

TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

Su uso hoy en día

Luz de Lourdes Eguiluz
Compiladora



ÍNDICE

Prólogo	15
<i>Raymundo Macías A.</i>	
Introducción	27
<i>Luz de Lourdes Eguiluz Romo</i>	
CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES DE LA TERAPIA SISTÉMICA.	
UNA APROXIMACIÓN A SU TRADICIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA	31
<i>Pedro Vargas Ávalos</i>	
El contexto actual y la importancia de los antecedentes históricos	32
El grupo cibernético	33
Gregory Bateson y la terapia familiar	36
Una explicación interaccional de la psicopatología:	
la teoría del doble vínculo	40
La influencia de Milton H. Erickson	44
Los antecedentes de la explicación interaccional	46
Un caso particular como ejemplo de investigación:	
la teoría general de sistemas	48
Bibliografía	50
CAPÍTULO 2. EL MODELO DE HIPNOSIS DE MILTON ERICKSON	
<i>Carmen Susana González Montoya</i>	55
Origen y desarrollo de la hipnosis	56
Origen y desarrollo del modelo ericksoniano	56
Sistematización de la psicoterapia ericksoniana	57
Noción del cambio terapéutico	57
Orientación temporal de la terapia	58
Procedimientos diagnósticos	59
Objetivos de la terapia	60
Duración de la terapia	61
Relación terapéutica	61
El papel del cliente	62

Concepción y manejo de la resistencia terapéutica	63
Utilización terapéutica	64
Técnicas ericksonianas	65
Técnicas utilizadas en la sesión terapéutica	65
Técnicas utilizadas para ser efectuadas entre las sesiones de terapia	66
Criterios de finalización de la terapia	66
Metodología de intervención: ejemplo clínico	66
Desarrollos actuales	68
Conclusiones generales	69
Bibliografía	70
CAPÍTULO 3. EL MODELO ESTRUCTURAL DE SALVADOR MINUCHIN	73
<i>Ofelia Desatnik Miechimsky</i>	
Orígenes y desarrollo del modelo	73
Representantes del modelo	75
Postulados e ideas rectoras	76
Objetivos	77
Estructura familiar	78
Elementos que permiten evaluar la estructura familiar	79
Diagnóstico estructural	81
Diagnóstico estructural: ejemplo de un caso	84
Antecedentes familiares	84
Estructura familiar	85
Proceso terapéutico	89
Técnicas de la terapia estructural	91
El proceso de intervención seguido en el caso	94
Algunos ejemplos que sugieren estas hipótesis en el caso revisado	96
Objetivos terapéuticos	97
La terapia estructural en la actualidad	99
Bibliografía	100
CAPÍTULO 4. TERAPIA ESTRATÉGICA	103
<i>Iris Xóchitl Galicia Moyedo</i>	
Orígenes y desarrollo del modelo	104
Representantes del modelo	105
Postulados que caracterizan la terapia estratégica	105

Unidad terapéutica	105
La organización y la jerarquía	107
Métodos de intervención	110
Formulación del problema	110
Etapas de la primera entrevista	111
Etapa social	111
Etapa del planteamiento del problema	112
Etapa de interacción	113
Etapa de fijación de metas	114
Directivas	115
Tipos de directivas	115
Características de las directivas	118
Niveles de interacción familiar	118
Momento actual por el que transcurre el modelo	122
Presentación de un caso	124
El caso de una adolescente con irresponsabilidad para el estudio	124
Bibliografía	130
CAPÍTULO 5. EL MODELO DE TERAPIA BREVE: CON ENFOQUE EN PROBLEMAS Y EN SOLUCIONES	133
<i>María Rosario Espinoza Salcido</i>	
Orígenes y desarrollo del modelo	134
Terapia breve enfocada a los problemas: representantes y principales postulados	136
Sistema conceptual del modelo	137
Concepción de la familia	138
Cómo se concibe el problema	139
Métodos de intervención	140
Terapia breve enfocada a las soluciones: representantes y principales postulados	141
Sistema conceptual del modelo	142
Concepción de la familia	143
Cómo se concibe el problema	143
Presentación de un caso clínico	144
Papel del terapeuta	151
Desarrollos actuales del modelo de terapia breve	151
Bibliografía	153

