

PROCESO DE INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE UNA UNIDAD DE TERAPIA FAMILIAR: REFLEXIONES SOBRE LA EXPERIENCIA CLÍNICA SITUADA A DIEZ AÑOS DE SU IMPLEMENTACIÓN

ESTABLISHING AND OPERATING A FAMILY THERAPY UNIT: REFLECTIONS ON TEN YEARS OF CLINICAL EXPERIENCE

Cristóbal Morales

Nicolás González

Jazeel Garay

Macarena Morbelli

Romina Greco

Unidad de Salud Mental - Red de Salud UC CHRISTUS

cjmorale@uc.cl

Rodrigo Alfaro

Pontificia Universidad Católica de Chile

RESUMEN

El presente artículo da cuenta del proceso de instalación, consolidación y funcionamiento de una Unidad de Terapia Familiar (UTF) insertada en un centro médico de orientación fundamentalmente biomédica, en Santiago de Chile en una comuna de la zona sur. A partir de una metodología mixta, se articulan datos cuantitativos obtenidos durante los años 2018 y 2019, en base al comportamiento de 251 familias derivadas, con la experiencia clínica situada del equipo terapéutico. En el recorrido teórico-práctico de la presentación, se describen los fundamentos epistemológicos, las políticas de trabajo, los desafíos co-terapéuticos y las formas de articulación interdisciplinaria desarrolladas por la unidad. El análisis muestra los aportes de la terapia familiar como una intervención eficaz, breve y de alto alcance poblacional, especialmente en contextos de alta demanda asistencial. Finalmente, se plantean proyecciones para fortalecer y replicar este modelo en otros dispositivos de salud.

Palabras claves: Terapia Familiar – Intervención Sistémica – Salud Mental – Trabajo Interdisciplinario – Adherencia Terapéutica – Experiencia Clínica Situada.

ABSTRACT

This article describes the process of establishing, consolidating, and operating a Family Therapy Unit (FTU) embedded within a medical center primarily oriented toward the biomedical model, located in a southern district of Santiago, Chile. Using a mixed-methods approach, quantitative data collected during 2018 and 2019 based on the clinical trajectories of 251 referred families are combined with the situated clinical experience of the therapeutic team. The epistemological foundations, working policies, co-therapeutic challenges, and forms of interdisciplinary collaboration developed by the unit are also outlined. The analysis highlights the relevance of family therapy as an effective, preventive, and contextualized intervention, especially in high-demand care settings. Finally, future directions are proposed to strengthen and replicate this model in other mental health services.

Keywords: Family Therapy – Systemic Intervention – Mental Health – Interdisciplinary Work – Therapeutic Adherence – Situated Clinical Experience.

1. Introducción

EL AÑO 2015 SE INSTALA una Unidad de Terapia Familiar (en adelante UTF) en una división de salud mental dentro de un centro médico del sector sur de la Región Metropolitana en Santiago de Chile. A la fecha, se han atendido más de 600 familias. Del total de familias atendidas, alrededor de un 40% ha culminado sus procesos terapéuticos de mutuo acuerdo entre el terapeuta y el sistema consultante, habiendo logrado los objetivos previamente co-construidos que permiten la decisión de “alta clínica”.

El presente artículo evalúa y analiza las variables más significativas que han contribuido al cumplimiento de los objetivos terapéuticos, articulando los datos estadísticos obtenidos del registro de las familias atendidas con la experiencia clínica situada de los terapeutas a cargo de los procesos. Esta articulación va en la línea de la teoría del conocimiento situado de Donna Haraway (s/f, citada en Fleisner et al, 2023), la cual plantea que todo saber es parcial y está influido por las experiencias particulares de quienes lo producen. Se propone así una metodología mixta, es decir, un diálogo entre los datos cuantitativos obtenidos durante los años más representativos de la instalación de la UTF y la percepción de los terapeutas de acuerdo con el conocimiento y la experiencia clínica situada.

Este artículo busca no solo presentar la experiencia de la UTF, sino también invitar a la reflexión a otras instituciones o profesionales que trabajen en contextos similares; generando discusión y revisión crítica del modelo implementado. Esto, en última instancia, permitirá la generación de ideas y recursos que aporten a la mejora continua de la calidad y los índices de éxito terapéutico en los procesos de terapia familiar. Asimismo, se problematiza el proceso de instalación de una unidad de terapia familiar dentro de una división de salud mental inserta, al mismo tiempo, en un centro médico con una fuerte lógica individual y biomédica, lo que conlleva múltiples desafíos epistemológicos, clínicos y organizacionales.

Entre los nudos críticos más importantes se encuentra la divergencia en la forma de entender a los pacientes: mientras que la perspectiva médica se apoya en el diagnóstico individual, la terapia familiar promueve una comprensión relacional del conflicto. El cruce entre los objetivos de la terapia individual y la terapia familiar puede, por tanto, tensionar la práctica clínica; por lo que resulta fundamental generar espacios de diálogo, desarrollar un lenguaje común y crear herramientas que fomenten la convergencia de perspectivas (Pérez & Mercadal, 2017).

Por último, se sostiene que la terapia familiar representa una intervención especialmente eficaz para familias multi-estresadas y/o multi-intervenidas, permitiendo descomprimir la presión asistencial y generar procesos clínicos más integrados y humanizados (Bernales, 2015; Gómez et al, 2007).

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Presentar el funcionamiento de una unidad de terapia familiar inserta en una institución sanitaria con lógica médica y analizar sus principales desafíos de instalación e indicadores clínicos más relevantes.

2.2 Objetivos específicos

- a. Presentar los antecedentes de la creación de una unidad de terapia familiar en una institución sanitaria.
- b. Describir el modelo de trabajo y los aspectos administrativos de una unidad de terapia familiar.
- c. Presentar datos e indicadores referidos a los procesos clínicos y administrativos más relevantes de la unidad, en dos períodos de tiempo a analizar.
- d. Analizar críticamente los datos y generar hipótesis derivadas de dicho análisis, en base a la experiencia clínica situada.
- e. Reflexionar acerca de los desafíos que conlleva la atención de terapia familiar dentro de un dispositivo médico.
- f. Proponer la unidad de terapia familiar como un modelo replicable y efectivo.

3. Marco teórico: nacimiento, fundamentos, ejes articuladores y ventajas de la terapia familiar

3.1 El nacimiento de la terapia familiar: contexto, quiebre y fundamentos

Para comprender el surgimiento de la terapia familiar es necesario situarse en el contexto histórico-social en el que se inscribe, las características de las primeras familias que fueron atendidas, el quiebre que representa esta forma de hacer terapia respecto a modelos anteriores, y la multiplicidad de formas que ha asumido desde sus inicios.

En primer lugar, es de relevancia destacar que esta práctica clínica emerge a partir de las necesidades de *familias vulnerables o vulneradas*, las cuales fueron pioneras en este tipo de atención. Estos grupos familiares son conocidos también como “*familias multi-estresadas*”, cuyas dificultades no podían ser abordadas eficazmente desde un enfoque puramente individual, dado el carácter complejo y multi-problemático de su funcionamiento e interacciones (Gómez, Muñoz & Haz, 2007).

