

Modelo de intervención en Terapia Familiar Sistémica

José NAVARRO GONGORA *

MODELO DE INTERVENCION EN TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA

El presente trabajo intenta analizar qué elementos de una entrevista de Terapia Familiar son susceptibles de promover un cambio en el paciente. Como modelo de sesión se ha elegido la propuesta por el grupo de Milán ¹.

La perspectiva que adoptamos en lo que se refiere al problema del cambio es simple: cambio es aquello que el terapeuta hace o dice con la intención de que la situación de su cliente varíe. Depende, pues, de su intención, lo que quiere decir que en ocasiones sin tenerla se producirá y en otra teniéndola no se conseguirá.

Una entrevista clásica de Terapia Familiar Sistémica tal y como la entiende el grupo de Milán, atraviesa las siguientes fases:

1. Contacto telefónico previo a la entrevista.
2. Pre-sesión.
3. Entrevista: definición del contexto terapéutico.
4. Entrevista: toma de datos.
5. Entrevista: intersesión.
6. Entrevista: intervención final.
7. Post-entrevista: evaluación de la respuesta del cliente.

En los apartados del 1 al 3, se define el contexto terapéutico, por supuesto en las restantes etapas también, lo que quere-

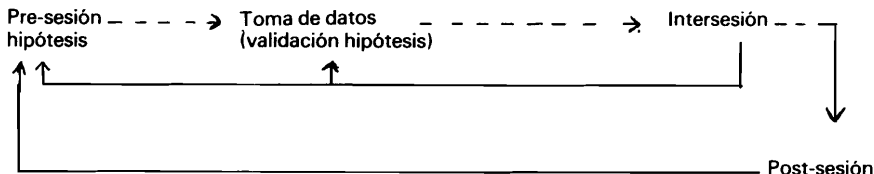


FIGURA 1. — Modelo de entrevista según el grupo de Milán.

Nuestro examen se limitará a aquellos elementos presentes en la entrevista que puedan inducir un cambio.

mos decir es que estos tres momentos tienen como objetivo fundamental delimitar las condiciones en las que se va a desarrollar el trabajo. La tarea ahora es saber si esta definición puede o no considerarse como una intervención para cambiar la situación del paciente. Desde el punto de vista de la intención de los terapeutas

(*) Profesor de «Técnicas de Psicoterapia». Universidad de Salamanca, Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación (Sección Psicología).

posiblemente no. Ahora bien, cabe preguntarse si ciertos contextos de trabajo facilitan o impiden el cambio. Examinemos cómo el modelo de Milán define el contexto:

El contacto telefónico recoge datos sobre todos los miembros de la familia, además de los del identificado como paciente. Devuelven una información sumaria sobre el Centro en el que se desarrollará el trabajo: emolumentos, duración aproximada de la terapia, duración de las sesiones, intervalo entre sesión y poco más.

En la entrevista misma, y en su primera parte, el terapeuta define, de nuevo, el contexto: cámaras, función del espejo unidireccional, duración e intervalo entre sesión y sesión, finalmente pregunta si son necesarias más aclaraciones. Desde el punto de vista de la creación de reglas de trabajo, parece que las siguientes son definidas en estos momentos:

a) Nuestro interés se centrará en todos.

b) Para cambiarles necesitamos información (y por eso le preguntamos), también les devolveremos información: la terapia queda definida como un proceso en el que se intercambia información y este proceso se entiende que *genera cambio*.

c) La duración de la terapia y el intervalo entre sesión deben, necesariamente, tener algún significado para el paciente, particularmente si éste tiene una cultura al respecto. Decirle que todo se limitará a diez sesiones y que el intervalo es de un mes aproximadamente, equivale a definir un contexto en el que la intervención será mínima, implicando que el trabajo del cliente tendrá que ser máximo, si quiere resolver su problema (SUÁREZ, T. y ROJERO, C., 1982).