CAPÍTULO 6. EL ENFOQUE NARRATIVO EN LA TERAPIA	155
<i>María Suárez Castillo</i>	
Origen del modelo narrativo	155
Identidad y narrativa	157
Representantes principales	158
Postulados fundamentales	160
La analogía del texto	160
Narración dominante y relatos alternativos	161
Externalización del problema	162
Vida y mantenimiento del problema	164
Acontecimientos extraordinarios	164
Metodología de intervención	165
Bibliografía	173
CAPÍTULO 7. LA ESCUELA DE MILÁN	175
<i>Carolina Rodríguez González</i>	
Orígenes y desarrollo del modelo	175
Postulados que caracterizan al modelo	176
Marco teórico	177
Clasificación de preguntas	182
Postulados que caracterizan el modelo	190
Métodos de intervención	191
Connotación positiva	191
Los rituales familiares	194
De la rivalidad con el hermano al sacrificio por ayudarlo	196
Los terapeutas se hacen cargo del dilema de la relación entre padres e hijos	196
Los terapeutas aceptan sin objeción una mejoría sospechosa	197
Cómo recuperar a los ausentes	198
Cómo eludir la desconfirmación	198
El problema de las coaliciones negadas	199
Los terapeutas declaran la propia impotencia sin reprochárselo a nadie	201
Los terapeutas se prescriben la paradoja extrema	202
Los terapeutas abandonan la función paterna, prescribiéndola paradójicamente a los miembros de la última generación	203
Momento actual por el que transcurre el modelo	204
Bibliografía	205

CAPÍTULO 8. EL ENFOQUE COLABORATIVO	
Y LOS EQUIPOS REFLEXIVOS	207
<i>Lidia Beltrán Ruiz</i>	
Contexto de aparición de las ideas	208
Fundamentos para un enfoque colaborativo	208
La terapia de impacto múltiple	208
El grupo Galveston	209
El énfasis en el lenguaje	210
Una historia paralela en Noruega: el equipo reflexivo	212
Del equipo de expertos al equipo reflexivo	212
De la cibernética a la construcción relacional del significado	213
Premisas e implicaciones de la terapia con enfoque colaborativo–conversacional–reflexivo	214
Lenguaje y cambio (novedad)	215
Método de intervención	217
Estructura de las sesiones y los participantes	217
Características de la conversación	218
Conversaciones abiertas. Características de la reflexión en equipo	220
Una sesión de terapia con enfoque colaborativo	222
Sobre el escenario y la organización de la sesión	222
La conversación con José y Margarita (primera fase)	223
Reflexiones “como si” (segunda fase)	228
Corolario y perspectivas	229
Bibliografía	230
CAPÍTULO 9. LA TERAPIA FAMILIAR EN MÉXICO	233
<i>Luz de Lourdes Eguiluz Romo</i>	
Historia de la terapia familiar en México	235
Primera época, de 1960 a 1990	235
Instituto de la Familia	236
Instituto Mexicano de la Pareja	237
La Universidad de las Américas	237
Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia	238
Instituto Personas	240
Instituto Cencalli	240
Instituto Mexicano de Terapias Breves	241
La Universidad Nacional Autónoma de México	242
La Asociación Mexicana de Terapia Familiar	244