Hasta mediados del siglo XX, dichos sistemas familiares tenían —como es de esperar— escaso o nulo acceso a la salud mental. Los cambios sociales y paradigmáticos de la posguerra, sin embargo, ampliaron ese acceso, y con la emergencia de la terapia familiar pudieron incorporarse grupos de la sociedad que antes no recibían atención psicoterapéutica. En su mayoría, estos grupos solían enfrentar el drama de la *pobreza estructural*, exclusión social, migraciones producto de las guerras y/o falta de acceso a derechos básicos. Por consecuencia, se trataba de familias que experimentaban de manera simultánea múltiples factores de riesgo, que —hasta la actualidad— permanecen dramáticamente vigentes en diversos grupos de la población (Gómez, Muñoz & Haz, 2007). A saber:

- Carencias económicas y escaso acceso a servicios básicos.
- Problemas de salud mental severos en uno o más miembros del grupo familiar.
- Violencia intrafamiliar y abuso, frecuentemente en contextos de hacinamiento y baja privacidad.
- Redes de apoyo débiles.
- Dificultades para gestionar el estrés y el conflicto, y patrones comunicacionales poco eficaces.

A esto se suma, la exposición a estigmas y la discriminación, sobre todo en familias migrantes, que profundiza la vulnerabilidad y refuerza narrativas de exclusión (Bernaes,

2015). El conjunto de estas condiciones caracteriza grupos familiares marcados por la urgencia, la sobrecarga emocional y la dificultad para acceder a espacios de cuidado y apoyo sostenido.

Cambio de paradigma

La terapia familiar comienza a desarrollarse poco después de 1950 (algunos autores sitúan su origen con precisión en 1952), en un escenario marcado por profundos cambios históricos, científicos y sociales. La posguerra trajo consigo desplazamientos masivos de población, una creciente apertura en las ciencias humanas y nuevas interrogantes sobre el sufrimiento humano y su abordaje clínico (Bertrando & Toffanetti, 2004).

En este contexto, se observó que numerosos pacientes hospitalizados “recaían” una vez reintegrados a sus entornos familiares, lo que reveló la importancia del contexto relacional en la evolución clínica. Esta constatación produjo una *ruptura con el discurso médico tradicional*, que centraba sus intervenciones en el individuo, y dio paso a una mirada más sistémica, orientada a “sanar” en vez de simplemente aconsejar o “corregir” a las familias (Bertrando & Toffanetti, 2004).

El desarrollo inicial de la terapia familiar tuvo lugar principalmente en Estados Unidos, en un contexto de transformación cultural en el que se pasó de un paradigma centrado en la biología y la herencia, a otro enfocado en el ambiente, la cultura y los vínculos. En este escenario, se formaron los primeros terapeutas familiares de relevancia. Surge la Child Guidance Clinics, y otras instituciones, pioneras en considerar los problemas infantiles desde una perspectiva contextual que incluye activamente a las familias en el proceso terapéutico. En estas instituciones clínicas se formaron figuras fundamentales, como Nathan Ackerman, Carl Whitaker y Salvador Minuchin (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Simultáneamente, se desarrollaron nuevas formas de intervención, como las terapias de grupo, y surgieron cuestionamientos a la duración y efectividad del psicoanálisis tradicional, lo que impulsó la aparición de enfoques breves y centrados en la relación terapéutica (Rogers, 1951).

Fuentes teóricas: psicoanálisis y cibernética

Ante la inexistencia, al menos hasta ese entonces (mediados del siglo XX), de una “teoría de la familia”, la terapia familiar se nutre principalmente de dos grandes tradiciones epistemológicas: el psicoanálisis y la teoría cibernética.

Contribuciones del psicoanálisis:

Aunque la terapia familiar se consolidó como una práctica distinta del psicoanálisis clásico —al traspasar las barreras del enfoque individual e intrapsíquico—, sus fundamentos teóricos y clínicos no pueden comprenderse sin reconocer las influencias decisivas del pensamiento psicoanalítico. El psicoanálisis clásico ofrece, en este sentido, un punto de partida fundamental para el desarrollo de la terapia familiar. Muchos de los primeros terapeutas familiares, de hecho, fueron originalmente psicoanalistas que, al enfrentarse a fenómenos relacionales no explicables desde una perspectiva individual, comenzaron a

explorar las dinámicas vinculares desde una lógica más amplia (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Algunos de estos referentes se muestran en el siguiente recuadro:

Autor	Aporte a la terapia familiar
Alfred Adler (1928)	Médico y psicoanalista austriaco. Ya en los años 30 sostenía que los síntomas infantiles eran formas de pedir ayuda frente a progenitores frustrantes.
Frieda Fromm-Reichmann (1948)	Psicoanalista alemana-estadounidense. Acuñó el concepto de “madre esquizofrenizante”: término hoy obsoleto y ampliamente cuestionado; pero que, aun así, se reconoce como uno de los puntos de partida para reconocer el papel de la dinámica familiar en la génesis del sufrimiento psíquico.
John Bowlby (1949)	Autor de la teoría del apego. Aunque fue crítico del psicoanálisis clásico, este psiquiatra tenía sus raíces epistemológicas en él. Ya en la década de 1940, planteó que la familia debía ocupar un lugar central como agente terapéutico dentro del abordaje de los trastornos graves.
Harry Stack Sullivan (1953)	Propulsor de una psiquiatría interpersonal. Afirmaba que las personas se constituyen en el flujo de sus relaciones.
Iván Boszormenyi-Nagy (1973)	Psiquiatra húngaro-estadounidense, cofundador de la Terapia Contextual. Trabajó la dinámica de los secretos, las lealtades y las deudas afectivas que atraviesan diversas generaciones en la historia familiar y la narrativa transgeneracional. Desde su perspectiva, los vínculos familiares no sólo se construyen en el presente: están profundamente marcados por legados afectivos y deudas emocionales.

Murray Bowen (1978)

Psiquiatra estadounidense. Propuso un enfoque transgeneracional para comprender el funcionamiento psicológico de los individuos dentro de sus familias. Su hipótesis central sostiene que los conflictos no resueltos tienden a transmitirse de generación en generación, influyendo en el desarrollo emocional de las nuevas generaciones. Su concepto clave es la diferenciación/indiferenciación del self, es decir, el grado en que una persona logra distinguir entre sus pensamientos y emociones, y separarse emocionalmente del sistema familiar.

René Kaës (2005)

Psicoanalista francés contemporáneo proveniente del psicoanálisis relacional. Desde este modelo sostiene una comprensión intersubjetiva del psiquismo, en la que el otro no es sólo un objeto de deseo o conflicto, sino un co-constructor del aparato psíquico. Trabaja, sobre todo, con diadas parentales y subsistemas fraternos, donde la lectura de los conflictos tiene una dimensión fantasmática y emocional.

Con estos autores, entre otros, queda de manifiesto uno de los aportes más significativos del psicoanálisis, que es *el reconocimiento del inconsciente como una dimensión activa en los vínculos familiares*. Si bien el sistema familiar es concebido como una unidad en la terapia sistémica, el psicoanálisis aporta la noción de que los miembros de una familia no sólo se relacionan desde sus roles funcionales, sino también desde sus fantasías inconscientes, proyecciones y repeticiones transgeneracionales. Así, los síntomas individuales y las problemáticas vinculares pueden ser leídos como expresiones de conflictos internos no elaborados, inscritos en la historia emocional de la familia (Bertrando & Toffanetti, 2004).

En la misma línea, el concepto de *transferencia y contratransferencia*, fundamental en la práctica psicoanalítica, fue también progresivamente integrado en la terapia familiar (Bertrando & Toffanetti, 2004). Este marco referencial permite entender cómo los afectos y representaciones inconscientes se trasladan al vínculo terapéutico, ofreciendo una vía privilegiada para la comprensión del entramado emocional de la familia y del lugar que ocupa el terapeuta en ese proceso.

