D. Handbook of family therapy. II. New York: Brunner/Mazel, 1991.
- Colapinto J. Hacia un constructivismo constructivo en terapia familiar. *Rev Argentina Clin Psicol* 1994; 3(2):181-95.
- Colapinto J. Dilution of family process in social services: Implications for treatment of neglectful families. *Fam Process* 1995; 34:59-74.
- Colapinto J. The patterns that disconnect. *Fam Ther Networker* 1997; 43-44.
- Colapinto J. Economía y cultura de la familiofobia. *Sistemas Familiares* 1999; 15(2):101-04.
- Dumont M. Treating the poor: A personal sojourn through the rise and fall of community mental health. Belmont: Dymphna Press, 1992.
- Koestler A. *Janus: A Summing Up*. New York: Vintage Books, 1979.
- Laing RD. *Facts of life*. New York: Ballantine Books, 1976.
- Lappin J. Family therapy: A structural approach. En: Dorfman B. *Paradigms of clinical social work*. New York: Brunner/Mazel, 1988.
- Liebman R, Minuchin S, Baker L. An integrated treatment program for anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1974a; 131:432-36.
- Liebman R, Minuchin S, Baker L. The role of the family in the treatment of anorexia nervosa. *J Am Acad Child Psychiatry* 1974b; 13:264-72.
- Liebman R, Minuchin S, Baker L. The use of structural family therapy in the treatment of intractable asthma. *Am J Psychiatry* 1974c; 131:535-40.
- Liebman R, Minuchin S, Baker L, Rosman B. The role of the family in the treatment of chronic asthma. En: Guerin P. *Family therapy: Theory and practice*. New York: Gardner Press, 1976.
- Liebman R, Minuchin S, Baker L, Rosman B. Chronic asthma: A new approach in treatment. En: McMillan MF, Henao S. *Child psychiatry treatment and research*. New York: Brunner/Mazel, 1977.
- Luepnitz DA. *The family interpreted: Feminist theory in clinical practice*. New York: Basic Books, 1988.

- Malcolm J. A reporter at large: The one-way mirror. *New Yorker* 1978; 39:114.
- Minuchin P, Colapinto J, Minuchin S. Working with families of the poor. New York: Guilford, 1998.
- Minuchin S. Structural family therapy. En: Caplan G. American handbook of psychiatry. Vol 2. New York: Basic Books, 1972.
- Minuchin S. Families and family therapy. Cambridge: Harvard University Press, 1974.
- Minuchin S. Where is the family in narrative family therapy? *J Marital Fam Ther* 1988; 24(4):409-13.
- Minuchin S, Baker L, Milman B, Milman L, Rosman B, Todd T. Anorexia nervosa: Successful application of a family approach. *Pediatr Res* 1973; 7:294.
- Minuchin S, Baker L, Rosman B, Liebman R, Milman L, Todd T. A conceptual model of psychosomatic illness in children. *Arch Gen Psychiatry* 1975; 32:1031-38.
- Minuchin S, Barcai A. Therapeutically induced crisis. En: Masserman JH. Science and psychoanalysis. Vol 14. New York: Grune & Stratton, 1969.
- Minuchin S, Colapinto J. Taming monsters (videotape). Philadelphia: Child Guidance Clinic, 1980.
- Minuchin S, Fishman HC. Family therapy techniques. Cambridge: Harvard University Press, 1981.
- Minuchin S, Monsthalvo B. An approach for diagnosis of the low socioeconomic family. *Am Psychiatric Res Report* 1966; 20.
- Minuchin S, Montalvo B. Techniques for working with disorganized low socioeconomic families. *Am J Orthopsychiatry* 1967; 37:380-87.
- Minuchin S, Montalvo B, Guerny BC, Rosman BL, Schumer F. Families of the slums. New York: Basic Books, 1967.
- Minuchin S, Rosman B, Baker L. Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context. Cambridge: Harvard University Press, 1978.
- Montalvo B. Aspects of live supervision. *Fam Process* 1973; 12:343-59.
- Parsons T, Bales BF. Family, socialization and inter action process. Glencoe: Free Press, 1955.
- Rosman BL, Minuchin S, Liebman R. Family lunch session: An introduction to family therapy in anorexia nervosa. *Am J Orthopsychiatry* 1975; 45:816-53.
- Rosman BL, Minuchin S, Liebman B. Treating anorexia by the family lunch session. En: Scafeer CE, Milman HL. Therapies for children: A handbook of effective treatments for problem behavior. San Francisco: Jossey-Bass, 1977.
- Rosman BL, Minuchin S, Liebman R, Baker L. Input and outcome of family therapy in anorexia nervosa. En: Claghorn JC. Successful psychotherapy. New York: Brunner/Mazel, 1976.
- Rosman BL, Minuchin S, Liebman B, Baker L. A family approach to anorexia nervosa: Study, treatment. outcome. En: Vigersky RA. Anorexia nervosa. New York: Raven Press, 1977.
- Rosman BL, Minuchin S, Liebman R, Baker L. Family therapy for psychosomatic children. Paper presented at the annual meeting of the American Academy of Psychosomatic Medicine, Atlanta, 1978.
- Schwartz R. Internal family systems. New York: Guilford, 1994.
- Thomas L. The lives of a cell: Notes of a biology watcher. New York: Bantham Books, 1974.
- Umbarger CC. Structural family therapy. New York: Grune and Stratton, 1983.
- Zeldin Th. An intimate history of humanity. New York: Harper Collins, 1994.