Estas reglas funcionan como el trans-fondo sobre el que se va a montar la terapia; utilizando la terminología gestáltica, componen el fondo. Sugerimos que las intervenciones posteriores cobran sentido dentro de este contexto, lo que quiere decir que el contexto no es un marco rígido que «contiene cosas», sino que más bien juega un papel altamente dinámico

con respecto de sus contenidos: les imprime un significado. Si el terapeuta dice algo, por ejemplo, propone una tarea paradójica, al paciente le queda muy claro que es algo que se espera que haga, porque el terapeuta tardará mucho en verle y no podrá perseguir su ejecución, el sentido mismo de la tarea es algo que deberá descubrir: virtualmente todo queda bajo su responsabilidad. Es el cliente quien es artífice de su propio cambio, lo que en caso de que se presenten nuevos problemas puede ser garantía de que intente resolverlos por sí mismo. El devolver la iniciativa al cliente es el punto fuerte de la técnica italiana, el hecho de que esa iniciativa sea devuelta a base de largos intervalos entre sesión y sesión puede, también, provocar sentimientos de desatención.

La idea es que diferentes maneras de definir el contexto provocan en el cliente diferentes procesos que ayudan o impiden su recuperación, en este sentido son *intervenciones*, aunque no fueran diseñadas como tales. En el caso del grupo de Milán *la manera misma de definir el contexto de trabajo tiende a provocar una toma de iniciativa en el cambio de su propio estado por parte del paciente*. Lo importante de esta situación es que la devuelta de esta iniciativa se produce *previamente* a las intervenciones formales con intención de cambio y más importante aún componen el trans-fondo de toda la terapia.

Resumiendo, el contexto puede funcionar como una intervención, en el sentido de definir al cliente como el artífice del cambio.

La pre-sesión, es un espacio de tiempo previo a la entrevista que se utiliza para discutir la información con la que se cuenta y elaborar una hipótesis que se corroborará (o no) durante la sesión propiamente dicha. Como tal no tiene la intención directa de producir cambio, sino más bien guiar el proceso de toma de información. Las relaciones entre el proceso de formulación de una hipótesis y el cambio se discutirán inmediatamente.

Lo que en un modelo tradicional de terapia se denomina «sesión», aquí es dedicado a la obtención de información que valide o no un hipótesis que fue formulada en la pre-sesión. Como tal la intención no es de cambio, sino de recabar información. Sin embargo, los autores de esta escuela entienden que de realizarse las preguntas siguiendo las normas de «neutralidad», «hipótesis» y «circularidad» (PALAZZOLLI, M. S. et al., 1980), la familia no necesitará una intervención posterior: la forma misma de preguntar genera la suficiente nueva información como para que el sistema se vea impactado y se transforme. El modelo de cambio manejado por estos autores, afirma que si se introduce nueva información en un sistema éste tendrá que reaccionar a lo nuevo necesariamente, *esta reacción supone el cambio*. No es que la familia vaya a cambiar porque *comprenda algo*, es la adición de información la que al ser «procesada» deviene en nuestras configuraciones familiares. «Sólo lo inesperado tiene un efecto terapéutico» (PALAZZOLLI, et al., 1981, página 44). El énfasis es puesto en que, efectivamente, esa información sea realmente nueva. La postura del grupo de Milán parece ser la siguiente: la sesión está únicamente animada con la intención de obtener información, aunque si ese proceso es correctamente seguido, también es información para la familia originando con ello un cambio. Aquí el énfasis hay que ponerlo en la *intención*, no es lo mismo conducir una entrevista con la intención de que la *familia* comprenda algo, que con la «intención» de que sea el propio terapeuta quien comprenda algo. En el último caso importa poco que la familia entienda o no, pero importa mucho que el terapeuta entienda.

Resumiendo, la entrevista en lo que tiene de proceso de validación de una hipótesis, no está animada de la intención de producir un cambio, pero puede producirlo (y debe si fue correctamente llevada), por el mero efecto de acumular nueva información frente a la que la familia ha de reaccionar.

La intersección es una pausa que se hace hacia la mitad de la entrevista para intercambiar opiniones entre los terapeutas. Se generan nuevas hipótesis, o se dan nuevas ideas para comprobar las hipótesis que ya se tienen. No hay una intención de cambio al realizar esta parada, aunque en ocasiones puede observarse que la pausa tiene un positivo efecto en el ambiente general de la familia y de los terapeutas.

El énfasis de cambio es puesto en la intervención final. El grupo de Milán emplea una gran variedad de técnicas con la intención de cambio, a riesgo de empobrecer un panorama que es muy rico, éstas adoptan dos formas fundamentales, típicas y atípicas. Una intervención típica tiene el siguiente esquema formal:

1. Connotación positiva de la conducta que el paciente exhibe en la sesión, aunque esa conducta exprese carencia. Por ejemplo, a una familia que es muy reuente a dar información se le puede decir que «los terapeutas les felicitan por la facilidad con que hablan de problemas que por nuestra experiencia sabemos que son muy difíciles de tratar».