En síntesis, el psicoanálisis ha contribuido a la terapia familiar una profunda sensibilidad clínica hacia los procesos inconscientes, la complejidad de los vínculos afectivos y la dimensión histórica del sufrimiento psíquico. Aunque sus métodos y objetivos pueden diferir en ciertos aspectos, ambos enfoques comparten una preocupación ética y clínica por el sentido de los síntomas y por la posibilidad de transformación subjetiva en los vínculos humanos.

Aportes de la teoría cibernética:

Así como se reconocen los aportes teóricos del psicoanálisis, el desarrollo de la terapia familiar sistémica no puede comprenderse —a su vez— sin referencia a las contribuciones de la teoría cibernética. Este campo, originalmente desarrollado en la década de 1940 por Norbert Wiener (1948) para estudiar los procesos de comunicación y control en máquinas y organismos, ofreció una nueva matriz conceptual interesante para pensar los sistemas humanos. En particular, la terapia familiar se benefició de la transposición de estos conceptos al ámbito clínico, permitiendo una comprensión relacional, compleja y dinámica de los síntomas y del funcionamiento familiar (Bertrando & Toffanetti, 2004).

En primer lugar, desde la cibernética de primer orden, tenemos la Teoría General de Sistemas (von Bertalanffy, 1968) y los conceptos de homeostasis y retroalimentación (Wiener, 1948), cuyas herramientas teóricas son fundamentales para pensar a las familias como sistemas interdependientes, donde *“el todo es más que la suma de las partes”*: la cibernética de primer orden introdujo el concepto de sistema como una totalidad organizada de elementos interrelacionados, cuyo comportamiento no puede reducirse a la suma de partes independientes. Desde esta perspectiva, la familia comenzó a ser comprendida como un sistema autorregulado, en el que cada miembro influye y es influido por los demás. Esta mirada permite desplazar el foco desde el individuo portador del síntoma hacia los patrones de interacción que lo sostienen (Bertrando & Toffanetti, 2004).

En cuanto al concepto de retroalimentación (o feedback), se entiende éste como un mecanismo mediante el cual los sistemas regulan su funcionamiento: mientras la retroalimentación negativa permite mantener la estabilidad y la coherencia del sistema (homeostasis), la retroalimentación positiva introduce variaciones que pueden conducir al cambio (Bertrando & Toffanetti, 2004). Estos principios fueron fundamentales para entender cómo ciertos síntomas —por ejemplo, un trastorno conductual de un hijo— pueden operar como reguladores del equilibrio familiar, aunque resulten disfuncionales o dolorosos para quien los presenta: esto explica el modo en que las familias tienden a mantener algunos patrones de funcionamiento, incluso frente a tensiones o crisis.

Respecto al lugar del terapeuta, la cibernética de primer orden propició —además— una postura de neutralidad e hipótesis circular, especialmente desarrollada por el grupo de Milán (Selvini Palazzoli et al, 1980). Desde esta posición, el terapeuta actúa como un observador externo que se abstiene de emitir juicios morales.

Posteriormente, con la emergencia de la cibernética de segundo orden, autores como Heinz von Foerster (1981), Francisco Varela y Humberto Maturana (1987) introdujeron una perspectiva constructivista, cuestionando la existencia de una realidad objetiva independiente del observador. Se planteó que toda observación es autorreferente, y que el acto mismo de observar crea aquello que se observa. Esta visión marcó un giro epistemológico clave en la comprensión de los procesos terapéuticos, pues todo observador forma parte del sistema que observa. En el campo de la terapia familiar, esta perspectiva dio origen a modelos posmodernos como la terapia colaborativa o la terapia narrativa, en los cuales se asume que terapeuta y consultantes co-construyen activamente los significados y las soluciones (Bertrando & Toffanetti, 2004).

En resumen

Históricamente la familia ha jugado un papel diferente dependiendo de cómo ha sido percibida en la génesis y tratamiento de los trastornos mentales severos. En los años 50 ya se hablaba de la potencia terapéutica de la terapia familiar, pero no es hasta hace pocos años que esta especialidad se ha consolidado en el marco asistencial psicológico (Pérez & Mercadal, 2017).

La terapia familiar se edifica sobre múltiples teorías, sin que exista necesariamente una “teoría de la familia” unificada. Su nacimiento es en Estados Unidos, y no en Europa (como muchas veces se piensa), y respondió a la necesidad de abordar problemas sociales emergentes, especialmente en las llamadas “familias tipo” o “familias multi-estresadas”; instalándose la premisa de que “*la sociedad mejorará si mejora el ámbito microsocioal*” (Mead, 1968). De tal modo, se concibió la terapia familiar como una forma de resguardar la *cohesión social*, no ya desde la sanción, sino desde el cuidado y la intervención relacional (Bertrando & Toffanetti, 2004).

3.2 Ejes articuladores de la terapia familiar

En consideración de los fundamentos teóricos expuestos, el primer objetivo de la terapia familiar es la *co-construcción del motivo de consulta* (Pérez & Mercadal, 2017). En éste, participa el terapeuta y todos los miembros de la familia, constituyéndose así el sistema terapéutico. El conflicto se comprende desde una perspectiva sistémico-relacional, donde todos los miembros de la familia están involucrados. Esta mirada del problema permite la “desindexación” del paciente índice.

Por *desindexación* se entiende que, en este modelo de trabajo terapéutico, se acoge la experiencia familiar y la terapia no se centra en un solo integrante como foco de conflicto, sino que se provee un espacio terapéutico en donde la familia puede hablar de aquello que le preocupa o que desearía que cambiara, no de un solo individuo, sino del sistema completo. Las dificultades se co-construyen con toda la familia y así también las soluciones (Pérez & Mercadal, 2017).

Luego, durante el proceso, se observan conjuntamente *patrones de interacción* y se relacionan con aquellos adquiridos desde las respectivas familias de origen de los progenitores. Se configura, de esta forma, el *propio grupo familiar como un sistema activo y autónomo*, capaz de crear el cambio; con foco puesto en la experiencia emocional (Pérez & Mercadal, 2017).

3.3 Ventajas de la terapia familiar

Friedlander, Diamond, Escudero y Pinsof (2014) realizaron un meta-análisis de 25 años de terapia familiar sistémica, observando su progreso en eficacia y metodología. Así también, Bischoff y Bessero (2009) destacan su alta recomendación por resultados duraderos. De estos estudios se desprende que, en contextos como el nuestro, la terapia familiar es una intervención eficiente y preventiva, que reduce el uso de otros dispositivos sanitarios como hospitalizaciones, psicofármacos o terapias individuales prolongadas. Como resultado global, la terapia familiar termina siendo considerada —también a nivel comunitario— una intervención de bajo costo con alto impacto psicosocial.

Al revisar patologías específicas, se ha observado también que la terapia familiar en sus diferentes modalidades, ha demostrado un rol importante en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria (Austin et al, 2024), trastornos psicóticos como la esquizofrenia (Hahlweg & Baucom, 2021), trastorno obsesivo compulsivo (Anderson et al, 2015), depresión e ideación suicida (Waraan et al, 2023), entre otros.

Por otro lado, considerando la escasa oferta de salud mental en Chile, en relación a las altas necesidades en salud pública, se destacan múltiples ventajas de la terapia familiar, tales como (Bischoff & Bessero, 2009):

- Contribución al alivio y visibilización del sufrimiento de todos los miembros de la familia, y no solamente del miembro índice.
- Disminución de la estigmatización del sistema familiar y del paciente índice, en tanto se “descentra” el síntoma individual.
- Activación de los recursos protectores del propio sistema familiar, fortaleciendo el rol de la familia como sistema de cuidado y espacio seguro.
- Promoción de competencias para resolver conflictos por sí mismos, en tanto la familia se considera un agente activo, autónomo y protagonista de su propio cambio.
- Reducción del sentimiento de minusvalía, promoviendo la activación de recursos propios.
- Promoción de derechos —sobre todo de las infancias— y buen trato en general.

