

Una experiencia de Terapia Familiar Sistémica en la Red Extrahospitalaria de Salud Mental de Álava y el impacto de esta atención en las familias derivadas desde la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil

An experience in Public Health System of Systemic Family Therapy in the outpatient network of Alava Mental Health and the importance of this attention in referred families to the Child-Adolescence Mental Health Unit

Estíbaliz Pérez Fernández de Landa^a, Tina Sota Leiva^b, Tatiana Simal Galindo^c, Lourdes Edroso Albaina^d, Leire Celaya Viguera^d, Jesus Maria Etxebeste Anton^e

^aUnidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Álava. Av. Santiago II. 01005 Vitoria-Gasteiz. ESTIBALIZ.PEREZFERNANDEZDELANDA@osakidetza.eus.

^bUnidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Álava.

^cUnidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

^dCentro de Salud Mental de Salburua de Álava.

^eCentro de Salud Mental de Zabalgana de Álava.

Historia editorial

Recibido: 07-04-2018

Primera revisión: 19-10-2018

Aceptado: 18-12-2018

Palabras clave

terapia familiar sistémica, red extrahospitalaria de salud mental, demanda, intervención, salud mental infanto-juvenil

Keywords

systemic family therapy, outpatient network of mental health, demand, intervention, child and adolescent mental health

Resumen

En este artículo se presenta una experiencia desarrollada en Salud Pública de Terapia Familiar Sistémica en la Red Extrahospitalaria de Salud Mental de Álava desde el año 2008. Álava es una provincia y territorio histórico de España, situada en la comunidad autónoma del País Vasco, abarca a una población de 325.000 habitantes, el 70% se concentra en su capital, Vitoria. Se exponen los esfuerzos y dificultades encontradas, los beneficios y la eficacia de la intervención, incluyendo las familias atendidas desde el 2014 al 2017, con pacientes identificados desde la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Álava. Se analizan las características de la demanda, la estructura familiar y la intervención llevada a cabo dentro de estas familias con el objetivo de reseñar la importancia de esta intervención a nivel de Salud Mental Infanto-Juvenil.

Abstract

This article presents an experience developed in the Public Health System of Systemic Family Therapy in the Outpatient Network of Alava Mental Health since 2008. Alava is a region and historical territory of Spain, located in the Basque Country, It covers a population of 325,000 inhabitants, and 70% is concentrated in its capital, Vitoria. The efforts and difficulties found as well as the benefits and the effectiveness of this approach are shown, including the families assisted from 2014 to 2017, with patients identified from the Child and Adolescent Mental Health Unit of Alava. The characteristics of the demand, the family structure and the intervention carried out in these families are analyzed in order to highlight the importance of this intervention on the Child and Adolescent Mental Health level.

La Terapia Familiar es una disciplina que aborda la intervención y el tratamiento de la familia en su conjunto, ofrece una nueva forma de contemplar o redefinir los trastornos mentales a través de modificaciones estructurales y funcionales (Ortiz, 1999). Dejamos de centrarnos en el individuo como portador y responsable único del síntoma a contemplar a la familia como un sistema organizado en el que cada individuo es un miembro contribuyente (Minuchin, 1985), y en la que cada elemento cumple una función con respecto al todo (Von Bertalanffy, 1976). Dado que el ser humano se desarrolla, crece y vive en su núcleo familiar, se hace necesario su estudio por su trascendencia para el individuo, para la sociedad y en especial para el proceso salud-enfermedad (Ortiz, 1999).

Como postulaba Montenegro (1997), los términos terapia familiar y terapia familiar sistémica no son sinónimos ni equivalentes. Explicaba que lo que diferencia a la terapia familiar sistémica es su fundamento en la teoría general de los sistemas y la cibernética. Bajo ese gran alero teórico se desarrollaron varios “modelos intermedios”, que en general se diferenciaban unos de otros más que nada en el énfasis que ponían en los distintos conceptos de la teoría (totalidad, límites, jerarquía, homeostasis, retroalimentación, entropía, procesos estructurales, etc.) Así, por ejemplo, surgió el modelo estructural de S. Minuchin, el modelo estratégico de Palo Alto, el modelo de Milán derivado del anterior, el constructivista de Von Foester, Maturana y Varela, entre otros.

