



---

UNIVERSIDAD DE PALERMO  
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales  
Licenciatura en Psicología

**Intervenciones sistémicas aplicadas en un caso de familia multiproblemática, en ciclo vital adolescente con riesgo de adicción**

---

Alumno: **Taitelbaum, Ulises**

Tutora: **Wittner, Valeria**

# Índice

---

<b>1 Introducción</b> .....	2
<b>2 Objetivos</b> .....	4
<b>3 Marco Teórico</b> .....	4
3.1 La terapia familiar sistémica.....	4
3.2 Sistema familiar, ciclo vital y adolescencia.....	7
3.3 Adolescencia, familia multiproblemática y abuso de sustancias.....	8
3.4 El modelo estructural de terapia familiar -conceptos centrales- .....	10
3.5 Intervenciones de la terapia familiar estructural .....	15
3.5.1 intervenciones generales: coparticipación y diagnóstico.....	15
3.5.2 Intervenciones específicas: reencuadramiento, reestructuración y realidad familiar.....	17
3.6 Contexto y cambio.....	22
<b>4. Metodología</b> .....	23
4.1 Participantes.....	23
4.2 Instrumentos.....	23
4.3 Procedimiento.....	24
<b>5. Desarrollo</b> .....	25
5.1 Presentación del caso.....	26
5.2 Objetivo 1: descripción de la estructura familiar.....	28
5.3 Objetivo 2: intervenciones sistémicas aplicadas al caso.....	35
5.4 Objetivo 3: cambios observados en la estructura familiar.....	42
5.5 Objetivo 4: propuesta de futuras intervenciones.....	44
<b>6. Conclusiones</b> .....	46
<b>7. Referencias bibliográficas</b> .....	48

## 1. Introducción

---

La institución elegida para realizar la práctica y habilitación profesional es la Escuela de psicología cn enfoque sistémico, que desarrolla programas para la formación de profesionales, asistencia clínica e investigación. Se encuentra situada en el barrio de Palermo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Entre las actividades destacadas de la institución se encuentran: el área de formación e investigación en Psicología clínica (terapia individual, pareja y familia) desde el modelo sistémico y un departamento de asistencia que atiende a más de 900 pacientes cubriendo distintos tipos de trastornos y programas de promoción de salud, prevención y atención comunitaria.

El pasante participa 280 horas en los diferentes programas y actividades de la institución como ser:

1) Observación de Cámara Gesell. Se observan pacientes asistidos en la escuela, formando parte del equipo terapéutico. Se realiza un activo intercambio en la pos-sesión, con el terapeuta, acerca del diagnóstico y las intervenciones aplicadas al caso.

2) El centro de internación de menores adictos en situación de calle. Aquí se forma parte del equipo de atención, previa entrevista con el equipo directivo.

3) Área de prevención comunitaria: atención de familias de escasos recursos económicos en la institución, espacio de formación e investigación.

4) Asistencia a los ateneos presentados en la institución durante el periodo de pasantía.

5) Entrenamiento en la mirada sistémica, un espacio que invita a la reflexión y discusión del abordaje, técnicas y estrategias, construcción de hipótesis y planificación de casos.

El caso elegido para el presente trabajo es una familia atendida por profesionales de la institución hace 2 años por múltiples motivos de consulta, la cual es derivada por el gabinete psicológico de un secundario publico por la hija menor de catorce años, producto de una denuncia por conductas violentas del padre.

Mi incorporación en la cámara Gesell, se produce a 2 años del inicio del proceso psicoterapéutico, en el momento en que la pareja (D y A), plantea una significativa preocupación por T, el paciente identificado (PI), por un cuadro de

abuso de sustancias, la recurrencia al consumo de drogas, las conductas incontrolables en torno al cuadro y el riesgo del pasaje de T a la fase de adicción.

La psicoterapia familiar abordada en el presente trabajo es la *Psicoterapia Sistémica*, ésta entiende los problemas desde una perspectiva en donde los problemas y las personas se encuentran inmersos en sistemas más amplios como lo es la familia (Haley, 1976). Uno de los lineamientos principales de este enfoque es que el paciente identificado (entiéndase la persona que presenta el problema) no es el problema, ni es un paciente aislado, sólo se considera portador de un síntoma emergente de algún problema del sistema familiar (Andolfi, 1989; Umbarger, 1987).

El modelo estructural de terapia familiar sistémica es una opción de análisis e intervención terapéutica con base en el cual se considera a la familia como un sistema abierto, con patrones de interacción (estructura familiar) que determinan las relaciones entre sus miembros (Minuchin, 1974). El terapeuta estructural trabaja en la modificación de los patrones de la organización disfuncional de la estructura familiar de forma que permita a las familias desarrollar eficazmente sus tareas y afrontar de manera funcional las tensiones cotidianas que se producen. Con la reorganización familiar se espera que el problema desaparezca (Umbarger, 1987).

Cancrini (1982) desarrolló los primeros trabajos de investigación que consiguieron avivar el interés psicoterapéutico en el campo del abuso y las adicciones y en donde se puso de manifiesto la influencia de los factores familiares en las toxicomanías. Se centró en un mayor número de aspectos, tanto individuales como familiares y relacionales, concediendo una especial importancia a los modelos de organización y comunicación familiar. Su hipótesis relativa a la implicación de la familia y a las posibilidades de un trabajo terapéutico, ampliado a los grupos familiares completos, ha permanecido vigente hasta la actualidad.

Citando a Tood y Stanton (1990), los abordajes familiares para el tratamiento de abuso de sustancias consiguen aumentar el compromiso de los pacientes y sus familias. Con los programas de tratamiento se aumenta la adherencia al mismo, se disminuyen las recaídas, y mejoraran el funcionamiento familiar mediante la reorganización de su estructura.

Una vez que se haya producido un cambio en la estructura del sistema, la familia lo preservará, proveyendo una matriz diferente y modificando el feedback que continuamente califica o valida las experiencias de sus miembros (Minuchin, 1974; Andolfi & Zwerling, 1985).

## **2. Objetivos**

---

### Objetivo general:

Describir las intervenciones sistémicas aplicadas en un caso de familia multiproblemática, en ciclo vital adolescente con riesgo de adicción.

### Objetivos específicos:

- 1) Describir la estructura del sistema familiar del caso presentado.
  
- 2) Describir las intervenciones aplicadas al caso, en el periodo de un mes de tratamiento, por el profesional a cargo proceso psicoterapéutico.
  
- 3) Identificar si se produjo algún cambio en la estructura familiar, luego de las intervenciones observadas
  
- 4) Proponer intervenciones sistémicas alternativas para las futuras sesiones del tratamiento.

## **3. Marco Teórico**

---

### 3.1 La terapia familiar sistémica

En la década de 1960 surge la terapia familiar de orientación sistémica. Las escuelas que dominaron este enfoque principalmente fueron: el modelo estratégico del Mental Research Institute (MRI), en Palo Alto California, el modelo familiar estructural de Minuchin, y el modelo narrativo de Milán, (Sierra, & Garrido Fernandez, 2009; Serebrinsky, 2009).

El modelo estratégico del MRI tiene como objetivo interrumpir el circuito de las soluciones intentadas fallidas dentro del sistema familiar y modificar el encuadre que la familia ha hecho del problema (Wainstein, 2006). Las intervenciones

estratégicas son llamadas así porque el foco está puesto en adecuar medios y fines. Los objetivos acordados con el terapeuta tienen relación directa con la resolución de problemas presentados por los consultantes (Sierra, & Garrido Fernandez, 2009; Wainstein, 2006).

El modelo estructural de Salvador Minuchin está enfocado en comprender las transacciones de los integrantes de la familia, en tanto patrones de interacción consistentes, repetitivos y predecibles, que permiten observar a través de la estructura familiar cómo se organizan. El restablecimiento de jerarquías, la reformulación de límites claros entre subsistemas, la redefinición de roles y funciones, ayudarían a regresar a una estructura familiar funcional (Minuchin, 1974).

El enfoque narrativo pone el acento en el significado, en la asignación de sentido a nuestras experiencias. Según Wainstein (2006), el significado se consigue a través de la estructuración de la experiencia en narraciones, en donde la representación de esos relatos, es constitutiva de las vidas y las relaciones. La psicoterapia, de este modo, tendría como objetivo la reformulación de un relato alternativo. Visto desde la posmodernidad, el terapeuta pone el foco en las representaciones que cada miembro de la familia tiene y transmite sobre sus experiencias para luego, desarrollar en el marco psicoterapéutico nuevos significados en esas historias.

Desde es punto de vista teórico, se puede decir que el concepto básico que comparten los modelos de terapia sistémica antes mencionados es la noción de *sistema*. Bertalanffy (1987), establece que existen principios y leyes universales aplicables a sistemas diferentes, sin importar la naturaleza de sus componentes, de ahí que surge la *Teoría general de los sistemas*, que se ocupa de las funciones y las reglas estructurales de los sistemas. Bertalanffy (1987), definió a un sistema como una serie de elementos interrelacionados con un objetivo común, que se afectan unos a otros en interacción y la característica que los une es la composición que tienen, es decir la totalidad, la cual no es sólo la suma de las partes si no la relación que hay entre ellas.

El trabajo de Wiener, creador de la *Cibernética*, fue un aporte de consideración para la teoría antes mencionada. Este autor extrapoló el concepto de auto regulación, proveniente de ciencias tecnológicas, al estudio del ser humano. Este concepto describe que el hombre recibe información de su medio por vía de sus sentidos y el cerebro almacena la información para que después resurja

mediante órganos de ejecución, siendo entonces que el organismo actúa sobre su medio el cual nuevamente le devuelve información. En el proceso de recibir y utilizar información, el organismo organiza su intercambio de información.

Por su parte, Cannon, desarrolló el concepto de *homeostasis*, el cual es definido como el equilibrio dinámico entre las partes del sistema. Los sistemas tienen una tendencia a adaptarse con el fin de alcanzar un equilibrio interno frente a los cambios externos del medio ambiente (Bertalanffy, 1987).

Por último entre los aportes teóricos que contribuyeron a la teoría general de los sistemas, se destaca el trabajo de la *Teoría de la información* de Shanon y Weaver. Esta teoría está relacionada con las leyes que rigen la transmisión y el procesamiento de la información y se ocupa de la medición de la información y de la representación de la misma, así como también de la capacidad de los sistemas de comunicación para transmitir y procesar información. Entre los conceptos fundamentales de esta teoría, se encuentra el de *negentropía*, para describir la información organizada y coherente que contiene un mensaje codificado. A mayor información, menor entropía (desorganización) (Wainstein, 2006)

A modo de resumen, y siguiendo a Umbarger (1987), se pueden destacar como rasgos más importantes del modelo sistémico utilizado para psicoterapia familiar los siguientes conceptos:

- La parte y el todo: ni la parte individual ni el contenido aislado merecen atención inicial, sino el sistema en su totalidad y el proceso transaccional que ocurre en su interior, en un determinado contexto y con contenidos particulares.
- Información y retroalimentación: la retroalimentación (*feedback*), es la información de retorno, se trata de un mecanismo que reintroduce en el sistema información acerca de los resultados de las acciones que se producen en el mismo.
- Circularidad: la conducta es influida e influye, causa y efecto se consideran circulares y no lineales.
- Homeostasis, retroalimentación y crisis: se define homeostasis a un estado de relativa constancia en que un sistema permanece durante periodos considerables. Es un equilibrio dinámico que mientras dura, el sistema funciona sin tensiones inconvenientes sobre las partes que lo componen. La información que circula en el sistema puede generar conductas reductoras de desviación en búsqueda de mantenimiento del equilibrio. Así mismo pueden ocurrir conductas

amplificadoras de desviación que induzcan al cambio y a la diversidad en el sistema generando crisis

- Vida y tensión: la alternancia continua entre periodos de crecimiento (*morfogénesis*) y periodos de estabilidad (*morfostasis*), constituye la tensión dinámica de la vida.

A efectos prácticos del presente trabajo, tratándose de una familia como consultantes, se optó por el enfoque de *terapia familiar estructural* de Salvador Minuchin como paradigma orientador, tanto para describir la estructura del sistema familiar, como para describir las distintas intervenciones propuestas por el terapeuta del caso en los intentos por reestructurar la organización familiar.

### 3.2 Sistema familiar, ciclo vital y adolescencia

Salvador Minuchin (1974) define al sistema familiar como un sistema social abierto en transformación, que mantiene nexos con lo extrafamiliar y que posee capacidad de desarrollo. En su modelo de desarrollo de ciclo vital, define a la psicoterapia familiar como el proceso por el cual se trabaja con una familia que se ha atascado en algún punto del desarrollo y en la cual se crea una crisis que la empujará en el sentido de su propia evolución.

Las crisis familiares se clasifican como evolutivas (naturales), en función de los saltos cualitativos de los ciclos vitales que son fruto del crecimiento y otras, que son resultantes de imprevistos de la vida (Ceberio, 2002). Minuchin y Fishman (1984), sostienen que las familias continuamente enfrentan demandas de cambio. Desde este modelo, cuando un miembro de la familia desarrolla un síntoma y deviene en paciente identificado, el problema básico será la inhabilidad del sistema familiar para adaptarse.

Salvador Minuchin (1974) concibe cuatro etapas principales del ciclo vital, que se organizan alrededor del crecimiento de los hijos: formación de pareja, familia con hijos pequeños, familia con hijos en edad escolar o adolescentes y familia con hijos adultos.