2. Connotación positiva de la secuencia de conductas en la que aparece el síntoma, o bien redefinición de esa conducta en términos positivos. Es importante comprender que no es el síntoma el que se presenta con una imagen más benigna, sino la secuencia de conductas en la que el síntoma aparece. Veamos un ejemplo, un niño de 10 años de edad comienza a cometer pequeñas sustracciones en el colegio y fuera de él, sus padres están divorciados y desde la fecha de la separación vienen librando una batalla legal que les está costando, literalmente, millones de pesetas. La batalla está próxima a su final y la madre puede perder la custodia de los dos pequeños, uno de los cuales es el paciente. Las dos hermanas mayores se han alineado claramente con el padre y los dos pequeños con la madre. En este contexto se les dió a los hijos la siguiente intervención (los padres estaban obser-

vando la sesión detrás de un espejo unidireccional): «pensamos que las elecciones de padres que habéis hecho son correctas. (Pausa). Igualmente estamos de acuerdo en que vosotras dos (dirigiéndose a las dos hijas mayores) rehuséis ver a vuestra madre. Si pensáis que el verla puede perturbaros profundamente es una sabia medida poner tierra por medio, no obstante, y cuando la situación se haya normalizado, tenéis el ineludible deber de tratar de introducir un cambio, por pequeño que éste sea, en esa relación. Es importante que hagáis ésto porque en nuestra experiencia hemos encontrado que separarse en estas condiciones deja abierto una herida que es muy probable que tenga repercusiones en vuestra vida futura. (Pausa). El problema ahora es doble: cómo enfrentar la batalla entre papá y mamá, y cómo permanecer juntos a pesar de la separación entre vuestros padres. La conducta de X (el paciente identificado) que ha motivado vuestra venida a la terapia, nos está dando la oportunidad de poder trabajar esta situación, de reunirnos e intentar encontrar una salida».

Como se habrá comprobado se toma como conductas relevantes que definen la secuencia: los hurtos del paciente, la separación en dos bandos de los hijos, el deseo de permanecer juntos a pesar de todo y la batalla legal entre los padres. Todas las conductas se connotan positivamente, excepto la de los padres que se toma como un hecho sin cualificarla.

3. Prescripción de la secuencia sintomática. Puesto que el problema tiene el efecto positivo de reunir a toda la familia para discutir sus problemas en las sesiones, no hay razón para que el síntoma desaparezca. Es más, conviene que el PI (paciente identificado) se siga «sacrificando», al menos hasta que finalice la discusión sobre qué postura van a tomar ante el enfrentamiento de los padres.

El problema de una intervención de este tipo es cómo realizar buenas «redefiniciones» o connotaciones positivas. Desde la perspectiva del modelo la respuesta es:

generando una buena hipótesis de trabajo, lo que se realiza en la primera parte de la entrevista. Dejando aparte lo difícil o fácil que puede resultar un proceso de este tipo y dejando aparte el tema de hasta qué punto podemos estar seguros de la definición alcanzada, lo cierto es que aún existiendo reglas para la construcción de buenas intervenciones, éstas dependen todavía, en gran medida, de la «inspiración» del terapeuta, de su entrenamiento y experiencia. Como un instrumento de ayuda para la elaboración de intervenciones proponemos la Tabla 1.

La Tabla 1 está compuesta de tres columnas, la primera alude a que la familia y/o PI atribuyen la conducta sintomática. La segunda relaciona las atribuciones del paciente y/o familia con las posibilidades de intervención que tiene el terapeuta. La tercera, recoge los posibles efectos de las intervenciones propuestas en la columna dos. Los fundamentos descansan en la Teoría de las Atribuciones tal y como la entienden los psicólogos cognitivos (DOHERTY, 1981; JONES, E. E. et al., 1972). La versión aquí presentada es una reducción de algo que admite una complicación mucho mayor, hemos elegido este formato porque es más manejable. El modelo relaciona la percepción de la causa por las que un miembro de la familia realiza ciertas conductas, con las posibilidades de solución del problema y con los efectos probables de esas soluciones. Por supuesto, lo mismo puede ser aplicable a un paciente en terapia individual.

