

*La importancia del contexto
en la psicosis infantil
«Yo, Ramón, soy un esquizofrénico»*

BLANCA BLANCO VELASCO ¹
JOSÉ ANTONIO ESPINA BARRIO ²

1. INTRODUCCIÓN

Esta terapia se desarrolla dentro de un Programa de Terapia Familiar en un Centro de Salud Mental. El programa se inició en 1988, coincidiendo con la inauguración de un Centro de Salud de Atención Primaria y Especialidades (Alonso de Vega, Blanco Velasco y Espina Barrio, 1990). En el momento de la Terapia Familiar el Programa es llevado por los autores del trabajo y dedica parte de un día a la semana a este trabajo (hasta las 12,30 h.), se realizan dos sesiones de Terapia Familiar (TF) cada día y cada una consta de las siguientes etapas: una presesión, la sesión con la familia y la postsesión.

La derivación al Programa de Terapia Familiar proviene:

- Directamente por el Médico General o por el Pediatra de los Equipos de Atención Primaria.
- Por cualquier miembro del propio Equipo de S. Mental.
- Por la valoración del Equipo de S. M. ante la primera demanda de atención.

1 Asistente Social. Orientadora Familiar. Miembro de la A.E.N.

2 M. D. Psiquiatra. Miembro de la A.E.N., Presidente de la Asociación Española de Psicodrama y Profesor de Terapia Familiar en Escuela Universitaria de la CC. de la Familia en Valladolid.

Ambos forman el Equipo de Terapia Familiar del Centro de Salud Mental «Arturo Eyries», 1.º Sector de Salud Mental de la Diputación, Puerto Rico, s/n. 47014 Valladolid.

- Por cualquier institución pública, sanitaria o no, y que se refiera a una familia que viva en el Sector del Centro de Salud Mental.

Somos conscientes de la importancia de la persona derivante, de ahí que se le preste una gran atención que incluye una invitación a estar con el Equipo al otro lado del espejo, es decir que se procura hacer la terapia *con* el derivante.

Se comienza siempre con una información del derivante, que se amplía con el primer contacto, directo o telefónico, de un miembro del Equipo. Este contacto tiene un doble objetivo:

- a) completar la información que se precise;
- b) informar sobre cómo vamos a trabajar: sala con espejo unidireccional, sesiones de una hora aproximada de duración mensuales y con un total de cinco sesiones y una revisión a los seis meses de terminada la terapia. Se les indica las personas que deben acudir a la primera sesión (siempre se solicita que acudan personas que conviven en el Hogar) y que esta sesión será de evaluación de la situación en la que se encuentra la familia, ofertándoles, a partir de ahí y si se ve preciso, las cinco sesiones. Se les dará un contrato que firmarán, en caso de aceptarlo, ambas partes.

En base a estas informaciones, el Equipo en la fase previa o pre-sesión elabora una hipótesis como fundamento de la investigación en la sesión, que intentará verificar a lo largo de la misma. La función de la hipótesis es servir de guía para nuevas informaciones, que a su vez las confirmarán, rechazarán o modificarán. Además, la hipótesis en el desarrollo de la sesión ayuda a garantizar la actividad del terapeuta, le sirve para rastrear las pautas relacionales incluyendo a todos los miembros de la familia, ya que la hipótesis es sistémica.

La primera sesión tiene una fase social donde el terapeuta se presenta e invita a todos a hacer lo mismo. Se les explica el lugar de trabajo o la sala (espejo, micrófono, etc.), cómo se trabaja (en equipo, con el espejo y micrófono, pudiendo intervenir con las llamadas). Se les explica también que al final de la entrevista habrá una pausa, pasando el terapeuta con el resto del Equipo para comentar la sesión y devolverles alguna conclusión o indicación sobre su problema.

Esta es la fase que el grupo de Milán llama de orientación. Después se pasa a la obtención de datos, centrando el interés en descubrir cual es el problema ahora para la familia, siguiendo una técnica de entrevista circular, donde se hacen las mismas preguntas a todos y en las que a un miembro se le pide información sobre otro miembro presente, con lo cual se asegura una mayor neutralidad, quedando contrapesadas todas las informaciones (Selvini y Boscolo, 1980). La obtención de datos en la entrevista tiene por objetivo: verificar o invalidar las hipótesis y descubrir el mapa de relaciones familiares. Estos

objetivos nos ayudan a entender cómo el sistema familiar está generando y manteniendo el síntoma y la función homeostática del mismo en la familia.