Junto con esto, la experiencia de equipo ha mostrado la terapia familiar como una intervención eficaz para pacientes que no solicitan terapia por iniciativa propia o no adhieren con facilidad (por ejemplo, casos de jóvenes consumidores o infractores de ley).

4. Proceso de instalación de la UTF: trabajo colaborativo y co-terapéutico con otros equipos de la red

La UTF se encuentra situada en un centro médico con múltiples especialidades, donde la derivación entre unidades es una práctica frecuente. La mayoría de las familias no consultan espontáneamente y son derivadas por otros profesionales. Por tanto, muchas veces los consultantes no tienen claridad del motivo de su derivación, o bien, escasa noción del “sentido” de su interconsulta.

Esto da cuenta de un desafío epistemológico: el paradigma médico-individual choca con la mirada sistémico-relacional. El “paciente índice” llega con una carga diagnóstica que muchas veces obstaculiza el proceso terapéutico familiar, ya que ese diagnóstico es compartido también por el propio grupo familiar. Con ello, se instala la necesidad de un trabajo colaborativo, cuyos objetivos son: coordinarse entre unidades; desarrollar un lenguaje común; mantener una comunicación fluida y constante con los otros profesionales para evaluar avances de los pacientes; y promover la terapia familiar como un recurso preventivo. Estos esfuerzos buscan evitar la sensación de sobre-intervención, potenciar la agencia del sistema familiar y humanizar los abordajes clínicos.

5. Particularidades de nuestro modelo de trabajo

La UTF nace con un encargo institucional hacia una figura supervisora o coordinadora, lo que define de entrada una epistemología específica, un modelo técnico y

una subcultura clínica. La supervisión es un pilar central desde el origen, siendo un espacio reflexivo que permite construir colectivamente la identidad y funcionamiento de la unidad. Dentro de las modalidades desarrolladas, se encuentran la supervisión “en seco” (basada en el relato del terapeuta), la supervisión desde la persona del terapeuta (que combina el trabajo con los sistemas de creencias adquiridos por la historia familiar de origen del propio terapeuta con los relatos del sistema consultante) y la supervisión con espejo unidireccional, que se acompaña de un equipo reflexivo.

El modelo clínico se basa en un enfoque sistémico transgeneracional, que privilegia el trabajo con la familia nuclear y otros vínculos significativos. Se utiliza con frecuencia el genograma de tres generaciones, tanto como herramienta diagnóstica como intervención. Este estilo de trabajo ha sido construido desde la experiencia y la reflexión conjunta del equipo, y se mantiene en constante revisión para cuidar a los terapeutas y a las familias atendidas.

6. Políticas de trabajo a partir del marco teórico y el modelo clínico

A partir de la experiencia acumulada en la UTF, y en coherencia con los fundamentos teóricos de la terapia familiar sistémico-relacional, se han delineado una serie de políticas clínicas de trabajo que orientan las intervenciones. Estas políticas buscan mejorar la calidad de las atenciones, resguardar la coherencia epistemológica del modelo implementado y favorecer procesos terapéuticos significativos y sostenibles.

6.1 Principios orientadores

Se proponen 5 principios orientadores para la terapia familiar en el centro médico:

Trabajo con la familia nuclear o conviviente	Se propicia trabajar con el sistema familiar completo, comprendido por la familia nuclear (madre, padre e hijos), o bien, las personas que conviven en el mismo hogar. La determinación de quiénes participarán de la terapia dependerá del motivo de consulta co-construido con la familia y el equipo tratante.
Reducción de la multi-intervención	Como política general, se sugiere pausar las terapias psicológicas individuales en curso de niñas, niños y adolescentes que ingresan a terapia familiar, de manera que el malestar y “la tensión” puedan ser trabajados dentro del espacio familiar compartido. Esta recomendación se exceptúa en aquellos casos donde la terapia individual es imprescindible por motivos de reparación (por ejemplo, casos donde hay abuso sexual).
Mantenimiento de tratamientos en adultos	En el caso de los adultos, se promueve mantener sus tratamientos individuales, cuando corresponda. Esto permite sostener apoyos terapéuticos complementarios con el espacio familiar.
Terapia familiar breve y con objetivos concretos	Se trabaja bajo un modelo de terapia breve, cuyos objetivos son definidos de forma colaborativa con la familia.

Participación de ambos cuidadores primarios	Siempre que sea posible, se fomenta la participación activa de ambos padres (mamá y papá) o cuidadores significativos, entendiendo que su presencia fortalece el abordaje del conflicto familiar y promueve cambios duraderos. La presencia activa del papá es algo que muchas veces se debe explicitar, dada la existencia de una cultura donde en variadas ocasiones las responsabilidades del hogar y “la familia” recaen casi exclusivamente en la figura de la madre.
---	--

6.2 Canales de acceso a la terapia familiar

Pueden solicitar derivación a la UTF los siguientes actores:

- Profesionales del centro médico: psicólogos/as, psiquiatras u otros médicos tratantes (pediatras, médicos familiares, diabetólogos, endocrinólogos, etc.).
- Instituciones externas: tales como colegios u otros organismos comunitarios que detecten necesidades familiares relevantes.
- Madres, padres o cuidadores legales del grupo familiar. Idealmente, la solicitud espontánea debería provenir de un miembro adulto del sistema.

6.3 Criterios de ingreso

La intervención está dirigida a familias con uno o más hijos/as (de cualquier edad) que presenten alguna dificultad de tipo relacional o contextual. Algunos criterios orientadores para el ingreso (y que ayudan a pensar en una eventual derivación) son:

- Presencia de conductas de riesgo en alguno/a de los hijos/as¹: autolesiones, desregulación, impulsividad, riesgo de deserción escolar, etc.
- Situaciones de violencia intrafamiliar, conflictos con el extrasistema o con instituciones escolares.
- Convivencia con un/a integrante con enfermedad crónica o condición de salud que genere tensión familiar (diabetes, trastornos del ánimo, discapacidad, etc.).
- Problemáticas asociadas al uso abusivo de videojuegos, pantallas o redes sociales en niños, niñas o adolescentes.
- Conflictos en la parentalidad: falta de acuerdos parentales, familias ensambladas o simultáneas con necesidad de apoyo, crianza problemática a cargo de abuelas o figuras sustitutas y/o divorcios judicializados.
- Procesos de duelo reciente o no elaborado que afecten a uno o más miembros del sistema.

7. Análisis de datos y experiencia clínica situada

A continuación, se presentan algunos hallazgos extraídos de la base de datos personal que manejan los propios terapeutas de la UTF. Se muestran números de dos años en particular: 2018 y 2019. Este período de tiempo representa dos características importantes

¹ En caso de ser uno de los adultos cuidadores quien presenta el mayor riesgo sintomatológico, es sugerible una primera evaluación con la pareja u otro adulto responsable dentro del sistema (ya sea la madre de éste, el padre, uno de sus hermanos u otro adulto significativo). En muchos de estos casos es preferible trabajar sin los hijos, sobre todo si son menores de edad.

que lo hacen un momento emblemático para la unidad: consolidación de un equipo que llevaba más de 3 años de funcionamiento y antesala a la atención telemática. De esta manera, los datos obtenidos en dichos años se consideran los más completos y representativos del funcionamiento de la unidad en base a sus fundamentos y objetivos. Desde 2020 en adelante las condiciones cambiaron por la pandemia, donde se instaló una forma de atención que recién hoy día está recuperando su curso de funcionamiento habitual, con el retorno de la presencialidad como opción prioritaria de atención familiar.