Las variables de atribución son contempladas bajo dos aspectos: su estabilidad e intención positiva o negativa. Así pues, en el ejemplo que proponemos anteriormente partimos de la siguiente atribución de la madre sobre la conducta del hijo: «todas mis preocupaciones me vienen del problema que tengo con mi hijo (la causa de que yo esté mal es mi hijo), él roba en el colegio, algo se ha desviado de él (la conducta que sigue es debida a algo malo que tiene dentro)». La causa es concep-

TABLA 1

A) MANEJADO POR EL PACIENTE <i>Tipo de atribución</i>	B) INTERVENCIÓN <i>Posibilidades de intervención</i>	C) EFECTOS
AL YO (causas estables y negativas).	1. Connotación + de la causa estable (mantiene la atribución al yo). 2. Se redefine como inestable (mantiene la atribución al yo). 3. Atribución a causas situacionales inestables y distintas del otro.	— Aumenta la eficacia frente al problema (sólo para casos de baja autoculpabilización), evita las culpabilizaciones al otro. — Idem. — Disminuye la eficacia. Disminuye la autculpa (sólo para casos de alta autoculpabilización), evita las culpabilizaciones al otro.
A CAUSAS EXTERNAS 1. Al otro (atribu. a causas estables y de intención —). 2. A causas externas, estables y — (producen la mayor importancia).	4. Connotación + de la causa estable. 5. Redefinición de la causa estable (se sustituye una causa por otra menos estable). 6. Atribución al yo. 7. Combinación de la 2 y la 3 (ambivalencia según convenga). 8. Redefinición de la causa como inestable. 9. Atribución al yo. 10. Combinación de 1 y 2.	— Disminuye conductas y actitudes de culpabilización del otro, mantiene una mayor expectativa de solución del problema. — Aumentan las expectativas de recuperación, pero atribuyéndolas a causas ajenas al sujeto. — Aumenta la autculpa y eficacia. — Responsabiliza, no culpabiliza; exonera de la culpa por la atribución a causas situacionales. — Aumenta las expectativas de solución, pero confirma la impotencia, evita la autculpa y la culpabilización. — Aumenta la eficacia y la culpa, evita la culpabilización al otro. — Responsabiliza, no culpabiliza; puede exonerar de la autculpa al mantener la atribución externa (ambivalente, según convenga).

tualizada como interna y de naturaleza negativa.

La idea de la Tabla 1 es bien simple: dada una atribución por parte del paciente y/o familia, el terapeuta puede intervenir proponiendo los restantes tipos. Si la madre de nuestro ejemplo piensa que está mal por la mala conducta de su hijo (atribución al otro), y que su hijo se comporta mal por algo «malo que le ocurre dentro» (atribución a causas internas, probablemente negativas), el terapeuta puede reorganizar las atribuciones eligiendo

las alternativas de la columna B (Posibilidades de intervención). La decisión viene dictada por dos variables fundamentales: grado de resistencia a la autculpa y grado de culpabilización del otro. Si nos fijamos en la columna C (Efectos) comprobaremos que las intervenciones con mayor pronóstico de eficacia son aquellas que atribuyen la causa del un conflicto al yo, el supuesto es que el sujeto se tiene a sí mismo como la persona más cercana disponible para resolver su conflicto. Ahora bien, atribuciones de este tipo tienen el

grave inconveniente de engendrar fuertes sentimientos de autoculpa, si el individuo queda inundado por ella la eficacia desaparece. Por lo tanto, si el terapeuta percibe que éste puede ser el caso, deberá elegir alguna otra de las alternativas. La más simple, siempre manteniendo la atribución al yo, es connotar positivamente las causas, otras es volver inestable una causa estable. Muy frecuentemente se utilizan ambas. En el ejemplo que venimos comentando, la atribución que hace la madre se mantiene, la culpa es del hijo. Un cambio en este sentido hubiera dado al traste con la terapia (en la percepción del equipo). A la vez las causas a las que se atribuye el conflicto son profundamente redefinidas: no es que el niño «tenga algo malo», muy al contrario, él es quien tiene una idea más clara de las necesidades de la familia: han de ponerse de acuerdo en seguir juntos como hermanos o separarse definitivamente tal y como los padres han hecho. El comportarse mal les brinda, a todos, la oportunidad de ventilar estos asuntos en un contexto seguro. Frente a la madre el terapeuta elige mantener el tipo de atribución cambiando la intención (de negativa a positiva), frente al hijo se mantiene la atribución al yo, pero se modifican tanto la intención como la estabilidad: el paciente se está sacrificando por algo que todos necesitan ahora. La referencia temporal lleva implícita la idea de que una vez que la familia resuelva sus diferencias desaparecerán las razones para mantener la conducta, por lo tanto, las razones son inestables.