Antes de finalizar la entrevista el terapeuta pasa con el resto del Equipo otro lado del espejo para, conjuntamente, elaborar la intervención. Esta intervención, en nuestra metodología de trabajo, va a ir iniciada por una connotación positiva de la conducta mostrada por la familia en la sesión. Otras intervenciones que frecuentemente utilizamos son:

- La redefinición del síntoma.
- La prescripción del síntoma, sobre todo en casos de niños (tics.) y en casos de duelo. Mientras que en los problemas de adicción se prescribe la interrupción del síntoma.
- Los rituales o exigencia de ejecución de unas conductas determinadas, señalando lugar, tiempo y modo de realización. El objetivo de este tipo de intervención es conseguir una conducta nueva en el sistema familiar, que, al repetirla, acabará produciendo algún tipo de respuesta.

Estas son las intervenciones más usuales que se aplican, sin excluir otras que el Equipo valore, de acuerdo con las características del caso y momento de la terapia.

Realizada la intervención, se da la fecha de la siguiente sesión y el terapeuta se despidе de la familia, pasando él con el resto del Equipo para efectuar la post-sesión. El objetivo de la post-sesión es evaluar la intervención y la respuesta de la familia a ella. Esto junto con los datos más relevantes observados en la sesión, nos dan la información necesaria para formular una hipótesis que servirá de guía en la siguiente sesión y en el diseño de nuevas intervenciones, así hasta que el problema desaparezca o se llegue a la quinta sesión. En esta última entrevista se pide a la familia un resumen de los logros alcanzados y se les pide que elaboren metas concretas a conseguir a corto plazo.

Finalizadas las sesiones, se les recuerda que a los seis meses se les citará por carta para tener una única sesión de revisión, no de terapia. El objetivo es conocer y evaluar el cambio que se ha producido en la familia.

A lo largo del programa, las cinco sesiones se han alargado, de mutuo acuerdo, a diez con muy pocas familias, siendo el problema manifiesto las toxicomanías o las psicosis. Se busca focalizar el problema, llegar a un cambio rápido y en pocas sesiones. De ahí la insistencia del Equipo de TF de connotar positivamente y de atribuir las mejoras *siempre* a la familia. La periodicidad y el número de sesiones hace que el modelo de cambio sea discontinuo y fuera de las sesiones.

2. ANÁLISIS DE LA DEMANDA COMO PRIMERA MARCA DE CONTEXTO

La demanda proviene desde el *Sistema Educativo*, en concreto del Equipo Psicopedagógico del Ministerio de Educación y Ciencia (MEC). En esos momentos Ramón (R.), de 12 años, es atendido en ese equipo por las dificultades que presentan sus disconductas en el aprendizaje e integración escolar, siendo temido y rechazado por los compañeros, profesores y familiares de alumnos. Esta situación viene dada por su carta de presentación ante sus compañeros de clase: «Yo Ramón, soy un esquizofrénico».

Ramón es el mayor de dos hermanos y su familia de origen está constituida por cuatro miembros:

- Mariano (padre), 36 años.
- María (madre), 34 años.
- Ramón (paciente identificado), 12 años.
- Claudia (hermana), 10 años.

Comenzó a presentar conductas extravagantes desde Preescolar: niño solitario, no jugaba con otros, se entregaba a juegos extraños (cavaba en la tierra y decía «salen los demonios...»). Excesiva imaginación y fantasía: «Se han muerto mis padres, soy amigo de los judíos». Tenía su mundo aparte, a su aire, no era agresivo. Muy inquieto, en constante movimiento, molestaba a los demás, provocaba, pero sin llegar a agredir. Sólo ha tenido un amigo, al que dirigía y manejaba.

A partir de 5.º de EGB se agravaron dichas conductas, unido a falta de interés total por las tareas escolares, negándose a realizar actividad alguna; manifiesta gran hostilidad ante compañeros, profesores, etc. A la única persona que estima es a la madre, aunque de forma ambivalente. No obedece a nadie y adopta posturas de enfrentamiento y provocación. Se plantea su ubicación en un Aula de Educación Especial de mayores, que funcionaba en régimen cerrado. En ella estudió todo el curso, logrando una buena adaptación y un rendimiento escolar adecuado. A final de curso se acordó que promocionarse a 6.º Nivel.