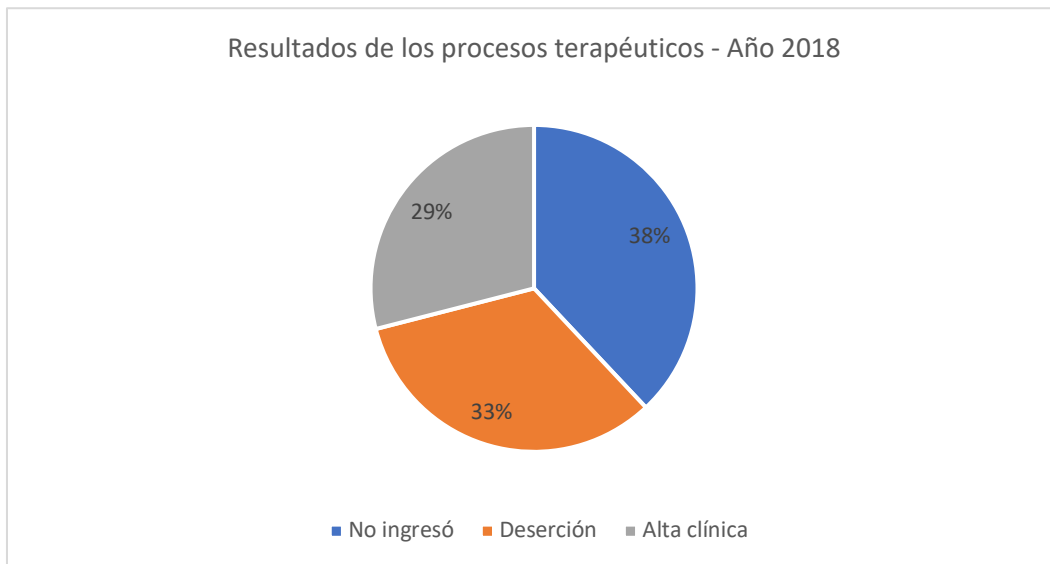
Los datos se presentan agrupados en 6 ejes: ingresos a la unidad, fuentes de derivación, tiempo entre derivación y primer contacto, previsión de salud, motivos de deserción o no ingreso y duración de los procesos terapéuticos. El análisis trata de una lectura situada de la información que busca integrar los datos cuantitativos con la experiencia acumulada por el equipo clínico. En dicha recopilación, la adherencia a la terapia familiar es el eje de las reflexiones; donde las variables son múltiples y diversas, incluyendo factores institucionales, el tipo de derivación, el tiempo de contacto inicial y las condiciones sociopolíticas, entre otras.

7.1 Año 2018

a. Ingresos

Durante el año 2018, la UTF recibió 140 familias, de las cuales:

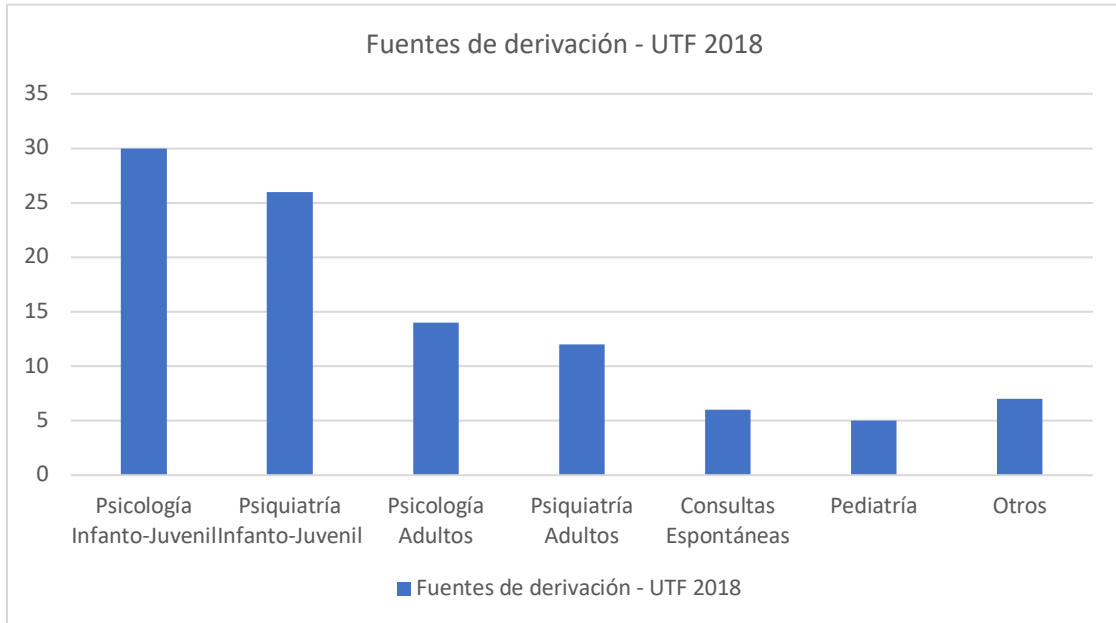
- 38% no ingresó a tratamiento (no se logró contacto o no llegaron a la primera sesión).
- 33% presentó deserción (se inició la terapia, pero hubo interrupción).
- 29% culminó con alta clínica, cumpliéndose los objetivos terapéuticos.



b. Fuentes de derivación

En general, las derivaciones fueron mayoritariamente realizadas por psiquiatras y psicólogos de la división de salud mental (más del 80% del total). En este grupo, predominan las derivaciones desde unidades de salud mental infanto-juveniles (psiquiatría y psicoterapia infanto-juvenil).

Las derivaciones provenientes de otras unidades del centro, llámese medicina familiar, pediatría, cardiología, endocrinología u otras, fueron bajas (menos del 15%). Se hipotetiza que todavía existía un conocimiento insuficiente de la existencia de la UTF, tanto entre profesionales médicos del propio centro como en la comunidad general, lo que incidiría también en la escasa demanda espontánea (que representa sólo un 6%).



c. Tiempo entre derivación y primer contacto

Se observó que el tiempo que transcurre entre la derivación y el primer contacto con la familia parece influir en la adherencia al tratamiento. Incluso cuando no se concreta una hora agendada, el primer contacto —ya sea telefónico o por correo— actúa como un factor protector contra la deserción. El tiempo de espera de las familias que recibieron terapia y tuvieron alta clínica tiene en promedio 22 días, y una mediana de 10. Los días transcurridos entre la derivación y el primer contacto en las familias que terminaron desertando, en cambio, alcanza un promedio de 26 días y una mediana de 14.

Estado del proceso	Días transcurridos para el primer contacto (promedio)	Días transcurridos para el primer contacto (mediana)
Alta clínica	22	10
Deserción	26	14

d. Previsión de salud

En 2018, 79 familias tienen previsión FONASA (Fondo Nacional de Salud, de carácter público) versus 61 que pertenecen a alguna ISAPRE (Instituciones de Salud Previsional, de carácter privado). Del total, un 21% de las familias con FONASA terminaron exitosamente su tratamiento (alta clínica), mientras que la tasa de altas terapéuticas en familias con ISAPRE aumenta significativamente a un 48%.

