



Facultad de Ciencias Sociales  
Carrera de Psicología

**Trabajo final integrador**

*“Abordaje de familias multiproblemáticas desde el enfoque  
sistémico”*

Alumna: Yamila Yaci Palacios

Tutor: Gregorio Traverso

Buenos Aires, 23 de Febrero de 2021

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>2</b>
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>2</b>
2.1 OBJETIVO GENERAL .....	2
2.1.1 <i>Objetivos Específicos</i> .....	2
<b>3. MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>3</b>
3.1 ENFOQUE SISTÉMICO Y TERAPIA FAMILIAR .....	3
3.1.1 <i>Modelo ecológico</i> .....	5
3.1.2 <i>Modelo Estratégico</i> .....	8
3.1.3 <i>Modelo Estructural</i> .....	10
3.1.4 <i>Modelo Familiar Multisistémico</i> .....	12
3.2 FAMILIA MULTIPROBLEMÁTICA .....	14
3.2.1 <i>Fuentes de derivación y Demandas de FMP</i> .....	15
3.2.2 <i>Limitaciones de profesionales para trabajar con FMP</i> .....	17
3.2.3 <i>Intervenciones terapéuticas sistémicas en FMP</i> .....	19
<b>4. METODOLOGÍA</b> .....	<b>22</b>
<b>5. DESARROLLO</b> .....	<b>23</b>
5.1 DESCRIBIR LAS FUENTES DE DERIVACIÓN Y LOS MOTIVOS POR LAS QUE HABITUALMENTE LAS FAMILIAS MULTIPROBLEMÁTICAS ACUDEN A UN CENTRO CON ORIENTACIÓN SISTÉMICA .....	24
5.2. ANALIZAR CUÁLES SON LAS PRINCIPALES LIMITACIONES QUE SE LES PRESENTAN A LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAN CON FAMILIAS MULTIPROBLEMÁTICAS EN UN CENTRO CON ORIENTACIÓN SISTÉMICA.....	30
5.3 DESCRIBIR EL TIPO DE ABORDAJE Y LAS INTERVENCIONES SISTÉMICAS MÁS UTILIZADAS CON FAMILIAS MULTIPROBLEMÁTICAS EN UN CENTRO CON ORIENTACIÓN SISTÉMICA .....	34
<b>6. CONCLUSIONES</b> .....	<b>38</b>
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>41</b>

## **1. Introducción**

El presente Trabajo Final Integrador (TFI) de la licenciatura en Psicología es el resultado de la práctica profesional elegida y realizada en una institución privada especializada en el área de la Salud Mental que brinda a la comunidad asistencia, diagnóstico y tratamiento, destinada a atender las demandas requeridas tanto a nivel individual, comunitario e institucional, ya sea en el ámbito clínico, educativo u organizacional. La misma cuenta con un staff de profesionales formados para brindar un servicio fundado desde un modelo sistémico-cognitivo-conductual, focalizado en la resolución de problemas y orientado en el aquí y ahora.

La sede se encuentra situada en una localidad del Gran Buenos Aires, Pcia. de Bs.AS., desde el año 2005.

La práctica mencionada se realizó durante el segundo cuatrimestre de 2020. Por motivos excepcionales, debido al contexto de pandemia y cuarentena en el que se encontraban, se efectuaron sólo las supervisiones con modalidad online. Es por ello que las actividades realizadas fueron las observaciones participantes de las supervisiones de forma sincrónica y virtual.

El tema elegido para el presente trabajo es: las familias multiproblemáticas y el modo de abordaje que éstas suscitan, sus fuentes de derivación y los motivos por los que llegan al centro, asimismo las intervenciones más utilizadas para esta temática y las limitaciones con las que se topan los profesionales que llevan adelante estos casos.

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo General**

Describir el abordaje sistémico de familias multiproblemáticas en un centro con orientación sistémica.

#### **2.1.1 Objetivos Específicos**

a. Describir las fuentes de derivación y los motivos por las que habitualmente las familias multiproblemáticas acuden a un centro con orientación sistémica.

b. Analizar cuáles son las principales limitaciones que se les presentan a los profesionales que trabajan con familias multiproblemáticas en un centro con orientación sistémica.

c. Describir el tipo de abordaje y las intervenciones sistémicas más utilizadas con familias multiproblemáticas en un centro con orientación sistémica.

### **3. Marco Teórico**

#### **3.1 Enfoque Sistémico y Terapia Familiar**

El modelo sistémico es uno de los más actuales, puesto que se origina con el apogeo de la cibernética en la segunda mitad del siglo XX (Castro Solano, 2003).

El establecimiento de este modelo, como dispositivo psicoterapéutico, ocurre en la década del '60, como un enfoque específico de terapia familiar (Benito, 2009).

Surge de la evolución de una parte de la psiquiatría que observaba la importancia de la familia en la etiología de la esquizofrenia y de otras patologías graves. Se refería a un grupo de profesionales, los cuales veían insuficiencias en el modelo psicodinámico individual. Es por ello que se sintieron atraídos por un modelo que ampliaba sus alternativas de intervención al incorporar la familia en la evaluación y el tratamiento. La segunda y primordial fuente fue la Teoría General de Sistemas y la Cibernética, y sobre todo fue Gregory Bateson (1998) en 1956 con su concepto de doble vínculo, el verdadero autor del paradigma. El doble vínculo se da en una relación considerada de vital importancia, en la que la persona recibe dos mensajes incompatibles, difundidos en distintos niveles de comunicación. Entonces, la persona, se ve atrapada en una situación en la que no es posible ni responder adecuadamente ni escapar. Bateson (1998) y su equipo, lo que hacen aquí, es traer algo totalmente novedoso con respecto a la etiología y al manejo de las enfermedades mentales graves. Proponen el estilo de comunicación como un factor importante en la patología mental. Y es en este sentido, que, el hallazgo de Bateson (1998) produjo un cambio de mirada: De la dinámica intrapsíquica al nivel interaccional (Moreno, 2014).

Como anteriormente se mencionó, la terapia familiar surgió al mismo tiempo que el modelo sistémico. Y esto es así, ya que su unidad de análisis es la familia y es que para poder entenderla no bastan los modelos clásicos enfocados en el individuo. Es por ello

que su objeto de análisis no es el individuo sino el sistema. La noción de sistema refiere a un todo organizado, que es más que la suma de las partes, ya que se sitúa en un orden lógico distinto al de sus componentes. Aplicado a la familia, plantea comprender ésta, como un todo organizado en la que cada miembro cumple una función, y que con sus acciones regula las acciones de los demás, a la vez que se ve afectado por ellas. En la familia existe un patrón interaccional, en el cual, las acciones de cada miembro son interdependientes de las de los demás (Feixas Viaplana, Muñoz Cano, Compañ Felipe & Montesano del Campo, 2016).

Según los autores, Benito (2009) y Castro Solano (2003) la terapia familiar sistémica fundamenta sus intervenciones en el sistema, que produce las conductas disfuncionales del paciente. Al emplearse para el trabajo con familias, el terapeuta debe identificar el rol de cada miembro, especialmente el rol del paciente que contribuye al mantenimiento de la estabilidad del sistema. Asimismo, se orienta principalmente a establecer diferentes tipos de cambios en las reglas que rigen el funcionamiento del grupo, con el objetivo de generar cambios en sus integrantes.

Como plantean Pinto Tapia (2004) y Castro Solano (2003) la terapia familiar sistémica difiere de las demás psicoterapias (psicoanalítica, conductual, cognitiva) por un lado, en su unidad de análisis, ya que ésta es el sistema y no el individuo.

Además se diferencia en que este abordaje enfoca sus objetivos terapéuticos en la transformación de los patrones de interacción entre las personas, no considerando los trastornos como conflictos individuales sino como patologías de una relación (Benito, 2009).

Y por otro lado, Pinto Tapia (2004) y Castro Solano (2003) refieren la concepción que tiene de los síntomas. Desde esta perspectiva se los considera parte del patrón comunicacional, y por tanto una característica del sistema y no únicamente del que lo padece. Por tanto, se tiende a trabajar con toda la familia y orientar la intervención a alterar los patrones de interacción familiar en los que el síntoma cobra su sentido. Por lo tanto, el objetivo terapéutico cambió de considerar al síntoma como algo que se debe eliminar, al de un aliado para modificar la disfuncionalidad del sistema, de tal forma, que cometida su función, el síntoma desaparece. Es así que el paciente deja de ser objeto de la intervención, ya que el cambio sintomático no es una meta en sí misma y también el terapeuta, ya que usualmente se trabaja en equipo.

La relación terapéutica, que es el eje de la psicoterapia para la mayoría de otros modelos, no es acá, algo que ocurre entre terapeuta y cliente, sino que se da entre el

equipo y la familia. Asimismo, las sesiones de terapia, suelen darse en un intervalo de entre 6 y 20, así como también más largas, sin embargo son más espaciadas en el tiempo. En definitiva, la terapia familiar sistémica, se refiere a una nueva concepción de la psicoterapia (Feixas et al., 2016).

Con respecto a las escuelas clásicas dentro de la psicoterapia sistémica se encuentran: la escuela de Palo Alto, con Watzlawick (1974) y Bateson (1998), la escuela estructural, cuyo principal exponente es Minuchin (1974) y la escuela de Milán con Selvini Palazzoli como su mayor representante. Y en cuanto a los modelos de terapia familiar sistémica más utilizados en la actualidad, algunos de ellos son: El modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987), el modelo estratégico de Haley (2006), el modelo estructural de Minuchin (1974) y el modelo familiar multisistémico de Henggeler (2009) (Feixas & Miró, 1993).

### **3.1.1. Modelo ecológico**

Desde el enfoque sistémico, es necesario, tener una mirada socioecológica de los contextos en los que están inmersas las familias. El psicólogo estadounidense Urie Bronfenbrenner (1989) fue quien propuso la perspectiva ecológica del desarrollo de la conducta humana (Frías Armenta, López Escobar & Díaz Méndez, 2003).

La contribución de Bronfenbrenner (1987) en cuanto a que el desarrollo humano es siempre ecológico, en tanto y en cuanto se produce en contexto, fue fundamental para la sistémica.

Según su modelo de sistemas ecológicos, el desarrollo humano es un proceso dinámico y recíproco. Es decir, que el individuo en desarrollo, reestructura de forma activa los numerosos ambientes en donde vive pero, al mismo tiempo, recibe el influjo de ellos, de sus interacciones y de los factores externos. A su vez, considera los diferentes contextos en los que se desarrolla una persona, pero, considerándola integradamente, sin recortarla o aislarla de su entorno ecológico (Craig, 1994).

Asimismo, se concibe al ambiente ecológico, como un conjunto de estructuras seriadas y estructuradas en diferentes niveles, en donde cada uno de esos niveles contiene al otro, comparando la ecología individual y ambiental con un nido estructurado, a la forma de mamushkas rusas, donde el núcleo es el individuo (Bronfenbrenner, 1979; Frías Armenta, López Escobar & Díaz Méndez, 2003).

Es en este sentido, que el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987) comparte algunos de los supuestos básicos de la teoría general de los sistemas, ya que compara la ecología individual y ambiental con un nido estructurado, cuyo núcleo es el individuo.

Bronfenbrenner (1987) denomina a esas capas o niveles: el microsistema, el mesosistema, el exosistema y el macrosistema (Figura 1). El microsistema constituye el nivel más inmediato en el que se desarrolla el individuo (generalmente la familia), e incluye los comportamientos, roles y relaciones característicos de los contextos cotidianos en los que éste se desenvuelve, donde puede relacionarse cara a cara fácilmente, como el hogar, el trabajo, sus amigos; el mesosistema comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona participa activamente (la familia, el trabajo y la vida social); al exosistema lo componen contextos más amplios que no introducen a la persona como sujeto activo, es la comunidad más próxima, son las instituciones mediadoras entre la cultura y lo individual (la escuela, la iglesia, los medios de comunicación, los organismos judiciales y de seguridad, etc.); y por último, al macrosistema lo integran la cultura y la subcultura en la que se desenvuelve la persona y todos los individuos de su sociedad, se refiere a las formas de organización social, los sistemas de creencias y los estilos de vida que prevalecen en su cultura o subcultura en particular, además es el nivel más externo, por ende no alude a ningún ambiente en particular (Craig, 1994; Frías Armenta et al., 2003; García Sánchez, 2001; Torrico Linares, Santín Vilariño, Villas, Menéndez Álvarez Dardet & López López, 2002 ).