En el Curso 90-91 comienza a asistir a una clase normal de 6.º EGB. Muestra grandes dificultades de adaptación a la dinámica del trabajo del aula, negándose a realizarlo y ocasionando con sus conductas graves alteraciones en la marcha del trabajo escolar, por lo que se decide el apoyo del profesor de E. Compensatoria en un grupo de alumnos más reducido. La no mejora de la situación de R. lleva a plantear a los profesores y equipo directivo la no conveniencia de su asistencia al Colegio.

Se solicita al Equipo de Psicopedagógico del MEC que: el Equipo de M. de Conducta acoja a R., en el Aula que dirigen, por la mañana y por la tarde asista al Centro con el profesor de E. Compensatoria en grupo pequeño.

Esta es la situación a nivel escolar en la que se encuentra R. en el momento que se hace la demanda al Equipo de Terapia de Familia.

Paralelamente a este recorrido escolar, a lo largo de los dos últimos años se produce otra deambulaci3n por el *Sistema Sanitario*: del Centro de Salud correspondiente, es enviado a la Unidad de Paidopsiquiatría del Hospital para valoraci3n y posible tratamiento, señalando en el motivo de la consulta «Alteraciones de la personalidad».

La impresi3n diagn3stica es «perturbaci3n grave de la organizaci3n de la personalidad» (psicosis de expresi3n tardía, seg3n R. Mises, con algunas manifestaciones de tipo neur3tico obsesivo, incluso hist3rico que caben dentro de esta entidad). Seg3n la D.S.M. III, se podría incluir dentro de los «Trastornos esquizotípicos de la personalidad». La orientaci3n terapéutica señala: «Dadas las características del trastorno que presenta R., creemos que lo más conveniente sería una psicoterapia de inspiraci3n analítica realizada por un psicoanalista que haga terapia de ni os. Dicha psicoterapia no se le puede realizar en nuestra Unidad por no existir personal especializado, ni tenemos conocimiento de que exista en nuestra ciudad a nivel institucional establecido este tipo de tratamientos».

Ante esta orientaci3n y respuesta, la familia «se mueve» y consigue que el sistema de Salud P3blica les financie durante un a o su asistencia psicoterapéutica de orientaci3n psicoanalítica. Tras un perío do de estabilizaci3n de ocho meses vuelve a presentar, seg3n informe del terapeuta, «síntomas productivos de tipo delirante».

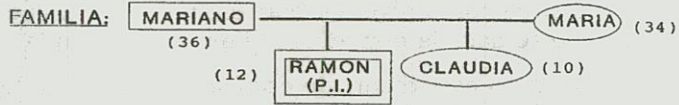
Desde el Equipo Psico-pedag3gico del MEC plantea al psicoanalista que le trata una reuni3n conjunta con profesores, equipo directivo y el psicopedag3gico. Esta puesta en com3n no llega a realizarse. A la vez surgen problemas de financiaci3n de la psicoterapia individual.

El Equipo del MEC hace la demanda al Equipo de Terapia de Familia en base a:

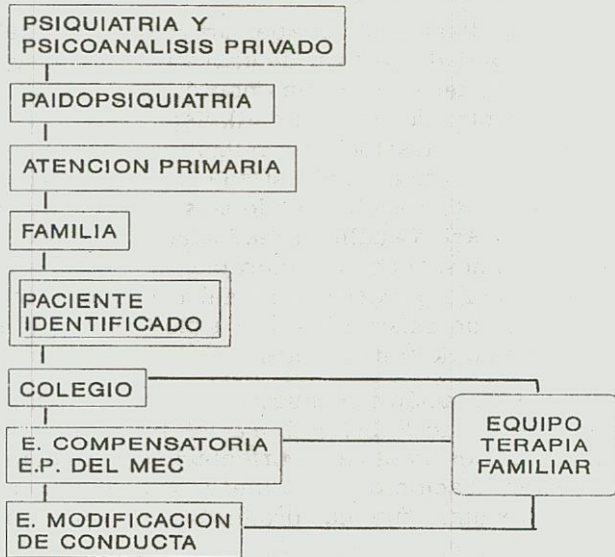
- La difícil situaci3n familiar.
- La compleja y difícil escolarizaci3n.
- La situaci3n psíquica de R., que, a partir de ahora, va a ser atendida por el Paidopsiquiatra del Hospital.