El primer Congreso Nacional de Terapia Familiar	247
La revista <i>Psicoterapia y Familia</i>	247
Desarrollo del campo sistémico en la década de 1990	249
El Congreso Mundial de Terapia Familiar	249
Centro de Investigaciones Psicosociales, Crisol	250
El grupo Polanco	250
Centro para Desarrollar la Investigación de la Psicoterapia Sistémica	252
Instituto de Psicoterapia Alinde	252
Escuelas de formación sistémica en México	253
Centro de Atención Psicológica a la Familia A.C. (CAPAF)	254
Universidad Autónoma de Tlaxcala	255
Universidad del Mayab	256
Centro de Terapia Familiar y de Pareja S.C. (CEFAP)	257
Desarrollo y perspectivas de la terapia familiar después de 2000	258
Maestría profesionalizante en psicología con residencia en terapia familiar	258
Estructura curricular de la residencia en terapia familiar sistémica	258
Proceso de admisión	260
Inscripciones	260
Características del programa	260
Conclusiones	261
Bibliografía	262
Acerca de los autores	265

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES DE LA TERAPIA SISTÉMICA

UNA APROXIMACIÓN A SU TRADICIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Pedro Vargas Ávalos

El propósito de este primer ensayo es bosquejar históricamente las líneas de influencia necesarias para comprender las premisas conceptuales que fundamentan la terapia sistémica. Queremos sugerir que a partir de ellas se puede pensar en la conformación de un campo de investigación científica que comparta un marco conceptual que clasifique y explique lo que hay en el mundo (una afirmación ontológica), donde se enumeren los métodos apropiados, técnicas y herramientas de investigación para el estudio de objetos relevantes en el dominio de sus aplicaciones (aspectos metodológicos); finalmente, los proponentes de este campo de investigación se vincularían a un juego de objetivos cognitivos que los proponentes de otros campos no aceptarían totalmente (presupuestos, compromisos y valores) (Laudan, 1977, 1993; Lakatos y Musgrave, 1975; Kuhn, 1991).

En la primera parte se hablará de la importancia de los antecedentes históricos como el compás que guía al marino en la inmensidad del mar, para asegurarle su arribo con bien a puerto, pues es frecuente encontrar-nos confusiones y equívocos al querer situar la tradición intelectual de la terapia sistémica.

En un segundo apartado se mostrará cómo las ideas y propuestas de explicación, que comenzaron a desarrollarse en el seno del grupo cibernético, influyeron de manera definitiva en la comprensión del comportamiento y del proceso de cambio en la terapia sistémica. Para ello utilizaremos la ponencia de uno de los participantes en las conferencias: Gregory Bateson.

En la tercera parte se hará referencia a la línea de influencia en la práctica de la terapia sistémica. El trabajo de Milton H. Erickson fue la inspiración para la realización de acciones terapéuticas y para la focalización en el proceso de cambio como una preocupación importante.

En la cuarta parte se señalará cómo influye en otra vertiente el desarrollo de las explicaciones interaccionales en las ciencias sociales, en particular con la aparición de la escuela de Chicago y su propuesta llamada *interaccionismo simbólico*. Esta línea de influencia permite comprender la aparición de las aproximaciones interaccionistas en la psicoterapia en consonancia con el pragmatismo de William James y su alumno John Dewey, para pasar, a partir de ellos, por Sapir y Whorf hasta Harry Stack Sullivan, y de ahí a otro de los fundadores de la terapia familiar sistémica: D. Jackson. Por último, se resumirán las posibilidades de hacer confluir estas líneas con miras a la comprensión de los antecedentes de la terapia sistémica; para ello nos serviremos de un ejemplo breve de investigación histórica sobre la teoría general de sistemas de Von Bertalanffy.

EL CONTEXTO ACTUAL Y LA IMPORTANCIA DE LOS ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Es interesante observar que al hacer una revisión general de las diversas versiones de lo que se considera parte de la historia de la psicología de este siglo, no se encuentra referencia a la terapia sistémica como una de las prácticas psicoterapéuticas en la psicología clínica (De la Rosa *et al.*, 1988; García Vega, Santoyo, 1993; Leahey, 1992; Leary, 1990; Richardson, 1993). Sin embargo, en un inventario que realizaron a principios de la década de 1990, Sayette y Maynem (1990) señalan cómo se ha presentado de manera sobresaliente la inclusión de dos campos en los currículos de educación superior: la psicología de la salud y la terapia familiar.