Supongamos que, en nuestro ejemplo, el terapeuta decide que no se debe seguir manteniendo la atribución al niño porque éste es incapaz de soportar la tensión o porque conviene cambiar la estrategia. En este caso se optaría por una atribución a *causas externas*. El siguiente paso es evaluar si ha de personalizarse la atribución en alguien o bien dejarla en estado indefinido. Si la responsabilidad del problema recae en un *otro* identificable, el efecto probable es que las relaciones con

esa persona se deteriorarán (se inducirán actitudes y conductas de culpabilización del otro, ver columna C de la Tabla 1), a menos que se redefinan los motivos que mueven a la otra persona a comportarse como lo hace. La segunda posibilidad es achacar la causa a razones no personalizadas, como la edad. Por ejemplo, el terapeuta podría haber elegido decir que «es muy frecuente encontrar que niños de esta edad pasan una época en la que se sienten inclinados a hurtar objetos, hasta que aprendan a controlarse». El efecto probable de una intervención de este tipo es volver a la familia impotente, lo único que pueden hacer es esperar a que pase la edad. En situaciones en las que se sospecha que una reiterada conducta de los padres está alimentando una respuesta sintomática en el niño, esta intervención puede servir para bloquear ese patrón de conducta. Como regla general, cuanto mayor es la estabilidad de la causa a la que se atribuye un problema, más importante se encuentran los sujetos para solucionarlo. Por esta razón se acude a definir la causa como *transitoria*, al fin y al cabo la edad es algo que varía y el niño pasará a adolescente.

Un segundo grupo de intervenciones típicas son aquellas en las que el equipo se manifiesta dividido en sus opiniones con respecto al problema familiar. La estructura de estas intervenciones es como sigue:

1. Connotación positiva de la conducta que la familia exhibe en la entrevista.
2. Con respecto del problema el equipo se manifiesta dividido, una fracción sostiene una posición y la otra sostiene una posición generalmente contraria.
3. El terapeuta puede optar por no pronunciarse, por apoyar una de las fracciones o por jugar el papel de la segunda fracción. En el último caso el equipo opina tal cosa y él opina generalmente lo contrario.

Este tipo de intervención se utiliza cuando la familia presenta dos opiniones en-

contradas. Los terapeutas lo único que hacen es reproducir especularmente la situación introduciendo algún grado de variación en la formulación de las posiciones.

Veamos un ejemplo, una mujer ya madura, acude a terapia con problemas de ansiedad. Recientemente se ha divorciado, manifiesta los típicos problemas de personas en esos trances: pérdida de su red de relaciones, soledad, sensación de que le quedan asuntos pendientes con su ex cónguye, etc. Se encuentra en un punto muerto, desorientada, angustiada. El equipo decide darle una respuesta dividida: una parte piensa que el motivo de su angustia radica en que todavía no ha roto los lazos con su ex marido, por lo que le recomienda nuevas entrevistas con él hasta aclarar la situación. La otra parte opina que es su carencia de relaciones lo que la mantiene rumiando durante todo el día sus problemas, por lo que él recomienda que cuanto ante reconstruya sus relaciones.

Es muy importante encontrar conductas muy concretas que apoyen lo que el terapeuta dice, así como el utilizar el mismo lenguaje que la familia maneja, expresiones idiosincráticas, palabras claves, etc.

Un tercer grupo de intervenciones típicas son los llamados rituales. El más famoso de los cuales es «Odd Days Even Days» (días malos y días buenos). La estructura de este tipo de prescripción es como sigue:

1. El equipo ha concluido que por las razones tales (aquí se detalla lo que más se crea conveniente), la familia ha de seguir la siguiente tarea.

2. En los días que se fijan y durante el tiempo tal (se detallan las horas y el momento del día), van a ensayar la siguiente conducta (se detalla la conducta). Y durante los días restantes, la familia ensayará la siguiente conducta (se detalla la conducta que es generalmente una inversión de la anterior, el momento del día y la duración del ensayo).