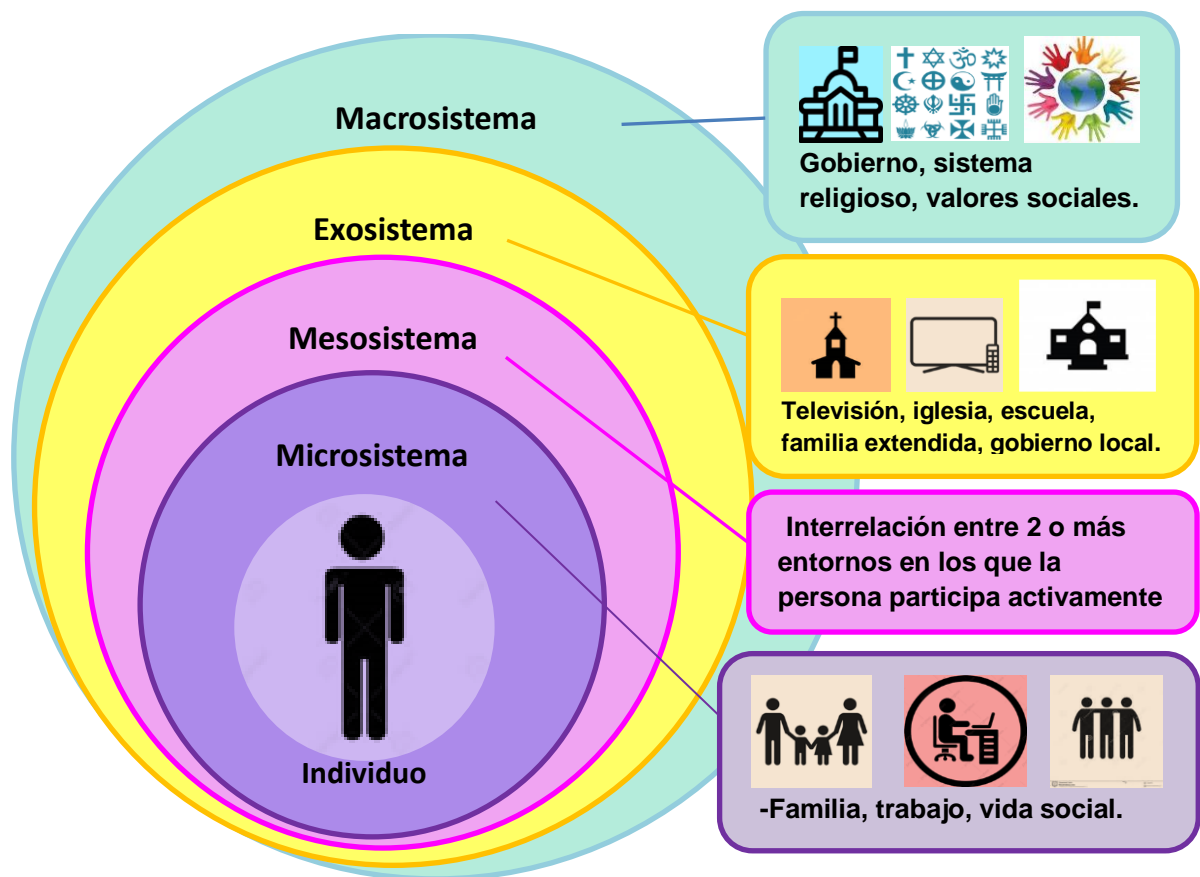


Figura 1. Sistemas de la Teoría ecológica de Bronfenbrenner (1987).

Bronfenbrenner (1987) y Frías Armenta et al. (2003) explicitan que, la capacidad de formación de un sistema depende de la existencia de las interconexiones sociales entre ese sistema y otros. Todos los niveles o capas del modelo ecológico dependen unos de otros y, por ende, se necesita de una cooperación en conjunto de los diferentes contextos y de una comunicación entre ellos.

El postulado básico que aquí plantea Bronfenbrenner (1979), es que los ambientes naturales son la principal fuente de influencia sobre la conducta humana, con lo que la observación en ambientes de laboratorio o situaciones clínicas no ofrece la realidad humana tal cual es. Aun así, el afirmar que el funcionamiento psicológico de las personas está, en gran parte dado por la interacción de ésta con el ambiente o entorno que le rodea no es una gran novedad. Aunque si lo es, tener en cuenta el ambiente ecológico que circunscribe al sujeto. Esto genera que el autor considere el desarrollo humano como una progresiva acomodación entre un individuo activo y sus entornos (cambiantes). Asimismo, este proceso, se ve condicionado también, por las relaciones



que se establecen entre estos entornos y por contextos más amplios en los que están incluidos esos entornos.

Esta principal aportación da cuenta de los fenómenos humanos y sirve de base para la comprensión del desarrollo de las personas a nivel individual, familiar y social. Además, esta concepción de la realidad psicosocial se opone al supuesto de los esquemas clásicos. Estos entienden el medio social como una concatenación de ambientes independientes que operan de forma similar a compartimentos que se relacionan de suerte más o menos compleja los unos con los otros. Esa concepción teórica desvía la verdadera realidad del problema. Pero para salvar esta contingencia el modelo proporcionado hace más de 40 años por Urie Bronfenbrenner (1979), proporciona una explicación adecuada a esa complejidad, ya que sólo es posible desde un artefacto teórico que pueda aprehenderla en mayor o menor medida (Pérez Fernández, 2004).

En cuanto a la aplicación de este modelo a la familia, ésta se tiene en cuenta como un sistema complejo en interacción continua con su medio ambiente. La cual, posee una estructura autoorganizada y jerarquizada, que presenta una organización tridimensional: biológica, social y hablante. Entender a la familia desde un enfoque ecológico-sistémico supone comprender la familia como un sistema abierto a un entorno de influencias recíprocas, lo que resalta las dificultades y las oportunidades de adaptación de la familia al entorno y viceversa. Por ende, la familia ejerce influencia activamente en su entorno a la vez que se adapta a éste y es influido y condicionado por el mismo (Rodrigo López, Martín Quintana, Cabrera & Máiquez Chaves, 2009).

Asimismo, Desde este punto de vista del desarrollo psicosocial, el terapeuta familiar tiene una mirada del individuo como un individuo interaccional, con lo cual, su conducta es un emergente del tipo de intercambio que sostenga con otros sistemas, que no pertenezcan a su núcleo familiar, como: grupo de amigos, vecinos, la escuela, etc. (Wainstein, 2016).

### **3.1.2 Modelo Estratégico**

La terapia familiar, desde el modelo estratégico, implica considerar a la familia como un sistema a la vez que, centrarse en las interacciones y en las motivaciones actuales de sus miembros, en vez de, estudiar a cada individuo por separado. Esto debido a que las acciones de una persona, se explican por lo que acaban de hacer otras

en el presente y es esta dinámica de acciones las que influyen en todo el sistema familiar (Feixas, et al., 2016).

El fundador del modelo estratégico, Jay Haley (2006) integró el equipo inicial de Palo Alto, el cual estaba dirigido por Bateson (1998), y posteriormente perteneció por algunos años al Mental Research Institute (MRI). Estudió con detalle el trabajo de Milton Erickson en cuanto a la hipnosis y la psicoterapia, y publicó varias obras relacionadas. Además tuvo una estrecha relación con Minuchin (1974). Pero no fue hasta en los años setenta, que su enfoque, beneficiado por todas estas influencias, fue definido (Feixas et al., 2016).

La terapia estratégica surge de las investigaciones que realizó Haley (2006) en los años 50 cuando integró Palo Alto. Estas se caracterizaron por el diseño de estrategias para crear el cambio en el sistema familiar. La terapia familiar estratégica al igual que todos los modelos sistémicos se basan en la teoría general de sistemas y en la cibernética. Se enfocan en el análisis de secuencias repetitivas de conductas y en patrones de comunicación, para lo cual, se consideran los principios de la Teoría de la Comunicación (Fernández Hawrylak, 2001).

La terapia estratégica analiza las secuencias de conducta o comunicación estudiando qué es lo que el síntoma expresa. Esta psicoterapia se centra en el postulado de que los síntomas, al igual que cualquier otra conducta, son una forma de comunicación en la familia (Moreno, 1994).

Se enfoca más en cómo se mantiene el problema, que en cómo surge, ya que una conducta disfuncional forma parte de una secuencia circular de conductas, por ende, al interrumpir el ciclo, se va a impedir que se mantenga el problema. Los problemas, según este modelo, aparecen cuando en el sistema familiar se tiende más a la homeostasis que al cambio, repitiendo de manera continuada las mismas interacciones o intentando resolverlas de manera inadecuada, dando lugar así a que estos intentos de solución se conviertan en problemas. Asimismo, otro elemento en el mantenimiento de los problemas es la organización jerárquica inadecuada, con lo cual la meta de la terapia estratégica se basa en resolver el síntoma actual mediante el establecimiento de nuevas secuencias de interacción y una apropiada reorganización jerárquica (Fernández Hawrylak, 2001).

Por lo tanto, un análisis minucioso de estos comportamientos nos demostrará que al mismo tiempo que el problema está siendo atacado por los comportamientos que se le oponen, está siendo encubiertamente apoyado por los comportamientos que lo están

provocando. El terapeuta lo que busca es este ciclo o secuencia. Desde este enfoque, se intenta lograr el cambio por fuera de la conciencia de los miembros de la familia, usando la energía del paciente y enfocándose en el núcleo familiar. Para así ayudar a la persona, a afrontar una crisis específica en una etapa de la vida para pasar a la siguiente. Es decir, se examina el patrón de la queja intentando identificar cual es la secuencia que mantiene el problema y así poder diseñar una intervención que irrumpa o revierta el patrón (Hoffman, 1987; Madanes, 1984).

Según Haley (1980 como se citó en Hernández Córdoba, 2007) una terapia se considera estratégica si el clínico le da inicio y diseña un enfoque particular para cada problema. Cuando el psicoterapeuta y un individuo se encuentran con un problema, la acción que se produce está determinada por los dos, sin embargo en la terapia estratégica la iniciativa está, en gran parte por el primero. Éste es el que debe reconocer problemas solubles, plantear metas, diseñar intervenciones para así alcanzarlas y que los consultantes logren ampliar su margen de libertad, limitado por los síntomas y los conflictos interpersonales que constituyen los motivos de consulta. Esto es así, ya que la terapia estratégica es una postura por la cual el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en los consultantes, debido a que él, es el que debe planear qué hacer.

### **3.1.3 Modelo Estructural**

El modelo estructural desarrollado por Salvador Minuchin (1974) en la década de 1970 fue el que terminó estableciendo las bases del modelo sistémico.

Mientras en California, motivado por la comunicación esquizofrénica, el equipo de Palo Alto erigía la raíz comunicacionalista de la terapia familiar, en la costa este americana, también había un grupo de psicoterapeutas a los cuales les incumbían las familias. En particular se interesaban, por las que habitaban los barrios marginales de grandes ciudades como Nueva York y Washington. Éstas se caracterizaban por ser familias pobres e inadaptadas, en las cuales era habitual el desempleo, el consumo de drogas y la violencia. Es en este contexto que Salvador Minuchin (1974) inició su trayectoria como terapeuta familiar e investigador, trabajando en una institución para delincuentes de entre ocho y doce años, cuyas familias eran pobres, desorganizadas y multiproblemáticas. Y es en ese mismo contexto, que resulta primordial trabajar con los miembros de la familia o de los servicios implicados para aportar una cierta

estructura a la familia. Fue allí que Minuchin (1974), se dejó seducir por la estructura de la familia multiproblemática o la familia de los suburbios, como él la llamó e inspirado por ella, construyó la raíz estructural de la terapia familiar sistémica (Feixas et al., 2016; Linares, 2012).

Como la define Minuchin (1982 como se citó en Hernández Córdoba, 2007), la terapia estructural, es una terapia de acción, y su herramienta fundamental consiste en modificar el presente y no en explorar o interpretar el pasado, ya que si bien la organización actual de la familia refleja su historia, esa dinámica podrá cambiar a través de intervenciones que modifiquen el presente.

Asimismo, Viaplana, Muñoz, Compañ & Montesano (2016) refieren que este modelo teórico se centra en la estructura familiar y en la forma organizacional que esta adquiere, y que, las interacciones que se producen en esta estructura, se derivan de la misma, dando lugar así a ciertos roles y éstos a su vez, influyendo en las conductas de los individuos.

El por eso mismo, que el centro de las intervenciones es el sistema familiar y el psicoterapeuta se involucra y usa su propia persona como instrumento para transformarlo, bajo la conjetura de que al cambiar la posición de los miembros en esa estructura, cambiarán también sus experiencias subjetivas. Es con ese objetivo, que el psicoterapeuta confía en las propiedades de la familia como sistema y entiende que una transformación de la estructura permitirá la resolución de los motivos de consulta. Asimismo, el psicoterapeuta se une a la familia, no para educarla ni para instruir la, sino para ayudarla a recuperar su eficacia en el cumplimiento de estas tareas (Hernández Córdoba, 2007).

Según éste enfoque, una familia adecuadamente organizada tendrá límites claramente marcados. El subsistema marital poseerá límites cerrados para proteger la intimidad de los esposos. El subsistema parental presentará límites claros entre él y los hijos, pero no tan impenetrables que limiten el acceso que se necesita para ser unos buenos padres. El subsistema de hermanos poseerá sus propias limitaciones y estará organizado jerárquicamente. Y por último, el límite con relación a la familia nuclear también será respetado. Desde este enfoque estructural, la terapia consta de rediseñar la organización familiar de modo que se aproxime más de cerca a este modelo normativo, por ejemplo, para que una familia se la considere funcional tendrá que tener una clara línea entre generaciones (Hoffman, 1987).