La introducción de la terapia familiar sistémica en las instituciones académicas de educación superior ha propiciado de manera natural la reflexión sobre sus procedimientos, técnicas, antecedentes teóricos y fundamentos (Eguiluz, 1998, 2001). En este contexto académico, la comprensión disciplinar de la terapia sistémica como una práctica profesional de la psicología es una demanda cotidiana.

En esta línea de comprensión disciplinar, pueden identificarse en la bibliografía diferentes aproximaciones a la descripción de estas dimensiones, tanto en el plano de las prácticas psicoterapéuticas como en el de la fundamentación teórica. Ejemplos de esto los tenemos en trabajos como los de Lynn Hoffman (1987) con *Fundamentos de la terapia familiar*; el de Dora Fried Schnitman (1994) con *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*; el de Inmaculada Ochoa de Alda (1995) con *Enfoques en terapia familiar sistémica*; el de Brian Cade y Bill O'Hanlon (1995) con *Guía breve de tera-*

CAPÍTULO 4

TERAPIA ESTRATÉGICA

Iris Xóchitl Galicia Moyedo

Se considera que Jay Haley fue quien acuñó el término estratégico para referirse a aquella terapia en que el profesional traza la intervención específica para el problema que se le presenta; sin embargo, el término estratégico también se identifica con los planteamientos de autores como Weakland, Fish, Watzlawick y Bodin (1974), que también están relacionados con la solución de problemas.

Siempre es difícil ubicar a los actores de un campo disciplinar. No todos los colegas de esa disciplina están de acuerdo en una clasificación porque dichos actores van modificando sus puntos de vista a lo largo de sus obras y además porque no siempre se ponen de acuerdo en los criterios que guían una u otra clasificación. Para algunos, Haley es una figura de transición entre las posiciones estratégica y estructural, y hay quienes no pueden ubicarlo en ningún enfoque porque consideran que durante su tiempo creativo siempre osciló entre varios puntos de vista (Hoffman, 1987).

En este capítulo se hablará acerca de la terapia estratégica identificándola con las propuestas desarrolladas principalmente por Jay Haley y Cloé Madanes.

La terapia estratégica es definida por Haley (1980b) como aquella en la que el terapeuta lleva en gran medida la iniciativa y en la que tiene que “identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y, por último, evaluar el resultado para ver si ha sido eficaz”. Asimismo, considera que la terapia estratégica “no es un enfoque o teoría particular, sino varios tipos de terapia cuyo común denominador es que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente”.

ORÍGENES Y DESARROLLO DEL MODELO

En la obra de Haley se pueden identificar tres elementos que influyen de forma general y directa: una concepción particular de la comunicación construida en relación con lo expuesto por Gregory Bateson y John Weakland; un enfoque general de lo que constituye la terapia, derivado de las consultas con Milton H. Erickson, y un acercamiento hacia la familia orientado por las ideas de Salvador Minuchin y Braulio Montalvo.

En los inicios del grupo de Palo Alto (de 1952 a 1962), antes de que se creara el Mental Research Institute, Jay Haley trabajó con Bateson y con Weakland sobre problemas de comunicación; esta cercanía se produjo especialmente cuando se desarrollaba la teoría del doble vínculo, y como producto de esos estudios se publicaron abundantes trabajos sobre la paradoja en la comunicación y acerca de la esquizofrenia, la hipnosis y la terapia. Para 1963, Haley publica *Strategies of Psychotherapy*, obra en la que expone su propia reflexión sobre esos trabajos y presenta un enfoque más social que el expresado en la década anterior. Plantea como unidad de análisis en la terapia la díada para posteriormente proponer la tríada.