En las familias con hijos adolescentes son abruptos los cambios que se producen en un sistema familiar. El crecimiento del niño va introduciendo nuevos elementos en la familia. Por ejemplo, el hijo se entera que las familias de sus

amigos obedecen a reglas diferentes que juzga como más equitativas, obligando a la suya a renegociar ciertos ajustes y modificar determinadas reglas (Stanton & Tood, 1990). Los nuevos límites entre padres e hijos, tendrán que combinar por un lado el contacto con ellos y, por el otro, la libertad para que vivencien las propias experiencias (Minuchin, 1974). Minuchin y Fishman (1984), sostienen que el grupo de pares cobra mucho poder en la adolescencia, siendo una cultura por sí misma, con sus propios valores sobre sexo, drogas, alcohol, vestimenta, política, estilo de vida y perspectivas a futuro. Así la familia empieza a interactuar con un sistema fuera de sus fronteras, poderoso y competitivo

Por lo dicho, queda en evidencia que la adolescencia trae aparejada nuevas necesidades múltiples y demandas de cambio en la organización familiar. La familia se ve movilizada por el nuevo grupo de pares (grupo de referencia) que desorganiza las pautas establecidas. La capacidad creciente del adolescente lo va habilitando a demandar reacomodamientos de sus padres. Los temas como la autonomía y el control se tienen que renegociar en todos los niveles (Stanton & Tood, 1990).

### 3.3 Adolescencia, familia multiproblemática y abuso de sustancias

Los problemas de consumo de sustancias que surgen en la vida de los adolescentes pueden vincularse habitualmente con las relaciones interpersonales significativas que los rodean. Si bien no se discute que también pueden resultar críticos muchos otros factores (ambientales, fisiológicos, económicos, genética, etc.), las variables familiares han llegado a influir de manera protagónica en el terreno de la sintomatología adictiva (Andolfi & Zwerling, 1985; Rodríguez Martínez (s/f); Martínez Lanz; Gómez Santa María & Ortega Peniche, 2005).

De las investigaciones de Alicia Facio (2006) presentadas en su libro: *Adolescentes Argentinos. Cómo piensan y sienten*, cabe mencionar que de los adolescentes encuestados, los menos satisfechos con uno u otro progenitor sufrían conjuntamente mayores problemas emocionales internalizantes (baja autoestima, depresión, ansiedad) y conductas externalizantes (mayor conducta antisocial o consumo de sustancias tóxicas). Respecto al consumo de sustancias tóxicas, la autora menciona como determinantes también los factores interpersonales del

adolescente, en especial a familias conflictivas o distantes, progenitores excesivamente permisivos, indiferentes o rechazantes.

En este sentido, Minuchin (1974) afirma que las adicciones son reacciones desadaptativas a los cambios ambientales o evolutivos, como pueden ser las transiciones de los ciclos vitales. Centra su atención en el equilibrio de la organización (estructura) familiar. Sostiene que los problemas de adicción son vistos como síntomas de los problemas del sistema, que actúan desviando conflictos familiares, por ejemplo entre los padres.

Linares (1987) define como *familias multiproblemáticas* a aquellas que presentan desorganización en la estructura familiar y en donde un elevado número de miembros presenta o denuncia problemas. En estas familias es evidente, entre otras características, la confusión de roles, el incumplimiento de las funciones familiares, disfunciones en los límites generacionales (muy rígidos o muy laxos), relaciones emocionales sobre implicadas o distantes, reglas secretas o ausencia de reglas que articulen las relaciones, dinámicas de poder confusas (citado en Escartin Caparroz, 2004). En este sentido, y siguiendo a Ceberio (2002), cuando se observa un genograma familiar es importante ver la cantidad, continuidad y repetición de sucesos críticos; hay que considerar si la estabilidad de la inestabilidad se ha constituido en una modalidad relacional. Estas familias son denominadas *familias problemáticas*, ya que todas sus áreas se hallan teñidas de conflictos y disfuncionalidades (Ceberio, 2002). Por último Por último Gómez, Muñoz y Haz, (2007), comprenden a la familia problemática como un sistema de alto riesgo tanto por la acción de sus mecanismos internos como de fuerzas sociales que potencian su disfuncionalidad. Entre las características centrales se destacan la polisintomatología, las crisis recurrentes y la desorganización estructural.

Por lo antedicho y en conclusión, Stanton y Tood (1990) postulan como relevante en el tratamiento por abuso de sustancias la participación del sistema familiar. Según Fishman (2010), una de las razones por las cuales la terapia familiar estructural ha probado ser eficaz radica en que abarca a todas las personas significativas para el adolescente. Este carácter inclusivo determina que los cambios tiendan a mantenerse, debido a que el sistema familiar en su totalidad, se transforma. Otro dato relativo a la eficacia se encuentra en que la terapia familiar respeta activamente a sus miembros mostrándoles que todos son un recurso para facilitar el reestablecimiento (Fishman, 2010).

### 3.4 El modelo estructural de terapia familiar: conceptos centrales

La terapia familiar estructural pone el acento en los aspectos relacionales que mantienen los síntomas, por sobre las causas que pudo haberlos originados. Pensando que lo que puede cambiar son los factores contemporáneos, interpersonales que mantienen el problema, esta terapia pone el foco en trabajar sobre las estructuras familiares disfuncionales (Minuchin, 1974).

A continuación se definen algunos conceptos centrales de esta teoría, como ser el concepto de estructura familiar, subsistemas, límites, fronteras, jerarquías, roles, funciones, alianzas, coaliciones y triangulaciones. Estas concepciones permiten al terapeuta familiar estructural elaborar un diagnóstico de la estructura familiar.

**La estructura familiar.** El concepto de estructura familiar se define como los patrones mediante los cuales una familia interactúa (Minuchin, 1974; Wainstein, 2006). La familia elabora en el curso del tiempo pautas de interacción (estructura familiar) que determinan la funcionalidad o disfuncionalidad de las relaciones familiares. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse. Estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia y define sus conductas.

**Subsistemas.** La familia está organizada y funciona en torno a los subsistemas que la componen (Minuchin & Fishman, 1984). Estos están condicionados especialmente por los roles, en tanto funciones, que inevitablemente se deben cubrir en una familia, por ejemplo, la crianza de los hijos por sus padres (Wainstein, 2006). Para Minuchin (1974), los individuos son subsistemas en sí mismos en el interior de una familia, y, a su vez, cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder en base a la jerarquía y a su rol., en consecuencia cada individuo aprende habilidades diferenciadas (Minuchin, 1974).

Desde otra perspectiva, Sluzky (1996) introduce y define el concepto de *Red social personal*, en el campo sistémico como la suma de todos los subsistemas con que un individuo se relaciona y percibe como significativos, como diferenciados del resto de la sociedad, a una edad determinada. Describe como más influyentes a las

relaciones íntimas conformadas por familiares directos con contacto cotidiano y amigos cercanos.

Dentro de la familia, para Minuchin (1974), tres unidades poseen significación particular: *el subsistema conyugal, el subsistema parental y el subsistema fraterno*.

1) *El subsistema conyugal* se constituye con la unión de dos personas con un proyecto compartido de formar una familia. Cada una de estas personas trae un conjunto de valores y expectativas que deberá conciliar con el otro en el tiempo. Las pautas de interacción que se van elaborando suelen ser implícitas y, una vez establecidas, configuran el modo en que cada uno de los cónyuges se experimenta a sí y al compañero dentro del contexto de la pareja (Minuchin, 1974; Fernández Moya, 2010).

Para Minuchin y Fishman (1984), el subsistema conyugal debe llegar a un límite que lo proteja de la interferencia de las demandas y necesidades de otros sistemas, en particular cuando la familia tiene hijos. Los adultos deben poseer un territorio psicosocial propio, un refugio que puedan proporcionarse mutuamente, un sostén emocional. Es vital para el desarrollo familiar y crecimiento de los hijos un modelo de relaciones de intimidad, (Fernández Moya, 2010). Si hay una disfunción conyugal, repercutirá en toda la familia (Minuchin & Fishman ,1984).

2) *El subsistema parental* queda conformado por el nacimiento del primer hijo, alcanzando un nuevo nivel de estructura familiar. Este subsistema debe ahora, diferenciarse para desempeñar las tareas de crianza y socializar a un hijo, sin renunciar al mutuo apoyo que caracteriza al subsistema conyugal (Minuchin, 1974).

El hijo aprende aquí lo que debe esperar de las personas que poseen más recursos y considerar racional o arbitraria la autoridad. Así mismo, conoce las conductas recompensadas y las desalentadas y vivencia el estilo con que la familia afronta los conflictos y las negociaciones (Minuchin & Fishman ,1984).

Los adultos tienen la responsabilidad de cuidar, proteger y socializar a los niños, pero también tienen derecho a tomar decisiones que involucren a la supervivencia del sistema familiar (eventos inesperados) (Fernández Moya, 2010).

El subsistema parental se modifica a medida que el niño crece y sus necesidades cambian. El hijo comienza a tener contacto con compañeros extrafamiliares, la escuela y otros sistemas socializantes exteriores a la familia. El subsistema parental debe adaptarse a los nuevos factores que actúan en el marco de socialización. Si el hijo es severamente afectado por su medio extrafamiliar, ello

puede, no solo afectar su relación con sus padres, sino incluso, las transacciones internas del sistema conyugal (Minuchin, 1974).

Como se mencionó en el apartado anterior, la autoridad incuestionada que caracterizó en algún momento al modelo patriarcal del subsistema parental desaparece, especialmente en hijos adolescentes, siendo reemplazada por el concepto de una autoridad flexible y racional. Se espera de los padres que comprendan las necesidades del desarrollo de sus hijos y que expliquen las reglas que imponen (Minuchin & Fishman, 1984).

Uno de los conflictos más comunes que surgen en los subsistemas parentales se da en el transcurso de la adolescencia en donde los requerimientos planteados por los padres, comienzan a entrar en conflicto con los de los hijos, que reclaman una autonomía adecuada a su edad. Es en este punto donde la paternidad se convierte en un proceso difícil de acomodación mutua. Los padres imponen reglas que no pueden explicar en el momento, que lo hacen de manera incorrecta, o consideran evidentes las reglas impuestas mientras que para los adolescentes no es así (Minuchin, 1974). Para Minuchin y Fishman (1984) el funcionamiento eficaz del subsistema parental requiere que tanto hijos como padres acepten el hecho de que el uso diferenciado de la autoridad es necesario.

3) *El subsistema fraterno* constituye para el niño el primer grupo de iguales en el que participa. Dentro de ese contexto los hijos se apoyan entre sí, se divierten, se atacan, elaboran pautas de interacción para negociar competir y cooperar. Se van desarrollando sentimientos de pertenencia a un grupo por un lado e individualidades por otro (Minuchin, 1974; Minuchin & Fishman, 1984).

**Límites y fronteras.** Los subsistemas tienen límites, entendidos como reglas que definen quiénes participan y de qué manera (Minuchin, 1974). Según Minuchin & Fishman (1984) para que el funcionamiento familiar sea adecuado los límites de los subsistemas deben ser claros, deben definirse con la suficiente precisión como para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, pero también deben habilitar el contacto entre los miembros de un subsistema y los otros. Minuchin (1974) sostiene que la claridad de los límites es lo más significativo en la estructura de un sistema, ésta muestra un parámetro útil para evaluar el funcionamiento de la estructura (Minuchin & Fishman, 1984). La demarcación de los límites está en relación al grado de permeabilidad en los subsistemas. Si estamos ante límites claros, estos serán modificables y

adaptativos socialmente, por el contrario, en familias disfuncionales se presentan dificultades para la demarcación de límites (Serebrinsky, 2009).

La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema y sub-sistemas y se consideran:

- Claros (flexibles y definidos), permitiendo a cada miembro realizar sus funciones con cierta libertad, pero manteniendo el contacto con los demás sub-sistemas, sin injerencias que limiten su desarrollo. Los límites claros facilitan el funcionamiento adecuado de la familia, por tanto son característicos de las familias funcionales (Wainstein, 2006; Minuchin, 1974).
- Rígidos, donde la comunicación es muy difícil entre los sub-sistemas y sus funciones protectoras resultan perjudicadas. Estos límites son característicos de las familias de desapego, considerados también como desligadas. Se comparten pocas cosas, sus integrantes tienen poco en común, sus límites internos son tan rígidos que exageran el sentido de la independencia y tienden a hacer desaparecer el sentido de pertenencia (Wainstein, 2006; Minuchin, 1974).
- Difusos, en los cuales la distancia disminuye entre los sub-sistemas, los límites se esfuman pudiendo sobrecargarse y no disponer de los recursos necesarios para adaptarse bajo situaciones cambiantes o el estrés. Los límites difusos son característicos de sistemas aglutinados (Wainstein, 2006; Minuchin, 1974).

En otras palabras, un sistema próximo al contínuum del extremo desligado, tolera una amplia gama de variaciones individuales entre sus miembros. El estrés que afecta a uno de sus miembros no atraviesa los límites inadecuadamente rígidos. Por el contrario, en el extremo aglutinado del contínuum, la conducta de un miembro afecta de inmediato a los otros y el estrés de un miembro individual repercute intensamente a través de los límites y produce disipación a los otros subsistemas del sistema (Minuchin, 1974).