Según refiere Minuchin (1974), el marco de referencia del terapeuta que ejerce la terapia estructural de familia, es un cuerpo de teoría y técnicas que estudian al sujeto en su contexto social. La teoría de la terapia de familia se basa en el hecho de que el hombre no es un ser aislado, sino un miembro activo y reactivo de grupos sociales. Plantear que el individuo es influido por el contexto social, sobre el cual también influye, sin duda, no genera ninguna novedad. Pero el hecho de basar las técnicas de salud mental en este supuesto, constituye un nuevo enfoque. Las técnicas tradicionales de salud mental se enfocaron exclusivamente en el individuo, aislado de su medio. Un psicoterapeuta orientado hacia la terapia individual considera al individuo como el asiento de la patología y sólo reúne los datos que pueden obtenerse del individuo. En cambio el terapeuta que trabaja con el marco de referencia de la terapia estructural de familia, posee un foco más amplio y una mayor flexibilidad, lo cual aumentan las posibilidades de intervención terapéutica. El terapeuta no se limita a la interacción de la familia como ha sido internalizada por el niño, sino que experimenta por sí mismo, el modo en que los miembros de la familia se sostienen y califican mutuamente.

### **3.1.4 Modelo Familiar Multisistémico**

El modelo familiar multisistémico, desarrollado por Scott W. Henggeler (2009), es un tipo de terapia familiar sistémica que por lo general, se utiliza en familias que contienen algún miembro adolescente con problemas de abusos de sustancias o que han incurrido en la delincuencia. Asimismo, es una herramienta terapéutica integradora y multimodal, que incluye tratamientos biológicos, psicosociales y psicoeducativos pero con una ambientación ecológica (De la Peña, 2003).

La terapia multisistémica (TMS) es una intervención multifactorial, a corto plazo, la misma se basa en el ámbito domiciliario y comunitario y sobre todo para las familias de jóvenes con trastornos psicosociales y conductuales graves (Littell, Popa & Forsythe, 2008).

Como refieren Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland & Cunningham (2009), la TMS, es un tratamiento que ha demostrado ser eficaz con los jóvenes que presentan un comportamiento antisocial grave y sus familias. Asimismo, las intervenciones familiares y comunitarias que plantea, son bien razonadas, científicamente probadas y bien implementadas, que sirven para poder alterar el curso de vida de los adolescentes que presentan un comportamiento antisocial grave.

Los principios para definir la TMS se apoyan además de los correlatos de las conductas disociales, en la teoría social-ecológica de Bronfenbrenner (1987), la cual concibe al sujeto y a su comunidad como sistemas interconectados con influencias dinámicas y recíprocas. Es por ello que la TMS se centra en la identificación de los problemas del adolescente y su familia en el contexto comunitario. Además, sus intervenciones se realizan en el ambiente natural. Las intervenciones de MST, se centran en capacitar a los cuidadores para que obtengan los recursos y las habilidades necesarias para ser más efectivos con sus hijos. Una vez que aumenta la eficacia del cuidador, el terapeuta guía los esfuerzos del cuidador para, por ejemplo, desvincular a sus adolescentes de sus compañeros desviados y mejorar el rendimiento escolar. Por ende, la familia se considera fundamental para lograr y mantener una disminución del comportamiento antisocial de los adolescentes y un mejor funcionamiento. Además, de que pueden lograr hacer frente a los problemas familiares y extrafamiliares (De la Peña, 2003; Henggeler, et al., 2009).

La TMS utiliza variadas estrategias ya sean familiares, individuales y farmacológicas para así ayudar al adolescente. Asimismo, las acciones están basadas en la participación directa de los padres (De la Peña, 2003).

La TMS no posee técnicas exclusivas de intervención. Sin embargo, las estrategias de intervención se integran a partir de otros modelos de tratamiento, centrados en el problema, que incluyen: la terapia familiar estratégica, la terapia familiar estructural y la terapia cognitivo-conductual. Es por ello, que el enfoque familiar multisistémico se distingue de otros enfoques de intervención por su conceptualización integral (Littell et al., 2008).

En cuanto a los equipos de tratamiento, estos constan de terapeutas profesionales y asistentes sociales, que son supervisados por psicólogos o psiquiatras clínicos. Los terapeutas son profesionales de la salud mental con títulos de maestría o doctorado, estos están disponibles para los participantes del programa las 24 horas del día, 7 días a la semana. El tratamiento es individualizado, para poder abordar las necesidades específicas que poseen los jóvenes y sus familias, e incluye el trabajo con otros sistemas sociales como las escuelas y los grupos de pares (de allí el nombre de multisistémico). El tratamiento puede centrarse en el cambio cognitivo o de la conducta, las habilidades para la comunicación, las habilidades de crianza, las relaciones familiares, las relaciones con los pares, el rendimiento escolar y/o las redes sociales. Las características clínicas de la TMS incluyen la evaluación integral del desarrollo del niño, de las interacciones

familiares y de las interacciones de los miembros de la familia en otros sistemas sociales (De la Peña, 2003; Henggeler et al., 2009).

### **3.2 Familia Multiproblemática**

El término Familia Multiproblemática (FMP) es bastante actual, se originó alrededor de los 50' por profesionales e investigadores de los países anglosajones, pertenecientes al trabajo social. Al comienzo hizo referencia a familias que pertenecían a un bajo nivel socioeconómico y no a las relaciones interpersonales y sociales de los miembros (Rodríguez, 2003).

Según Cancrini (1995), no se puede constatar que la familia multiproblemática se sitúe en uno u otro extremo del espectro socioeconómico, ya que por el contrario, resaltan grupos multiproblemáticos con entradas regulares y de mensurado nivel. Asimismo, plantea que hay familias bastante por encima del umbral de la pobreza, pero que no pueden llegar a administrarse apropiadamente, y por ende, alternan cíclicamente fases de bienestar con fases de crisis. Es por ello que aquí se presenta un serio problema terminológico en la literatura de la Terapia Familiar con respecto al modo más acertado de denominar los sistemas familiares que se definen sobre todo por vivir en situación de pobreza.

Minuchin, Montalvo, Guerney, Rosman & Schumer (1967), resuelven esta cuestión caracterizando el funcionamiento de dichas familias a nivel comunicacional, estructural y del sistema afectivo y no solo por sus condiciones socio-económicas, derribando así el mito de que la pobreza era siempre sinónimo de desorganización.

Minuchin et al. (1967), plantean que en estas familias existen problemas tanto en el desarrollo de los roles, particularmente los parentales, y en la asunción del liderazgo, como en la insuficiente delimitación de los sistemas (poca delimitación de los límites generacionales), además de la tendencia a la inestabilidad psicosocial de los individuos en los subsistemas, a causa de la inconstancia en la organización estructural y donde un elevado número de miembros presentan o denuncian problemas.

Según Gómez, Muñoz & Haz (2007), Linares (2012) y Panadés (2001) la FMP no es sólo una familia con muchos problemas, sino que para abordar la complejidad de la temática se deben considerar, las siguientes características: (1) Polisintomatología y crisis recurrentes: Estas familias no presentan un síntoma específico, sino una serie de problemas y factores de estrés, entre los que suelen encontrarse, negligencia,

alcoholismo, violencia intrafamiliar, abuso de sustancias y depresión; (2) Abandono de las Funciones Parentales: Un fracaso constante de la parentalidad y la conyugalidad, frecuentemente la pareja parental se constituye de forma casual, en ausencia de verdaderos vínculos, o se rompe ni bien se constituyó. Además, la parentalidad se muestra contradictoria, y cae a menudo bajo la responsabilidad, solo de la madre, quien, inmadura y rodeada de múltiples dificultades, resulta incapaz para ejercerla. Esto sin duda ocasiona; (3) Desorganización, ya que genera una atmósfera relacional inmersa en una organización caótica y una mitología negligente, y por último; (4) Aislamiento familiar (conflicto y distanciamiento con sus familias de origen) y social (inexistencia de contactos significativos de apoyo personal y afectivo).

El concepto de FMP si bien comenzó a aparecer a finales de los años 50 entre los Servicios Sociales que trabajaban con la marginalidad, en los años 60, Harry S. Aponte y Salvador Minuchin (1974) desde Filadelfia y Nueva York trabajaron el concepto de familia suborganizada para hacer referencia a familias aisladas de su medio social y también de sus propias familias extensas, resaltando fundamentalmente una de las características de estos sistemas: La falta de organización interna para superar las dificultades. Salvador Minuchin (1974) en sus inicios trabajó en los guetos negros y portorriqueños de Nueva York y de Filadelfia, teniendo que orientar su trabajo hacia un enfoque nuevo, que se basaba en un enfoque directo sobre la inmediatez del aquí y ahora, de carácter pragmático y que consideraba como primordial, el contexto en que surgían y se mantenían los problemas y dificultades de estas familias. Fruto de una larga experiencia con este tipo de familia surgió el libro *The families of the slums* (Las familias de los suburbios), en el que abordó a esos subsistemas insertos en la marginalidad, la delincuencia y/o la drogadicción. Éstos, eran una población que tanto para las terapias comunicacionalistas como para las introspectivas no tenían demasiado sentido. Sin embargo, el modelo estructural, enfocado especialmente en las relaciones jerárquicas y en la diferenciación de los subsistemas, brindaba a los profesionales un novedoso lenguaje para abordar la problemática de este tipo de familias (Ortega Allué, 2016).

### **3.2.1 Fuentes de derivación y Demandas de FMP**

En cuanto a los contextos de derivación y la demanda terapéutica en FMP, debido a las características propias de las mismas, éstas no pueden realizar demandas muy



elaboradas. Es por ello que tienden a relacionarse desde la superficialidad con los servicios y a través de la necesidad material de la supervivencia diaria (Comellas, 1996).

Según Panadés (2001), Vallejo Sánchez y Nieto Acero (2013) el abordaje de las familias multiproblemáticas ha conformado un gran desafío para terapeutas. Estas familias no suelen efectuar demandas de tratamiento psicoterapéutico porque aunque existan síntomas y sufrimiento, falta la petición de ayuda psicológica, debido a que además falta el reconocimiento de cualquier problema de esta naturaleza. Es por ello, que estas familias no suelen llegar por iniciativa propia, y si lo hacen, es con demandas concretas, generalmente materiales y en momentos de crisis. Esto es así, ya que son familias que se sienten maltratadas por las circunstancias y desesperanzadas sobre la posibilidad de que exista alguien que los pueda llegar a entender y a ayudar. Asimismo, ésta situación se da porque tienen una pobre apreciación de sus propias capacidades de éxito.

El modo de recurrir a los servicios de protección con una demanda de ayuda es en función de un síntoma (paciente identificado o chivo expiatorio). En el caso de las FMP que acuden a contextos asistenciales, usualmente, el síntoma coincide con la demanda de alguna necesidad de tipo material. En otros casos, son clientes forzosos, ya que acuden por derivación de otros servicios. Muchas veces los menores y adolescentes suelen ser el motivo de las peticiones de ayuda y, la mayoría de las veces, quien hace la demanda es una institución, no la propia familia. Esto es así, ya que las fuentes de derivación de FMP, son a través de instituciones de salud mental, instituciones educativas, el Tribunal Tutelar de Menores, o por la existencia de algún caso judicializado (Panadés, 2001).

Son muchas las carencias y muy graves las situaciones que se dan, que muchos profesionales suelen sustituir en todo o en parte a los familiares incapaces. Sin embargo, se debe optar por brindar la ayuda que las familias necesitan, sin pretender sustituirlos. Uno de los objetivos fundamentales es tratar de evitar que no se cree un vínculo de dependencia de los Servicios, los cuales son generalmente las fuentes de derivación en las FMP, ya que esto culmina completando el proceso de desorganización ya iniciado (Rodríguez, 2003).

Como explicita Panadés (2001), la demanda de intervención terapéutica con una FMP, se puede dar desde diferentes contextos asistenciales e institucionales y la fuente de acceso de la familia a la intervención terapéutica puede ser muy diversa: (1) Desde

un Equipo Especializado en la Intervención Terapéutica en situaciones familiares que presenten algún riesgo de maltrato y negligencia infantil. Aquí, es el profesional, el derivante (en general de Servicios Sociales o del Servicio de Protección de Menores) quien debe hacer la demanda previa al Equipo Terapéutico, el cual negociará con aquellas condiciones de ingreso o no de la familia a la terapia; (2) desde un Equipo de Atención Social Primaria, que cuenta con un Programa de Infancia y Familia o con un Psicólogo dispuesto a intervenir terapéuticamente con FMP. En esta situación, la familia entró por primera vez en el servicio debido a una demanda asistencial que ha abordado el Trabajador Social hasta que éste, cuando crea conveniente, solicitará el apoyo terapéutico al Psicólogo de su equipo. En estas dos situaciones planteadas, el psicoterapeuta tiene la opción de valorar la adecuación o no de la demanda del servicio derivante a raíz de la información que éste puede aportar. Para así, el terapeuta reorientar la demanda y diseñar en conjunto con el derivante y otros servicios, la estrategia que sea la más adecuada para que la familia pueda llegar a la terapia con más garantías de éxito; (3) mediante un Equipo de Salud Mental, que trata individualmente algunas de las patologías de la FMP. Ésta pide una consulta directamente al servicio, por indicación de otro servicio y; (4) a través de un Equipo de Tratamiento de Alcoholismo o toxicomanías. Al igual, que en la situación anterior, la familia pide una consulta directamente al servicio, por consejo de otro. En estas dos últimas situaciones planteadas, por el contrario, el profesional, apenas posee información de la familia y su red social, antes de producido, el primer contacto con la misma. Por lo tanto, en estos casos el terapeuta deberá analizar por sí mismo, si se trata o no de una FMP e indagar cuál es su red primaria y secundaria significativa.