La terapia familiar sistémica comenzó a desarrollarse en España en la década de los ochenta. Por ello, es relativamente reciente y escasa la investigación al respecto, más aún en el terreno infanto-juvenil. Sin embargo, existe evidencia científica que apoya la eficacia de la terapia de familia en muy diversos ámbitos de actuación en psiquiatría infanto-juvenil. Se han publicado trabajos muy interesantes, por un lado, estudios que defienden su condición de intervención terapéutica y su eficacia a la hora de realizar modificaciones en la dinámica relacional y estructural de distintas poblaciones, tanto con adolescentes (Bou, 2011; Harrington et. al., 2000; Henderson, Dakof, Greenbaum y Liddle, 2010), como en poblaciones infantiles (Kaslow, Broth, Smith y Collins, 2012; Sexton y Turner, 2010). Y otros estudios que abogan por su utilidad ante distintos cuadros clínicos, como en trastornos de conducta y trastornos de atención e hiperactividad (Barkley, Guavremont, Anastopoulos y Fletcher, 1992; Chamberlein y Rosicky, 1995; Szapocznik et. al, 1989). También en trastornos del abuso de sustancias (Joanning, Quinn y Mullen, 1992; Lewis, Piercey, Sprenkle y Trepper, 1990; Stanton y Shadish, 1997), trastornos de la conducta alimentaria (Gowers, Norton, Halek y Crisp, 1994; Russell, Szmukler, Dare y Eisler, 1987), en depresión (Birmaher, Brent y Kolko, 2000; Harrington, Whittaker, y Shoebridge, 1998) y en enfermedad física crónica (Gustaffson, Kjellman y Cederblad, 1986; Lask y Matthew, 1979; Liebman, Minuchin y Maker's, 1974)

Centrándonos más en el ámbito de la Salud Mental Infanto Juvenil, en el sistema sanitario público en los últimos años distintos profesionales nos estamos encontrando con la dificultad del aumento de la demanda de atención de la población atendida en consulta, lo que obstaculiza en gran medida el poder ofrecer tratamientos psicoterapéuticos con una periodicidad y duración deseable. Y con la particularidad de la atención en infantil, donde el paciente síntoma es traído a consulta, juega un papel muy importante el entorno, familia y escuela como generador, agravante o cronificador de sintomatología. Es aquí donde, la terapia sistémica familiar, puede ofrecerse como una interesante herramienta terapéutica.

El objetivo de este artículo es relatar una experiencia de Terapia Familiar Sistémica en la Red Extrahospitalaria de Salud Mental de Álava y hacer un repaso de las familias atendidas desde el 2014 al 2017, con paciente identificado desde la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Álava, en dicha experiencia.

El espacio de Terapia Familiar Sistémica, se crea alrededor del año 2008, desde la inquietud y deseo personal de compartir el trabajo clínico entre varios profesionales con las familias. En ese primer momento, el equipo estaba formado por un psicólogo clínico de un Centro de Salud Mental y un psiquiatra de otro centro de Salud Mental, ambos con formación en Terapia Familiar Sistémica. Desde el mes de marzo de 2014 el equipo se ha consolidado y lo componen un psicólogo clínico que trabaja en un Centro de Salud Mental, dos psiquiatras que trabajan en otro Centro de Salud Mental y un psiquiatra de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.

En sus comienzos la frecuencia del espacio de Terapia Familiar Sistémica era de dos veces al mes. Cada terapeuta aportaba familias y cada día previsto se veían cuatro familias. Sin embargo, desde el año 2014 con el desarrollo de nuevos programas y actividades en cada centro, –con la dedicación y compromiso que ello genera en cada uno de los componentes del equipo–, se ha hecho disminuir el tiempo dedicado al Espacio de Terapia Familiar, quedando reducido a un miércoles al mes.