En el centro médico donde se inserta la UTF, el costo de la atención en terapia familiar es mayor en pacientes con ISAPRE, lo que podría pensarse a priori como “mayor costo mayor adherencia”. Preliminarmente se plantea, a nivel de equipo, que el costo más elevado podría generar mayor compromiso con la terapia. Otro factor a considerar, es que las familias con FONASA tienden a tener menos recursos económicos, por lo que —aun pagando menos— el riesgo de deserción sería más alto considerando el costo mismo de la terapia, los traslados al centro médico y la priorización de necesidades básicas por sobre una terapia familiar.

e. Motivos de deserción y no ingreso

La mayoría de las deserciones provino de casos derivados por psicólogos. En contraste, los casos derivados por médicos (psiquiatras u otros) mostraron mayor adherencia. No deja de ser llamativo para el equipo, la diferencia en adherencia entre psicología y medicina en 2018. Los datos muestran consistentemente que las derivaciones realizadas por médicos (especialmente psiquiatras infanto-juveniles) tienen una mayor tasa de “éxito” en la terapia familiar (38% de altas clínicas), en comparación con aquellas realizadas por psicólogos individuales (donde un 40% de las familias desertó y un 35% ni siquiera asistió a una primera sesión).

Estado de los procesos según el profesional que deriva	Médico	Psicólogo
Alta clínica	38%	25%
Deserción	31%	40%
No ingresa	31%	35%

Este fenómeno puede discutirse desde distintas aristas; por supuesto, hipótesis preliminares todas:

- En primer lugar, la figura de “autoridad médica”, que en la cultura chilena pareciera seguir siendo significativa. Las indicaciones médicas parecieran ser percibidas por las familias como “órdenes clínicas” o “prescripciones”, lo que puede favorecer una adherencia mayor, en comparación con las “recomendaciones” de psicólogos, que pueden ser leídas como más abiertas o sugerentes.
- En segundo lugar, los motivos de consulta derivados por médicos muchas veces están asociados a condiciones psiquiátricas o médicas más complejas —por ejemplo, trastornos del ánimo, intentos de suicidio, enfermedades crónicas— que generan un nivel de sufrimiento o alarma mayor, tanto en los pacientes como en sus familias. Esto puede facilitar una disposición inicial más activa hacia intervenciones que incluyan a todo el grupo familiar.
- Un tercer punto tiene relación con mayor seguimiento y continuidad del tratamiento desde el área médica. A diferencia de lo que ocurre con psicólogos que acompañan al paciente en un tratamiento individual (que, al derivar a terapia familiar, suelen interrumpir su proceso), los médicos suelen mantener un seguimiento periódico posterior a la derivación.

En síntesis, estas variables sugieren que la forma en que se construye el tránsito entre dispositivos influye en la adherencia de las familias al proceso terapéutico. A modo de

desafío, se destaca la necesidad de fortalecer la comunicación interprofesional y de socializar el modelo sistémico dentro del centro médico.

f. Duración de los procesos terapéuticos

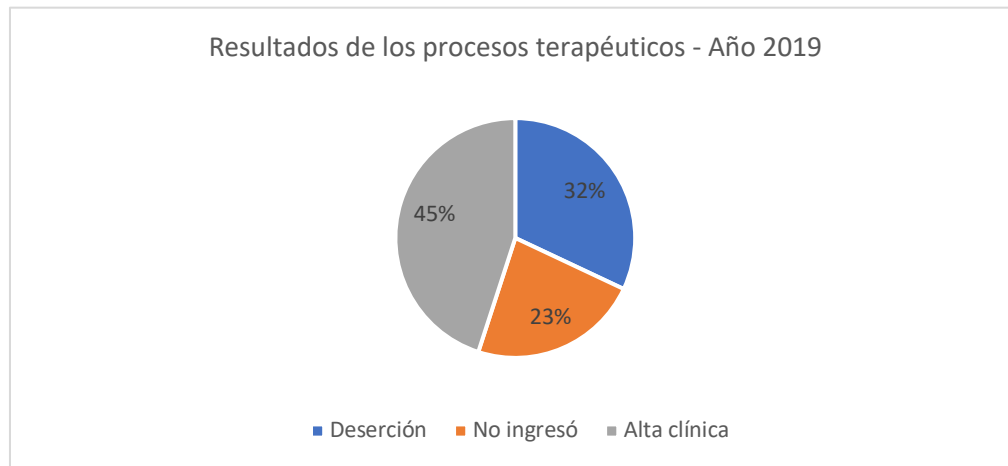
En 2018, las familias con “alta clínica” tuvieron en promedio 11 sesiones. La deserción, en cambio, tuvo 3 sesiones como promedio final. Se podría estimar, a priori, que el vínculo terapéutico se fortalece después de la tercera o cuarta sesión, aumentando las probabilidades de continuidad.

7.2 Año 2019

a. Ingresos

Durante el año 2019, llegaron a la UTF 111 familias, de las cuales:

- 23% no ingresó a tratamiento.
- 32% desertó (o dio término anticipado).
- 45% tuvo alta clínica.



b. Fuentes de derivación

En 2019, aumentaron las consultas espontáneas en relación con 2018 (de un 6% a un 14,8%), lo que podría indicar una mayor visibilidad externa de la unidad en el paso de un año a otro. Las fuentes de derivación mantuvieron su predominancia en unidades de salud mental infanto-juvenil: 26,1% desde Psiquiatría Infanto-Juvenil y 20% desde Psicología Infanto-Juvenil versus 5,2% de Psiquiatría Adultos y 4,4% desde Psicología Adultos.

c. Tiempo entre derivación y primer contacto

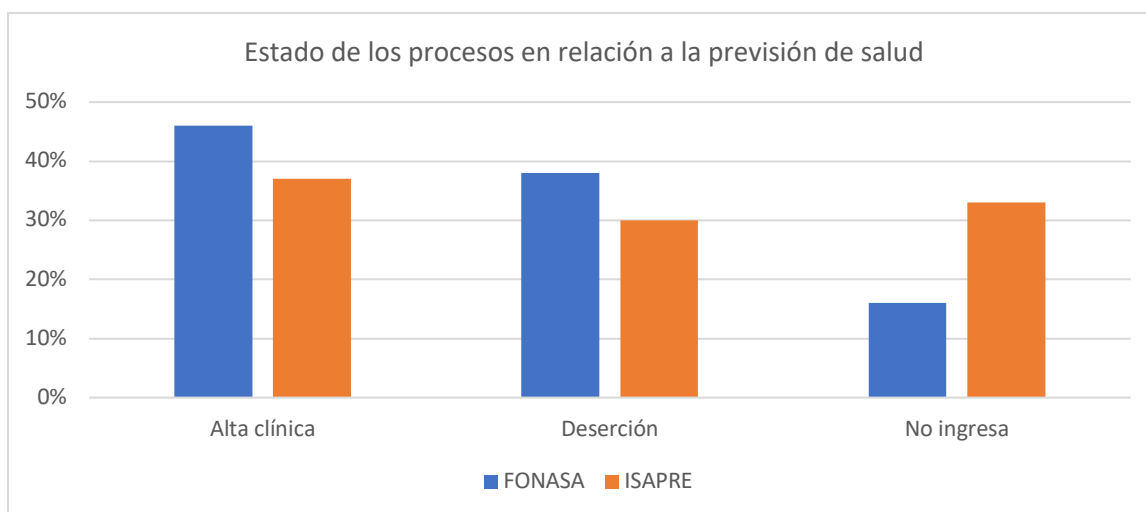
Se mantiene la relación observada entre el tiempo de espera y los resultados de la terapia (alta clínica versus deserción). El tiempo de espera de las familias que recibieron terapia y tuvieron alta clínica tiene en promedio 22 días, y una mediana de 15,5. Por su parte, el tiempo de espera de las familias que presentaron deserción tiene un promedio de 26 días, con una mediana de 20.