El estilo terapéutico de Haley está basado en las directivas y proviene claramente de las técnicas propuestas por Erickson; de él recibió entrenamiento y supervisión, y su contacto se mantuvo desde 1952 hasta 1980. La idea de tratar los desórdenes de los adolescentes interviniendo en la jerarquía familiar es una derivación de lo planteado por este último terapeuta, y también por Minuchin (1974). La noción de que el terapeuta debe ser un elemento activo y directivo forma parte de la naturaleza de la terapia estratégica y se extiende a la mayoría de las terapias, pues según Haley (1980a) la hipnosis ha influido sobre casi todas las formas de terapia, aunque esto no haya sido ampliamente reconocido. Se atreve a sostener que Pavlov estaba inmerso en teorías hipnológicas que de alguna manera influyeron en sus planteamientos y en todas las terapias derivadas de los principios del condicionamiento. De manera similar, supone la influencia de la hipnosis en todas las terapias psicodinámicas, por el solo hecho de que el método de Freud se arraiga en la hipnosis. Especial mención hace de Erickson, a quien Haley considera el maestro del enfoque estratégico en terapia, debido a que transfirió ideas del terreno de la hipnosis al de los procedimientos terapéuticos.

Según las propias palabras de Haley (1980a), su mirada hacia la familia fue dirigida por las ideas que Minuchin y Montalvo compartieron con él hacia finales de la década de 1960, cuando trabajó en la Philadelphia Child Guidance Clinic. Algunas de las ideas expresadas por Minuchin en su obra *Families*

and Family Therapy (1974) son afines a las que Haley presenta en *Terapia para resolver problemas*. Décadas después, Haley (1990b) reconoce que en su trabajo la influencia de Montalvo fue mayor que la de Minuchin.

Representantes del modelo

Los principales representantes de este modelo son Jay Haley y Cloé Madanes. Esta última se unió al trabajo de Haley y juntos desarrollaron conceptos sobre la formación de terapeutas y dirigieron el Instituto de Familia en Washington.

POSTULADOS QUE CARACTERIZAN LA TERAPIA ESTRATÉGICA

A continuación se describirán algunos elementos importantes de la terapia estratégica:

Unidad terapéutica

La propuesta de Haley era dejar de lado las ideas predominantes en su momento: no hablar de síntomas, estados mentales o estados anímicos generales. Adoptar cualquiera de esas posiciones supondría trabajar sobre el individuo y la invitación de Haley era, y es, centrarse en situaciones sociales. Si bien a la terapia llega un paciente con una queja, dicha queja puede definirse en diferentes unidades sociales. Debe entenderse que la queja es el resultado de la interrelación entre diversos individuos, interrelación que está compuesta por una serie de actos y comportamientos que están de alguna manera estereotipados o, para usar las palabras de Haley, “se encuentran cristalizados”. De tal forma, además del paciente o cliente, las personas involucradas se han adaptado de alguna manera a esa forma de interrelacionarse y el terapeuta tiene que lograr modificar esos comportamientos.

Desde el momento en que el paciente acude al terapeuta, este también forma parte de ese entramado social. El terapeuta debe tener en cuenta que él es un integrante más de la unidad social en la cual se inserta el problema o queja del cliente. Desde la manera en que se define la queja o problema, hasta el tratamiento que se prescribe, el terapeuta está influyendo en la queja y en la manera como es percibida por el cliente y las personas cercanas a él, e incluso influye a diferentes niveles en diversas instituciones sociales.

Para Haley no es suficiente reconocer que en el problema del cliente no solo se encuentra él involucrado, que él no es la unidad de intervención; ni tampoco es suficiente reconocer que la unidad terapéutica se constituye, ade-

CAPÍTULO 5

EL MODELO DE TERAPIA BREVE: CON ENFOQUE EN PROBLEMAS Y EN SOLUCIONES

María Rosario Espinosa Salcido

La terapia es una conversación entre dos personas como mínimo (un terapeuta y un cliente) sobre el modo de alcanzar la meta de este último. De Shazer (1994) especifica que la psicoterapia es fundamentalmente una serie de intercambios lingüísticos. Solo cuando por obra de esta conversación, el cliente empieza a dudar al fin del encuadre inmutable de su situación difícil, podemos considerar que se abre la puerta hacia el cambio y la solución. Esto es lo que constituye, en esencia, la terapia breve.