Esta frecuencia mensual empieza a sentirse insuficiente, ya que, al estar cuatro terapeutas, la derivación por cada terapeuta es mínima, produciéndose un colapso.

El espacio está ubicado en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil y reúne las condiciones necesarias para poderla llevar a cabo: una sala de terapia con espejo unidireccional y equipo de grabación y sonido.

Cada día previsto se continúa viendo a cuatro familias. Las familias acuden, en general, remitidas por los terapeutas del equipo, estando por tanto alguno de los miembros de la familia, o varios de ellos en tratamiento psiquiátrico o psicológico en cualquiera de los tres centros.

En algunas ocasiones, se han visto familias remitidas por otros profesionales, en estos casos se solicita que el remitente acuda y participe en la sesión con uno de los terapeutas del equipo.

Este espacio, que inicialmente nació con un enfoque clínico-asistencial y de reflexión –además de puesta en común de nuestra práctica clínica–, ha ido creciendo con un enfoque también docente. A él han acudido (detrás del espejo): médicos residentes de psiquiatría, psicólogos residentes, enfermeras residentes en salud mental trabajadores sociales, médicos de familia en formación, Coordinadores de la Asociación de Enfermos de Salud Mental de Álava, etc., lo consideramos por tanto un espacio abierto, también a la docencia y al aprendizaje. Desde hace más de un año hemos considerado que, para asistir a las entrevistas de Terapia Familiar, debía existir un compromiso mínimo por parte de los estudiantes y residentes en formación de al menos tres meses de duración, con el fin de que haya una continuidad y podamos respetar el marco terapéutico, el cual es de máxima exposición para la familia que acude a la consulta y los terapeutas que les atendemos.

Desde un primer momento, cada uno de los participantes nos hacemos responsables de nuestra carga habitual de trabajo en nuestros centros respectivos; manteniendo así la misma tarea asistencial, investigadora y docente que el resto de compañeros.

En estos años, del 2014 al 2017, hemos visto 42 familias diferentes, de las cuales: el 50% de ellas aproximadamente (20 familias) han sido vistas una ó dos consultas, en las que el trabajo realizado ha sido de valoración clínica y diagnóstico e intervención en crisis; el otro 50% de familias (21 familias) han sido vistas al menos en tres consultas y hemos podido desanudar o realizar un proceso terapéutico. En este segundo grupo, el número de intervenciones ha ido desde tres consultas hasta 15 consultas en alguna ocasión.

Respecto del número de familias aportadas por centros en estos tres años han sido: Centro de Salud Mental (CSM): 35 familias; Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ): 7 familias. Un total de 42 casos.

Se recoge en la tabla 1 la procedencia del paciente identificado, su edad, su diagnóstico y el número de sesiones que se realizaron. Se observa que el 50% de los casos son mujeres, la media de edad de las 35 familias del CSM es 43,3 años, siendo la mas joven de 17 años y la mayor de 83 años.

Respecto a la USMIJ la edad media es de 11,4 años siendo él mas joven de siete años y la mayor de 16 años. Respecto a los diagnósticos recogidos según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), se observan 3 (7,1%) Trastornos de Personalidad, 24 (57,1%) Trastornos de Ansiedad, 3 (7,1%) Trastornos de la Conducta Alimentaria, 1 (2,4%) Retraso Mental, 4 (9,5%) Trastornos Afectivos, 4 (9,5%) Trastornos Psicóticos, 1 (2,4%) Trastorno de la actividad y de la atención, un (2,4%) Encopresis y un (2,4%) paciente sin diagnóstico que traía a su hijo con un Trastorno Depresivo. La media del número de consultas que se han realizado ha sido 4,2.

Tabla 1. Datos de los 42 casos.