Estado del proceso	Días transcurridos para el primer contacto (promedio)	Días transcurridos para el primer contacto (mediana)
Alta clínica	22	15,5
Deserción	26	20

En 2019, no obstante, hubo menos ingresos en general (si se compara con los años anteriores). La lista de espera disminuyó y una explicación posible es el contexto sociopolítico del estallido social de octubre², que afectó el funcionamiento del centro médico (reducción de horarios de atención, suspensión de sesiones, dificultades de acceso para las familias e interrupciones administrativas).

d. Previsión de salud

El año 2019, 67 familias tienen previsión FONASA mientras 44 están afiliadas a alguna ISAPRE. En este período, a diferencia del año anterior, se evidenció mayor porcentaje de “no ingreso” entre pacientes con previsión ISAPRE (33%), probablemente porque el mayor valor de las consultas pudo ser demasiado exigente en relación con la crisis social de entonces. Por su parte, las familias con FONASA mostraron mayores tasas de altas clínicas (46%) aunque lideraron en deserción (38%), posiblemente también, por dificultades económicas o poca valoración de la terapia familiar en un contexto de crisis.



e. Motivos de deserción y no ingreso

En 2019, las derivaciones hechas por psicólogos siguen manteniendo los mayores porcentajes de “no ingreso” (46%) y deserción (22%).

Al recoger, ese año en particular, algunos motivos de deserción o cancelación de la primera entrevista, destacan los siguientes antecedentes:

- No ingreso: familias reportan en primer lugar dificultades de horario (41,6%), seguido de “desacuerdo familiar” (20,8%) y problemas de salud (16,6%).

² Movimiento social chileno caracterizado por protestas y movilizaciones masivas iniciadas en octubre de 2019.

- Deserción: familias reportan como motivo principal “problemas económicos” (20,7%), seguido de “falta de contacto posterior” (17,2%), “resistencia emocional” (11,8%) y “desacuerdos familiares” (6,9%).

f. Duración de los procesos terapéuticos

- Alta clínica: promedio de 12 sesiones (mediana: 10,5).
- Deserción: promedio de 7 sesiones.

Como en 2018, se reafirma que los procesos breves son efectivos. Una terapia familiar puede cumplir sus objetivos y llegar a término luego de 10 a 12 sesiones. De la misma manera, es un dato interesante a revisar el número promedio de sesiones en casos de deserción (7) en este período, lo que da cuenta de que los procesos empezaron y tuvieron cierta continuidad y cumplimiento de algunos objetivos. Si no llegaron a término pueden incidir diversas variables, una de las cuales puede considerarse la propia valoración del grupo familiar, que luego de algunas sesiones de terapia considera que el proceso cumplió su propósito.

7.3 Análisis comparativo de los años 2018 y 2019: adherencia, derivaciones y factores contextuales

Durante los años 2018 y 2019, la UTF recibió un total de 140 y 111 derivaciones respectivamente. Si bien las cifras son relativamente similares, los contextos sociopolíticos —especialmente el estallido social chileno iniciado en octubre de 2019— y las condiciones institucionales influyeron en la cantidad de derivaciones (menos en 2019), la evolución de los procesos clínicos y la adherencia terapéutica.

Adherencia y resultados terapéuticos

En ambos años, un alto porcentaje de las familias desertaron o no ingresaron a tratamiento, ya sea por falta de claridad de la derivación, dificultades económicas u horarias, o excesivo tiempo de contacto posterior a la derivación. Esto podría relacionarse con la presencia de la UTF en un centro con cultura predominantemente individual y médica, donde suele haber poco conocimiento acerca de los beneficios de la terapia familiar. En cuanto al número de sesiones, se mantiene una tendencia coherente con los lineamientos de terapia breve: en casos con alta clínica, el promedio fue de 11 sesiones en 2018 y 12 en 2019, lo que sugiere un trabajo efectivo de corto y mediano plazo.

Factores críticos para la adherencia

El análisis de ambos años indica que *el tiempo transcurrido desde la derivación a la primera sesión es un factor importante*. Las familias que tuvieron un contacto inicial más temprano mostraron mayores tasas de adherencia. En 2018, por ejemplo, las altas clínicas se relacionaron con inicios dentro de los primeros 10 días, mientras que las deserciones mostraron promedios de espera más altos (sobre 14 días).

Asimismo, *la derivación por médicos parece estar relacionada con mayor adherencia y mejores índices de alta clínica*, mientras que las derivaciones realizadas por psicólogos tienen mayor porcentaje de deserción o no ingreso.

Influencia del estallido social

El estallido social de 2019 introdujo importantes desafíos en el funcionamiento de la UTF. Se redujeron los horarios de atención, hubo dificultades de acceso físico al centro médico y muchas familias enfrentaron situaciones económicas adversas. Esto se reflejó en:

- Disminución del total de ingresos respecto a 2018.
- Aumento de deserciones asociadas a problemas económicos o inseguridad personal.

Previsión y acceso

Las familias con previsión FONASA representaron la mayoría de los ingresos en ambos años. En 2019, se observó un mayor porcentaje de deserción en pacientes FONASA (38%), posiblemente vinculado al costo de la atención o a la percepción del valor de la terapia familiar en relación con su cobertura. Por otro lado, las altas clínicas (sumados ambos años) fueron proporcionalmente más significativas en pacientes ISAPRE, lo que podría estar relacionado con más recursos económicos para sostener los procesos.

8. Discusión final: aprendizajes y desafíos

La experiencia acumulada por la UTF a lo largo de estos diez años, permite reflexionar críticamente sobre las condiciones que permiten el funcionamiento y la expansión de la terapia familiar dentro del sistema de salud. A continuación, se presentan algunas líneas de discusión que emergen a partir del análisis clínico, institucional y comunitario realizado.

8.1 La terapia familiar como intervención estructural

Los datos revisados en esta presentación refuerzan la idea de que la terapia familiar no debe ser comprendida únicamente como un recurso auxiliar o complementario, sino como una intervención estructural, eficaz y sustentable en contextos clínicos complejos. La posibilidad de trabajar con todo el sistema familiar, en especial en familias multi-estresadas y/o multi-intervenidas, ha mostrado efectos positivos en los resultados clínicos a largo plazo. Además, la terapia familiar funciona como un espacio de desindexión del síntoma individual, promoviendo un abordaje más amplio del sufrimiento mental.

8.2 Desafíos en contextos predominantemente biomédicos y de atención individual

Uno de los desafíos persistentes ha sido el trabajo dentro de una institución que opera bajo una lógica biomédica e individual. La incorporación del paradigma sistémico-relacional ha requerido un esfuerzo constante de traducción conceptual, intercambio y socialización epistemológica y formación continua. Las dificultades en la derivación (procesos que no logran adherencia), el escaso conocimiento del dispositivo por parte de algunas unidades y la falta de un lenguaje compartido con otros profesionales tratantes, muestran la necesidad

de fortalecer permanentemente estrategias de integración y visibilización dentro del mismo centro médico y la red en la que se inserta.

8.3 La terapia familiar como proceso breve y a la vez profundo

El análisis de los años 2018 y 2019 revela que los procesos con alta clínica suelen durar entre 10 y 12 sesiones, lo cual indica que es posible realizar intervenciones breves y al mismo tiempo con un alto nivel de implicancia, co-construcción y transformación. No obstante, las tasas de deserción o no ingreso también alertan sobre algunos desafíos: la formulación de la derivación, el trabajo conjunto con los profesionales derivantes (sobre todo, psicólogos individuales), la relevancia del primer contacto y el tiempo de espera.