Serebrinsky (2009) diferencia los límites que separan a la totalidad del sistema familiar respecto del exterior, en este último punto estamos hablando de fronteras.

**Jerarquías.** Siguiendo a Serebrinsky (2009), la jerarquía hace referencia a la función de poder dentro de la familia, es decir el que establece las reglas, toma decisiones (individuales o grupales), determinando a su vez la diferenciación de roles y siendo necesario para la funcionalidad de la familia. Para Haley (1976) no

existe síntoma psiquiátrico sin una jerarquía confusa, como por ejemplo una jerarquía invertida o inadvertida, cuando se esclarece y/o se soluciona el nivel jerárquico de las personas involucradas en la interacción de determinado sistema es posible que se resuelvan numerosos síntomas. La existencia de un orden jerárquico es inevitable por que está en la naturaleza misma de la organización.

**Roles.** Los roles están vinculados a las expectativas de conducta que tiene cada integrante de la familia, teniendo en cuenta la posición que ocupa en ese grupo. El conjunto de funciones de cada miembro del sistema es lo que configura el rol de la persona. Los roles, así percibidos, son situacionales, contingentes y varían según las demandas internas y externas del sistema (Ceberio, 2002)

**Coaliciones, alianzas y triangulaciones.** Las interacciones familiares emergen de forma emocional generando distintas relaciones entre los miembros. Estas relaciones van modificando los vínculos de acuerdo a las situaciones que se van presentando en el sistema familiar. A modo de ejemplo se enuncian algunos de estos vínculos relacionales.

Para Ceberio (2002), la principal diferencia entre *coalición* y *alianza*, es que en la primera, dos personas se asocian en contra de alguien, mientras que en las alianzas, no se refieren a la oposición de miembros, si no que aliarse significa unirse con relación a un objetivo (Fernández Moya, 2010). Algunos integrantes de una familia o, por ejemplo, dos subsistemas pueden aliarse en pos de una crisis o frente a un conflicto determinado a solucionar. Los sentimientos emergentes de ambas situaciones son muy diferentes, en las coaliciones se producen rivalidades, celos, angustias, etc, mientras que en las alianzas afloran los sentimientos más nobles como la fraternidad, el amor y la solidaridad. (Ceberio, 2002).

Serebrinsky (2009), describe la *triangulación* como un tipo de estructura familiar donde los límites entre el subsistema parental y el filial están difusos, se utiliza al hijo como medio para evitar o desviar el conflicto parental o conyugal. Describe tres tipos de triangulaciones posibles. *Conflicto de lealtades*, en donde cada uno de los padres, busca apoyo en el hijo tomando partido por uno u otro padre en el conflicto conyugal. *Desviación de conflicto*, que es cuando, a pesar de las diferencias conyugales, los padres se unen para cuidar, controlar o ayudar de alguna forma al hijo. *Alianza-coalición*, que se da cuando uno de los padres

respalda a un hijo en un conflicto planteado entre él y el otro progenitor, generando de esta manera una alianza con un padre en coalición contra el otro.

Siguiendo a Fernández Moya (2010), los triángulos son de vital importancia en el área clínica. Estos promueven el desarrollo de síntomas en el individuo, generando tensión y provocando sentimientos de indefinición y desesperanza. Una persona atrapada en un triángulo tiene minimizadas sus funciones dentro de un sistema, intensificando su reactividad emocional hasta el punto de determinar su conducta sin opciones.

### **3.5 Intervenciones de la terapia familiar estructural**

---

Siguiendo Minuchin y Fishman (1984) y Fernández Moya (2010), se pueden clasificar las intervenciones sistémicas desde el modelo de terapia familiar estructural en *generales* y *específicas*. Estos dos grupos se describen a continuación.

#### **3.5.1 intervenciones generales: coparticipación y diagnóstico**

Entrar en coparticipación con un grupo familiar quiere decir establecer contacto con él y experimentar, luego de ese contacto, los infinitos caminos por los cuales el terapeuta es aceptado, resistido y es respondido por la familia como un todo y por cada uno de sus miembros individuales (Umbarger, 1987).

Minuchin y Fishman (1984) plantean que la terapia familiar consiste en entrar en coparticipación con la familia, experimentar la realidad como sus miembros la viven (idiosincrasia), y involucrarse en las interacciones repetidas que dan forma a la estructura familiar y plasman el pensamiento y la conducta personal. Esta coparticipación debe ser instrumentada para poder convertirse en un agente de cambio que obre dentro de las reglas del sistema familiar. La confianza hacia el terapeuta es de vital importancia, si esto no se logra, cuando se intervenga en el sistema familiar, puede experimentar estrés y responder insistiendo en conservar el modo actual de funcionamiento (Umbarger, 1987).

La coparticipación puede hacerse desde tres posiciones, según Minuchin (1974), a saber:

- Posición de cercanía: es en donde el terapeuta se une a cada miembro de la familia, considerando la mayor cantidad de aspectos posibles de cada persona. Se ocupa de todos los miembros de la familia para sobrellevar las emociones que generan una situación difícil de soportar.
- Posición intermedia: aquí el terapeuta coparticipa como un oyente activo, asistiendo a los participantes para que cuenten lo que les pasa. A esta modalidad se la conoce también como rastreo, y se utiliza para recopilar datos.
- Posición distante: adoptada por el terapeuta en carácter de especialista para crear contextos terapéuticos que procuren a los miembros de la familia el sentimiento de ser competente y la esperanza de cambio Según Minuchin y Fishman (1984) aquí el terapeuta no hace papel de actor, si no de director.

La manera en que el sistema familiar se acomoda a este suceso (es decir la aproximación del terapeuta a la familia) brinda la información diagnóstica trascendente sobre los rasgos salientes del funcionamiento familiar. Según Minuchin (1974), en terapia familiar el diagnóstico se alcanza por el proceso interaccional de la coparticipación. Este enfoque del diagnóstico es una característica singular de la perspectiva sistémica: no se hace diagnóstico de la familia como si se tratara de una entidad estática, sino que el foco de la experiencia diagnóstica es el proceso de interacción de aquella con el terapeuta. A partir de percibir las distintas secuencias de interacción puede desplegar las distintas intervenciones orientadas estratégicamente.

Ceberio (2002), destaca la importancia del planteo de un genograma en la etapa diagnóstica como herramienta para realizar hipótesis e inferencias acerca de la exploración que se desee realizar en el proceso psicoterapéutico. Podríamos definir un genograma como un árbol genealógico en cuyas ramificaciones se sitúan los diferentes parientes de la familia. A este gráfico puede anexarse datos generales de importancia en relación con la familia que sintetizan o avalan las dinámicas de funcionamiento. Sumado a este gráfico, se puede configurar un genograma paralelo de relaciones que centraliza la atención en las topologías vinculares que dan testimonio de la clase de relaciones desarrolladas en ciertos periodos evolutivos de la familia.

### 3.5.2 Intervenciones específicas: reencuadramiento, reestructuración y realidad familiar

Las intervenciones específicas de la terapia estructural tienen el objetivo de reorganizar (reestructurar) la familia mediante el cuestionamiento de su organización. Cabe señalar que el término cuestionar no hace referencia a un conflicto en el sistema familiar, sino a la búsqueda de nuevas pautas de interacción (Minuchin & Fishman, 1984).

A efectos de clasificar las intervenciones, siguiendo a Minuchin y Fishman (1984) y a Fernández Moya (2010), podemos diferenciar tres estrategias principales de terapia estructural familiar, cada una de las cuales dispone un grupo de intervenciones. Las tres estrategias son: cuestionar el síntoma, cuestionar la estructura de la familia y cuestionar la realidad familiar.

**Cuestionamiento del síntoma: Reencuadramiento.** Las familias han individualizado a uno de sus miembros como la fuente del problema, le relatan al terapeuta todas las soluciones ensayadas y los fracasos de sus intentos. El terapeuta sabe que el problema no es un hecho aislado del PI (Fishman, 2010). Las soluciones intentadas son repeticiones estereotipadas de interacciones ineficaces que organizan a los miembros de la familia alrededor del síntoma y su portador. Por lo tanto, la tarea del terapeuta es cuestionar la definición que la familia da del problema, reencuadrar la concepción que tienen de éste, moviendo a sus miembros a que busquen respuestas afectivas, cognitivas y conductuales diferentes, de modo tal que la familia avance hacia un manejo más diferenciado y eficiente de la realidad (Fernández Moya, 2010).

Minuchin y Fishman (1984) conceptualizan el cuestionamiento del síntoma, como un *reencuadramiento*, es decir como el cambio del marco conceptual que rodea a la persona portadora del síntoma. El reencuadramiento terapéutico puede darse través de las siguientes intervenciones (Minuchin & Fishman, 1984; Fernández Moya, 2010; Fishman, 2010; Wainstein, 2006):

- Escenificación o Puesta en acto: se busca que la familia interactúe en presencia del terapeuta para vivenciar la realidad como ellos la ven. En la escenificación hay tres momentos: observación de las interacciones espontáneas, selección y

organización de las interacciones por parte del terapeuta y, por último, propuesta de modalidades diferentes de interacción y alternativas.

- **Enfoque:** el terapeuta selecciona y organiza los datos dentro de un esquema que le otorgue sentido. Esto permite al profesional elaborar un foco y una meta terapéutica y desecha los diversos datos que aunque sean interesantes, no son de utilidad. El enfoque incluye una meta estructural como estrategia subyacente.
- **Intensidad:** el terapeuta se pregunta cómo hacer para hacer llegar el mensaje, dado que la familia tiene campos de *sordera selectiva* regulados por la historia en común. Para que la familia oiga el mensaje pueden emplearse distintas intervenciones, como por ejemplo:
  - **Repetición del mensaje:** el terapeuta repite su mensaje muchas veces en el curso de la terapia. La repetición puede recaer tanto sobre el contenido (¿qué?), como en la estructura (¿quién?).
  - **Repetición de las interacciones isomórficas:** se ponen de manifiesto en la sesión las diversas interacciones que parecen desconectadas sin relación alguna entre sí, pero que en realidad responden a una misma regla familiar, a estructuras equivalentes.
  - **Modificación del tiempo:** modificar el umbral de la familia con más o menos tiempo de permanencia de una interacción, modificando las pautas que mantienen la distancia interpersonal o los mecanismos de evitación del conflicto.
  - **Cambio de distancia:** esta intervención se refiere al espacio entre los miembros de la familia o entre alguno o todos los miembros y el terapeuta. Puede cambiar la intensidad de las interacciones, modificando la cercanía, lejanía o la altura en que las interacciones se desenvuelven dentro del espacio del consultorio.
  - **Resistencia a la presión de la familia:** el no hacer puede producir intensidad en la terapia, sobre todo cuando el terapeuta no hace lo que la familia quiere que haga. Con su resistencia a ser absorbido por el sistema se introduce intensidad.

**Cuestionamiento de la estructura familiar: Restructuración.** La concepción del mundo de los miembros de la familia depende en gran medida de las posiciones que ellos ocupan dentro de diferentes subsistemas familiares. Si existe

un aglutinamiento excesivo la libertad de los individuos estará limitada por las reglas del subsistema. Si, en cambio, existe desligamiento es posible que aquellos estén aislados o faltos de apoyo (Minuchin & Fishman, 1984). Aumentar o aminorar la proximidad entre los miembros de subsistemas significativos, puede dar lugar a diferentes modos de actuar, pensar o sentir (Fishman, 2010; Umbarger, 1987).

Para Minuchin y Fishman (1984) el cuestionamiento de la estructura familiar deriva en una reestructuración, y ésta es definida como la modificación de las reglas de la relación, lo que implica modificar los límites de los subsistemas; es decir que de rígidos o difusos pasen a ser claros. Se trabaja para que las distancias dentro del sistema familiar y el manejo de la información en tanto roles y jerarquías sean funcionales para un contexto determinado.

Las tareas de reestructuración pueden producir estrés, ya que las mismas se proponen transgredir reglas que han conservado a la familia unida dentro de ciertos límites. Con la cooperación del terapeuta se espera que la familia, participe activamente en la creación de reglas que fomenten el crecimiento (Fernández Moya, 2010). Para Fishman (2010), la reestructuración permite al grupo movilizar sus recursos subutilizados y mejorar su habilidad para enfrentarse ante el estrés y el conflicto.

Las intervenciones que se disponen para esta estrategia son: la fijación de fronteras, el desequilibramiento y la enseñanza de la complementariedad, las cuales son descritas a continuación (Minuchin & Fishman, 1984; Fernández Moya, 2010; Fishman, 2010; Wainstein 2006).

- Fijación de fronteras: el terapeuta se propone cambiar las distancias entre los subsistemas. Se intenta regular el grado de permeabilidad entre los subsistemas de la siguiente forma:
  - Distancia psicológica: el principal recurso es que nadie debe hablar por el otro o decir lo que el otro piensa o siente. Cada uno debe contar su propia historia y ser dueño de su propia memoria. También se utiliza como recurso el uso del espacio en el set terapéutico.
  - Duración de la interacción: alargar el proceso de contacto, dar tareas, practicar interacciones desacostumbradas, son formas que el terapeuta introduce como novedad en el formato de las interacciones entre los miembros.