PROCEDENCIA	SEXO PACIENTE IDENTIFICADO	EDAD (Años)	DIAGNOSTICO CIE-10	N.º CON- SULTAS
CSM	Mujer	36	F60 Trastorno de personalidad	7
CSM	Hombre	58	F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo	1
CSM	Mujer	18	F41 Otros trastornos de ansiedad	2
CSM	Mujer	70	F41 Otros trastornos de ansiedad	2
CSM	Hombre	52	F41 Otros trastornos de ansiedad	2
CSM	Hombre	45	F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo	4
CSM	Mujer	45	F43.2 Trastorno adaptativo (Divorcio)	7
CSM	Mujer	18	F50.0 Anorexia Nerviosa	1
CSM	Hombre	33	F41 Otros trastornos de ansiedad	4
CSM	Hombre	17	F23.0 Trastorno psicótico agudos polimorfo	7
CSM	Hombre	60	F41 Otros trastornos de ansiedad	9
CSM	Hombre	40	F41.0 Trastorno de pánico	9
CSM	Mujer	20	F70 Retraso Mental Leve	1
CSM	Hombre	56	F31 Trastorno Bipolar	2
CSM	Mujer	35	F33 Trastorno depresivo recurrente	15
CSM	Mujer	17	F60 Trastorno de personalidad (rasgos límites)	1
CSM	Mujer	56	F41 Otros trastornos de ansiedad	10
CSM	Mujer	35	F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo	1
CSM	Hombre	22	F50.0 Anorexia Nerviosa	2
CSM	Mujer	35	F41 Otros trastornos de ansiedad	1
CSM	Mujer	60	F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo	11
CSM	Hombre	55	No diagnóstico (Hijo trastorno depresivo)	1
CSM	Mujer	25	F50 Trastorno de la conducta alimentaria	7
CSM	Hombre	28	F22 Trastorno de ideas delirantes persistentes	2
CSM	Mujer	57	F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo	7
CSM	Hombre	56	F20.5 Esquizofrenia residual	2
CSM	Mujer	83	F41 Otros trastornos de ansiedad	1
CSM	Mujer	35	F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo	4
CSM	Hombre	51	F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo	8
CSM	Hombre	38	F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad	2
CSM	Hombre	35	F43.2 Trastorno adaptativo	2
CSM	Mujer	17	F22 Trastorno de ideas delirantes persistentes	1
CSM	Mujer	38	F32 Episodio depresivo	1
CSM	Hombre	18	F40.0 Agorafobia	1

CSM	Hombre	45	F31 Trastorno Bipolar	4
USMIJ	Mujer	12	F40.1 Fobia Social	1
USMIJ	Hombre	8	F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención	12
USMIJ	Hombre	7	F98.1 Encopresis no orgánica	7
USMIJ	Hombre	9	F93.8 Otros trastornos de las emociones de la infancia	7
USMIJ	Mujer	12	F93.8 Otros trastornos de las emociones de la infancia	7
USMIJ	Hombre	16	F40.1 Fobia Social	10
USMIJ	Mujer	16	F93.8 Otros trastornos de las emociones de la infancia	3

FAMILIAS DE LA UNIDAD INFANTO-JUVENIL

De las siete familias atendidas procedentes de la Unidad Infanto-Juvenil de Álava todas fueron derivadas por la psiquiatra infantil de dicha Unidad perteneciente al equipo de Terapia Familiar Sistémica. Posteriormente se propuso recoger de forma retrospectiva una serie de variables para estudiar las características de la demanda, la estructura familiar y la intervención llevada a cabo.

FAMILIA 1

La paciente identificada era una chica de 12 años en tratamiento en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil desde los cinco años, con varios reingresos diagnosticada con fobia social. Convivía con sus padres y tenía un hermano mayor de ocho años. En el momento de la intervención había comenzado un tratamiento en la Unidad Terapéutica Educativa de Álava, programa compartido entre Educación y Salud Mental para adolescentes de 12 a 16 años con trastorno mental grave. El motivo de inicio de esta intervención se debe a que había dejado de ir al colegio y presentaba angustia de separación severa. Se propuso una derivación a Terapia Familiar Sistémica (TFS) por la psiquiatra de dicho programa la cual formaba parte del mismo equipo de TFS. Se planteó trabajar la separación e individuación de los hijos. No llegaron a realizar la primera entrevista, porque tras acudir todos los miembros no aceptaron las características metodológicas y de encuadre, abandonando la terapia.