### **3.2.2 Limitaciones de profesionales para trabajar con FMP**

Es habitual que el desarrollo de la terapia familiar aplicada a FMP se encuentre sujeto a distintos obstáculos y limitaciones que inciden en el desarrollo del tratamiento y dificultan los resultados terapéuticos (Kazdin & Wassell, 1999).

Según Kazdin, Holland & Crowley (1997) al inicio del tratamiento es habitual que los miembros adultos de la FMP planteen al terapeuta algunas objeciones como dudas sobre la existencia de un problema que haya motivado la consulta. Esta situación se puede dar en dos situaciones, por un lado cuando la consulta con el Psicólogo ha sido recomendada por terceras personas (médico, maestro, etc.) y los miembros de las FMP

no concuerdan con la opinión de los profesionales; y por el otro, cuando la solicitud de ayuda por parte de un terapeuta persigue fines administrativos y / o económicos.

Otro tipo de objeciones que suelen tener estas familias, son de carácter temporal: aquí los miembros de la FMP suelen manifestar dificultades para realizar el tratamiento ya sea por incompatibilidad de horario con el terapeuta, escasa disponibilidad de tiempo para asistir a las sesiones o para invertir el esfuerzo y tiempo que la terapia requiere, todo esto debido a su gran desorganización, característica de este tipo de familias Kazdin et al., (1997) y Kazdin & Wassell (1999) plantean que además, en las FMP, suelen aparecer dudas sobre la continuidad del tratamiento. Este obstáculo sucede durante el desarrollo de la intervención. Pueden llegar a cuestionar la posibilidad de seguir con el tratamiento, argumentando que han surgido nuevos problemas y dificultades que no existían cuando éste se inició. En su opinión esta circunstancia dificulta su involucración y participación efectiva y por ende, interrumpen el tratamiento y buscan otras opciones terapéuticas en las que su actuación sea menos relevante.

Otra dificultad de trabajar con FMP, es que éstas se caracterizan por un desajuste permanente con los profesionales y servicios que tratan de atender sus necesidades. Ni la familia se adapta a la oferta asistencial y a la organización de los servicios, ni éstos pueden acoplarse a las características y forma de funcionamiento de la familia. Refiere, además, el hecho de que las FMP son expertas en resaltar lo que no funciona, lo que sale mal, y sin embargo tienen muy poca habilidad para mostrar lo que sí funciona, lo que complica también el proceso de establecer una adecuada relación de ayuda (Panadés, 2001).

Asimismo, según refieren Minuchin, P., Colapinto & Minuchin, S. (2009) las instituciones de asistencia social, se esfuerzan mucho por brindar servicios a las FMP, con el fin de protegerlos y eludir nuevos problemas. Entre ellos, se destacan, varios asistentes sociales, servicios médicos, colocación de niños con familias sustitutas, servicio de vivienda y programas de rehabilitación. Sin embargo, todas esas intervenciones tienen serios resultados, ya que la cantidad de servicios resulta abrumadora para este tipo de familias. Por ende, cuando la intervención toma esta forma, la ausencia de coordinación se vuelve inevitable. Esta situación que resulta abrumadora a los miembros de las FMP, genera en ellos sentimientos negativos en contra de los profesionales que prestan estos servicios. Con lo cual, se muestran reacios a reconocer el trabajo que los mismos están realizando para ayudarlos y por el contrario,

se vuelven contra ellos, no diseñado tener en cuenta la opinión de los mismos. Esto genera en la FMP sentimientos de frustración y desconfianza, además de la percepción de que el sistema es caótico y deficiente. Esto se convierte en una gran limitación para el profesional que trabaje con estas FMP. Los servicios destinados a las FMP usualmente son deficientes, a causa de la falta de coordinación. Es por ello, que los autores proponen, que para serles útiles y ser más eficaces, ante tal situación, debería haber mayor coordinación entre ellos. Además se debe comprender, no solo las buenas intenciones y los resultados exitosos, sino también los problemas sistémicos que se añaden a las formas tradicionales de intervención. Asimismo, la atención debe centrarse en la familia y la intervención basarse en un enfoque sistémico.

### **3.2.3 Intervenciones terapéuticas sistémicas en FMP**

Con respecto al abordaje y a las intervenciones utilizadas en el enfoque sistémico para trabajar con FMP se destacan, por un lado El Modelo Ecosistémico, el cual es formulado por Bronfenbrenner (1987). Éste, une aportes teóricos del modelo ecológico, de la teoría de las redes sociales y del modelo sistémico. Asimismo es un instrumento muy útil, ya que facilita conceptualizar el abordaje de FMP de forma multidimensional.

El trabajo con FMP requiere una mirada ecosistémica de la intervención. Potenciar las funciones parentales no puede considerarse separadas de una mirada al apego, por un lado, y a la organización familiar, por otra. Fortalecer el apego seguro no puede realizarse sin tener en cuenta el componente de resiliencia relacional que ahí se pone en juego. (Gómez et al., 2007).

Otro abordaje posible es desde el modelo estratégico del MRI, el cual tiene como finalidad interrumpir el circuito de las soluciones intentadas fallidas de las FMP y así transformar el encuadre que la familia ha hecho del problema. Las intervenciones estratégicas se centran en adecuar medios y fines. Los objetivos acordados con el terapeuta tienen una relación directa con la solución de problemas presentados por los consultantes (Wainstein, 2006; Wainstein & Wittner, 2017).

Por otro lado se encuentra La Terapia Estructural de Familia, desarrollada por Salvador Minuchin (2008). Este tipo de terapia analiza a la FMP en su contexto social y se refiere a la mente tanto extracerebral como intracerebral (Minuchin, 2008).

Para Minuchin (1967) los puntos centrales a tener en consideración para el trabajo con FMP son, por una lado imponer orden, reducir el ruido y volver explícitas y claras

las normas de conversación en el contexto terapéutico ( no hablar todos a la vez, oír lo que cada uno dice, responder sólo cuando se otorga la palabra). Asimismo propone en este tipo de familias, discernir desde el principio los componentes de contenido y de relación entre los mensajes. Por otro lado sugiere reestructurar las FMP en diferentes niveles y en los diferentes subsistemas, así como reestructurar el sistema afectivo.

Otros puntos a tener en cuenta a la hora de intervenir desde esta escuela son: Las habilidades relacionadas con el apoyo a las familias: Por un lado las habilidades conceptuales, como entender a una familia y organizar la información, pensando a la FMP como parte de un contexto y enfocándose en sus pautas, relaciones, subsistemas, fronteras y transiciones para así entender y describir a una familia. Esto genera que las opciones de intervención aumenten, al observar el funcionamiento de los diferentes subsistemas y así lograr comprender las confusas reglas que componen las interacciones de las familias. Por el otro lado, las habilidades prácticas, como ayudar a una familia a movilizar y desarrollar sus recursos. Asimismo, se destaca como intervención, el pensar en las transiciones y prepararse para el cambio: Ya que el factor cambio puede ser una de las fuerzas poderosas que actúan en su vida. Por ende, el personal podrá comprender mejor la conducta de la FMP si presta atención al significado e impacto de los cambios que las han afectado. Las transiciones no tienen un desenlace prefijado, pueden provocar confusión, pero también proporcionan oportunidades. No se puede considerar el caso de forma aislada, ya que, un mismo acontecimiento, en diferentes contextos puede significar diferentes cosas. La identificación de las pautas interaccionales del contexto y del efecto de las transiciones, permite al terapeuta abordar problemas con una actitud nueva, que incluya cierto optimismo respecto a la probabilidad de movilizar los recursos de la familia. La familia tiene siempre un repertorio potencial más amplio del que se manifiesta en sus pautas repetitivas y con la ayuda del profesional que vea ese potencial, los miembros de la familia tal vez puedan ser capaces de usar distintas partes de sí mismos, de modo que esto contribuya positivamente a su vida colectiva y su desarrollo individual. Asimismo, un enfoque sistémico debe incluir siempre una revisión de la coordinación de los casos, como reducir el número de servicios intervinientes a fin de aumentar la eficacia de la coordinación, además de que el terapeuta debe tener suficiente autocontrol como para desempeñar un rol activo de liderazgo, resistiendo al mismo tiempo la tendencia a asumir el mando (Minuchin et al., 2009).

Otra terapia muy utilizada en el tratamiento con FMP es la Terapia Familiar Multisistémica (MST). La cual está formulada por Scott Henggeler (2009). Este es un modelo de tratamiento intensivo de orientación familiar y comunitario y está basado en el modelo socioecológico de la conducta (Henggeler, 2012).

Este enfoque familiar multisistémico ha demostrado efectividad en el tratamiento de FMP, en cuanto a las dificultades de jóvenes y de sus familias (Cunningham & Henggeler, 1999).

Este tratamiento en FMP, une la intervención sociorelacional familiar intensiva con el entrenamiento individual de las habilidades del joven, a la vez que se realizan intervenciones en la propia escuela (Henggeler et al., 2009).

Cunningham & Henggeler (1999) proponen algunas estrategias usadas por terapeutas multisistémicos que resultan efectivas para involucrar a la FMP en la intervención y evitar el abandono del tratamiento. En este sentido, es clave, la familia o el cuidador del adolescente, para poder obtener resultados exitosos a largo plazo, aunque el cuidador presente serias dificultades a nivel clínico, como es usual en estas familias. Es por eso que en esta terapia, se trabaja con las FMP para desarrollar la capacidad de ese cuidador, en lugar de tratar al menor o adolescente de manera individual. Por ende, la involucración de la familia en el proceso es una condición necesaria (aunque no siempre suficiente) para arribar a los objetivos establecidos.

Como plantea Henggeler et al. (2009) las estrategias de intervención familiar MST en FMP, no reflejan una única modalidad terapéutica, sino que incluyen diversas intervenciones integradas desde terapias familiares estructurales y estratégicas, enfoques de sistemas familiares conductuales, entrenamiento conductual de los padres, intervención familiar conductual y la terapia cognitivo-conductual. Las intervenciones para cambiar los estilos de crianza pueden variar desde intervenciones conductuales simples y enfocadas, para que algunos cuidadores puedan implementar con poca ayuda del terapeuta, como establecer y monitorear un toque de queda, hasta series más complejas de intervenciones organizadas por el terapeuta para abordar simultáneamente múltiples problemas como conflictos maritales, depresión materna y prácticas de disciplina entre padres e hijos. Una de estas intervenciones utilizadas con FMP es entender las bases de las creencias del cuidador, antes de intentar cambiar las mismas. Rara vez resulta útil cuestionar la postura del cuidador, apelar a los tiempos cambiantes o citar hechos y cifras sobre los efectos nocivos del castigo físico severo. En cambio, al señalar formas en las que este joven parece estar sufriendo dificultades (como

suspensiones, participación en la ley, y cualquier otro problema que haya resultado en la derivación del joven para MST), este enfoque podría aumentar la receptividad del cuidador a la idea de que serían necesarios diferentes tipos de disciplina para beneficiar al joven. Por lo tanto, el terapeuta, al centrarse en la capacidad del cuidador para ayudar a los jóvenes y en las consecuencias negativas a largo plazo del comportamiento actual del joven, es más probable que éste promueva la cooperación del cuidador.

#### **4. Metodología**

##### **4.1. Tipo de estudio**

Se trata de un estudio de tipo Descriptivo.

##### **4.2. Participantes**

Los participantes fueron profesionales y directivos del centro con quien la pasante mantuvo interacciones durante las entrevistas realizadas.

Los participantes presentarán un nombre ficticio, para así conservar su identidad: Un Licenciado en Psicología (Nicolás), el cual es directivo del centro desde su fundación hace 15 años y quien está a cargo de las supervisiones, el mismo cuenta con una especialización en Psicología Clínica con orientación sistémica, además de una vasta experiencia en terapia de pareja, familia y niños; un Licenciado en Psicología (Marcos), el cual también es directivo del centro y forma parte del mismo desde su fundación hace 15 años y que cuenta con especialización en terapia familiar con orientación sistémica y amplia experiencia en la temática de familia multiproblemática; y una Lic. en Psicología (Mariana), quien cuenta con el Posgrado en niños y adultos en una fundación sistémica y quien está cursando la carrera de especialización en clínica sistémica, asimismo actualmente se encarga en el centro, de atender diversos casos, entre los que se encuentran los de FMP.

##### **4.3. Instrumentos**

Entrevistas en profundidad a profesionales: Se realizaron entrevistas a tres terapeutas, de los cuales dos, son los directivos del centro y uno, es un profesional que

atiende en el mismo. Todos ellos cuentan con una amplia experiencia en la temática familia multiproblemática, desde el abordaje sistémico.

Estas entrevistas fueron, dos de modalidad online, y una telefónica, debido al contexto de cuarentena en el que se encontraban. En las mismas se indagó sobre las fuentes de derivación por las que llegan al centro los casos de familias multiproblemáticas y el tipo de abordaje frecuentemente utilizado por el centro en estos casos.