Esta prescripción es útil para romper un esquema fijo de conducta. Así en situaciones en las que un miembro de la pareja ocupa la situación superior constantemente y se sospecha que eso es lo que mantiene un síntoma, se les puede pedir que en días alternos varíen sus roles. Un ejemplo aclarará su uso. Una pareja madura acude a terapia porque uno de los hijos tiene problemas con la comida, después de varias sesiones y de algún incidente la pareja termina por declarar que están pensando en divorciarse. La relación se caracteriza por un constante saboteo de sus maneras mutuas de educar, nunca coinciden. Los hijos se alinean con el padre, lo que provoca los celos de la madre y posiblemente explica por qué es más dura con ellos, lo que a su vez fortalece la coalición padre-hijos. En la quinta sesión la madre plantea claramente que no quiere divorciarse y el padre condiciona la continuidad del matrimonio a un mejor comportamiento de la madre con los hijos. Los terapeutas deciden emplear un ritual. Se les pide que durante tres días a la semana y por una hora, el padre le dirá a la madre cómo tiene que actuar con los hijos. El padre tomará nota de si la madre se comportó de acuerdo a sus instrucciones, y después, y a solas, discutirán las notas. Durante otros tres días, la madre prescribirá las reglas y el padre las ejecutará, la madre tomará notas que serán discutidas en la misma forma. El séptimo día se conducirán de la manera habitual. El ritual permitirá a la madre aceptar las condiciones del marido sin sentirse humillada y, además, saborear una posición inédita: la de ocupar una posición superior. Con respecto al padre, le permitirá realizar aquello que demanda: la necesidad de que la madre se conduzca de manera diferente. A la vez la prescripción bloquea la coalición padre/hijos, al ponerle a cargo de *cómo la madre ejecuta la tarea*, no de los hijos. Al mismo tiempo, les permite experimentar las ventajas de un nuevo contrato matrimonial basado en un diferente «quid pro quo»: si tú te por-

tas bien con los hijos, yo me portaré bien contigo.

Finalmente, las intervenciones atípicas, como su nombre indica, son raramente utilizadas. Su frecuencia es mayor en equipos que, siguiendo las directrices del de Milán, están frecuentemente impactados por las ideas de la Terapia Estratégica (HALEY y MADANES), o/y del MRI de Palo Alto. No existe un esquema formal a seguir en este tipo de intervenciones, su límite se encuentra allí donde termina la inventiva y creatividad de los terapeutas. En cualquier caso puede decirse que estas intervenciones ofrecen a la familia una *metáfora* de lo que les está ocurriendo. Aquellos casos en los que las prescripciones directas han fracasado; en los que se duda, da la motivación para el cambio, en los que existe mala relación con el terapeuta, en los que se da una fuerte tendencia a racionalizar, son candidatos para estas técnicas. Es difícil encontrar buena literatura al respecto, el lector interesado es remitido a un trabajo de HALEY (1980) y varios de MADANES (1980a y b, 1983, 1984).

Veamos un ejemplo. A un paciente con una enorme capacidad de racionalizar y cuya conducta se caracterizaba por un constante emprender y renunciar, se le dio la siguiente intervención final en forma de metáfora: «mis compañeros me piden te cuente la siguiente historia. Un hombre decide construirse una casa al lado de un río, elige el lugar y se pone a cavar para hacer los cimientos, cavando descubre que hay otros cimientos anteriores, decidiendo removerlos para asegurar

los suyos, en este trabajo vuelve a encontrar nuevos cimientos, los vuelve a remover y sigue cavando encontrando más cimientos, etc.». Las metáforas son profundamente utilizadas por terapeutas seguidores de las técnicas de MILLON ERICHSON. Su efecto terapéutico se deriva de su capacidad para burlar el control lógico e impactar la parte creativa de la personalidad movilizándola.

Recientemente, MARA SELVINI y GIULIANA PRATA, trabajando con independencia de BOSCOLO y CECCHIN, han desarrollado un tipo de intervención llamado «invariante», sus implicaciones son tan importantes que desbordan el marco de un trabajo como el presente, mereciendo un estudio aparte.