8.4 Co-terapia y supervisión: dos prácticas esenciales

Uno de los pilares distintivos del modelo instalado ha sido la co-terapia como práctica clínica y como forma de pensamiento colaborativo. El trabajo reflexivo conjunto entre terapeutas y médicos tratantes ha favorecido procesos más creativos, menos jerárquicos y emocionalmente sostenibles; que además favorecen la adherencia y continuidad de los tratamientos. Junto con esto, la supervisión —como espacio de sostén y construcción colectiva de sentido— ha sido central para el crecimiento del equipo. Esta forma de trabajo ha contribuido a consolidar una subcultura terapéutica propia, basada en la ética del cuidado mutuo y el respeto por las historias singulares.

8.5 Terapia familiar como promoción de derechos

Por último, es importante destacar que la terapia familiar también ha operado como una estrategia de promoción de derechos. Ha permitido visibilizar a integrantes no sintomáticos, problematizar prácticas de crianza y violencia naturalizadas, y generar espacios de contención emocional en momentos de duelo, trauma o conflicto. La UTF se instala, así, como un dispositivo que promueve el buen trato y la parentalidad responsable.

9. Conclusiones y proyecciones

A lo largo de esta presentación se ha dado cuenta de un proceso institucional y humano que ha implicado no sólo la instalación de una unidad especializada, sino también la consolidación de un modelo de atención coherente con una ética relacional, situada y colaborativa. Diez años después de su puesta en marcha, la UTF se posiciona como un dispositivo clínico capaz de articular saberes, sostener complejidades y promover transformaciones profundas tanto en las familias atendidas como en el equipo terapéutico que la conforma.

Entre las principales reflexiones que nos deja este trabajo, es posible destacar:

- La pertinencia de la terapia familiar como una intervención eficaz para abordar el malestar psíquico desde una perspectiva sistémica, reconociendo a la familia como un agente activo de cambio.
- El valor del trabajo co-terapéutico y de la supervisión como dispositivos clínicos que fortalecen la práctica terapéutica y resguardan la salud emocional de los equipos.

- La necesidad de tensionar los marcos institucionales centrados en abordajes individuales, promoviendo dispositivos que incorporen la complejidad relacional y estrategias de difusión y articulación interna que faciliten derivaciones oportunas a terapia familiar.

Como proyecciones futuras, se plantea:

- Sistematizar la experiencia de la UTF como un modelo replicable, capaz de ser adaptado en otros centros de salud, públicos o privados; tanto en atención primaria como secundaria.
- Fortalecer las estrategias de evaluación de impacto, integrando herramientas cualitativas y cuantitativas que permitan no sólo medir resultados clínicos, sino también procesos de cambio subjetivo y relacional.
- Profundizar el trabajo con redes comunitarias (escuelas, servicios sociales, organizaciones territoriales), en tanto aliados fundamentales para el acompañamiento de las familias.

En síntesis, esta experiencia reafirma la necesidad de pensar y practicar la clínica desde una mirada ampliada, donde el sufrimiento no quede reducido a un solo individuo, y donde la familia —en todas sus formas posibles— pueda ser reconocida, sostenida y fortalecida como un espacio que es también generador y promotor de la salud de sus miembros.

Referencias

- Ackerman, N. (1958). *The psychodynamics of family life: Diagnosis and treatment of family relationships*. Basic Books.
- Adler, A. (1928). *Understanding human nature*. Greenberg.
- Austin, A., Anderson, A. G., Lee, J., Vander Steen, H., Savard, C., Bergmann, C., Singh, M., Devoe, D., Gorrell, S., Patten, S., Le Grange, D. & Dimitropoulos, G. (2025). *Efficacy of eating disorder focused family therapy for adolescents with anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis*. *The International Journal of Eating Disorders*, 58(1), 3–36. <https://doi.org/10.1002/eat.24252>
- Bernales, S. (2015). *Familias en situación de riesgo psicosocial: reflexiones para la intervención*. *Revista de Psicología*, 24(1), 55–67.
- Bertrando, P. & Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar: Los personajes y las ideas*. Paidós.
- Bischoff, M. & Bessero, S. (2009). *Terapias Familiares y Conyugales*. Terapias Sistémicas M.I.
- Boszormenyi-Nagy, I. & Spark, G. M. (1973). *Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy*. Hagerstown, MD: Harper & Row.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York: Jason Aronson.
- Bowlby, J. (1949). *The Study and Reduction of Group Tension in the Family*. *Human Relations* 2: 123–128.
- Díaz, I. (2012). *La Investigación en Terapia Familiar*. En-claves del Pensamiento. Vol. VI, Nº 11, enero-junio, pp. 163 – 196. Distrito Federal, México.
- Fleisner, P., Lucero, G., Galazzi, L. & Billi, N. (2023). *La teoría de Haraway del conocimiento situado y su vínculo con la ontología relacional de Barad y el análisis de*

- prácticas académicas en Stengers y Despret*. Nuevo Itinerario, 19 (1), 76-91. DOI: <http://dx.doi.org/10.30972/nvt.1916712>
- Friedlander, M., Diamond, G., Escudero, V. & Pinsof, W. (2015). *25 Years of Systemic Therapies Research: Progress and Promise*. W. US National Library of Medicine National Institutes of Health.
- Fromm-Reichmann, F. (1948). *Notes on the development of the schizophrenic patient*. Psychiatry, 11(3), 263–273.
- Gómez, L., Muñoz, M. & Haz, A. (2007). *Familias multiestresadas: desafíos para la intervención psicosocial*. Cuadernos de Intervención Familiar, 12(3), 25–40.
- Hahlweg, K. & Baucom, D. H. (2023). *Family therapy for persons with schizophrenia: neglected yet important*. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 273(4), 819–824. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01393-w>
- Kaës, R. (2005). *Los ancestros y el fantasma: Transmisión psíquica transgeneracional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Linares, J. L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna: La inteligencia terapéutica*. Herder Editorial.
- Maturana, H. & Varela, F. (1987). *El árbol del conocimiento: Las bases biológicas del entendimiento humano*. Editorial Universitaria.
- Mead, M. (1968). *Cybernetics of cybernetics*. In Heinz von Foerster (Ed.), Purposive Systems. Spartan Books.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Harvard University Press.
- Pérez, C. & Mercadal, J. (2017). *La Eficacia de la Terapia Familiar: Una Revisión*. La Revue du REDIF, Vol. 9. ISSN: 2070 – 9021.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. Houghton Mifflin.
- Schade, N., Beyebach, M., Torres, P. & González, A. (2009). *Terapia Familiar Breve y Atención Primaria: Un Caso de Trastorno Somatomorfo*. Revista Terapia Psicológica, Vol. 27, Nº 2, pp. 239–246.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1980). *Formulación de hipótesis, circularidad y neutralidad: tres guías para el conductor de la sesión*. Revista de Terapia Familiar, 6(1), 3–10.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. Norton.
- von Bertalanffy, L. (1968). *General System Theory: Foundations, Development, Applications*. George Braziller.
- von Foerster, H. (1981). *Observing systems*. Intersystems Publications.
- Waraan, L., Siqueland, J., Hanssen-Bauer, K., Czjakowski, N. O., Axelsdóttir, B., Mehlum, L. & Aalberg, M. (2023). *Family therapy for adolescents with depression and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis*. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 28(2), 831–849. <https://doi.org/10.1177/13591045221125005>
- Wiener, N. (1948). *Cybernetics: Or Control and Communication in the Animal and the Machine*. MIT Press.
- Whitaker, C. A. & Bumberry, W. M. (1988). *Danza de locura: Terapia simbólica-experiencial*. Amorrortu Editores. (Publicado originalmente en inglés como “Dancing with the Family”).