En relación a las intervenciones sistémicas más utilizadas en familias multiproblemáticas por el centro, se profundizó sobre los objetivos de las mismas.

Por último se ahondó en los obstáculos y limitaciones con los que se encuentran los profesionales del centro a la hora de trabajar con familias multiproblemáticas.

#### **4.4. Procedimiento**

Se realizaron tres entrevistas semidirigidas con tres terapeutas del centro. Las mismas fueron registradas bajo los formatos de grabaciones de audio vía modalidad virtual y telefónica. Las entrevistas se realizaron a dos de los directivos del centro y a un profesional del mismo. Cada encuentro se realizó de manera individual, vía online y telefónicamente, debido a las circunstancias de aislamiento social en el país. Cada una tuvo una duración de 30 minutos aproximadamente.

### **5. Desarrollo**

El centro psicológico analizado en el presente trabajo brinda tratamientos de pareja, familiar, e individual, a las FMP y/o a los miembros de esta familia que acuden al centro. Pero en la medida que les es posible, priorizan trabajar con las FMP desde el abordaje familiar a través del enfoque sistémico, integrando varios modelos, como: El modelo estratégico breve, surgido del MRI, centrado en la resolución de problemas; el modelo Multisistémico Familiar, basado en el modelo socioecológico de la conducta, el cual considera a la familia como un elemento fundamental para la obtención de resultados favorables; el modelo Estructural creado por Salvador Minuchin (1974), el cual concibe al hombre envuelto en sus circunstancias, y busca modificar el presente del paciente y su sistema familiar; y el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987), que



considera los diferentes contextos en los que se desarrolla una persona considerándola integralmente, sin recortarla o aislarla de su entorno ecológico.

A continuación, se analizan las fuentes de derivación y los motivos más frecuentes por los que llegan al centro las FMP, cuáles son las intervenciones que más utilizan en el centro, ante las mismas, y cuáles son los obstáculos y limitaciones que enfrentan los profesionales de este centro con enfoque sistémico, a la hora de trabajar con este tipo de familias.

### **5.1 Describir las fuentes de derivación y los motivos por las que habitualmente las familias multiproblemáticas acuden a un centro con orientación sistémica.**

Para describir las fuentes de derivación por las cuales las FMP, acuden a un centro con orientación sistémica, primero es importante resaltar, que si bien en un primer momento el concepto de FMP hizo referencia a las familias de nivel socioeconómico bajo según plantean Rodríguez (2003), Feixas et al. (2016) y Linares (2012) o a las familias de los suburbios, como las denominó Minuchin (1974) esto no es siempre así, como lo menciona en la entrevista semidirigida, Nicolás, director y supervisor del centro sistémico: *Yo siempre creo y esto es una opinión mía, que uno siempre ve que en los extremos, en donde hay mayores carencias económicas o en donde hay mucho, tanto en el Zona norte del Gran Buenos Aires, como en el conurbano, se ven mucho estas marginalidades, típicas de las FMP, donde hay pibes muy descuidados, es en los extremos donde se ven mucho más estas cosas, donde se ve abandono escolar, donde se ve esa marginalidad.* Haciendo alusión a dicha frase, la FMP, no pertenece exclusivamente al nivel socioeconómico bajo, sino que el problema, tiene más que ver, con el funcionamiento de estas familias a nivel comunicacional, estructural y del sistema afectivo como las describen Minuchin, Montalvo, Guernsey, Rosman y Schumer (1967).

Sin embargo, los tres terapeutas entrevistados del centro, coinciden en que, mayoritariamente las FMP que acuden al centro, lo hacen a través de las obras sociales. Con lo cual, en este caso, la mayoría de las FMP que acuden al centro coinciden por lo general, aunque no siempre es así, con un nivel socioeconómico bajo, o de clase trabajadora, como lo explica Marcos, directivo y terapeuta con amplia experiencia en la temática: *Nosotros en el centro, la derivación mayormente son de obras sociales,*

*trabajamos con varias obras sociales, y bueno, por lo general consulta gente de un nivel socioeconómico bajo, gente con pocos recursos y bueno ahí es donde se ven bastantes familias ensambladas y con diferentes problemáticas digamos.*

Asimismo, Mariana, otra terapeuta del centro, que también está acostumbrada a trabajar con FMP, opina lo mismo que los anteriores terapeutas: *hay algo que es importante entender, que tiene que ver con el contexto que es, digamos, el tipo de cliente que llega al centro, o sea, no es el tipo de cliente que viene, tipo de barrio sensible de Capital, o sea, no. Es otra clase de gente, entonces, eso hace que por ahí, tengamos que trabajar con familias ensambladas, con paternidad compartida y con otras problemáticas pertenecientes a una clase social baja.*

Además de tener como fuentes de derivación a estas obras sociales, un porcentaje de las FMP llega al centro de forma privada, como cuenta Nicolás: *Principalmente son derivaciones por mutuales u obras sociales. Hoy en día, y más hoy te diría con todo esto de la pandemia, es mucho más fuerte la derivación de obras sociales sindicales que las privadas. Si bien en el centro que tenemos, hay mucha derivación privada, porque es un edificio que está a la calle y que mucha gente pasa, ve y ya hace 15 años que el centro está ahí instalado, con lo cual ya hay muchas derivaciones de forma privada. Pero el porcentaje, no tengo una estadística, honestamente no, pero te diría que es 30 % privado y 70 % derivaciones de obras sociales.*

Ahora bien, a través de las obras sociales, las cuales son las instrumentadoras de las instituciones o servicios derivadores, o de forma privada, los motivos o demandas por los que asisten o llegan al centro son variados.

Por un lado, pueden llegar derivadas por una institución educativa, donde el motivo es algún problema que manifiesta el miembro infantil de la FMP. De esta forma, el modo de recurrir al centro es con una demanda de ayuda, pero en función de un síntoma, mediante el paciente identificado o chivo expiatorio, quien en este caso sería el niño/a como lo explica Panadés (2001) al discernir entre la demanda de ayuda y los clientes forzosos.

Según comenta Marcos: *también hay mucha derivación de instituciones educativas, por ahí, por chicos que los derivan para hacer una consulta con Psicología porque tiene bajo rendimiento escolar, y en realidad también, cuando te viene el paciente y evalúas lo que ves detrás, es que no es un chico que tiene problemas de aprendizaje por un tema más bien cognitivo sino por una cuestión de falta de hábitos de estudio, son chicos que están como muy desordenados, muy desorganizados y por ende,*

*digamos, con problemas propios de tipo paterno-filial, entonces, muchas veces en problemáticas como esas, terminas trabajando con la familia.* Es por ello, que generalmente, estas familias llegan al centro a través del paciente identificado, pero en realidad, el problema radica en la desorganización y en la estructura de todo el sistema familiar y no del miembro que acude a consulta. Y es por esto mismo, que Marcos menciona que se termina trabajando con un abordaje familiar. Esto debido a la concepción que tiene el centro sistémico de los síntomas. Desde esta mirada, se los considera parte del patrón comunicacional y por ende una característica del sistema como lo explicitan Pinto Tapia (2004) y Castro Solano (2003) al referirse a la concepción que tiene del síntoma el modelo sistémico. Y por lo tanto, no se considera únicamente al sujeto que porta el síntoma. Por ello mismo, tienden en lo posible a trabajar con toda la familia.

Con respecto a la derivación institucional educativa, Nicolás comenta que el proceso hasta que llegan los niños al centro es el siguiente: *El niño va a la escuela, le dicen que tiene que hacer terapia, por algún problema que tenga el niño y entonces la familia del niño tiene una obra social sindical y llega a nosotros por eso mismo, pero no es que nos mandan a nosotros directamente ningún tipo de caso.* Aquí hace alusión a que si bien llegan niños de FMP por indicación de las escuelas, estas no derivan directamente, sino que llegan a través de las obras sociales que tienen las familias. Asimismo, menciona que del 90 % de los niños que llegan derivados por una institución educativa, los motivos son: Por problemas de conductas, o sea, niños que se portan mal, que tienen problemas de impulsividad en la escuela, es decir, pegan, molestan y de aprendizaje. Pero que en general el motivo es por conducta y/o aprendizaje, ya que son chicos que están muy retrasados en su nivel educativo, o sea, son chicos que tienen muchas dificultades de aprendizaje y además tienen muchos problemas de conducta en el colegio, chicos que son inquietos, que golpean. Es decir, no son chicos que vienen por problemas sólo de aprendizaje, en general, menciona Nicolás que esto es raro, es de conducta y aprendizaje.

Esto coincide con el concepto de clientes forzosos de Panadés (2001) ya que, las FMP llegan a un tratamiento psicológico por derivación de otros servicios y donde las más de las veces, suelen ser los menores el motivo de las petición de ayuda y quien realiza la demanda es una institución, como en este caso, las escuelas y no la FMP.

Otra de las fuentes de derivación de FMP, que menciona Panadés (2001) y que coinciden con las del centro sistémico son las instituciones de salud mental y a través de algún juzgado mediante un caso judicializado.

En referencia a las derivaciones de salud mental Nicolás comenta que, al igual que en el caso de las escuelas, la institución de salud mental no deriva directamente, sino que llegan a través de la obra social que posee la FMP. En cuanto al procedimiento de esta derivación es la siguiente, según las palabras de Nicolás: *nosotros somos la parte ambulatoria de algunas prestadoras, por ejemplo, alguna clínica de la zona, que tenga clínica de internación de día e internación común. Muchas veces, por ej. un paciente hace intentos de suicidios, lo internan y al externarlo, nos llaman a nosotros para que hagamos el control del tratamiento ambulatorio, pero ahí es cuando uno dice nos derivan, pero nosotros abordamos siempre los tratamientos que sean ambulatorios, que no puedan sostener ese tipo de abordaje, pero no llegan, no sé, de un hospital que nos derive a nosotros. Llegan porque tienen esa obra social con la que trabajamos.*

En relación con lo que se menciona, acá pasa lo mismo que con las derivaciones de las escuelas. Según menciona Nicolás, las FMP, son esos casos, que son consultas que después uno identifica, que la problemática está más allá del paciente identificado, en este caso, el paciente que han internado y por ello es que en general no acuden por consulta espontánea, como por ejemplo: siento un malestar y consulto.

Y esto hace alusión, a lo que explica Comellas (1996) con respecto a la ausencia de una demanda personal en las FMP, debido a las características propias de estas familias, ya que éstas no pueden realizar demandas muy elaboradas.

Estas familias no suelen efectuar demandas de tratamiento psicoterapéutico porque aunque existan síntomas y sufrimiento, como también comenta Nicolás, falta la petición de ayuda psicológica, ya que hay como mencionan Panadés (2001) y Vallejo Sánchez y Nieto Acero (2013) una ausencia de reconocimiento del problema, de registro del mismo.

Por último, el otro tipo de derivación de FMP, que hay en el centro y que también se corresponde con las fuentes de derivación que refiere Panadés (2001), es a través de juzgados o casos judicializados. En este caso, Nicolás refiere que en el centro no tienen convenio con juzgados, ya que en la Argentina no existe lo que hay en otros países, por ejemplo, donde el estado hace convenio con instituciones privadas, donde la atención de determinada problemática tiene que hacerla el centro x, en general, no funciona así. Que el paciente o la FMP, llegue derivada judicialmente, en general en la Argentina y en este

centro particularmente, implica que: La justicia indica que algún miembro de esta familia haga tratamiento psicológico o puede indicar que lo realice toda la familia. Acerca de esto Nicolás dice: *Aunque la justicia no está en la Argentina muy familiarizada con la idea de tratamiento familiar, si manda a toda la familia a terapia a veces, pero esta idea de que haya alguien que trabaje con la familia es algo que no es usual para ellos.* Es así, como estas FMP llegan al centro, a través de algún caso judicializado, y estos pueden ser por diversos motivos, de los cuales los más usuales en el centro son: por abuso y violencia infantil, delincuencia, adicciones, por tenencia y por alimentos.

Según manifiesta Nicolás, estos son problemas emergentes muy típicos de esa desorganización general que tiene la FMP. Ya que, este tipo de familias se caracterizan por desorganización de los límites y las fronteras de la familia, dificultades en la estabilidad de la familia, poca jerarquía y una naturalización del abuso y la violencia.

Esto que Nicolás expresa sobre los problemas emergentes de las FMP, que se manifiestan como demandas, pero a través de la derivación de otros servicios, concuerda con lo que los autores Gómez, Muñoz & Haz (2007), Linares (2012) y Panadés (2001) definen sobre las características de las FMP, las cuales son propiciadoras de la aparición de estos problemas como el abuso, la violencia, las adicciones, etc.