- Desequilibrio: el mero hecho que el terapeuta participe con la familia en el proceso de cambio modifica la estructura de poder en la familia. Esta intervención cuestiona la distribución de los roles y funciones, así como el vínculo jerárquico entre los miembros del sistema. En este punto, el sistema consultante (familia más terapeuta) adquiere vital importancia ya que la familia confía en las estrategias e intervenciones propuestas por el terapeuta en busca de la reestructuración funcional de la estructura familiar. Las intervenciones utilizadas para el desequilibrio son:
  - Alianza con miembros de la familia: para desequilibrar, el terapeuta recurrirá a su alianza con un miembro de la familia, destinada a modificar su posición dentro del sistema familiar: enfocarse en un miembro modifica la posición de todos los demás. Si bien se puede desequilibrar aliándose con un miembro dominante del grupo, generalmente, se utiliza para dar apoyo a un miembro periférico o de posición inferior dentro de la familia. Esta persona, al sentir la alianza terapéutica, empezará a cuestionar su posición prescrita dentro del sistema.
  - Alianza alternante: la meta de esta técnica consiste en atribuir a cada subsistema funciones diferentes y complementarias, de este modo en lugar de competir por la jerarquía dentro del mismo contexto, los miembros de la familia, ensayarán nuevas modalidades de relación en un marco más amplio. Esta intervención es especialmente útil cuando se trabaja con hijos adolescentes, donde el terapeuta apoya el derecho de los padres a tomar decisiones en su condición de tales y al mismo tiempo da lugar a los adolescentes a cuestionar y a solicitar cambios en el proceso de toma de decisiones dentro de la familia.
  - Coalición contra un miembro de la familia: el terapeuta se alía con un miembro de la familia en contra de uno o más miembros de la familia. El éxito de esta intervención exige que los miembros de la familia acepten que esta transformación es valiosa en beneficio de todos.
- Enseñanza de la complementariedad: se cuestiona la idea integral de la jerarquía, se cuestiona el problema en términos de que no existe un paciente individualizado. A su vez, se cuestiona también la idea lineal de que un miembro

de la familia controla el sistema cuando en realidad cada integrante sirve de contexto a los demás. Es una intervención que intenta hacer notar que no se puede separar el contexto de la conducta.

**Cuestionamiento de la realidad familiar.** La terapia de familia parte del supuesto de que las pautas de interacción obedecen a la realidad tal como es vivenciada. Para modificar la visión de la realidad por la que se rigen los miembros de la familia es preciso elaborar nuevas modalidades de interacción entre ellos. Las intervenciones que se utilizan para esta estrategia son los constructos cognitivos, las intervenciones paradójicas y la insistencia en los lados fuertes de la familia (Minuchin & Fishman, 1984; Fernández Moya, 2010; Fishman, 2010).

- **Constructos cognitivos:** se trabaja con los esquemas cognitivos que legitiman o validan una determinada organización familiar, por ejemplo el significado de algunas palabras para la familia. También se interviene ampliando y reordenando creencias, mitos o hasta la historia familiar como explicación de por qué una estructura puede estar rígida.
- **Paradoja:** las paradojas se utilizan en general para pautas interactivas fuertemente establecidas, repetitivas y resistentes al cambio. Se infiere que en el sistema existe una alianza secreta o una coalición que la familia no revela y que le quita eficacia a las intervenciones. No se instrumentan en situaciones de crisis (violencia, intentos de suicidio, pérdida de empleo, embarazo no deseado, etc.), por el carácter sutil de la misma. Implica generalmente una sugerencia directa a una persona a que modifique una conducta o cambie de actitud y que esto produzca una respuesta paradójica (opuesta a lo esperado) en otro miembro.
- **Los lados fuertes:** toda familia contiene elementos positivos, sondear estos recursos es esencial en la terapia. La familia es un organismo que posee un repertorio de maneras de organizar más amplio del que generalmente instrumenta. Dejar de investigar la historia de la disfunción y enfocarse en otras modalidades a veces más complejas no tan visibles, puede promover aspectos más saludables. Cuando la familia viene a consulta ven solo las dificultades, lo atípico y no encuentran alternativas en sus propios recursos. Por ejemplo, se organizan en torno a las deficiencias del PI, y no en torno a sus capacidades. Mostrar los recursos, los aspectos positivos, y las capacidades, puede ser una modificación importante de la visión de la realidad la familia (Fishman, 2010).

Minuchin y Fishman (1984); Fishman (2010); Fernández Moya, (2010); Tood y Stanton (1990), Andolfi, y Zwerling, (1985) sugieren intervenciones como la escenificación, la configuración de límites, el incremento de la intensidad, el desequilibrio y enfocarse en los lados fuertes para el tratamiento de adolescentes con problemas en el marco de la terapia familiar estructural.

### 3.6 Contexto y cambio

Desde el punto de vista sistémico, es posible que sobrevenga un cambio por presiones internas del grupo familiar, que traigan como resultado la conformación de un sistema diferente hacia un nuevo vínculo homeostático, o, en caso de fuerzas externas a la familia (por ejemplo el terapeuta), que introduzcan crisis generando la movilización de conductas diferentes (Umbarger, 1987; Minuchin & Fishman, 1984).

El proceso de cambio puede no producirse de manera continua y por pasos, si no de manera discontinua, por saltos repentinos hacia nuevas pautas de organización. Es preciso que las partes y el todo cambien guardando cierta reciprocidad pero no es necesario que lo hagan simultáneamente (Minuchin & Fishman, 1984). Para Falicov (2009), es posible que la familia entre en una crisis y que la transformación consiguiente la lleve a un nivel de funcionamiento distinto que facilite la superación. En este punto y como ya se ha mencionado en otro apartado, la terapia estructural se propone intervenir sobre las pautas de interacción disfuncionales para ayudar a reestructurar la familia de manera tal que se adapte a las nuevas exigencias evolutivas o contextuales.

Para Watzlawick, Weakland y Fish (1982) y Serebrinsky (2009), un sistema es capaz de cambiar de dos maneras:

1) Se producen cambios individuales continuos, pero la estructura del sistema no se altera, esto se conoce como *cambio de primer orden*.

2) El sistema cambia cualitativamente y de una manera discontinua, éste recibe el nombre de *cambio de segundo orden*. Este segundo cambio se produce con cambios en el conjunto de reglas que rigen su estructura y su orden interno.

Desde otra perspectiva, el cambio terapéutico surge de considerar el todo en lugar de la parte, el contexto en lugar del suceso aislado y la familia en lugar de la persona (Umbarger, 1987). Minuchin (1974), ha expresado que cuando la estructura

del grupo familiar se transforma, las posiciones de los distintos miembros del sistema se modifican consecuentemente, y como resultado de esto, cada uno de los individuos experimenta un cambio. Si el contexto estructural se altera, el carácter individual se modifica, de este punto de vista, Minuchin y Fishman (1984), afirman que es el contexto el que tiene que cambiar para que se promuevan diferencias de la conducta individual.

Esta concepción del cambio es uno de los caminos por los cuales los terapeutas de familia de orientación estructural elaboran los conceptos de la teoría de los sistemas en un modelo de intervención terapéutica (Umbarger, 1987).

## **4. Metodología**

---

El presente es un estudio descriptivo.

### **4.1 Participantes**

Participaron de esta investigación una familia en carácter de consultantes y su psicoterapeuta sistémico. La familia está compuesta por el padre, la madre y tres hijos de 20, 17 y 15 años. Es relevante destacar como uno de los lineamientos principales de este enfoque el paciente identificado, (PI), (entiéndase la persona que presenta el problema) no es el problema, ni un paciente aislado, sólo se considera un portador del problema del sistema familiar (los consultantes) (Andolfi, 1989; Umbarger, 1987). Hecha esta aclaración, se deja sentado que el paciente identificado del caso es el hermano del medio (adolescente de 17 años), con un cuadro por abuso de sustancias y en riesgo de adicción.

### **4.2 Instrumentos**

1. Historia Clínica: se accedió a la historia clínica de la familia con el fin de obtener y transcribir los datos relevantes del caso.
2. Observación no participante en cámara Gesell: se recolectaron datos a partir de la observación de cuatro sesiones consecutivas (un mes). A la primera sesión acudieron los padres de T y a las tres posteriores la familia completa.

A partir de las observaciones se obtuvieron los datos para dar respuesta a los objetivos propuestos, la descripción de la estructura familiar, las intervenciones aplicadas y los cambios observados en la estructura.

3. Encuentros semanales con el terapeuta: los encuentros se produjeron en la pos-sesión con el fin de promover el aprendizaje de los pasantes y el intercambio de opiniones sobre los datos relevantes del caso tales como: aspectos disfuncionales de la estructura del sistema familiar, planificación de intervenciones y cambios logrados y/o esperados.
4. Encuentros semanales con un especialista de entrenamiento en la Mirada Sistémica: este espacio ha permitido reflexionar acerca del diagnóstico estructural del caso seleccionado, así como a identificar las intervenciones sistémicas aplicadas al sistema familiar y pensar futuras intervenciones.

#### 4.3 Procedimiento

De la lectura de la historia clínica se procedió a la configuración del genograma y se registraron los datos relevantes, con la finalidad de tener una rápida aproximación de la familia consultante.

Una vez comenzado el proceso de observación en la cámara Gesell, se relevaron, en una ficha, los aspectos disfuncionales de la estructura de la familia. Luego, y en base a la experiencia en la cámara, se confeccionó el genograma de relaciones, teniendo en cuenta al marco teórico, como soporte científico válido para el registro de lo observado en torno a la dinámica familiar y su estructura.

En la ficha de registro se apuntaron, también, las intervenciones observadas puestas en práctica en el *setting* terapéutico, pudiendo, gracias a ello, observar los cambios que se produjeron a posteriori.

Para finalizar, se consultaron diferentes aspectos de la integración entre la teoría y la práctica con el profesional a cargo del entrenamiento en la mirada sistémica, con el objetivo de proponer futuras intervenciones para responder el cuarto objetivo.

\* Nota: El caso que será referido a continuación es tratado actualmente en la ESA. Los nombres del terapeuta y de cada integrante de la familia consultante han sido cambiados; al igual que ciertos datos, para preservar la confidencialidad y la identidad de los mismos.

## 5. Desarrollo

---

El desarrollo del presente trabajo está enfocado en dar respuesta a los objetivos de investigación planteados, estando el objetivo específico orientado a la descripción de las intervenciones realizadas en el caso. Para ello se utilizó el genograma familiar, los datos pertinentes de la historia clínica (información demográfica, nivel educativo, ocupaciones, información funcional y sucesos críticos y motivo de consulta actual) y la descripción de las intervenciones realizadas, a partir de los cuales se presenta el caso observado.

En este sentido, y en relación a los objetivos específicos, para responder al primero de ellos, relacionado con la descripción de la estructura del sistema familiar, se utilizó el genograma de relaciones para dar cuenta de la dinámica interaccional de la familia. A partir de la observación de la estructura familiar, plasmada en el gráfico, se describieron los puntos relevantes de dicha estructura disfuncional; así como los puntos en los que se enfocó el terapeuta del caso en busca de la reorganización familiar.

En el segundo objetivo específico se propuso la descripción de las intervenciones aplicadas al caso, para ello se describieron las intervenciones registradas durante las cuatro sesiones de la práctica profesional. Estas se han organizado en base al marco teórico según el apartado 3.5: cuestionar el síntoma, cuestionar la estructura de la familia y cuestionar la realidad familiar.

El tercer objetivo específico planteaba la necesidad de identificar si se habían producido cambios en la estructura familiar, para dar cuenta de ello es que se describieron los cambios observados en el sistema.

Para finalizar y en base a los aspectos disfuncionales de la estructura se propusieron intervenciones para futuras sesiones del tratamiento, dando así respuesta al objetivo específico cuatro.

## 5.1 Presentación del caso

Se confeccionó, en primera instancia, un genograma familiar como herramienta base para la observación. Podríamos definir un genograma (ver figura 1), como un árbol genealógico en cuyas ramificaciones se sitúan los diferentes parientes de la familia (Ceberio, 2002). Luego, se detallaron los datos generales de importancia en relación con la familia, tomados de la historia clínica, que sintetizan o avalan las dinámicas de funcionamiento. En el gráfico se puede observar a los cinco integrantes de la familia consultante y al PI, portador del síntoma.

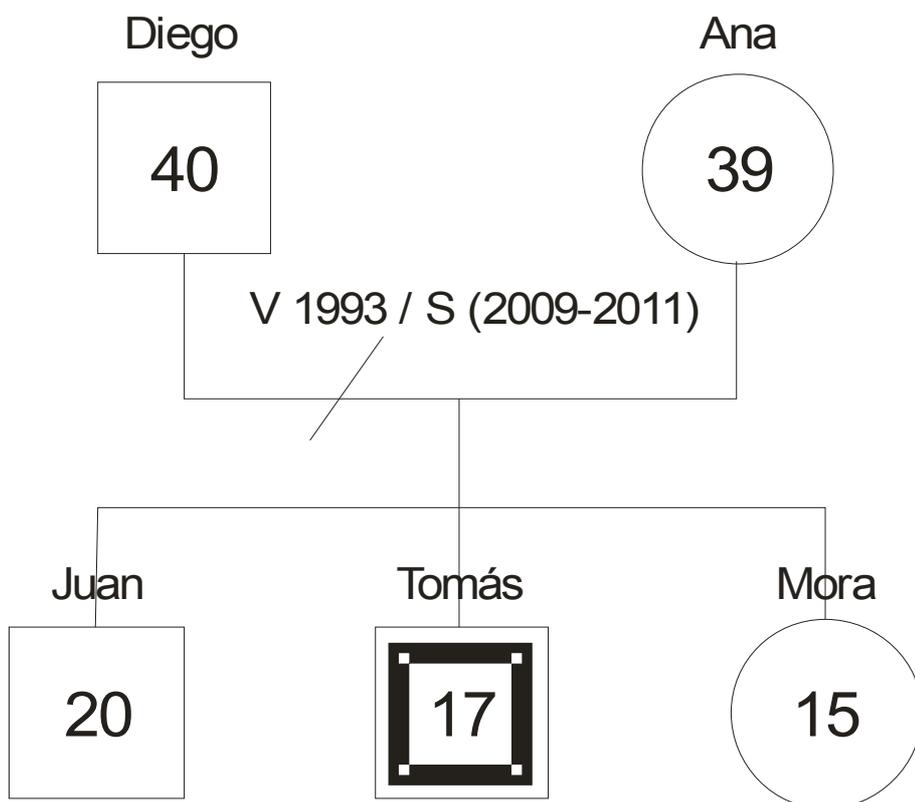


Figura 1. Genograma familiar.

