

XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. IV Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2022.

Terapia familiar sistémica: el armado de un tratamiento centrado en la alianza terapéutica en familias con hijos adolescentes.

Salem Martinez, Tamara.

Cita:

Salem Martinez, Tamara (2022). *Terapia familiar sistémica: el armado de un tratamiento centrado en la alianza terapéutica en familias con hijos adolescentes*. XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. IV Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-084/207>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eoq6/MR5>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA: EL ARMADO DE UN TRATAMIENTO CENTRADO EN LA ALIANZA TERAPÉUTICA EN FAMILIAS CON HIJOS ADOLESCENTES

Salem Martinez, Tamara

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

En el presente artículo se aborda la Terapia Familiar Sistémica desde un enfoque basado en la Alianza Terapéutica para la construcción de objetivos y estrategia de trabajo con familias con hijos adolescentes. Se describe, en primer lugar, los desarrollos acerca de la Alianza Terapéutica a partir de las investigaciones recabadas. En segundo lugar, se delinea la Adolescencia como parte de una etapa del Ciclo Vital Familiar, en el que se presentan diversos desafíos para el sistema. En tercer lugar, se desarrolla la importancia de realizar un proceso de Primera Entrevista como parte de la construcción de una Alianza Terapéutica, el encuadre del problema en conjunto con el planteo de un motivo de consulta, la evaluación de estructura de interacciones y recursos de la familia y la co-construcción de metas a trabajar. Se concluye, por último, la importancia de trabajar con el sistema consultante en función de configurar un tratamiento en el que el propósito y la motivación al cambio sean compartidos por todos los miembros del sistema consultante.

Palabras clave

Adolescencia - Alianza Terapéutica - Terapia Familiar - Construcción de objetivos

ABSTRACT

SYSTEMIC FAMILY THERAPY: HOW TO APPROACH PSYCHOLOGICAL TREATMENT BASED ON A THERAPEUTIC ALLIANCE FOR FAMILIES WITH ADOLESCENT CHILDREN

This article deals with an approach to Systemic Family Therapy based on a Therapeutic Alliance for the joint establishment of goals and a working strategy for families with adolescent children. First, we describe Therapeutic Alliance-related developments on the basis of the research carried out. Second, we outline Adolescence as part of a stage in the Family Life Cycle, in which the family system is faced with several challenges. Third, we stress the importance of conducting a First Interview as part of the establishment of a Therapeutic Alliance, reframing the problem based on the reasons for consultation, assessing the structure of interaction and resources of the family and jointly establishing goals. To conclude, we deal with the importance of working with the patient's system so as to develop a treatment

approach in which the end goal and the motivation to change are shared by all the members of the system.

Keywords

Adolescence - Therapeutic alliance - Family therapy - Construction of objectives

Introducción

El objetivo del presente artículo se relaciona con describir un modelo de construcción del trabajo terapéutico con adolescentes que incluye a la familia en el tratamiento y que se sustenta en la creación de alianzas terapéuticas con él adolescente y el sistema familiar, desde una perspectiva sistémica. La Alianza Terapéutica configura una variable que le brinda capacidad de maniobra al terapeuta para evaluar la estructura familiar, sus recursos y redefinir el problema en función de trazar un objetivo en común.

Alianza Terapéutica: definición y algunas consideraciones.

El vínculo entre terapeuta y el paciente es una de las variables de la psicoterapia que ha sido estudiada desde principios de siglo XX. Diversas epistemologías han teorizado acerca de esta relación. Uno de los autores más influyentes en la temática es Bordin (1976) quien definió la alianza como “el encaje y colaboración entre el cliente y el terapeuta” e identificó tres componentes que la configuran: “acuerdo en las tareas, vínculo positivo y acuerdo en los objetivos” (Corbella y Botella, 2003, p.208). El primer componente hace referencia a las acciones y pensamientos que forman parte del proceso terapéutico. El segundo, apunta a la confianza y aceptación, y el último a la co-construcción de los puntos importantes a trabajar en el tratamiento.