La terapia breve no significa menos tratamiento sino mayor eficacia. Por terapia eficiente se entiende aquella dirigida a un estado específico, a un objetivo. Si nuestras intervenciones son efectivas, el paciente sabrá, aun antes que nosotros, cuándo ha completado el tratamiento (Cummnings, 1994). Lazarus y Fay (1990) expresan que la buena terapia es precisa y que no requiere métodos prolongados o redundantes; esto no significa que el terapeuta deba tratar superficialmente detalles importantes o sacrificar la escrupulosidad a la brevedad, sino que cada intervención debe producir un efecto.

Quien trabaja con terapia breve trata de comprender el problema de los clientes desde una perspectiva que privilegia la interacción humana, apoyándose en la comunicación sobre la base de que el lenguaje está presente por todas partes y organiza la vida en la familia y en otros contextos; cabe resaltar que la comunicación construye significados.

La aproximación interaccional abandona el punto de vista de la causalidad lineal y deja de lado el problema de la verdad, centrándose en cambio en el significado que los pacientes atribuyen a una persona, a una situación; dicho significado es considerado una construcción estrictamente ligada a un particular modo de usar el lenguaje “aquí y ahora”. Se podría decir que estamos más interesados en la versión del acontecimiento que en el acontecimiento

en sí, más interesados en ayudar a los clientes a que codifiquen su percepción de la realidad de un modo diferente, que en cambiar el valor semántico de lo que es percibido, lo cual nos coloca en el nivel de las realidades de segundo orden (Watzlawick, 2000).

ORÍGENES Y DESARROLLO DEL MODELO

En el marco de los inicios de la terapia breve, podemos identificar dos enfoques principales: el encauzado a problemas y el orientado a soluciones. Ambos enfoques tienen sus antecedentes en el pensamiento constructivista, el trabajo de Milton H. Erickson y los análisis de Gregory Bateson.

Watzlawick y Nardone (2000) consideran que la introducción de las ideas constructivistas en el trabajo clínico ha ejercido influencias, ya que nos obligan a enfrentarnos a nuestras concepciones sobre el cambio, lo cual nos hace confiar aún más en la reestructuración, centrarnos más en “crear una realidad realizable” y comprender la importancia de que algunas convicciones relativas al problema tienen que ver con las personas implicadas. Además, dentro de este sistema los terapeutas han reducido las expectativas acerca de su propia capacidad de comprensión.

La epistemología constructivista (Simon, 1995; Steier, 1989; Glasersfeld, 1996) establece que las familias y las personas forman su propia realidad, es decir, están en un proceso constante de comprenderse a sí mismas y su experiencia. También señala que todo conocimiento o “realidad” es resultado de ese proceso. En la terapia, por lo tanto, no nos ocupamos de la “verdad” sino de la experiencia de nuestros clientes y de sus percepciones de esa experiencia. El modelo de terapia breve asume la idea de que no hay una realidad única, por lo tanto el terapeuta no deberá imponer lo que cree que es normal a sus clientes. Su función es preocuparse por solucionar las quejas que presenten y no deberá creer que existe una sola forma correcta y válida de vivir la vida (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

A Milton Erickson se le considera un pionero en diversas áreas de la terapia; sus aportaciones a la hipnosis, a la terapia familiar y a la terapia breve son numerosas. Este autor rechazaba la llamada resistencia de la familia y creía en el enfoque de la utilización (Erickson y Rossi, 1983; Gordon y Meyers-Anderson, 1981), donde los síntomas, las creencias rígidas, la conducta compulsiva, entre otros elementos, son componentes esenciales que deben tomarse en cuenta y ser utilizados como parte de la solución. Por lo tanto, la terapia debía ser ajustada para satisfacer los estilos y la idiosincrasia de cada cliente, ya que las personas con problemas tienen en su propia estructura psíquica y