*Información demográfica*

La familia es argentina. Todos sus miembros han nacido y viven hasta la actualidad en el conurbano bonaerense.

#### *Niveles educativos*

La madre posee instrucción universitaria, el padre no terminó el secundario. De los hijos, el mayor terminó el secundario, el PI está cursando el último año del secundario y la hermana menor está cursando los primeros años en la misma escuela.

#### *Ocupaciones*

La madre es profesional en el área de sociología, es investigadora y trabaja en una universidad pública. El padre trabaja como repartidor de una empresa grande de productos lácteos, siendo su jornada laboral de 10 hs, de lunes a viernes, e iniciando la jornada a las 4 am. El hermano mayor trabaja en una fábrica, en donde se desempeña como peón diez horas diarias. El PI estudia y se destaca como jugador de fútbol en la liga, la hermana menor estudia.

#### *Información funcional*

Se puede evaluar que se trata de una familia multiproblemática, con numerosas consultas y conflictos por parte de todos los miembros de la familia. De este modo, la familia recibe asistencia multidisciplinaria en centros de salud estatales, el CGP barrial y por parte de los gabinetes psicopedagógicos escolares.

Uno de los profesionales del gabinete psicológico de la escuela de Mora (hija menor) fue la encargada de gestionar la derivación de la familia a la institución para un tratamiento psicológico familiar; a partir de la denuncia de la adolescente por un hecho grave de violencia del padre hacia la madre. En la actualidad la familia continúa en múltiples tratamientos de salud.

#### *Sucesos familiares críticos*

Si bien no se incluyen en el presente estudio las familias extensas, cabe mencionar, como datos extraídos de la historia clínica familiar, que los hermanos y el padre de Ana (madre) son ex adictos y alcohólicos. En cuanto a la familia extensa de D (padre) es sustentada económicamente por él, debido a la edad mayor de sus padres. Entre los sucesos que han generado crisis familiares se destacan cronológicamente:

- Los padres del PI, han estado separados por un período de dos años.

- La madre hizo declaraciones de infidelidad frente a los hijos en diferentes contextos hace un año en una de las sesiones de psicoterapia familiar.
- El padre tuvo un cuadro de depresión hace un año.
- El hermano mayor es adicto recuperado.
- El padre está en una crisis vital por riesgo de desempleo.
- El padre tuvo una reacción violenta significativa (arrojó un cuchillo al aire y cayó muy cerca de la madre) hace 2 años, que desencadenó en la derivación a la psicoterapia sistémica familiar.

#### *Motivo de consulta actual*

El PI presenta un cuadro por abuso de sustancias, un atraso en el cronograma escolar y fue expulsado del equipo de la liga de fútbol. En este sentido, a partir de las conductas del PI, la madre está preocupada por un inminente pasaje de T a la fase de adicción.

## 5.2 Objetivo 1: descripción de la estructura familiar

La familia del caso presentado ha elaborado en el curso del tiempo pautas de interacción (estructura familiar), que determinan la funcionalidad o disfuncionalidad de sus relaciones y que rigen el funcionamiento de los miembros de la familia definiendo sus conductas. Siguiendo a Minuchin (1974), la terapia familiar estructural pone el acento en los aspectos relacionales que mantienen los síntomas de los integrantes, pensando que lo que puede cambiar son los factores contemporáneos, interpersonales que mantienen el problema, poniendo el foco en trabajar sobre las estructuras familiares disfuncionales como ejes para el cambio.

El planteo del genograma de relaciones (ver figura 2), presentado a continuación ha permitido la observación no solo los datos generales de la familia consultante, sino también la dinámica de la familia en el periodo evolutivo actual. Esta dinámica conlleva a delimitar jerarquías, roles, funciones, límites, triangulaciones, crisis, etc., en síntesis: los aspectos constitutivos de la dinámica

familiar inherentes y particulares del periodo de la observación

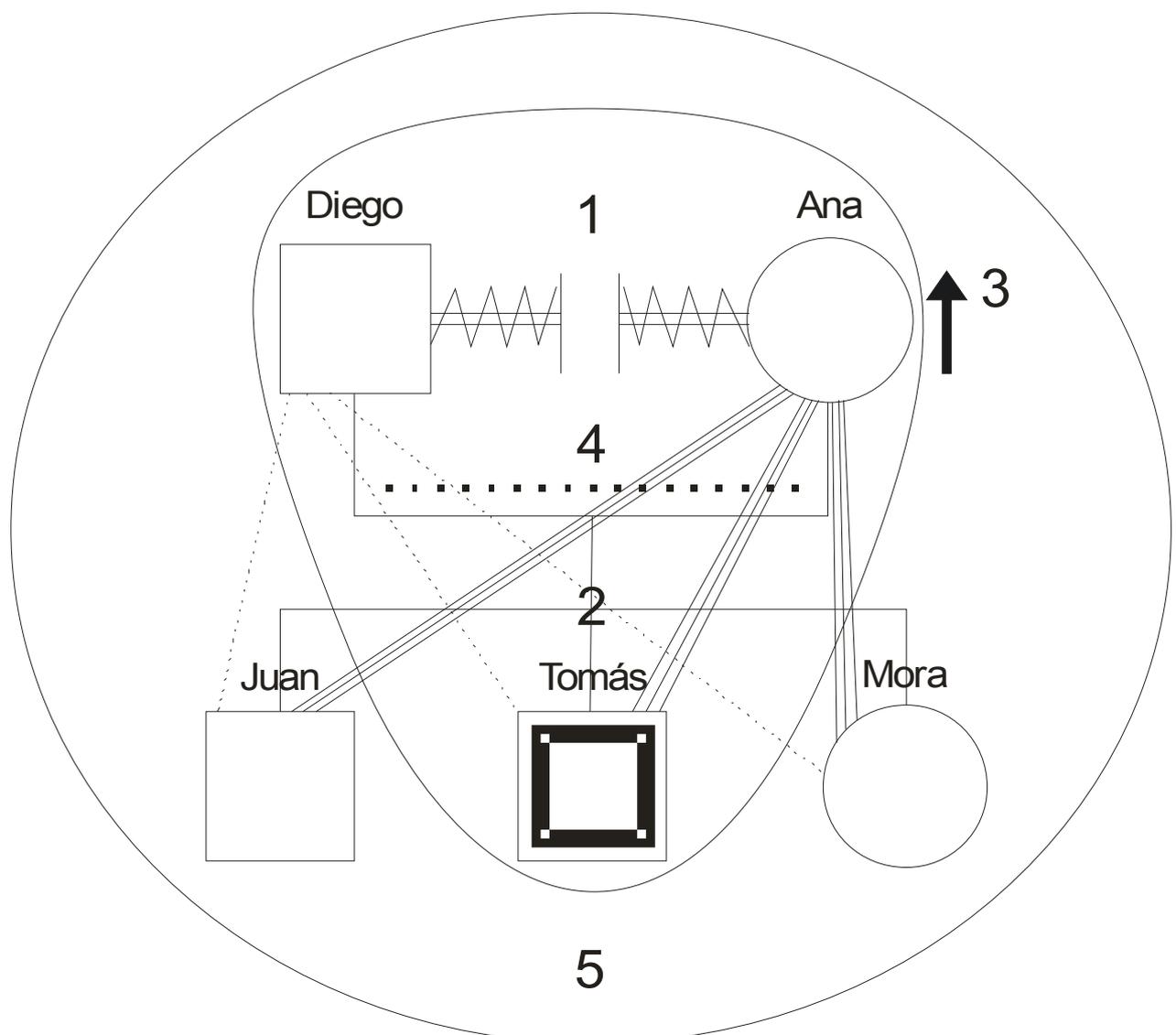


Figura 2. Genograma de relaciones: aspectos disfuncionales de la estructura familiar

El diseño de un genograma de relaciones permite observar a simple vista la calidad de las mismas (Ceberio, 2002). A continuación se explica cada uno de los puntos enumerados.

- 1) El punto 1 del gráfico representa un subsistema conyugal unido, aunque denota una relación conflictiva y agresiva, en términos verbales y descalificatorios de A hacia D. Deja sentado además una separación en la historia de la pareja.

Esta relación se puede observar en distintas ocasiones a lo largo del trabajo realizado; es así que, por ejemplo, en la primera sesión, la pareja expresó sus conflictos conyugales. A describió como *pobre* su relación de pareja con D. El poco tiempo compartido a solas (sólo salen en familia una vez al mes), la falta de diálogo y la ausencia de intimidad sexual, fueron sus principales reclamos, concluyendo que sentía cierto rechazo por su pareja. D se mostró desentendido frente a lo expuesto por su cónyuge, sólo comentó respecto de la relación que no tiene más ganas de pelearse con A. De lo expuesto, y siguiendo las conceptualizaciones de Minuchin y Fishman (1984) acerca del subsistema conyugal, se puede inferir que la pareja de D y presentaría dificultades para poseer un territorio psicosocial propio que pueda proporcionarles un sostén emocional.

Al concluir la primera sesión, el terapeuta informó al equipo de detrás de cámara (pasantes), que la relación entre D y A ha sido crítica desde sus comienzos con una separación y reconciliación reciente, e historias de infidelidad que desencadenaron un cuadro depresivo en D.

A partir de los hechos ocurridos en la sesión, el terapeuta destacó la crisis de pareja, el maltrato verbal de A y la ausencia de intimidad de sus conflictos frente a sus hijos. Fernández Moya (2010), considera vital para el desarrollo familiar y crecimiento de los hijos un modelo de relaciones de intimidad en la pareja. En la primer sesión (hace dos años), con todos los miembros presentes, A contó frente a toda la familia y el terapeuta, sus *historias* de infidelidades. Esta experiencia, según el terapeuta del caso, tuvo un fuerte impacto negativo produciendo numerosos síntomas en los miembros del sistema familiar, lo cual es congruente con lo propuesto por Minuchin y Fishman (1984), quienes afirman que si hay una disfunción conyugal repercutirá en toda la familia.

- 2) El punto 2 del cuadro representa el tipo de relación de los miembros del subsistema parental en el vínculo con sus hijos. A posee una relación muy

fusionada, definida por el terapeuta como de madre sobre implicada. D, por el otro lado, posee una relación fría y de poco contacto, definida por el terapeuta como periférica.

Los tipos de relaciones mencionados se pueden observar en la siguiente viñeta clínica, en la cual, hacia el final de la primer entrevista presenciada, A expuso con un alto grado de preocupación el cuadro por abuso de sustancias de su hijo T. Se mostró con pánico por el avance del cuadro de consumo refiriendo: *tengo miedo que T sea adicto*. El padre no realizó comentarios sobre el tema del consumo y aclaró: *la mamá es la que anda todo el día detrás de los temas de los chicos*. Según Minuchin (1974); Minuchin y Fishman (1984); Fernández Moya (2010), los adultos (en este caso ambos padres) tienen la responsabilidad de cuidar, proteger y socializar a los niños. De los sucesos presenciados en la entrevista, se infiere que esa función parental recae solamente en A. El subsistema conyugal, debe diferenciarse para desempeñar las tareas de crianza y socializar a un hijo, sin renunciar al mutuo apoyo que caracteriza al subsistema conyugal (Minuchin, 1974), apoyo que A no encontraría de parte de D.

En la segunda entrevista, ya con todos los integrantes de la familia presentes, A contó todos los esfuerzos que estaba haciendo por controlar a Tomás en pos de que no se profundice o continúe el consumo de marihuana. La madre confesó distintas conductas preventivas que estaba realizando para cuidar a T: interceptar las llamadas telefónicas y las redes sociales, prohibirle las salidas, llevarlo y retirarlo del colegio, revisar el cuarto de Tomás y revolver los cajones diariamente, etc. En este sentido, y como afirma Minuchin (1974), el hijo comienza a tener contacto con compañeros extrafamiliares, la escuela y otros sistemas socializantes exteriores a la familia. El subsistema parental debe adaptarse a los nuevos factores que actúan en el marco de socialización. Si bien A hace intentos por adaptarse a estos cambios su estilo sobre protector no le permite una adaptación funcional.