Propone al ETF que se haga cargo de la familia, porque, desde su punto de vista, la intervenci3n psiquiátrica y psicol3gica no ha funcionado y, adem3s, puede haber problemas de financiaci3n.

El ETF analiza el contexto con el EP del MEC y acuerda que sea el EP del MEC quien plantee ese cambio de asistencia a la familia y que, si ésta acepta, sea ella la que haga la demanda. De esta manera se delimitan los dos contextos de atenci3n y se convierte a la familia en portadora de demanda, en vez de entidad delegante como hasta ahora había sido.



CONTEXTO INICIAL DE LA SITUACION FAMILIAR



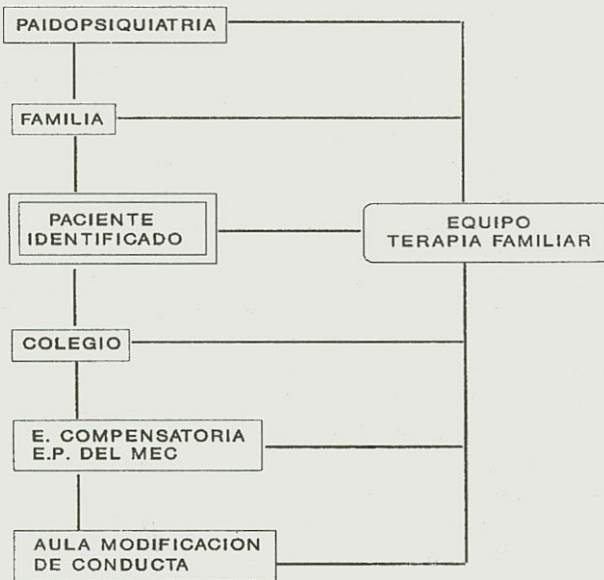
El estudio conjunto de la demanda fue un factor determinante a la hora de recibir a la familia. La demanda (ver gráfico) parte del sistema educativo, que está en desacuerdo con el sistema sanitario. El sistema familiar se encuentra de acuerdo con esa atención privada extraordinaria, ya que satisface los deseos del niño y de la madre. Lo que se pide al Equipo de TF es un acto que va en contra del sistema familiar, lo cual va a repercutir en una falta de encaje entre ambos sistemas (familia y equipo TF). Por otra parte, el sistema sanitario no puede quedarse al margen de la intervención y es necesario contar con él. Este análisis del contexto produce las siguientes conclusiones:

- Es necesario que el EP del MEC contacte con Paidopsiquiatría (derivante a entidad privada) para contrastar la mala evolución de R. y buscar nuevas alternativas, como la terapia familiar. Si Paidopsiquiatría está de acuerdo en invitarla a las sesiones, sugerir plantee la posibilidad a la familia y proceder al siguiente paso.
- El EP del MEC contacta con la familia e indaga sobre los resultados del tratamiento privado, informa de la evolución escolar y, si encuentra resquicios, sugiere la alternativa de TF.

De esta forma se reencuadra un contexto poco favorecedor para una terapia, plagado de sistemas entorpecedores y derivaciones dispersas, y se convierte en un campo iluminado hacia un fin, que es el crecimiento y evolución de la familia.

Dada la complejidad del caso y las diversas intervenciones en el mismo de otros sistemas, el ETF propone una reunión conjunta que el Equipo MEC se encarga de convocar: Paidopsiquiatría, Equipo Modificación de Conducta, Equipo MEC, director del Centro Escolar, profesor de Apoyo, profesora de E. Compensatoria, ETF. Asisten además varios inspectores y delegado del MEC. Es una reunión de coordinación de unas 20 personas y, como suele ocurrir en ellas, todas las instituciones se dedicaron a mostrar lo bien que lo habían hecho, que el asunto no era de su competencia y si no hicieron más fue por falta de medios, que se apresuran a reclamar, sobre todo aquellas entidades que tienen a sus jefes en la reunión. Pero el objetivo nuestro no era llegar a una imposible coordinación sino la detección de las personas más afines a R. y su familia, o a quienes los diferentes sistemas habían delegado como miembros de atención directa. Por eso elegimos a Paidopsiquiatría y al profesor de Compensatoria, además de los derivantes EP del MEC y Aula de Modificación de Conducta. A todos ellos les invitamos a observar la terapia con nosotros, porque sus sugerencias nos eran muy necesarias para la buena marcha de la TF y los necesitábamos como colaboradores.