CAPÍTULO 7

LA ESCUELA DE MILÁN

Carolina Rodríguez González

ORÍGENES Y DESARROLLO DEL MODELO

En 1967, Mara Selvini Palazzoli, psicoanalista infantil y especialista en ansiedad nerviosa, fundó el Instituto de la Familia en Milán; invitó a Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata. Recibieron una gran influencia de Jackson, Haley, Watzlawick y Bateson. En 1972 iniciaron una investigación con familias en las que algunos de sus miembros mostraban conductas psicóticas y otros contaban con un diagnóstico de esquizofrenia. Los reportes de esta investigación se encuentran en su libro *Paradoja y contraparadoja* (1988).

En esta investigación las hipótesis centrales que compartían eran:

- La familia es un sistema que se gobierna a sí mismo y se autocorrigie a través de reglas que se constituyen en el tiempo por ensayo y error, indicando qué está permitido o no en la familia y en la relación de cada uno de sus miembros con los demás.
- Toda conducta verbal o no verbal es una comunicación que afecta a otros y provoca en ellos una respuesta que a su vez es una conducta de comunicación.

De estas dos hipótesis se desprende una tercera: las familias que manifiestan conductas que tradicionalmente se diagnosticaban como patológicas en uno o más de sus miembros, se rigen por normas peculiares en las que las conductas, la comunicación y la respuesta mantienen estas reglas. Entonces, si las conductas no son patologías, sino que son la expresión de relaciones particulares, bastará con intentar cambiar las reglas para que las conductas sintomáticas desaparezcan. Esta es la hipótesis que demuestra la investiga-

ción realizada, y el equipo de Milán propone una serie de métodos para lograr este objetivo.

La primera pregunta que surge es: ¿de qué manera se van a descubrir estas reglas? Y después, ¿cómo se puede incidir en el cambio de esas reglas? Propuestas posteriores proponen el interrogatorio circular como método de descubrimiento de reglas, por lo que se describirá en qué consiste esta estrategia de entrevista, y más adelante se regresará a las metodologías propuestas por el grupo de Milán para propiciar el cambio de reglas.

POSTULADOS QUE CARACTERIZAN AL MODELO

Los datos de las familias que solicitaban el servicio se transcribían en una ficha que contenía el remitente, la dirección, la fecha de la llamada, los datos personales en cuanto a edad, la profesión de cada uno de los padres, la fecha de matrimonio, los datos de los hijos por orden de edad, con quién vivían y su parentesco, el problema actual, el nombre de quien llamaba y las observaciones. En los casos de familias derivadas se llamaba telefónicamente a la persona que remitía, escuela, hospital, etcétera.

El equipo estaba conformado por dos terapeutas hombres y dos mujeres, de los cuales una pareja hombre-mujer atendía el caso en vivo. Se trataba de equilibrar al equipo en cuanto a cuestiones de género.

Se trabajaba en una sala amplia, con sillas movibles y con espejo bidireccional. Desde la perspectiva de este modelo, cada sesión se desarrollaba en cinco partes:

1. Presesión. En ella el equipo analizaba la ficha si se trataba de la primera entrevista; en caso contrario, se leía el acta de la sesión anterior.
2. La sesión misma, en la que dos terapeutas estaban a cargo de la familia y dos detrás del espejo; los terapeutas a cargo de la familia no revelaban los fenómenos observados, ni emitían juicios o valoraciones; observaban y propiciaban interacciones. Si los terapeutas que estaban atrás del espejo notaban perturbaciones en los terapeutas por maniobras de la familia, se les llamaba para darles indicaciones y sugerencias.
3. La discusión de la sesión. Los dos terapeutas a cargo salían para discutir como equipo lo acontecido en la sesión y decidían cómo terminarla.
4. Conclusión de la sesión. En esta cuarta parte los terapeutas regresaban a dar el mensaje final, que podía ser un breve comentario o una prescripción. En general, el mensaje se preparaba para que resultara