FAMILIA 2

El paciente identificado era un chico de ocho años en seguimiento en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) desde los seis años, adoptado con cuatro años, diagnosticado de TDAH en tratamiento farmacológico con metilfenidato. Convivía con su hermana mayor de 12 años, – adoptada a la vez que él y también en tratamiento en la USMIJ- y sus padres. La madre además se encontraba en tratamiento en un Centro de Salud Mental. El motivo de derivación a TFS fue la no independencia de los hijos y las dificultades de separación con discusiones frecuentes en la dinámica familiar. Se les citó a los 4 miembros de la familia, y se propuso trabajar con la pareja de padres, se trabajó abordando la separación e individuación de los hijos con unas normas, límites, aspectos relacionales y la separación de las familias de origen. Se realizaron 12 sesiones y se propuso el alta por no haber posibilidad de mayor intervención obteniéndose una mejoría parcial.

FAMILIA 3

El paciente identificado era un chico de siete años en seguimiento en la USMIJ desde hacía seis meses, diagnosticado de encopresis y trastornos de conducta. Se propuso TFS desde la segunda consulta, pero no aceptaron hasta el empeoramiento del trastorno de conducta. Convivía con su hermano mayor de nueve años y sus padres, tenía un hermanastro de 15 años de otra relación del padre también en tratamiento en USMIJ que convivía con ellos fines de semana alternos. El motivo de derivación a TFS fueron las dificultades de comunicación y discusiones frecuentes. Se les citó a

142 los cinco miembros, tras la primera sesión se decidió trabajar con la pareja de padres. Se abordaron temas de comunicación, relacionales, conciliación familiar y separación de familias de origen. Se realizaron siete sesiones con mejoría, y se procedió al alta por abandono del tratamiento.

FAMILIA 4

El paciente identificado era un chico de nueve años en seguimiento en la USMIJ desde hace un año, diagnosticado de Otros Trastornos de las Emociones (ansiedad y trastornos de conducta). Se propuso TFS por estancamiento del caso con empeoramiento en trastornos de conducta y discusiones frecuentes. Convivía con padres y un hermano pequeño de cuatro años. Se les citó a los cuatro miembros, tras la primera sesión se decidió trabajar con la pareja de padres. Se abordaron la separación de sus familias de origen y conciliación familiar. Se realizaron siete sesiones obteniéndose una mejoría franca y procediéndose entonces al alta médica.

FAMILIA 5

La paciente identificada era una chica de 12 años con antecedentes de 2 intervenciones en la USMIJ con 4 años y 7 años por trastornos de conducta en el medio familiar. Se propone la derivación tras la primera consulta tras una nueva acogida en la USMIJ por el mismo motivo de consulta. La paciente convivía con sus padres. Se les cita a los tres en consulta y se trabaja todas las sesiones con los tres. Se abordan la separación e individuación de la hija, el disfrute y la capacidad de goce. Se realizaron 7 intervenciones y se planteó el alta por mejoría.

FAMILIA 6

El paciente identificado era un chico de 16 años en tratamiento en USMIJ desde hacía un año por una fobia escolar. Convivía en casa con sus padres y una hermana mayor de 20 años. Se propone la derivación por estancamiento del cuadro. Se les cita a los cuatro miembros de la familia y se trabaja con los cuatro varias sesiones y también con la pareja de padres. Se abordaron la separación e individuación, la comunicación, y aspectos relacionales. Se realizan 10 intervenciones con mejoría y se propuso el alta.

FAMILIA 7

La paciente identificada era una chica de 16 años en tratamiento en USMIJ desde hacía seis meses por crisis de ansiedad. Convivía en casa con sus padres y una hermana de 20 años. Se propuso TFS por empeoramiento de la paciente con fugas del domicilio. Se citaron a los cuatro miembros de la familia. Se trabajaron aspectos relacionados con la separación e individuación de las hijas, también las alianzas entre hijas y pareja de padres y estilos de comunicación. Se realizaron tres sesiones con todos los miembros de la familia y se propuso el alta por mejoría.