La FMP no es sólo una familia con muchos problemas, sino que para su abordaje se deben considerar estas características distintivas como las que describen Gómez, Muñoz & Haz (2007), Linares (2012) y Panadés (2001): La Polisintomatología y crisis recurrentes, el abandono de las Funciones Parentales y la desorganización. En cuanto a la polisintomatología, estas no presentan un solo síntoma, como el que puede manifestar el paciente portador del síntoma o paciente identificado, sino que presentan una serie de problemas y factores de estrés tales como negligencia, alcoholismo, violencia intrafamiliar, adicciones y depresión, es por ello que los motivos por los que acuden al centro, son múltiples y variados; con respecto al abandono de las funciones parentales, es muy frecuente que ante la derivación de niños por instituciones educativas se vean motivos que van más allá del problema de aprendizaje o conducta que manifiesta el niño, y que tiene más que ver, con un problema paterno-filial, como lo explica Marcos: *cuando te viene el paciente y evalúas lo que ves detrás, es que no es un chico que tiene problemas de aprendizaje por un tema más bien cognitivo sino por una cuestión de falta de hábitos de estudio, son chicos que están como muy desordenados, muy*

*desorganizados y por ende, digamos, con problemas propios de tipo paterno-filial.* Esto genera, como lo comenta Marcos, desorganización, ya que se ocasiona una atmósfera relacional inserta en una organización caótica (Gómez, Muñoz & Haz, 2007; Linares, 2012; Panadés, 2001), otra de las características típicas de estas familias.

En cuanto a los casos judicializados es importante mencionar que estos también se presentan como un problema específico manifestado en forma de demanda, pero que cuando se analiza más allá del motivo en sí que aparece en la causa judicial, se ve que, tiene que ver más con un problema emergente propio de las características de estas FMP. Haciendo mención a esto, Mariana dice: *al centro llegan casos judicializados, por lo general, por alimentos o por maltrato físico, pero adentro de eso hay un montón de cosas igual, es una bolsa de gatos. Todo está denunciado, cada cosa que pase se denuncia.*

Considerando lo anteriormente expuesto, cabe destacar, que tanto por medio de obras sociales sindicales (las cuales son las mediadoras entre la institución derivante y el centro, ya que son las que prestan el servicio de tratamiento psicológico), como de forma privada, las fuentes de derivaciones más usuales del centro en sí son: a través de instituciones educativas por problemas de conductas o de aprendizaje; mediante instituciones mentales, para que se realice el tratamiento ambulatorio; o por medio de alguna causa judicial, por prescripción del juez de que se realice tratamiento psicológico, donde las causas judiciales pueden ser por abuso, violencia física, delincuencia, adicciones, negligencia, tenencia o por alimentos. En relación a la demanda, debido a las características de las FMP, no suele existir una demanda por parte de ellos, no hay una petición de ayuda por más que haya sufrimiento, ya que no hay un reconocimiento del problema. Es por eso, que el modo de acudir al centro es en función de un síntoma, a través del paciente identificado, cuando en realidad la problemática es más amplia y no pertenece exclusivamente al portador del síntoma sino a todo el sistema familiar. Pero en otros casos, son clientes forzosos, debido a que asisten al centro por derivación de otros servicios como: Instituciones educativas, Instituciones de salud mental, Juzgados, etc., y entonces, en este caso, la demanda es externa, esto condice con lo que comenta Panadés (2001) sobre las demandas de las FMP. Es por ello, que los motivos por los que acuden al centro son: por una causa judicial ya sea por abuso infantil, violencia física, delincuencia, adicciones, negligencia, tenencia o por alimentos; por problemas de conductas y aprendizaje en el caso de las derivaciones educativas; y por último, por alguna enfermedad mental grave,

adiciones o intentos de suicidio, que llegan derivados por alguna institución de salud mental.

## **5.2. Analizar cuáles son las principales limitaciones que se les presentan a los profesionales que trabajan con familias multiproblemáticas en un centro con orientación sistémica**

Es común que en la terapia familiar sistémica aplicada a la FMP se encuentren distintos obstáculos y limitaciones, que van a influir en el posterior desarrollo del tratamiento y dificultar los objetivos establecidos, como mencionan Kazdin & Wassell (1999). Según comentan los terapeutas entrevistados, en el centro, se topan con diversas y múltiples dificultades a la hora de trabajar con FMP.

Mariana, quien se dedica a trabajar con FMP, menciona que a este tipo de familias les cuesta mucho entender lo que se les pide, por un lado porque por lo general, son un tipo de población de clase baja y al contar con pocos estudios, son desconocedores de varios temas y es por ello que a veces les cuesta comprender lo que los terapeutas les solicitan que hagan. Por otro lado Mariana dice: *hay cosas que cuestan mucho, y estás todo el tiempo repitiéndolo, sin embargo tampoco entienden, es como que, no sé, se enojan un montón de veces con nosotros y no tenemos la culpa, porque ellos muchas veces, no se pueden hacer cargo de nada, no tienen autocrítica, nunca puede ver que se confunden*. Según lo comentado por Mariana anteriormente, a las FMP, les cuesta acatar lo que se les pide, no solo por una cuestión de ignorancia o desconocimiento, sino porque además, por lo general, no tienen autocrítica, debido a las propias características con las que cuentan estas familias, como la desorganización, según plantean también autores como Kazdin et al. (1997) y Kazdin & Wassell (1999).

Además de la falta de autocrítica referida por Mariana, hay otra limitación al trabajar con FMP, y que tiene que ver también, con otra de las características propias de esta familia, ésta es la falta de registro de la presencia de un problema, a pesar de los síntomas y sufrimiento que presentan, como explican Panadés (2001) y Vallejo Sánchez y Nieto Acero (2013). Refiriéndose a esto Nicolás expresa: *la realidad es que nosotros tenemos este análisis de la familia, con lo cual nos permite entender, en general cuando hay una conducta específica de una FMP, por qué se presenta y analizamos eso. Analizamos que hay una cuestión de, en general, las FMP tienen las características de falta de límites, falta de definición de roles, hay dificultades en el establecimiento de*

*jerarquías, pero además hay una falta de registro de los problemas, como por ejemplo se presenta mucho en estas familias, una historia de maltrato previo y abuso y entonces este tema se ve como natural, o sea, no se percibe el peligro, digamos, entonces desde este lado, es más difícil trabajar si no tienen un registro del problema.*

Con respecto a la desorganización de esta familia y las limitaciones que esto acarrea, Mariana expresa: *con estas familias tenemos todas las trabas que te puedas imaginar, todo, desde la desorganización, no hay organización en nada, no hay organización en los roles, no se cumple nada, es imposible ponerles una meta mínima.*

Otras limitaciones que tienen que ver con las características de estas familias al ser tan desorganizadas, aparte del poder realizar una tarea solicitada por el terapeuta, según menciona Mariana son: Poder respetar el encuadre de la terapia, como los horarios, la asistencia regular a terapia y los límites que pone el terapeuta. Este tipo de objeciones que aparecen en estas familias, en general son, de carácter temporal (Kazdin et al., 1997; Kazdin & Wassell, 1999), donde los miembros de la FMP acostumbran a exhibir dificultades para realizar el tratamiento, desde incompatibilidad de horario con el terapeuta, hasta poca disponibilidad de tiempo para asistir a las sesiones. En referencia a estos impedimentos con las FMP, Mariana comenta: *en cuanto encuadre no hay tanto problema, pero porque hay que marcárselos bastante, lo sostienen mucho mejor, aunque a veces si quieren cambiar todo el tiempo, o los horarios, o el encuadre en general y dado que, con el tema de estar online, debido a la pandemia, al tener nuestros teléfonos, eso implicó que nos manden 48 mil mensajes, audios, y demás, cualquier día y a cualquier horario y ahí se rompió el encuadre un montón, entonces a estas familias hay que encuadrarlas muchas veces.* Este comentario de Mariana denota la falta de límites y de organización, típicos de los miembros de estas FMP. Según la terapia estructural, una familia adecuadamente organizada (Minuchin, 1974) tendrá límites claramente marcados, pero esto es justamente de lo que carecen estas familias que llegan al centro.

Asimismo, otra limitación para el terapeuta al trabajar con FMP, es que al ser un centro con orientación sistémica, se prima por trabajar con toda la familia, pero esto no siempre es posible, ya que según comentan los terapeutas del mismo, no todos los miembros de la familia, tienen la predisposición para hacerlo. En relación a esto, Marcos comenta: *a mí me resulta mucho más fácil trabajar de a muchos que de a uno, pero uno trabaja con lo que hay, ojalá muchas veces tuviéramos la colaboración de todos los integrantes de la familia para abordar una problemática pero bueno no*



*siempre es así, no siempre tenés un padre colaborador que quiera y pueda acercarse al espacio de terapia de su hijo o de su esposa, o una madre, no todas las familias tienen esa buena predisposición.* Con respecto a esto, Marcos menciona que además de esta limitación, hay otra complicación para abordar este tipo de familia, la cual, es el aspecto económico, ya que en su mayoría, son familias de pocos recursos, con lo cual se les dificulta seguir un tratamiento, y por otro lado, la distancia es otro factor que influye mucho para poder mantener la terapia, ya que esto incide en la continuidad de la misma. En cuanto al aspecto económico en estas familias, esto condice con las familias de los suburbios de las cuales hablaba Minuchin (1974), ya que se caracterizaban por ser familias pobres e inadaptadas, en las cuales era habitual el desempleo y la falta de recursos como también menciona Linares (2012). Asimismo, vale aclarar que no siempre es así, es decir, no necesariamente las FMP son de un extracto socioeconómico bajo, como menciona Cancrini (1995) ya que, según él, no se puede aseverar que la familia multiproblemática, se sitúe en uno u otro extremo del espectro socioeconómico, ya que existen grupos multiproblemáticos con entradas regulares. Empero, la mayoría de las FMP que asisten al centro se corresponden con los extremos socioeconómicos, como comenta Nicolás: *uno siempre ve que en los extremos, en donde hay mayores carencias económicas o en donde hay mucho, tanto en el Nordelta y en Conurbano, se ven muchas estas marginalidades, donde hay pibes muy descuidados, en los extremos se ven mucho más estas cosas (en la mitad no, hay un poco de todo, pero eso no) es esto donde se ve abandono escolar, donde se ve esa marginalidad, esta desorganización.* Habiendo hecho esta salvedad, si bien, las FMP no pertenecen exclusivamente a un extracto socioeconómico bajo, y aunque en el centro lleguen FMP de ambos extremos socioeconómicos, la dificultad para trabajar con este tipo de familias se presenta con las pertenecientes a la clase baja, ya que como comenta Marcos, el aspecto económico es una limitación para la continuidad del tratamiento, ya sea, porque no pueden solventar el tratamiento o por una cuestión de distancias, ya que, viven en zonas alejadas y esto genera que se interrumpa el mismo.

Por último, otro obstáculo que se les presenta a los profesionales del centro sistémico al trabajar con FMP, es la superposición de intervenciones de los diferentes servicios sociales que asisten a estas familias. Esto de que en las FMP haya varios servicios intervinientes, es habitual en estos tipos de familias, donde llegan a intervenir juzgados, servicios de vivienda, programas de rehabilitación, instituciones educativas, etc., coincidiendo este concepto de familias multi-intervenidas por diversos servicios con lo

mencionado en el libro, Pobreza, institución, familia de Minuchin et al., (2009). Con respecto a esto, Nicolás dice: *esto de que intervengan muchas personas, pasa mucho, entonces parte del trabajo que yo superviso con los terapeutas, es esto: bueno habló con el juzgado, habló con la escuela, traten de que no reciban dos mensajes la familia, digamos, dos distintos, pero bueno a veces la escuela hace lo que puede, la escuela está también saturada, el juzgado, no tenés referencia de con quien comunicarte, entonces cuando se puede, se puede y se trabaja de esta manera, pero es difícil.*

Acerca de esta problemática, relatan que, las FMP, al ser intervenidas por varias instituciones, en vez de estas brindar ayuda, terminan siendo contraproducentes, ya que, la cantidad de servicios termina produciendo una saturación a este tipo de familias. Por ende, esta situación genera en los miembros de FMP, sentimientos negativos en contra de los profesionales que prestan estos servicios y se vuelven contra ellos, oponiéndose a tomar en cuenta la opinión de los mismos y peligrando así su tratamiento. A su vez, como comenta Nicolás, esto genera en la FMP, desconfianza hacia los profesionales, con lo cual, se vuelve una gran limitación para el terapeuta que trabaje con estas FMP. Y por lo general, esto es así, debido a la incoordinación de los servicios destinados a las FMP que refieren Minuchin et al., (2009) resultando deficientes, a causa de ello.

En conclusión, las principales limitaciones que se les presentan a los profesionales del centro sistémico a la hora de trabajar con las FMP, son múltiples y diversas. Algunas de ellas, tienen que ver con las características propias de este tipo de familia, como: el no poder seguir el encuadre terapéutico, el absentismo y el incumplimiento de tareas, debido a su falta de límites, de organización y de ausencia de reconocimiento de la existencia de un problema. Otras limitaciones tienen que ver con la condición económica que por lo general presentan las FMP, es decir, al ser en su gran mayoría familias de pocos recursos, aunque vale aclarar que esto no es siempre así, suelen tener dificultades en cuanto a la continuidad del tratamiento, ya sea, por una cuestión económica o por un tema de distancias. Y por último, otra limitación que es muy típica al tratar con FMP, es que al estar generalmente asistidas por diversos servicios, estos, al dar mensajes diferentes a la familia, ya que tienen objetivos distintos para con la misma, suelen abrumar a la FMP, generando así frustración y desconfianza en sus miembros, lo que conlleva que discontinúen el tratamiento, a lo que el terapeuta se ve imposibilitado ante tal situación.