Una vez se ha ofrecido a la familia la intervención, los terapeutas vuelven a reunirse y evalúan las reacciones que han observado. De esta manera se cierra el círculo, pues esa información servirá para desarrollar nuevas hipótesis en la siguiente entrevista (ver fig. 1). Es difícil evaluar el impacto que estas post-sesiones tienen en la intervención. Una cosa parece segura: sirven para perfeccionar la manera en que las intervenciones son dadas y a la vez recogen información sobre *aquello que fue desencadenado*. En cualquier caso parece que su efecto, si lo hubiera, es muy indirecto.

¹ Como se sabe el grupo de Milán se encuentra en la actualidad escindido, nuestro trabajo recoge el tipo de entrevista característico de los hombres, Luigi BOSCOLO y Gianfranco CECCHIN.

BIBLIOGRAFIA

DOHERTY, W. J.: «Cognitive Processes in Intimate Conflicts: I. Extending Attribution Theory y II. Efficacy and Learned Helplessness». *The Journal of Family Therapy*. 1981, vol. 9, n.º 1 y 1981, vol. 9, número 2.

HALEY, J.: *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu ediciones, 1980.

JONES, E. E. et al.: *Attribution: Perceiving the Causes of Behavior*. General Learning Press, 1972.

MADANES, C.: «Marital Therapy when a Symptom is Presented by a Spouse». *International Journal of Family Therapy*, 1980, vol. 2, n.º 2.

— «Protection Paradox and Pretending». *Family Process*, 1980, vol. 19, n.º 1.

— *Strategic Family Therapy*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1981.

— *Behind the One-Way Mirror*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1984.

PALAZZOLI, M. S. et al.: «A Ritualized Prescription in Family Therapy: Odd Days and Even Days». *Journal of Marriage and Family Counseling*. July, 1978.

Id. et al.: *Paradox and Counterparadox*. New York: Jasson Aronson, 1978.

PALAZZOLI, M. S.: «Why a Long Interval between Sessions», en *Dimensions of Family Therapy* de ANDOLFI y ZWERLING. New York: Guilford Press, 1980.

PALAZZOLI, M. S. et al.: «The Problem of the Referring Person». *Journal of Marital and Family Therapy*. Enero, 1980, vol. 6.

Id. et al.: «Hypothesizing-Circularity-Neutrality: Three Guidelines of the Conductor of the Session». *Family Process*, 1980, vol. 19, n.º 1.

PALAZZOLI, M. S.: Comentario al artículo de Paul

F. DELL: «Some Irreverent Thoughts on Paradox». *Family Process*, 1981, vol. 20, n.º 1.

PALAZZOLI, M. S. y PRATA, G.: «Snares in Family Therapy». *Journal of Marital and Family Therapy*, 1982.

PALAZZOLI, M. S.: «The Emergence of a Comprehensive Systems Approach». *Journal of Family Therapy*, 1983, vol. 5.

PALAZZOLI, M. S. et al.: «Family Rituals: a Powerful Tool in Family Therapy». *Family Process*, 1979.

RICCI, C. y PALAZZOLI, M. S.: «Interaction Complexity and Communication». *Family Process*, 1984, volumen 23, n.º 4.

SUÁREZ, T. y ROJERO, C.: «La creación del contexto terapéutico durante la primera entrevista». III, Encuentros de Terapeutas Familiares. Segovia, 1982.

RESUMEN

El artículo recoge lo que de intención de cambio hay en el tipo de entrevista utilizado por el equipo de Milán. Se concluye que la definición del contexto terapéutico juega un importante papel, pues implica aquellas creencias que tanto el terapeuta como el modelo de escuela sostiene sobre *cómo* el paciente se debe recuperar, de esta forma toda intervención posterior cobra sentido en este contexto. Se analiza el proceso de obtención de datos, entendiéndose que dicho proceso puede producir un cambio en la medida en que introduce información nueva en el sistema familiar. Finalmente, se presenta un cuadro de las intervenciones finales, estudiándose sus principales modalidades y ofreciéndose sugerencias sobre en qué ocasiones utilizarlas.

SUMMARY

This paper is devoted to study the intention of the change in the Milan type of interview. It is concluded that the definition of the context plays a very important role because it defines *how* the patient should be healed. The process of getting information is analyzed, it is assumed that this process is able to produce a change as long as some new information is introduced within the family system. Finally, both a typology of final interventions and some suggestions about when they should be used are offered.

PALABRAS CLAVE

Terapia de Familia; Contexto Terapéutico.