En oposición, D se mantiene en una posición distante y consecuentemente disfuncional. En este sentido, en la tercera sesión, el terapeuta le preguntó a D cómo estaba acerca de la situación de T y éste le respondió: *ahí andamos a las corridas, estoy con muy poco tiempo..., me preocupa lo de T pero..., tengo problemas en el laburo, mi viejo enfermo y unas cuantas cositas más...*. Comentó también, que estaba tratando de salir más en familia para no dejar salir sólo a este *salame*, en referencia a su hijo T.

Como se ha mencionado, el terapeuta definió a A como una madre sobre protectora y a D como un padre periférico. En la última sesión presenciada, ambos padres reconocieron sus limitaciones en el rol parental y la confusión que sentían en cuanto a las funciones como padres. D confesó que le falta autoridad, que le cuesta poner límites, que sus hijos no aceptan los mandatos y que no encuentra el momento para charlar con ellos. Dijo: *...siento que no me respetan, paso del silencio al grito por la impotencia que siento....* En relación a esta confesión, Minuchin y Fishman, (1984), explican que la autoridad incuestionada que caracterizó en algún momento al modelo patriarcal del subsistema parental desaparece, especialmente con hijos adolescentes, reclamando el concepto de una autoridad flexible y racional.

Por el otro lado, A aceptó que se preocupa por todo y en exceso, que ahora es el turno de T, pero que está pendiente constantemente de los tres hijos. También refirió que es ella la que está mal, que persigue a todos y cerró su comentario diciendo: *...la casa es un caos..., yo también me quiero escapar...*

Siguiendo los conceptos teóricos de Minuchin, (1974) el terapeuta refirió que A trata de imponer reglas que no puede explicar en el momento o lo hace de manera incorrecta o las considera evidentes, mientras que para T y sus hermanos no es así. Según Minuchin y Fishman (1984), el funcionamiento eficaz del subsistema parental requiere que tanto hijos como padres acepten el hecho de que el uso diferenciado de la autoridad es necesario, simultáneamente, se espera de los padres que comprendan las necesidades del desarrollo de sus hijos y que expliquen las reglas que imponen.

3) El punto 3 del cuadro representa el rol de jerárquico de A en la dinámica familiar.

Durante las cuatro sesiones observadas, pudo distinguirse claramente el rol jerárquico de A en su familia. El conjunto de funciones de cada miembro del sistema es lo que configura el rol de la persona (Ceberio, 2002). De este modo, por lo dicho en las sesiones, A es reconocida como la persona que tiene la función de poder dentro de la familia, es decir la posición jerárquica (Serebrinsky, 2009). Es la que establece las reglas, toma decisiones unilateralmente sobre la familia general o sobre los distintos miembros que la componen. A es la que controla todas las actividades que se desarrollan en el entorno familiar, es quien pone límites y dice que está *bien* o *mal*.

D, al igual que sus tres hijos, refuerza la posición de A, ya que se mantienen en una posición expectante sobre la aprobación de A frente a sus conductas. A es quien pide al terapeuta indicaciones, tareas y quien plantea los problemas.

En este sentido, es importante recordar que para Haley (1976), no existe síntoma psiquiátrico sin una jerarquía confusa. Es así que el terapeuta en la última pos-sesión describió y destacó a D como el miembro que menos participa en la organización del sistema familiar, dejando el lugar de la jerarquía parental recaer enteramente sobre A.

En esta última sesión, adicionalmente, se produjo un episodio muy confuso para los hijos. Los padres empezaron a discutir: A le dijo a D: *siempre estás colgado en otra cosa, no toma decisiones y estás arrastrando a la familia al caos*. Frente a dicha afirmación, D miró al terapeuta y le dijo: *¿qué quiere que haga si mi señora me tiene todo el tiempo al trote....?*

4) El punto 4 del cuadro representa los límites difusos y poco claros entre el subsistema parental y sus hijos, definidos por el terapeuta como una característica típica de las familias aglutinadas.

Siguiendo a Minuchin (1974), en las familias aglutinadas la conducta de un miembro afecta de inmediato a los otros y el estrés de un miembro individual repercute intensamente a través de los límites y produce disipación a los otros subsistemas la familia. De lo expuesto por el terapeuta en las pos-sesiones, así como de lo que surge de los datos presentados en la historia clínica, se puede observar que en todos los sucesos críticos de la familia se han involucrado intensamente todos, ya sean los conflictos conyugales, la adicción de Juan, la depresión de D.

Es muy representativo de esta modalidad funcional que la denunciante de maltratos entre el padre y la madre haya sido la más pequeña del grupo familiar. El terapeuta describió que los límites entre subsistemas se ven difusos, y sobrecargados, resultando costoso disponer de los recursos necesarios por parte del subsistema parental para manejar la situación de T.

En función de lo expuesto, y como señaló el terapeuta en todas las pos-sesiones del presente caso, se pueden identificar claramente límites difusos entre el subsistema parental, así como la falta de alianza entre los cónyuges. Desde otra perspectiva no hay acuerdo entre los padres, se puede observar como la madre

maximiza los límites mientras que el padre los minimiza, es decir se trata de un enfrentamiento constante entre una madre muy estricta y un padre muy permisivo.

Por su parte D, como se mencionó anteriormente, confesó que le falta autoridad y que le cuesta poner límites. Adicionalmente, es acusado por A de cansarse y de que no le importa, al punto de siempre terminar corriéndose de los conflictos.

En las distintas sesiones los padres refirieron que T no los respeta como padres y que no respeta los límites, A expuso sobre T que: *convence a todos, especialmente a su padre que termina dejándolo hacer lo que quiere*. En este sentido, A, en la última sesión, dijo: *cuando el padre no lo deja salir, T hace un escándalo hasta que finalmente su padre termina accediendo*. Esta escena puede relacionarse con la conceptualización de Minuchin & Fishman (1984) acerca de la puesta de límites como una de las funciones parentales, los autores afirman que para que el funcionamiento familiar sea adecuado los límites de los subsistemas deben ser claros, deben definirse con la suficiente precisión como para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, pero también deben habilitar el contacto entre los miembros de un subsistema y los otros.

En el presente caso, las fronteras del sistema familiar son cerradas, A relató durante los encuentros que siempre fue muy estricta con los amigos de sus hijos y que actualmente no deja salir a Tomás porque no quiere que éste corra riesgos. Le limitó los contactos con amigos, lo lleva y lo retira de la escuela, le suspendió salir a la plaza, a la cancha. T refirió en todas las entrevistas su molestia acusando a su madre de que lo vigila todo el tiempo y que vive revisándolo, hasta cuando está durmiendo.

Es importante destacar, como sostiene Minuchin (1974), que la claridad de los límites es lo más significativo en la estructura de un sistema, en donde la claridad de los mismos, muestran un parámetro útil para evaluar el funcionamiento de la estructura (Minuchin & Fishman, 1984). En familias disfuncionales se presentan dificultades para la demarcación de límites (Serebrinsky, 2009).

5) El punto 5 del cuadro representa un triángulo conformado por A, D y T.

Durante las cuatro sesiones presenciadas pudo observarse un triángulo entre T y sus padres. En la última sesión, el terapeuta destacó en el *setting* que ve muy unidos en un frente único a los padres del PI en cuanto a la postura que deben

tomar en referencia a los cambios que deben realizar de cara al tratamiento por abuso de sustancias de su hijo. Los diálogos entre los cónyuges se tornaron amables armónicos y simétricos hacia el final de la última sesión.

Del mismo modo, el terapeuta destacó que la alianza de sus padres para unirse frente a la problemática de T tenía dos lecturas: la alegría del PI de ver a sus padres unidos por un lado y la posibilidad que esta unión parental sostenida por el problema de T, esté adyacentemente provocando una presión y un compromiso en la función de T como medio de unión entre sus progenitores, por el otro. En referencia a esta observación y siguiendo a Serebrinsky (2009) la triangulación es descrita como un tipo de estructura familiar donde se puede utilizar al hijo como medio para evitar o desviar el conflicto parental o conyugal. Una de sus tres formas posibles es la *desviación de conflicto*, y está referida a cuando a pesar de las diferencias conyugales los padres se unen para cuidar, controlar o ayudar de alguna forma al hijo.

### 5.3 Objetivo 2: Intervenciones sistémicas aplicadas al caso

En este apartado se describen aquellas intervenciones observadas en la cámara Gesell a partir de las cuatro sesiones presenciadas. Siguiendo el orden del marco teórico presentado, se enuncia en primer término como intervención general la *coparticipación y el diagnóstico*, y luego, aquellas intervenciones específicas orientadas a reorganizar (reestructurar) la familia mediante: el cuestionamiento del síntoma, el cuestionamiento de la estructura familiar y el cuestionamiento de la realidad familiar.

#### Intervenciones generales

**La coparticipación.** En líneas generales pudo observarse que el terapeuta se relacionó con el sistema familiar siempre con empatía, calidez y cuidado. Se vio una clara aceptación del terapeuta por el sistema familiar. Como definió Umbarger (1987) entrar en coparticipación con un grupo familiar quiere decir establecer contacto con él y experimentar, luego de ese contacto, los infinitos caminos por los cuales el terapeuta es aceptado, resistido y respondido por la familia como un todo y

por cada uno de sus miembros individuales. La confianza con el terapeuta fue de vital importancia, si esto no se hubiera logrado, T no habría aceptado su estado de consumo de sustancias. En este sentido Umbarger (1987) advierte que cuando se interviene un sistema familiar o alguno de sus miembros, se puede experimentar estrés en el sistema y responder insistiendo en conservar el modo actual de funcionamiento, por este motivo, la coparticipación jugó un papel determinante como intervención.

Pudo observarse al terapeuta desde una *posición de cercanía*, considerando todos los aspectos que cada miembro trajo al *setting*. Se observó que el terapeuta se ocupó de contener a todos los integrantes de la familia para sobrellevar las emociones exteriorizadas en las sesiones. Desde la *posición intermedia*, se lo registró como un oyente activo, asistiendo a los participantes para que cuenten lo que les pasa, a modo de rastreo para recopilar datos. Por último desde una *Posición distante*, como plantean Minuchin y Fishman (1984), el terapeuta no hace papel de actor, si no de director. En este sentido, los padres de T, agradecieron al fin de cada encuentro el trabajo profesional del terapeuta, la tranquilidad y la contención que sentían por estar haciendo terapia familiar y por ser guiados en el proceso por él.

Tal como plantean Minuchin y Fishman (1984) acerca de cómo entrar en coparticipación con la familia, se pudo observar en todo momento a un terapeuta familiar experimentando la realidad como los pacientes la viven, desde su idiosincrasia y envolviéndose en las interacciones familiares durante el *setting*. Se destaca el uso del lenguaje del paciente dentro de las distintas formas posibles de entrar en coparticipación.

A modo de ejemplo, se transcribe uno de los diálogos ocurridos entre el terapeuta y el PI acerca del consumo de marihuana y de las tribus de adolescentes. Se registró un adolescente cómodo en la interacción y en confianza con el terapeuta, con total apertura hacia el diálogo con el profesional. A partir de esta intervención, el terapeuta logró que T, acepte su situación de consumo. El diálogo ocurrió en la segunda sesión, en un momento en que el terapeuta le pide a la familia que los dejen unos minutos a solas:

Terapeuta: *te pones en lugar de drogon, no ayudas en nada, que te pasa flaco!, le das manija a tus viejos, parece que se lo haces a propósito y más grave es que no quieres reconocer que te estás drogando.*

T: *bueno..., si me ofrecen fumar fumo..., ya me tienen podridos mis viejos, no me dejan hacer nada, mi vieja me persigue y mi papá cuando aparece sólo me grita, ya me resigne, que se jodan...*

Terapeuta: *así no entienden, ellos te dejan salir y siempre te enganchan fumando, si quieres que te den.... cambia la estrategia. Si quieres salir, sacate el cartel de rebelde, acepta las cosas, principalmente que tu familia y yo te queremos ayudar.*

T: *Ok, la realidad es que fumo todos los días, busco todas las oportunidades que tengo para fumar... no puedo parar ... me hace muy bien... (T con lágrimas en los ojos) ¿y ahora qué?*

Terapeuta: *Ahora te doy un abrazo fuerte y nos vemos la próxima con toda tu familia para seguir adelante, hoy dimos un gran paso (se fundieron en un abrazo).*

## Intervenciones específicas

**Cuestionamiento del síntoma: Reencuadramiento.** En el espacio de posesión, el terapeuta relató al grupo de pasantes que armó y planificó sus intervenciones para el caso desde una perspectiva en la que el problema de abuso de sustancias de T no es un hecho aislado.

Siguiendo la conceptualización de Fishman (2010), acerca del síntoma y su portador, se pudo observar al terapeuta cuestionar la definición que la familia da del problema, moviendo a cada integrante a que busque respuestas afectivas, cognitivas y conductuales diferentes. Mediante el cuestionamiento del síntoma, a modo de un reencuadramiento, el profesional pudo cambiar el marco conceptual que rodeaba al paciente identificado. De las intervenciones descritas en el marco teórico para cuestionar el síntoma, se pudieron identificar: la escenificación, el enfoque y la Intensidad (repetición del mensaje, cambio de distancia y resistencia a la presión de la familia).