### **5.3 Describir el tipo de abordaje y las intervenciones sistémicas más utilizadas con familias multiproblemáticas en un centro con orientación sistémica**

Un modelo de abordaje sistémico en el trabajo con FMP, implica un análisis de la composición de la familia para comprender el contexto en el cual se ubica el paciente identificado, o sea, el sujeto portador del síntoma. Desde este enfoque, se piensa a la FMP como parte de un contexto y por ende se enfoca en sus pautas, sus relaciones, subsistemas, fronteras y transiciones (Minuchin, 1974) para poder entender y describir a la misma. Esto es así, ya que, desde este modelo, un individuo es la unidad mínima de un sistema familiar, pero a la vez, representa, una parte del conjunto. Esta mirada a su vez, genera que las posibilidades de intervención con la FMP aumenten, como propone Minuchin et al. (2009).

El centro Psicológico con orientación sistémica sobre el que versa este trabajo, realiza el abordaje de las FMP desde un abordaje familiar y sistémico (en la medida en que se es posible y se tiene la colaboración de todos los miembros de la FMP). Como comenta Mariana en la entrevista semidirigida sobre el abordaje que tienen en el centro con estas familias: *todo el tiempo, tenemos en cuenta el contexto, si no louviésemos, no estaríamos haciendo sistémica. Yo desde que pisan mi consultorio, desde que empiezan en el centro conmigo, yo les digo: el problema que tiene el paciente portador del síntoma, no tiene que ver con él en sí, el problema lo tienen todos ustedes. Y las intervenciones siempre son pensadas en eso, digamos son pensadas no desde esta linealidad, donde tipo A es B, entonces C, sino desde la circularidad, sino es como que el problema es intracraneano del paciente identificado, eso no.* Esto que menciona Mariana evidencia, como el centro sistémico no pone la mirada en el paciente identificado a la hora de definir el problema, sino que tienen muy en claro que el problema es el contexto y la casa, entonces no pueden trabajar desde ahí, desde el paciente portador del síntoma, sino con toda la familia.

Con respecto a esto Nicolás dice: *el abordaje y pensamiento es siempre familiar, por más que la consulta sea individual de un niño que viene a consultar porque lo mandan de la escuela porque se porta mal, uno enseguida hace el análisis, el diagnóstico es interaccional siempre, un diagnóstico familiar.*

Es por ello que priorizan trabajar con un abordaje sistémico familiar con las FMP. Debido, a que este enfoque, posibilita analizar el contexto en que surgen y se mantienen los problemas y dificultades de estas familias (Ortega Allué, 2016), con lo cual les da un

mayor margen de información al trabajar con todos los miembros de la familia. En relación con lo que se menciona, Marcos manifiesta: *Con respecto al tipo de abordaje utilizado, yo me considero sistémico de los más cuadraditos digamos, de los más ortodoxos y si vamos al caso a mí me resulta mucho más fácil trabajar de a muchos que de a uno, para abordar una problemática y cuando se da, se puede abordar esa problemática de mejor manera, porque yo siempre digo, los problemas vinculares, siempre es mejor poder abordarlos vincularmente, de esa manera nosotros trabajamos mejor y vemos mejores resultados que trabajarlo de manera individual.* Acá Marcos, hace alusión a que es más interesante y más útil si se trabaja con toda la FMP.

En relación a las intervenciones, según lo manifestado en las entrevistas por los tres terapeutas del centro, éste no se caracteriza por usar un solo modelo de intervención, no hay un único modelo a seguir, es decir, no tienen ningún modelo manualizado de abordaje. Si bien el pensamiento del caso es desde la perspectiva sistémica familiar, hacen una integración de los diferentes modelos sistémicos como: el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987), el modelo estratégico de Haley (2006), el modelo estructural de Minuchin (1974) y el modelo familiar multisistémico de Henggeler (2009). Y eso lo van implementando, dependiendo del caso, de las familias, según comenta Marcos en la entrevista semidirigida.

Desde la terapia estructural familiar de Minuchin (1974), piensan a la familia como un sistema y analizan cómo funcionan los subsistemas, los límites, las fronteras y las jerarquías. Es decir, se centran en la persona en su estructura familiar interna, para modificar así, la organización de la FMP. Según lo expuesto por los tres terapeutas entrevistados, otro punto que tienen en consideración, al momento de intervenir desde esta escuela son, pensar a la FMP como parte de un contexto y centrarse en sus pautas, relaciones, subsistemas, fronteras y transiciones para poder entender y describir a la familia (Minuchin et al., 2009). Esto a su vez, les posibilita que las opciones de intervención aumenten, al observar el funcionamiento de los diferentes subsistemas y así lograr comprender las confusas reglas que componen las interacciones de las FMP.

También a veces, hacen intervenciones del tipo de terapia estratégica (Haley, 2006) donde generan cambios en los circuitos interaccionales, ya que la terapia estratégica familiar se centra en el análisis de secuencias repetitivas de conductas y en patrones de comunicación. Es por ello, que ante una FMP, analizan las secuencias de conducta o comunicación para discernir qué es lo que el síntoma expresa. Esta psicoterapia postula que los síntomas, al igual que cualquier otra conducta, son una forma de comunicación

en la familia (Moreno, 1994) y por ende en el centro sistémico, como anteriormente han comentado los terapeutas del mismo, no se piensa que el problema es exclusivo del paciente identificado, sino que éste responde, a una forma de comunicación en la FMP.

Si bien, este tipo de terapia estructural familiar, les es muy útil a la hora de intervenir a las FMP, Mariana, terapeuta del centro, que actualmente trabaja con varios casos de FMP, comenta que en algunos casos, sobre todo donde las FMP tienen algún miembro con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), este tipo de intervenciones, no le son efectivas. Y así lo comenta Mariana: *no tenemos nada especificado la verdad, a la hora de intervenir, si igual, de todas maneras, en los casos en que se presenta algún miembro de la FMP con TLP, me pararía más desde el modelo estratégico, porque, es imposible llevar adelante el estructural en estos casos, si bien, en realidad sería lo mejor. Desde el estructural, en estos casos, intentamos miles de veces, pero es imposible aplicar el estructural, las veces que lo intentamos aplicar, el miembro que padece de TLP, desregula un montón, justamente porque queremos ponerlo más estructurado.*

La mirada que tienen es siempre ecológica de Bronfenbrenner (1979), ya que entienden que, en un problema, está la influencia de los múltiples contextos en donde la persona está inserta. Con respecto a la mirada ecológica que tienen en el centro, Nicolás dice: *nosotros pensamos que no es lo mismo atender, un caso, por ejemplo de un nene de 11 años, que la mamá es alemana, pero viven en el Gran Buenos Aires, eso se va a tener en cuenta para pensar el caso, que, si es una familia de conurbano de toda la vida, que si es de Zona Norte. Todas esas historias, todo eso se tiene en cuenta en el análisis, en eso si aplicamos el análisis de Bronfenbrenner.*

Con lo anteriormente expresado, Nicolás hace mención a esta mirada ecológica de Bronfenbrenner (1979), que es con la cual ven a todos los casos, que llegan al centro, especialmente a los de la FMP. Con lo cual, los terapeutas del centro, tienen en cuenta cada capa de los niveles de Bronfenbrenner (1979), que representa un sistema que juega un rol primordial en la vida de la persona y donde ésta es el centro. Por ende, para su análisis, como comentan los tres terapeutas del centro, se consideran cada uno de los niveles o contextos que propone Bronfenbrenner (1979), en donde está inserto el paciente y no sólo al individuo.

Asimismo, según comentan los tres terapeutas entrevistados, al trabajar con FMP se requiere de una mirada ecosistémica de la intervención. Esto, debido a que esta mirada

es muy útil, al permitir conceptualizar el abordaje de FMP de forma multidimensional (Gómez et al., 2007).

Además de los anteriores modelos explicitados, el centro trabaja con intervenciones desde el modelo de la terapia familiar multisistémica (Henggeler, 2009), la cual al ser una intervención multifactorial, a corto plazo, les es útil sobre todo para las FMP, donde hay jóvenes con trastornos psicosociales y conductuales graves (Littell, Popa & Forsythe, 2008), las cuales son las más habituales que se deriven desde el ámbito educativo al centro.

Según comentan los tres terapeutas entrevistados del centro sistémico, se utilizan intervenciones correspondientes a la Terapia Familiar Multisistémica en jóvenes pertenecientes a FMP, ya que, justamente se ha demostrado efectividad en el tratamiento de estas familias (Cunningham & Henggeler, 1999).

El modelo familiar multisistémico propone estrategias usadas que resultan efectivas para involucrar a la FMP en la intervención y así evitar el abandono del tratamiento (Cunningham & Henggeler, 1999). Es por esto, que los terapeutas entrevistados coinciden en que a la hora de trabajar con niños es clave la familia o el cuidador del mismo, para lograr resultados exitosos a largo plazo, aunque estos por lo general presenten serias dificultades a nivel clínico, como es habitual en estas familias. Con respecto a esto, los terapeutas del centro comentan, que realizan orientación a padres y entrenamiento de habilidades con ellos.

Haciendo mención a esto, Nicolás dice: *nosotros entendemos que las terapias de niños, son terapias familiares siempre, esto quiere decir, que nosotros no podemos trabajar o pretender tener un buen éxito con el trabajo con un niño si no trabajamos con la familia, nosotros a veces tenemos entrevistas individuales con los niños, pero siempre la forma de pensar es en la familia e intervenimos en la familia, hacemos entrenamiento con los padres, tratamos de trabajar esas cuestiones de límites y fronteras, damos herramientas para el manejo de límites o temas de problemas de conducta, pero siempre cuando se trabaja con niños el abordaje es siempre familiar.* Es por eso que desde este tipo de terapia, en el centro, se trabaja con las FMP para desarrollar la capacidad de ese padre, cuidador, o quien esté cumpliendo ese rol, en lugar de tratar al menor o adolescente de manera individual. Por lo tanto, la involucración de la familia en el proceso (Cunningham & Henggeler, 1999) es clave para lograr los objetivos propuestos por los terapeutas del centro.

En síntesis, el centro psicológico al que pertenecen los tres terapeutas entrevistados, al ser sistémico, le interesa la dinámica de la familia y entender a la misma como un sistema y cómo los comportamientos son emergentes de la interacción de los sistemas en sí mismos, entre las familias y los contextos. Es por eso, que con las FMP utilizan un abordaje sistémico y familiar, porque al tener este análisis de la familia, les permite entender, cuando hay una conducta específica de una familia, por qué se presenta y poder analizar todo esto, teniendo en cuenta los contextos en los que la familia se encuentra inmersa. En cuanto a las intervenciones, no hay un único modelo a seguir, ni hay nada prefijado, sino que por el contrario, integran modelos como: El modelo ecológico, el modelo familiar multisistémico, el modelo estructural de familia y el modelo estratégico familiar. Y van utilizando intervenciones de cada modelo, dependiendo de cuál o cuáles se ajustan al caso o a la familia en particular que estén tratando.

## **6. Conclusiones**

El propósito del presente trabajo final de integración, consistió en, analizar el abordaje correspondiente a la FMP, realizado en un centro con orientación sistémica. El enfoque elegido es el que prima en la institución donde se llevó a cabo la práctica. Asimismo, se describieron las intervenciones más utilizadas en el centro, pertenecientes a los modelos: Estructural familiar, estratégico familiar, modelo familiar multisistémico y modelo ecológico, para poder tratar a las FMP. Además, se desarrollaron las descripciones de las fuentes de derivación y motivos de las FMP que llegan al centro sistémico. Por último, se analizaron las limitaciones que encuentran los profesionales del centro al trabajar con FMP.

Con respecto al marco teórico, se tuvo en cuenta la explicitación del enfoque sistémico y de la terapia familiar, además de algunos de los principales modelos de terapia familiar sistémica, ya que el centro analizado trabaja desde el abordaje familiar sistémico, integrando los diversos modelos mencionados.

En lo que respecta al marco teórico de la Familia multiproblemática, se trabajaron varios conceptos que atañen a las mismas, como sus características, sus posibles intervenciones y las limitaciones de los profesionales al trabajar con las mismas, ya que el presente trabajo, está relacionado a estas cuestiones. Para el desarrollo de esta parte del marco teórico, se tuvieron en cuenta tanto autores clásicos como Minuchin (1974),

Haley (2006), Bronfenbrenner (1979) y Henggeler (2009), así como otros autores no tan tradicionales y pertenecientes a nuestro país como Wainstein (2016) y Wittner (2017).

En lo que concierne a la elección de los objetivos del presente trabajo, ésta surgió a lo largo de la práctica, al presenciar supervisiones de forma virtual y al tener la oportunidad de dialogar con directivos y terapeutas del centro, quienes brindaron información sobre las temáticas que más abordan en el mismo.

Durante el proceso de análisis, se pudieron realizar entrevistas semidirigidas a dos directivos del centro y a una terapeuta del mismo, quienes poseen amplia experiencia en la temática tratada en el presente trabajo, con lo cual realizaron un buen aporte de información.