3. CONCLUSIÓN

A lo largo de este tiempo hemos constatado los beneficios de nuestra intervención al haber podido desenmarañar y desanudar malestares y síntomas expresados desde el paciente individualmente, pero que no se podían entender sin tener una mirada más amplia sobre el contexto-sistema al que el paciente pertenece; la familia. En muchos casos la sintomatología era de larga evolución, esto es, los síntomas habían permanecido inalterados durante meses y años, sin que hasta ese momento se hubieran producido cambios significativos.

En los casos de la Unidad de Salud Mental Infante-Juvenil, el espacio nos parece más útil si cabe, ya que, en la mayoría de los casos, los síntomas de los niños obedecen también a una disfuncionalidad a nivel de la pareja de padres (Cottrell, 2002). En las familias presentadas en este artículo se han trabajado aspectos comunes en todas ellas como la separación e individuación de los hijos, las

normas y límites, los aspectos relacionales y de comunicación y la separación de ambas familias de origen de los padres. Todos estos son aspectos muy comunes e interfieren en la sintomatología que presentan estos niños y adolescentes (Montenegro, 1997).

Consideramos importante poder mantener este espacio por varias razones. En primer lugar, el abordaje familiar permite descubrir cómo la dinámica familiar alimenta la sintomatología del paciente designado, o paciente sintomático. El abordaje global del sufrimiento y dificultades del paciente y su entorno, alarga la mirada no sólo sobre lo individual sino sobre el contexto donde están aconteciendo los síntomas en esos momentos. A su vez, es un espacio abierto, de reflexión y parada sobre una manera de hacer diferente, y lugar de encuentro de diferentes profesionales. Y, por último, su doble función, clínico-asistencial y docente.

Hemos planteado una experiencia que ha resultado ser muy gratificante y que, en nuestra opinión como en la de los autores citados, cobra mucho sentido en el abordaje dentro de la Salud Mental Infanto-Juvenil. Aunque la muestra presentada es muy reducida y es difícil sacar conclusiones que se puedan generalizar, hemos pretendido mostrar que son posibles otros enfoques terapéuticos, con intervenciones breves y de gran rentabilidad para la salud pública. Si bien en la actualidad son escasos los centros públicos que ofertan desde las carteras de sus servicios este tipo de abordaje como medio para alcanzar una mejoría psicológica, en los últimos años han aparecido paulatinamente una serie de trabajos encaminados a estudiar distintos parámetros del abordaje familiar y la posibilidad de su aplicación en la Salud Pública. Contamos con un estudio reciente llevado a cabo por un equipo español, Rosique et al. (2015) que habla de las intervenciones realizadas de Terapia de Familia en un Centro de Salud Mental durante 13 años. En este estudio se analizan las características de derivación a terapia familiar, del paciente designado y de las intervenciones realizadas y concluyen que al ofrecer a los pacientes la posibilidad de protagonizar, dirigir y colaborar en su proceso terapéutico, se pueden observar tanto mejoría subjetiva como objetiva en pocas sesiones, incluso con una única intervención. Nuestra experiencia y estudios como el mencionado, avalan la eficacia de este tratamiento y su rentabilidad a nivel de Salud Pública donde la demanda de atención especializada es cada vez mayor. Además de casos como los que se han presentado, son frecuentes y preocupantes las consultas por violencia entre iguales y agresividad “intrafamiliar” en definitiva, sistemas familiares que tienen un funcionamiento enfermo. Aún queda un largo camino por recorrer; más estudios y compromisos tanto para corroborar objetivamente la eficacia y eficiencia de la TFS en el trabajo con población Infanto-Juvenil y sus familias como para la formación de los residentes de psiquiatría y psicología en técnicas psicoterapéuticas. Asimismo, se requieren más estudios y fondos desde la Salud Pública de cara a ofertar en la cartera de servicios de nuestras unidades estos abordajes los cuales muy probablemente permitirían abordar el malestar de las familias reduciendo costes sanitarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barkley, R.A., Guevremont, D.C., Anastopoulos, A. y Fletcher, K.F. (1992). A comparison of three family therapy programs for treating family conflicts in adolescence with ADHD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 450-62
- Birmaher, B. Brent, D.A. y Kolko, D. (2000). Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57, 29-36
- Bou J. (2011). Lidiando con adolescentes posmodernos: cambios sociales e intervención familiar. *Revista Mosaico*, 50, 44-49
- Chamberlain, P., y Rosicky, J.G. (1995). The effectiveness of family therapy in the treatment of adolescents with conduct disorders and delinquency. *Journal of Marital Family Therapy*, 21, 441-59.