**Escenificación.** Wainsten (2006), describe esta intervención como en la que el consultor intenta transformar las interacciones espontáneas presentadas durante la misma sesión. El terapeuta pidió explícitamente en varias oportunidades que T dialogue en la entrevista con sus padres acerca de los límites que estos le ponen y los acuerdos a los que llegan. Estas interacciones en el *setting*, dieron cuenta al

profesional sobre distintos aspectos disfuncionales de la estructura familiar como ser: la falta de límites, la jerarquía y sobreprotección de A y la actitud periférica de D.

En el marco de una intervención específica de escenificación, el terapeuta dio la consigna de que escenifiquen como es un pedido típico de autorización a los padres para una salida de T con sus amigos. A continuación se transcriben algunas líneas de la escena.

T: *mama, ¿me dejas salir el sábado? (el padre mira un cuadro del consultorio).*

Terapeuta a T: *¿ por que no le pedís permiso a tu papa?*

T: *para que..., si el siempre me dice preguntale a mama...*

Papa a Terapeuta: *déjenme tranquilo a mi, yo no me meto, si digo algo la madre me corrige y encima mi hijo me hace un escándalo y me insiste de manera insoportable.*

A a terapeuta: *no ve lo que le digo doctor..., usted me pide que comparta y decida con mi marido, pero aca la unica que se preocupa por todo soy yo.*

A partir de esta iniciativa pudo observarse que T solo dirigía su pedidos de autorización a su madre, que su padre no tenía ninguna participación e influencia en las decisiones y que A no autoriza a T a hacer ningún tipo de actividad argumentando que no se siente tranquila dejando salir a T, sin saber dónde, con quién está y qué está haciendo. A partir de esta intervención se pudieron observar algunos aspectos disfuncionales de la estructura familiar, orientando al terapeuta a proponer diferentes modalidades de interacción entre A y T y D, las cuales son descriptas en los siguientes párrafos.

**Enfoque.** Según Minuchin y Fishman (1984) en esta intervención, el profesional elabora un foco y una meta terapéutica que incluye una meta estructural como estrategia subyacente. El terapeuta del caso expuso en supervisión que el foco estaba puesto en T, el abuso de sustancias toxicas y el riesgo de adicción. Si bien como estrategia subyacente y final planteo la restructuración de los aspectos disfuncionales de la estructura familiar para que cedan los síntomas de los distintos miembros del sistema, las metas principales que se plantearon durante las sesiones presenciadas fueron: 1) el abandono del uso de drogas, 2) uso productivo del tiempo, 3) que el PI, consiga una situación estable y autónoma. En síntesis, el

primer cambio buscado fue frenar el agravamiento del cuadro, y evitar el pasaje del abuso de sustancias a la fase de adicción.

Siguiendo estas metas, la mayor parte del tiempo de las sesiones fue dedicada a dialogar sobre las conductas en torno al consumo de marihuana de T. Se psicoeduco a T y a su familia, se prescribió tanto una psicoterapia individual para T, así como un grupo terapéutico para padres con adolescentes en riesgo de adicción. Se logró un avance significativo en torno al reconocimiento al cuadro por parte de T como consumidor abusivo y en la última pos-sesión el terapeuta estaba evaluando un hospital de día para el PI.

Una intervención significativa que se pudo observar fue que T traiga una muestra de orina (intervención orientada a evaluar estabilidad y autonomía), para tener un indicador objetivo de la evolución y además incluyendo de esta forma a la familia a no dejar de lado el problema de la droga y siendo también esta de utilidad a la hora de presionar al PI a que asumiera su responsabilidad.

El terapeuta prescribió a T distintas actividades (uso productivo del tiempo) de una entrevista a la otra, como por ejemplo: estudio, deportes, salidas con hermanos, y actividades artísticas y recreativas siempre acompañado.

**Intensidad.** El terapeuta ha utilizado diferentes intervenciones para hacer llegar sus mensajes a la familia. Como describe Fernández Moya (2010), las familias tienen campos de *sordera selectiva* regulados por la historia en común. Las intervenciones observadas en este sentido fueron:

- **Repetición del Mensaje:** el terapeuta recalcó en repetidas oportunidades aspectos relacionados con la peligrosidad de la fase de adicción, la falta de límites parentales hacia T, la sobreprotección de A, y el rol periférico de D como padre, entre los más destacados.

Se transcribe a continuación un diálogo entre el terapeuta y T acerca del abuso de marihuana:

Terapeuta: *T no te das cuenta donde te estas metiendo, el peligro que corres, esto no es joda..., puedes terminar muy mal.*

T: *no se, no se..., es que mi vieja no me deja hacer nada.*

Terapeuta: *es que no estas colaborando en nada, tenes que tomarte las cosas con mas responsabilidad.*

T: *no es tan grave, solo unos porros...*

Terapeuta: *¿Cómo unos porros?, fumas cada vez que salís, te encontraron droga en los cajones, en el colegio estas por repetir, te dejaron afuera del equipo de futbol, ¿no entendés lo que pasa?*

T: *bueno, esta bien..., ¿que quieren que haga?*

Terapeuta: *que te ayudes a vos mismo, y que me dejes ayudarte, que hagas buena letra así tus padres están mas tranquilos y confiados en que no corres riesgos de salud. T: esto es no es un chiste ni una travesura.*

- **Cambio de distancia:** esta intervención fue muy recurrente en el *setting*, y se refiere al espacio (cercanía, lejanía o la altura) entre los miembros de la familia o entre alguno y el terapeuta. En diferentes oportunidades se intensificaron las interacciones a partir de esta modalidad. El terapeuta siempre estuvo muy próximo a T para insistir con algunos mensajes.

- **Resistencia a la presión de la familia:** según Minuchin y Fishman (1984), el “no hacer” puede producir intensidad en la terapia, sobre todo sobre todo cuando el terapeuta no hace lo que la familia quiere que haga. Con la resistencia del terapeuta a ser absorbido por el sistema se introduce intensidad. Un ejemplo en esta dirección se puede observar en la última sesión, cuando A y D le pidieron al terapeuta que decida él si le parecía adecuado que T salga a un cumpleaños el sábado a la noche. El terapeuta se resistió a tomar esta decisión, provocando mucha intensidad en el *setting*; frente al pedido de los padres, el profesional respondió: *ustedes son los padres, ustedes tienen que decidir.*

**Cuestionamiento de la estructura familiar: Reestructuración.** Siguiendo Minuchin y Fishman (1984), el cuestionamiento de la estructura familiar, deriva en una reestructuración, y esta es definida como la modificación de las reglas de la relación. El terapeuta expuso en el espacio de supervisión, que llevaba adelante el proceso de reestructuración haciendo foco principalmente en modificar los límites de los subsistemas, para que pasen de difusos a ser claros, trabajar para que los roles, la jerarquía, las alianzas o las coaliciones sean funcionales para el contexto de la familia. De las intervenciones descritas por (Minuchin & Fishman, 1984; Fernández Moya, 2010; Fishman, 2010; Wainstein, 2006), para cuestionar la estructura familiar, se han identificado en la observación: fijación de frontera (distancia psicológica y duración de la interacción) y el desequilibrio (alianza alternante).

**Fijación de fronteras.** El terapeuta ha propuesto diferentes intervenciones para cambiar las distancias entre los subsistemas con el objeto de regular el grado de permeabilidad entre los subsistemas, entre las cuales se pudieron observar:

- **Distancia psicológica:** en todas las sesiones el terapeuta recurrió a las preguntas circulares (aquellas ideadas para revelar las diferentes relaciones y las diferencias entre relaciones). Se trataron de preguntas triádicas en las cuales uno de los miembros fue invitado a describir la relación entre otros dos miembros (por ejemplo le preguntó a D qué piensa de la relación entre A y su hijo), o bien se preguntó cómo un miembro de la familia reacciona ante el problema y cuáles son las reacciones de otros miembros ante esa reacción (por ejemplo, preguntó a cada miembro de la familia que piensan qué le pasa a T y por qué consume y abusa de las drogas). El foco de esta intervención radica en que ninguno de los miembros hablar por el otro, o dicen lo que el otro piensa o siente; sino más bien que cada uno expone su propia visión de los diferentes conflictos planteados en el consultorio.

Otro recurso muy utilizado por el terapeuta para modificar la distancia psicológica entre los consultantes fue el uso del espacio en el *set* terapéutico. En este sentido, por ejemplo, puso distancia separando miembros, achico la distancia juntando miembros, hizo cambios de sillas (por distintas ubicaciones y tamaños) y retiró integrantes por algunos minutos del consultorio.

**Desequilibrio:** Siguiendo a Minuchin y Fishman (1984), esta intervención cuestiona la distribución de los roles y funciones, así como el vínculo jerárquico entre los miembros del sistema. El sistema consultante adquiere vital importancia ya que la familia confía en las estrategias e intervenciones propuestas por el terapeuta en busca de la reestructuración funcional de la estructura familiar.

Para realizar esta intervención, el terapeuta llevo a cabo una alianza alternante. Esto implicó establecer una alianza tanto con los padres como con T. Con los primeros se buscó un frente común y firme frente al consumidor. En este sentido, se promovió que D y A trabajen juntos para señalar límites y reglas claras dentro de la casa, en relación especialmente a aquellas que tienen que ver con el consumo de sustancias. Algunas de estas reglas fueron negociadas durante las sesiones (puesta en acto), para que el terapeuta pueda detectar cómo son las pautas transaccionales, con el fin de poder, luego, planificar sus intervenciones.

Respecto a T, el terapeuta le dejó claro que era su aliado, y le propuso que si colaboraba con el tratamiento y se dejaba ayudar, iba a intervenir entre él y sus

padres negociando para que estos le den las libertades que él estaba reclamando. En cuanto al soporte teórico de esta intervención, Fishman (2010), afirma que es especialmente útil cuando se trabaja con hijos adolescentes, donde el terapeuta apoya el derecho de los padres a tomar decisiones en su condición de tales y al mismo tiempo da lugar a los adolescentes a cuestionar y a solicitar cambios en el proceso de toma de decisiones dentro de la familia.

**Cuestionamiento de la realidad familiar.** Según, Minuchin y Fishman (1984), la terapia de familia parte del supuesto de que las pautas de interacción obedecen a la realidad tal como es vivenciada. Por este motivo, modificar la visión de la realidad familiar llevaría a elaborar nuevas modalidades de interacción entre ellos. De este modo, en el caso observado, el terapeuta intervino resaltando en primer plano los lados fuertes, tanto de T como de su familia.

**Los lados fuertes:** en algunos pasajes de las sesiones, la familia, veía en la consulta sólo las dificultades, lo atípico, lo riesgoso y sin encontrar alternativas en sus propios recursos. Por ejemplo, se organizaban en torno a las deficiencias del PI, y no en torno a sus capacidades; o se culpaban entre D y A acerca de quién era responsable de los conflictos familiares. El terapeuta, se centró en mostrar los recursos, los aspectos positivos y las capacidades, tanto de T como de la pareja y la familia en reiteradas oportunidades. En este sentido, el terapeuta siempre destacó a nivel familiar la resiliencia y el amor como sostén principal de la familia. Específicamente sobre el PI, recalcó su compañerismo con cada uno de los integrantes de la familia y en especial a sus padres.

Adicionalmente, con la intención de promover conductas saludables por parte de T, el terapeuta hizo hincapié en el aspecto deportivo, destacando el desempeño futbolístico y el rendimiento escolar, ya que antes del cuadro por abuso de sustancias estos eran óptimos.

#### 5.4 Objetivo 3: Cambios observados en la estructura familiar

A lo largo del curso del tratamiento del caso se han podido observar diversos cambios que se han sucedido en la estructura familiar. En primer lugar, el principal cambio se encuentra en la consideración por parte de la familia de la posibilidad de coparticipación con el terapeuta, es decir, en la aceptación de un tratamiento familiar

para T. Este cambio es de radical importancia ya que implica, siguiendo las propuestas de Umbarger (1987), poner el foco del tratamiento en la familia en lugar de en la persona. En este sentido, los padres del PI, en la cuarta sesión, aceptaron que son responsables, en gran parte, por las conductas de sus hijos, en este caso, de las conductas de consumo de T. Adicionalmente, cabe mencionar como profundización de este cambio, que los padres de T se comprometieron a asistir semanalmente al grupo de referentes de padres con hijos adictos que funciona en la institución.

Desde el punto de vista sistémico, según describen Umbarger (1987); Minuchin y Fishman (1984), es posible que sobrevenga un cambio por fuerzas externas a la familia, como ser el terapeuta, que introduzcan crisis (cuestionamientos) generando la movilización de conductas diferentes. A su vez, el proceso de cambio puede darse, como ya fue explicitado en el apartado 3.6, de forma continua o discontinua. En el presente caso, no pudo observarse el proceso de manera continua ya que sólo se registraron cuatro sesiones. Sin embargo, sí se observaron saltos repentinos hacia nuevas pautas de organización.

Dentro de los saltos observados se destaca que los padres del PI se aliaron para cumplir con el rol parental de manera conjunta. En la última sesión, las decisiones fueron consensuadas y acordadas por ambos padres. Esto generó un cambio tanto en una jerarquía parental, ahora compartida, así como en la producción de los límites claros y unificados por parte de ambos padres, además de en la implicación de D en su rol de padre y el descanso para A al poder compartir responsabilidades con su cónyuge.