EN TERAPIA FAMILIAR



Antes de empezar las sesiones se ha creado un contexto de trabajo (ver gráfico), donde todas las instancias son necesarias para el desarrollo de la TF. Se ha logrado un acoplamiento entre el ETF y los derivantes, que augura un fructífero encuentro con la familia. Este contexto es la sólida base sobre la que se basa la terapia: sin ella sólo se puede pronosticar un fracaso. Se han neutralizado posibles interferencias, que se han convertido en valiosos aliados.

De esta reunión se obtienen los datos antes expuestos y se clarifica la demanda, llegando a los siguientes acuerdos:

- El EP del MEC conectará con la familia de R. para que se pongan en contacto con el Equipo TF e inicien la evaluación.
- El Paidopsiquiatra se compromete a seguir tratamiento individual con R.
- A R. se le mantendrá en el Centro Escolar apoyado por profesor de Compensatoria y asistido por el Equipo de modificación de Conducta en su Programa.

Los resultados de este análisis crean un contexto de trabajo catalizado por todas las instituciones intervinientes, que van a ser los cimientos de todo el trabajo posterior.

3. RESUMEN DEL PROCESO DE TERAPIA

No nos extendemos en la descripción de la terapia (evaluación inicial, sesiones y revisión), que será objeto de otro trabajo teórico-práctico, sino que sintetizamos la información y finalizamos con la revisión.

Tras un contacto telefónico se hicieron dos sesiones de evaluación, donde se comprobó la sintonía entre la Familia y el ETF. Después se realizaron 10 sesiones mensuales, varias de ellas sólo con los padres. Se utilizaron diversas intervenciones, entre las que se encuentran la prescripción invariable, el secreto, técnicas de reestructuración y rituales. Gracias a ellas la madre fue tomando distancia del hijo, el padre se unió más a R. y la hija pudo reclamar su *status* como tal: abandonar el de «pequeña psicóloga» y reclamar, como hija, las atenciones de la madre. Ramón intentó jugar al principio, pero rápidamente encontró que su juego era redefinido y jugado por el terapeuta, con lo que encajó rápidamente en la terapia. De una postura displicente pasó a una actitud colaboradora, que se evidenció en los progresos escolares y en su interacción en casa.

Los componentes de las diversas instituciones, invitados a estar con nosotros detrás del espejo unidireccional, han mantenido su asistencia y juntos, «todos implicados», hemos podido seguir y luchar por el cambio, al conseguir sentirnos con la familia un sistema acoplado, cuyos resultados sólo podían ser terapéuticos. Comprendieron mejor

las dificultades de la familia, pudieron ayudarles mejor fuera de las sesiones y, lo que es más importante, colaboraron con nosotros en la observación y en el diseño de las intervenciones. De esta manera se convirtieron en copartícipes de la TF, siendo unos eficaces colaboradores de los procesos de cambio, en vez de entorpecerlos. Ayudaron a los padres a diseñar tareas extraescolares, favorecieron la salida de R. a un campamento y le acompañaron en su mejora escolar, retirando el apoyo que ya no precisaba.

Gracias a ello, hoy R. no se presenta «como un esquizofrénico», la familia no gira en torno a la enfermedad, sino a la evolución normal y en el colegio las actitudes de temor y rechazo por parte de compañeros, familia y profesores se han transformado en las habituales frente a un alumno más. Pero todo esto se verá en el siguiente apartado.

4. REVISIÓN Y CONCLUSIONES

Las sesiones de revisión se hacen a los seis meses, pero como esta terapia acabó en abril, se decidió, de acuerdo con la familia y los derivantes, prolongarla a los ocho meses. La razón fundamental es que en diciembre ya se tienen datos sobre la adaptación de Ramón al colegio en el curso siguiente, lo cual pronostica su posible evolución a lo largo de todo el curso.