El objetivo que buscaba explicar las principales fuentes de derivación y demandas que presenta una FMP, por las cuales llegan a consultar al centro sistémico, fue alcanzado, con buenos aportes adquiridos a través de la experiencia de los integrantes de la institución. Mediante obras sociales o de forma privada, es que las FMP acuden al centro, pero las fuentes de derivación son: Instituciones educativas, instituciones de salud mental y Juzgados. En cuanto a los motivos por los que llegan las FMP al centro, se destacan, por un lado los que tienen que ver con un síntoma por parte del paciente identificado, como problemas de aprendizaje y de conducta, intentos de suicidio, adicciones o alguna enfermedad mental grave; por otro lado, los motivos para acudir al centro son a través de lo que se denomina clientes forzosos (Panadés, 2001), los cuales llegan al centro por la petición de hacer terapia de un juez y los motivos son: abuso infantil, adicciones, violencia familiar, tenencia de menores y alimentos.

El objetivo en relación a las principales técnicas de intervención utilizadas por el centro sistémico para abordar a las FMP, también fue logrado. El centro se destaca por tener siempre una mirada ecológica ante la FMP que acude al mismo (Bronfenbrenner, 1987). Asimismo, a la hora de intervenir integran diversos modelos dependiendo del caso. Ya sea a través del modelo estructural, reestructurando las FMP en diferentes niveles y en los diferentes subsistemas, (Minuchin, 1967) o a través del modelo estratégico, con lo cual, buscan interrumpir el circuito de las soluciones intentadas fallidas de las FMP, (Wainstein, 2006; Wainstein & Wittner, 2017. Por último, se basan en el modelo familiar multisistémico, a través del cual se busca desarrollar la capacidad de ese padre o quien esté cumpliendo ese rol (Cunningham & Henggeler, 1999).

En cuanto al tercer objetivo, el cual intentaba analizar los obstáculos y limitaciones que enfrentan los terapeutas del centro con orientación sistémica al trabajar con FMP,



también fue técnicamente conseguido. Según los profesionales del centro de terapia sistémica, el gran reto se centra en mantener el tratamiento de la FMP, ya que se mencionan obstáculos en cuanto a distancias y a motivos económicos, además de la inconstancia de los miembros en seguir con el mismo, además de poder sostener el encuadre. Todo esto, a causa de sus características como la desorganización y la ausencia de límites (Gómez, Muñoz & Haz, 2007; Linares, 2012; Panadés, 2001).

Con respecto a las limitaciones de la temática elegida en el presente trabajo, en primer lugar, se puede señalar el contexto en el que se realizó el presente trabajo, el cual fue confeccionado en situación de pandemia y de aislamiento social (decretado por el Gobierno nacional). Esto generó que no fuera posible observar las técnicas de intervención en vivo, ni el acceso a mayor información sobre la temática, al estar cerrada la institución sobre la cual se recabaron los datos empíricos. Sin embargo, la información brindada por los profesionales de la institución fue precisa y muy útil.

Otra limitación que se puede alegar, es en cuanto a una limitación teórica, ya que si bien, la FMP es una temática ampliamente trabajada e investigada, al ser un concepto relativamente moderno, hubo una cierta dificultad a la hora de encontrar material bibliográfico referido a las limitaciones y obstáculos que encuentran los profesionales que trabajan con estas familias. Con lo cual, es un tema dentro de la temática de la FMP, que no está muy explorado y por ende, se dificultó su búsqueda.

A modo de perspectiva crítica, destacaría, la falta de un programa sistémico específicamente diseñado para FMP, que tal vez no se ha podido lograr, debido a lo que comentan los directivos del centro, por un lado por la falta de recursos económicos del centro, ya que conlleva una gran inversión y por otro, porque el estado Argentino no suele financiar a centros psicológicos para la realización de estos tipos de programas, como si se hace en otros países, donde existen programas estatales para trabajar con familias en situación de conflicto con la ley o con diferentes cuestiones relacionadas a las FMP, donde las distintas instituciones privadas arman el programa para el gobierno, pero son financiados gubernamentalmente. Sin embargo, estos programas diseñados específicamente para tratar la problemática que nos compete de FMP, serían muy útiles y de mucha ayuda a la hora del tratamiento de estas familias, como se ha observado en el trabajo de Minuchin (1974) con las familias de los suburbios. Esto debido a que es más práctico y eficaz, ya tener un programa manualizado de abordaje que sea específico de FMP. También se podría agregar que, para poder abordar las complejidades que representan las FMP, sería recomendable una capacitación de los profesionales en

dicha temática, para que les brinde otro tipo de herramientas que se adecuen a las necesidades actuales que requieren este tipo de familias.

No obstante, el centro se maneja de la mejor manera posible, aun teniendo tantas limitaciones, no solo por la falta de un programa específico para abordar a las FMP, sino además, debido a las características típicas de estas familias, de las cuales emergen dificultades como poder contar con la colaboración de todos los miembros y el abandono o intermitencias en el tratamiento, por un tema de distancias o un aspecto económico, que presenta este tipo de población que asiste al centro. Y a pesar de todo lo anteriormente mencionado, analizan cada caso y cada familia en particular para poder discernir que tratamiento o abordaje es el más adecuado en cada situación.

Como aporte personal reforzaría la idea anteriormente mencionada, en cuanto a que los psicólogos que trabajen en un centro sistémico, continúen formándose en la temática y ampliando sus competencias profesionales, para poder así otorgar otro tipo de herramientas y soluciones centradas sobre todo a fortalecer la adherencia al tratamiento y el sostenimiento del encuadre, cuestiones que son tan difíciles de sostener, con este tipo de familias, según lo comentado por los terapeutas entrevistados.

Según lo expresado y en relación a lo observado, dado el riesgo que conllevan estas familias y la complejidad y cantidad de problemáticas que las FMP necesitan resolver, se sugiere que se abran nuevas líneas de investigación, con análisis exhaustivos de casos y estudios de efectividad de las distintas intervenciones que pueden llevarse a cabo con éxito en las FMP. Asimismo, se sugieren nuevas líneas de investigación en relación a los límites y obstáculos con los que se encuentran los terapeutas al abordar a las FMP, debido a que es un tema muy poco explorado y a que, sería de gran utilidad conocer estas limitaciones de antemano, para poder pensar un mejor abordaje de FMP, sorteando estos obstáculos.

## **7. Referencias Bibliográficas**

- Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente. Una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre*. Buenos Aires: Ediciones Lohlé-Lumen.
- Benito, E. (2009). Las Psicoterapias. *Psiencia, Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 1 (1), 1-9. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3331/333127084005>

- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Cancrini, L. (1995). *Viva Palermo Viva*. Roma: Nova Italia Científica.
- Castro Solano, A. (2003). ¿Son eficaces las psicoterapias psicológicas?. *Psicodebate*, 3, 59-90. doi: <https://doi.org/10.18682/pd.v3i0.503>
- Comellas, C. (1996). *Familias multiproblemáticas: La paradoja de la sociedad del bienestar*. Ciutat Vella: Raval sur.
- Craig, G. J. (1994). *Desarrollo Psicológico*. México D.F: Prentice Hall Hispanoamericana.
- Cunningham, P. & Henggeler, S. (1999). Engaging multiproblem families in treatment: Lessons learned throughout the development of multisystemic therapy. *Family Process*, 38 (3), 265- 281.
- De la Peña, F. (2003). Tratamiento multisistémico en adolescentes con trastorno disocial. *Salud Pública Mex.* Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v45s1/15453.pdf>
- Feixas, G. & Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G., Muñoz, D., Compañ, V. & Montesano, A. (2016). *El modelo sistémico en la intervención familiar*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Fernández Hawrylak, M. (2001). La orientación familiar. *Tabanque Revista Pedagógica*. Recuperado de <file:///C:/Users/Useroot/Downloads/Dialnet-LaOrientacionFamiliar-743598.pdf>
- Frías Armenta, M., López Escobar, A. & Díaz Méndez, S. (2003). Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico. *Estudios de Psicología*, 8 (1), 15-24. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2003000100003>
- García Sánchez, F. (2001). Modelo Ecológico / Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana. XI Reunión Interdisciplinar sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias, Madrid, España.
- Gómez, E., Muñoz, M. & Haz, A. (2007). Familias Multiproblemáticas y en Riesgo Social: Características e Intervención. *Psykhe*, 16 (2), 43-54. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282007000200004>
- Haley J. (2006). *El arte de la terapia estratégica*. Barcelona: Paidós.

- Henggeler, S. W. (1999). Multisystemic therapy: An overview of clinical procedures, outcomes, and policy implications. *Child Psychology & Psychiatry Review*, 4 (1), 2–10. doi: <https://doi.org/10.1017/S1360641798001786>
- Henggeler, S., Schoenwald, C., Borduin, M., Rowland, P. & Cunningham. (2009). *Multisystemic Therapy for Antisocial Behavior in Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Henggeler, S. (2012). Multisystemic Therapy: Clinical Foundations and Research Outcomes, *Psychosocial Intervention*, 21 (2), 181-193. doi: <https://doi.org/10.5093/in2012a12>
- Hernández Córdoba, A. (2007). Trascender los dilemas del poder y del terapeuta como experto en la Psicoterapia Sistémica. *Universitas Psychologica*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v6n2/v6n2a08.pdf>
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar: un campo conceptual para el cambio de sistemas*. México D.F: Fondo de cultura económica.
- Kazdin, A., Holland, L., & Crowley, M. (1997). Family experience of barriers to treatment and premature termination from child therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (3), 453–463. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.3.453>
- Kazdin, A. & Wassell, G. (1999). Barriers to Treatment Participation and Therapeutic Change Among Children Referred for Conduct Disorder, *Journal of Clinical Child Psychology*, 28 (2), 160-172, DOI: [10.1207/s15374424jccp2802\\_4](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2802_4)
- Linares, J. L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna: La inteligencia terapéutica*. Barcelona: Herder.
- Littell, J.H., Popa, M. & Forsythe, B. (2008). Terapia multisistémica para los problemas sociales, emocionales y de conducta de niños y adolescentes entre 10 y 17 años. *La Biblioteca Cochrane Plus*. Recuperado de <http://www.update-software.com/>
- Madanes, C. (1984). *Behind the one-way mirror: Advances in the practice of strategic therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Minuchin, S., Montalvo, B., Guerney, B., Rosman, B. & Schumer, F. (1967). *Families of the Slums: an Exploration of their Structure and Treatment*. Nueva York: Basic Books.
- Minuchin, S. (1974). *Families & family therapy*. Boston: Harvard University Press.
- Minuchin, S. (2008). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.

- Minuchin, P., Colapinto, J. & Minuchin, S. (2009). *Pobreza, institución, familia* (2.<sup>a</sup> ed.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Moreno, A. (1994). *Orientación y terapia familiar en familias afectadas por enfermedades o deficiencias*. Madrid: Fundación Mapfre Medicina.
- Moreno, A. (2014). *Manual de Terapia Sistémica: Principios y herramientas de intervención*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Ortega Allué, J. (2016). Familias multiproblemáticas. Presentado en Escuela de Terapia Familiar del Hospital Sant Pau de Barcelona, España.
- Panadés, C. (2001). Familias y servicios multiproblemáticos. Recuperado de <http://www.cop.es/colegiados/b00085/escritos/articulos/multiproblematicas.HTML>
- Pérez Fernández, F. (2004). El medio social como estructura psicológica: reflexiones del modelo ecológico de Bronfenbrenner. *EduPsykhé Revista de Psicología y Psicopedagogía*. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/299656848\\_El\\_medio\\_social\\_como\\_estructura\\_psicologica\\_Reflexiones\\_a\\_partir\\_del\\_modelo\\_ecologico\\_de\\_Bronfenbrenner](https://www.researchgate.net/publication/299656848_El_medio_social_como_estructura_psicologica_Reflexiones_a_partir_del_modelo_ecologico_de_Bronfenbrenner)
- Pinto Tapia, B. (2004). La psicoterapia relacional sistémica y el psicoterapeuta. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología*. Recuperado de <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v2n2/v2n2a3.pdf>
- Rodrigo López, M., Martín Quintana, J., Cabrera C. & Máiquez Chaves, M. (2009). Las Competencias Parentales en Contextos de Riesgo Psicosocial. *Intervención Psicosocial*. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1798/179814021003>
- Rodríguez Martínez, M. (2003). La Familia Multiproblemática y el Modelo Sistémico. Universidad de Huelva. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10272/151>
- Torrío Linares, E., Santín Vilariño, C., Andrés Villas, M., Menéndez Álvarez Dardet, S. & López López, M. (2002). El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de Psicología*, 18 (1), 45-59. doi: <http://hdl.handle.net/10272/6224>
- Vallejo Sánchez, B. & Nieto Acero, L. (2013). *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/802/80228344003.pdf>
- Viaplana, G., Muñoz, C. D., Compañ F. V., & Montesano, A. (2016). *El modelo sistémico en la intervención familiar*. Barcelona: Universidad de Barcelona.

- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Wainstein, M. (2016). *Escritos de Psicología Social*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Wainstein, M. & Wittner, V. (2017). El concepto de familia multiproblemática y la medición de su funcionalidad/disfuncionalidad. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV, Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-067/727>
- Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R.; & Bodin, J. (1974). Brief therapy: focused problem resolution. *Family Process*, vol. 13 (2), 141-168.