- Cottrell D. y Boston P. (2002). Practitioner review: the effectiveness of systemic family for children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(5), 573-86
- Gowers, S., Norton, K., Halek, C. y Crisp, A.H. (1994). Outcome of outpatient psychotherapy in a random allocation treatment study of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 165-77
- Gustafsson, P.A., Kjellman, N.I.M. y Cederblad, M. (1986). Family therapy in the treatment of severe childhood asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, 30, 369-74
- Harrington, R. Whittaker, J. y Shoebridge, P. (1998). Psychological treatment of depression in children and adolescents: A review of treatment research. *British Journal of Psychiatry*, 173, 291-98
- Harrington, R., Kerfot, M., Dyer, E., Mcniven, F., Gill, J., Harrington, V. y Woodham A. (2000). Deliberate self-poisoning in adolescence: why does a brief family intervention work in some cases and not others? *Journal of Adolescence*, 23 (1), 13-20
- Henderson, C.E., Dakof, G.A., Greenbaum, P.E. y Liddle, H.A. (2010). Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescence: report from two randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 885-97.
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision ©Ginebra, OMS, 1992.
- Joanning, H., Quinn, T.F. y Mullen, R. (1992). Treating adolescent drug abuse: A comparison of family systems therapy, group therapy, and family drug education. *Journal of Marital and Family Therapy*, 18, 345-56
- Kaslow, N.J., Broth, M.R., Smith, C.O. y Collins, M.H. (2012). Family-based interventions for child and adolescence disorders. *Journal of Marital Family Therapy*, 38, 82-100
- Lask, B. y Matthew, D. (1979). Childhood asthma: A controlled trial of family psychotherapy. *Archives of Disease in Childhood*, 54, 116-19
- Lewis, R.A., Piercy, F., Sprenkle, D. y Trepper, T. (1990). Family-based interventions and community networking for helping drug abusing adolescents: The impact of near and far environments. *Journal of Adolescent Research*, 5, 82-95.
- Liebman, R., Minuchin, S. y Baker, L. (1974). The use of structural family therapy in the treatment of intractable asthma. *American Journal of Psychiatry* 131, 535-40
- Minuchin P. (1985). Families and individual development: provocations from the field of family therapy. *Child Development*, 56, 289-302.
- Montenegro H. (1997). Tratamiento familiar sistémico de los niños con problemas conductuales o emocionales. *Revista Chilena de Pediatría*, 58(5), 283-89.
- Ortiz, M.T. (1999). La salud familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15, 439-45.
- Rosique, M.T., López, B., Polo, C., López, M.L., Sanz, M.T. y González, C. (2015). El reto de la terapia de familia: estudio de las intervenciones realizadas durante 13 años en un centro de salud mental. *Clínica Contemporánea*, 6, 33-47
- Russell, G.F.M., Szmukler, G., Dare, C. y Eisler, I. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1047-56
- Sexton, T. y Turner, C.W. (2010). The effectiveness of functional family therapy for youth with behavioral problems in community practice setting. *Journal of Family Psychology*, 24, 339-348
- Stanton, M.D. y Shadish, W.R. (1997). Outcome, attrition and family/couples treatment for drug abuse: A meta-analysis and review of the controlled and comparative studies. *Psychological Bulletin*, 122, 170-91
- Szapocznik, J., Rio, A., Murray, E., Cohen, R., Scopetta, M., Rivas-Valquez, A., Hervis, O.V.P. y Kurtines, W. (1989). Structural family versus psychodynamic child therapy for problematic Hispanic boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 571-78
- Von Bertalanffy, L. (1976). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.