Por su parte se observaron cambios significativos en el PI. T aceptó su cuadro de abuso de sustancias y la importancia de recibir ayuda. Accedió a distintas tareas solicitadas por el terapeuta como asistir a terapia individual, diferentes exámenes, y rechazar aquellas salidas que le signifiquen el riesgo de volver a consumir. Durante las últimas dos semanas de observación T refirió no haber vuelto a consumir, del mismo modo su madre indicó que no volvió a encontrar conductas de consumo. En la última sesión D contó que T había salido de noche a un cumpleaños y que había respetado las pautas establecidas. Por último, se destaca la reinserción de T a la actividad deportiva.

Minuchin (1974) ha expresado que cuando la estructura del grupo familiar se transforma, las posiciones de los distintos miembros del sistema se modifican

consecuentemente. Esto se puede observar en el caso descrito en tanto que A, D y T, están comenzando a experimentar algunos cambios en su propio subsistema como en los otros que están implicados.

Siguiendo a Falicov (2009), es posible que la familia entre en una crisis y que la transformación consiguiente la lleve a un nivel de funcionamiento distinto que facilite la superación. En este punto es importante destacar que se ha observado a A en sesión confesar que se sentía agotada y responsable de tener que superar tantos temas y que sentía que la familia era un caos y estaba en crisis; que ella también, al igual que T, quería escaparse de alguna forma. Por este motivo parece oportuno hablar de un cambio de contexto a partir de los cambios descritos, sin embargo, aún sería prematuro llamarlo cambio de segundo orden.

#### 5.5 Objetivo 4: propuesta de futuras intervenciones

Desde el punto de vista sistémico la patología individual sólo es comprensible dentro del contexto de la interacción familiar (Serebrinsky, 2009). Se ha debatido en los encuentros con el profesional tratante si la enfermedad de T podría estar queriendo ocultar cambios en el contexto familiar (la separación de los padres) o impedir el necesario ciclo de separación entre sus padres y él, como adolescente. En la primera sesión, el terapeuta le pregunto a la pareja si ellos creían que los conflictos conyugales (peleas, separación, infidelidades) estaban afectando a T, sólo respondió A diciendo que no le parecía una excusa que justifique la actitud de T. D por su lado, tenía la mirada perdida y no emitió respuesta. Otras de las preguntas que se plantearon en los espacios con el terapeuta fueron: ¿existiría la posibilidad que T esté consumiendo para mantener a la familia, especialmente al subsistema conyugal unido?, ¿qué podría estar sucediendo a nivel de pareja y cómo influye en el adolescente?, ¿es T el portador del síntoma de los conflictos de pareja?

En este sentido, considerando las preguntas planteadas, el primer grupo de intervenciones futuras se orientarían a intervenir el triangulo formado por A, D y su hijo T. Cabe destacar, siguiendo a Fernández Moya (2010), que los triángulos son de vital importancia en el área clínica, ya que promueven el desarrollo de síntomas en el individuo, generando tensión y provocando sentimientos de indefinición y desesperanza. Una persona atrapada en un triángulo tiene minimizadas sus

funciones dentro de un sistema, intensificando su reactividad emocional hasta el punto de determinar su conducta sin opciones. Por el otro lado, Serebrinsky (2009), describe la triangulación como un tipo de estructura familiar donde los límites entre el subsistema parental y el filial están difusos y se utiliza al hijo como medio para evitar o desviar el conflicto parental o conyugal. En función del marco teórico expuesto es que posibles pautas de intervención deberían dirigirse hacia la triangulación existente en el sistema familiar descripto.

En este sentido, se propone también intervenir el triangulo utilizando *alianzas* con alguno de los miembros con la finalidad de que el terapeuta ingrese a ese triangulo y que el adolescente portador del síntoma se sienta aliviado.

Adicionalmente partir de *la enseñanza de la complementariedad* como intervención (descrita en el apartado 3.5.2), se insistiría en cuestionar la idea integral de la jerarquía y el esclarecimiento de los límites para con los hijos. En este sentido, se trabajaría con la psicoeducación de la pareja para redefinir el cuadro de T en términos de que no existe un paciente individualizado o la idea lineal de que un miembro de la familia controla el sistema; sino que en realidad cada integrante sirve de contexto a los demás. Esta intervención apunta a hacer notar que no se puede separar contexto de conducta.

Otro grupo de intervenciones podrían estar orientadas a reforzar el subsistema conyugal, como base de una estructura familiar organizada. En referencia a este tema, Minuchin y Fishman (1984) afirman que el subsistema conyugal debe llegar a un límite que lo proteja de la interferencia de las demandas y necesidades de otros sistemas, en particular cuando la familia tiene hijos. Los adultos deben poseer un territorio psicosocial propio, un refugio que puedan proporcionarse mutuamente, un sostén emocional. Es vital para el desarrollo familiar y crecimiento de los hijos un modelo de relaciones de intimidad. En tanto Fernández Moya (2010) y Minuchin y Fishman (1984) postulan que si hay una disfunción conyugal, repercutirá en toda la familia

Por lo recién expuesto, entre las intervenciones sistémicas orientadas a profundizar una alianza conyugal podríamos usar *la duración de la interacción*, con el objetivo de alargar el proceso de contacto entre A y T, promoviendo encuentros a solas como pareja, practicando interacciones como formas novedosas que el terapeuta podría introducir en el formato de las interacciones entre ellos.

## 6. Conclusiones

---

El objetivo principal del presente estudio fue el de describir las intervenciones sistémicas aplicadas en un caso de familia multiproblemática, en ciclo vital adolescente con riesgo de adicción. Se considera que se han cumplido los objetivos específicos planteados ya que se ha descrito la estructura familiar, las intervenciones aplicadas, los cambios observados, así como también se elaborado una propuesta de futuras intervenciones para la familia.

Desde la psicoterapia sistémica se considera relevante destacar que las personas y sus problemas se encuentran inmersos en sistemas más amplios como lo es la familia (Haley, 1976). Uno de los lineamientos principales de este enfoque, es que el paciente identificado (PI), entiéndase la persona que presenta el síntoma, no es el problema, sólo se considera portador de un síntoma emergente de un conflicto familiar (Andolfi, 1989; Umbarger, 1987).

Para dar respuesta a los objetivos específicos se utilizo como paradigma orientador el modelo estructural de Salvador Minuchin, desde el cual se considera a la familia como un sistema abierto, con patrones de interacción (estructura familiar) que determinan las relaciones entre sus miembros (Minuchin 1974). El terapeuta estructural trabaja en la modificación de los aspectos disfuncionales de la estructura. Con la reorganización familiar se espera que el problema desaparezca (Umbarger, 1987).

A partir de lo expuesto en respuesta a los objetivos, el modelo estructural de terapia familiar resultaría un planteamiento especialmente útil en el tratamiento de abuso de sustancias. Serebrinsky (s/f), describe las conductas marginales de un adolescente (por ej.: consumo de sustancias), como un síntoma que revela un conflicto en sí mismo, pero que también representa un intento de solución a una situación conflictiva familiar. Es decir, este individuo no puede pensarse en forma aislada, pues se hace a sí mismo, se co-construye en el ejercicio de múltiples interacciones, que se dan en el interior de la familia. Por este motivo, se tiende a

considerar el síntoma en su aspecto relacional como emergente de una peculiar forma de interacción en el sistema familiar.

En relación a la familia estudiada y a partir de su diagnóstico estructural y de las intervenciones aplicadas, se destacan como cambios significativos la implicación de todos los integrantes en una psicoterapia familiar, el replanteo del subsistema tanto conyugal como parental y, fundamentalmente, la contemplación de T respecto a su cuadro de abuso de sustancias. Él es consciente de que existe un problema y se han podido observar conductas orientadas a superarlo, de este modo, lentamente, comenzó a pasar a la acción. En este sentido, el hecho de que acuda semanalmente a las sesiones familiares y a la psicoterapia individual es un paso tan importante como haber dejado de consumir determinadas sustancias o de frecuentar determinados lugares asociados al abuso.

A lo largo de la observación realizada del caso, y su posterior descripción, pudo quedar de manifiesto lo propuesto por Tood y Stanton (1990), respecto a que los abordajes familiares para el tratamiento de abuso de sustancias consiguen aumentar el compromiso del PI y sus familias.

Para futuras investigaciones, se cree necesario considerar, desde una perspectiva sistémica las nuevas configuraciones familiares (mujeres solteras con hijos a cargo, familias ensambladas, familias monoparentales, etc.), que se manifiestan a través de los complejos procesos socio culturales que estamos atravesando, y que se alejan de un estereotipo familiar tradicional (Serebrinsky, 2009). Por lo tanto se considera necesario tener en cuenta que es el conjunto de funciones de cada miembro del sistema lo que configura el rol de la persona. Los roles así percibidos, son situacionales, contingentes y varían según las demandas internas y externas del sistema (Ceberio, 2002).

Adicionalmente, sería conveniente profundizar la línea de investigación relacionada con el estilo del terapeuta, ya que éste es muy significativo en el proceso de coparticipación con la familia que consulta, en tanto que obra dentro de las reglas del sistema familiar como agente de cambio sobre la base de la confianza ganada.

Se considera que el presente estudio posee ciertas limitaciones. En cuanto a su forma, los objetivos específicos han sido planteados en un punto del proceso en donde el acercamiento al marco teórico no era tan vasto y profundo como lo es al

momento de la finalización del TFI, en consecuencia el planteo de los mismos se ha realizado sin el conocimiento de la terminología específica.

En lo que respecta al aspecto práctico, las limitaciones propias de tener una determinada cantidad de tiempo para observar en cámara Gesell el caso estudiado sin poder seguir la evolución longitudinalmente es una limitación que interfiere directamente en el objetivo número tres, respecto de los cambios observados en la estructura familiar.

Para finalizar, a través de la realización del trabajo se ha podido integrar la teoría con la práctica profesional aportando, por un lado, un modelo de trabajo para futuras investigaciones y, por el otro, una experiencia enriquecedora ya sea por tratarse del primer acercamiento a la práctica clínica; así como por intercambio con cada uno de los profesionales que colaboró en el presente estudio.

## 7. Referencias Bibliográficas

---

Andolfi, M. (1989). *Terapia familiar*. México: Paidós.

Andolfi, M., Zwerling, I. (1985). *Dimensiones de la terapia familiar*. Barcelona: Paidós

Bertalanffy, L. V. (1987). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.

Cancrini, L. (1982). *Los temerarios en las máquinas voladoras. Estudio sobre las terapias de los toxicómanos*. Buenos Aires: Nueva Visión

Ceberio, M. (2002) *El taller del genograma. Un viaje en las interacciones y juegos familiares*. Buenos Aires: De los cuatro vientos

Haley, J. (1976). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Escartin Caparroz, M (2004). *Familias multiproblemáticas y servicios sociales*. Boletín informativo de Trabajo social Alicante. Recuperado de: <http://www.uclm.es/bits/sumario/28.asp>
- Facio, A. (2006). *Adolescentes Argentinos. Cómo piensan y sienten*. Buenos Aires: Lugar.
- Falicov, C.J. (2009). *Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo de vida*. Buenos aires: Amorrortu.
- Fernández Moya, J (2010). *Modelos clínicos de abordaje*. Mendoza: universidad del Aconcagua.
- Fishman, C.H. (2010). *Tratamiento de adolescentes con problemas. Un enfoque de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Gómez, E; Muñoz; M.M, & Ana María Haz, A.M (2007). *Familias Multiproblemáticas y en Riesgo Social: Características e Intervención*. Psykhe, vol. 16, núm. 2, pp. 43-54. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Martínez Lanz,P; Gómez Santa María, A & Ortega Peniche, S (2005). *Adicciones y Patrones Familiares de Conducta*. Psicología Iberoamericana, vol. 13, núm. 1, pp. 5-11. Ciudad de México: Universidad Iberoamericana.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S & Fishman, C. (1984). *Técnicas de terapia familiar*, Buenos aires: Paidós.
- Rodríguez Martínez, M. (S/F). *La familia multiproblemática y el modelo sistémico*. La nueva comunicación, artículos on line. Recuperado de: [www.redsistemica.com.ar](http://www.redsistemica.com.ar).

- Serebrinsky, H.(S/F).*Familias marginales*. Buenos aires. Articulo de divulgación académica: Escuela sistémica Argentina.
- Serebrinsky, H. (2009).*Un viaje circular: de la psicología pichoniana a la teoría Sistémica*. Buenos Aires: De los cuatro vientos.
- Sierra, M, & Garrido Fernandez, M (2009). *La terapia familiar en el tratamiento de las adicciones*. Apuntes de Psicología, 27 (2-3), 339-362. España: Colegio oficial de Andalucía Occidental, universidad de Cádiz, Universidad de Huelva y Universidad de Sevilla.
- Sluzky, C (1996).*La red social: fronteras de la práctica sistémica*, Barcelona. Gedisa.
- Stanton, M, D.,& Tood, T., (1990) El modelo terapeutico. En Stanton, M.D., Tood, *Terapia familiar del abuso y la adicción a las drogas*.(pp 101- 132). Barcelona: Gedisa.
- Tood, T & Stanton, M., D., (1990) Las estrategias y las técnicas. En Stanton, M.D., Tood, *Terapia familiar del abuso y la adicción a las drogas*.(pp 287-294). Barcelona: Gedisa
- Umbarger, C. (1987). *Terapia familiar estructural*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Wainstein, M. (2006). *Comunicación un paradigma de la mente*. Buenos Aires: JCE.
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires.: JCE.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H., & Fisch, R. (1982). *Cambio*.Barcelona: Herder.h