Esta única entrevista sigue un modelo que denominamos Hoja Telefónica, porque si la familia no acude se la entrevista telefónicamente. Se estandarizó este modelo para evaluar los resultados del programa, algunos de los cuales ya se han publicado (Espina Barrio y Blanco Velasco, 1992).

Pensamos que la revisión es un aspecto imprescindible para conocer y evaluar el impacto y el tiempo de nuestras intervenciones. En el modelo que seguimos, basado en hipótesis que se confirman o no, la revisión es un procedimiento más del modelo, pero toda TF, independientemente del modelo que siga, debe seguir un proceso de evaluación si quiere progresar dentro del campo de la ciencia y sobre todo abandonar el terreno exclusivo de la práctica «porque siempre se ha hecho así o porque lo dice el maestro», ya que este terreno es más propio del curanderismo que de la psicoterapia. Es cierto que la evaluación de una psicoterapia es difícil, ya que los factores intervinientes son muchos y a veces colaterales. Todavía lo es más si es una psicoterapia de grupo o de familia, pero hoy día ya se han diseñado programas de investigación para las primeras (Contandriopoulos et al., 1991) y uno de nosotros ha investigado la evolución de la psicoterapia de grupos comparando grupos terapéuticos con grupos de formación (Espina Barrio, 1992). En el ámbito de la TF, Feixas y Villaplana (1990) han diseñado una parrilla de evaluación familiar, que debe mucho, sin nombrarla, a la sociometría de Moreno Jacob Levy (1962),

aunque parte de unos supuestos constructivistas. Sobre el estatuto científico de la TF hay un interesante capítulo en el libro de Navarro Góngora (1992), donde comenta las dificultades y el interés que este tema suscita.

Acuden todos los miembros de la familia. Los padres comentan que han hecho pocas salidas, pero han decidido cambiarse de casa a un pueblo cercano y que los niños vayan a clase en autobús. Los hijos han superado los problemas escolares, Ramón está más integrado y Claudia ha superado el cambio de ciclo escolar. Los dos recuerdan con agrado el «día de los hermanos», aunque salen más a gusto el «día de la familia», de creación propia, y que surge de la prescripción invariable a los padres, que denominaron el «día de los padres», y de la redefinición de quedarse los hermanos solos, que llamamos «día de los hermanos». Este hecho muestra cómo el acoplamiento familia-sistema terapéutico logra actividades creativas que incrementan el bienestar familiar, incluso después de acabar la TF.

En cuanto a la evaluación, la media de la familia supera el 9, las dificultades las han resuelto ellos. No han existido cambios en la familia excepto el de domicilio que es previsto como enriquecedor.

La *intervención final* devuelve el progreso observado en todos y cada uno de los asistentes, así como su capacidad creativa y forma de afrontar los problemas. Se acaba insistiendo en mantener el «día de los padres y hermanos», lo que no impide que sigan con el de la «familia».

Una idea del cambio producido la dan los dibujos de la primera y última sesión de los hijos: en ellos R. ha pasado de la pura abstracción a realizar dibujos figurativos, que presenta sin desprecio a sus padres.

En esta sesión acudieron, como observadores, los miembros docentes y también la paidopsiquiatra que atienden a Ramón. Todos confirmaron previamente la evaluación que se iba a realizar y fueron agentes de cambio a lo largo del proceso terapéutico, como ya se ha comentado.

Esta terapia de familia no hubiera sido tan exitosa sino se hubiera analizado previamente el contexto de ayuda realizado. Esto sirvió para clarificar la demanda y coordinar la asistencia. La clarificación del contexto es la base que ha permitido el acoplamiento y la intervención del equipo terapéutico con la familia. De ahí la importancia de analizar exhaustivamente el contexto de ayuda a las familias con múltiples problemas, ya que el análisis permite conocer y ordenar las múltiples ayudas que las instituciones proporcionan a estas familias y este hecho constituye un acto terapéutico por sí mismo; además, el conocimiento de las diferentes ayudas permite diseñar una estrategia de red social, en el sentido de Beck, por la que la familia sólo tiene una opción, que es el cambio.

Otro factor determinante ha sido la permanencia constante del equipo pedagógico y escolar en la observación. Esto nos permitió aclarar malentendidos y, sobre todo, catalizar las intervenciones. Se logró una sinergia entre el equipo terapéutico, la familia y el equipo docente, que colaboró al unísono en la consecución de los objetivos. El inconveniente más grave es guardar el secreto de lo ocurrido en las sesiones. A pesar de la profesionalidad de los asistentes nos ha parecido imprescindible hacer una hoja de secreto profesional donde, por escrito, se da cuenta explícita de la obligación de mantener dicho secreto.

En la terapia familiar de las psicosis hemos encontrado una confusión e inseguridad en la comunicación, de ahí la importancia de mantener las prescripciones y aceptar un modelo de cambio más pausado que el de otros problemas situacionales. Las sesiones pueden parecer ubicadas en una meseta y, por ello, parecer pesadas para el monitor; pero esto no debe interpretarse como un fracaso terapéutico, sino como un tiempo más lento que en otras familias. De lo ocurrido en esta terapia se deduce que lo fundamental es el establecimiento de la relación y luego adaptarse a aquella temporalidad que no resulte amenazante para la familia, pero no acabamos sin recalcar la importancia del análisis y trabajo con el contexto, ya que esto clarifica los mensajes y los dirige hacia un mismo fin: la recalificación y mejora de las relaciones familiares.

BIBLIOGRAFIA

- Alonso de la Vega, J., Blanco Velasco, B., y Espina Barrio, J. A., *Programa de Terapia Familiar en un Centro de Salud Mental-La Realidad a través del espejo*, IX Reunión de la Asociación Castellano-Leonesa de Psiquiatría, 1990, p. 22.
- Contandriopoulos, A. P. et al., *Preparar un Proyecto de Investigación*, S. G. Editores, Barcelona, 1.ª ed., 1991, p. 270.
- Espina Barrio, J. A., y Blanco Velasco, B., 'La revisión en un programa de terapia familiar en un centro de salud mental', *Vínculos, Revista de Psicodrama, Terapia Familiar y otras Técnicas Grupales*, n. 4, invierno 1992, pp. 67-80.
- Espina Barrio, J. A., *Evolución Sociométrica de Grupos Psicodramáticos: Terapéuticos y de Formación*, tesis doctoral, Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid, 1992, p. 505.
- Feixas i Viaplana, G., 'Evaluación familiar constructivista: La vertiente epistemológica, teórica y metodológica de un modelo integrador', *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, año X, n. 35, octubre-diciembre 1990, pp. 487-506.
- Moreno, J. L., *Fundamentos de la Sociometría*, «Biblioteca de Psicología Social y Psicología», Paidós, Buenos Aires 1962, p. 440. Título original *Who Shall Survive?* Traducido de la versión francesa de

- 1954, titulada *Fondaments de la Sociométrie*, por J. García Bouza y Saúl Karsz.
- Navarro Góngora, J., *Técnicas y Programas en Terapia Familiar*, «Paidós Terapia Familiar», n. 54, Paidós, Barcelona 1992, p. 329.
- Selvini, M., Boscolo, L. et al., 'Hipótesis-Circularidad: Tres líneas maestras para el conductor de la sesión', *Family Process*, vol. 19, n. 19, 1980, pp. 3-17.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G., y Prata, G., *Paradoja y Contraparadoja. Un nuevo modelo en la terapia de familia a transacción esquizofrénica*, A.C.E., Argentina, 1982, p. 167. Traducido de la V.O. por Susana Frondizi de Bullrich.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., y Sorrentino, A., *Los juegos psicóticos en la familia*, «Grupos e Instituciones-Terapia Familiar», Paidós, Barcelona, vol. 28, 1990, p. 288. Traducido de la V.O. italiana de 1988 por Beatriz E. Anastasi de Lonné.

SUMMARY

The article describes the conditions of the Programme of Family Therapy: history, background, human and material resources and theoretical presuppositions. It uses the single case model to describe the importance of analysing the request establishing a context and basis on which to begin the therapeutic relationship, even before seeing the family.

It sums up the therapy process, analysing what was prescribed and the family's answers.

Finally, it comments on review and its importance in the whole programme of family therapy, given that is the only way to check the result of interventions and their lasting effectiveness.