De esta manera, la alianza implica una sociedad entre el terapeuta y el cliente, en la que cada uno está comprometido activamente y tiene responsabilidades específicas. Se co-construye una relación de colaboración en pos de cumplir determinados objetivos acordados, con el fin de lograr un cambio. A su vez, la alianza se asocia a un mejor adherencia al tratamiento, una mayor motivación y una menor tasa de abandono (Sharf et al., 2010, como se citó en Salgado, 2016)

Luborsky (1976), por su parte, describió dos tipos de alianza que se desarrollan según la etapa en la que se encuentre el

tratamiento. La alianza de tipo uno se da sobre todo en el inicio de la terapia y se caracteriza por la sensación que experimenta el paciente de que el terapeuta comprende su problema y puede ayudarlo. La alianza de tipo dos, en cambio, se da en fases posteriores del proceso terapéutico y consiste en la sensación de trabajo conjunto, es decir, de acuerdo en las tareas y objetivos que incluyen la disminución del malestar del consultante (como se citó en Corbella y Botella, 2003)

La importancia de la alianza en psicoterapia radica en la calidad del vínculo entre terapeuta y paciente, el cual es un robusto predictor de resultados. A la inversa, alianzas débiles se correlacionan con la finalización unilateral de los tratamientos por parte del paciente (Salgado, 2016). Las revisiones realizadas por distintos investigadores coinciden en destacar la significación de la relación entre la alianza terapéutica y el resultado final del tratamiento (Luborsky et al., (1990); Horvath y Symond (1991); Winston (1994); Horvath et al., (1999) y Martin (1999) como se citó en Corbella y Botella, 2003). En esta misma línea, Martin et al., (2000, como se citó en De La Fuente Zepeda y Cruz del Castillo, 2017) realizaron una revisión empírica de estudios que relacionaban dicha variable con el resultado de la psicoterapia y arribaron a la conclusión de que la alianza puede ser terapéutica en sí misma, independientemente de la aplicación de otro tipo de intervenciones, mientras que a su vez, se extrajo que puede tener un efecto indirecto sobre el resultado e interactuar con otras intervenciones. Según Hatcher (1999) y Stiles et al., (1998), dentro de los componentes que constituyen la alianza terapéutica, la colaboración y la confianza son aquellos que presentan una mayor correlación con los resultados de la terapia (como se citó en Corbella y Botella, 2003).

En las diversas investigaciones recabadas, se han identificado determinados factores que contribuyen en el establecimiento de la alianza terapéutica. Por ejemplo, características como la empatía y la calidez del terapeuta son dos de las cualidades que han sido valoradas como relevantes, aunque no suficientes (Bachelor y Horvath, 1999, como se citó en Corbella y Botella, 2003). Henry y Strupp (1994), por su parte, encontraron que factores como la exploración y la valoración del terapeuta afianzan la alianza con el paciente, mientras que la ausencia de validación y la baja valoración la perjudica (como se citó en Corbella y Botella, 2003).

Así mismo, por un lado, en la literatura existente sobre el tema, distintos investigadores afirman que la personalidad del terapeuta tiene un impacto sobre la fuerza de la alianza terapéutica (Marshall et al., 2003; Ackerman y Hilsenroth, 2003; Hilsenroth y Cromer, 2007; Harper et al., 2013; Parpottas y Draghi-Lorenz, 2015; Jung et al., 2015, como se citó en De La Fuente Zepeda y Cruz del Castillo, 2017). Por otro lado, Crowley (2001) encontró que “la mentalidad psicológica del terapeuta y sus habilidades sociales correlacionan positivamente con el desarrollo de la misma” (como se citó en Corbella y Botella, 2003, p.213). Luborsky (1994) halló que las similitudes entre terapeuta y pa-

ciente en ciertas características demográficas como la edad y el sexo también son favorables. En este sentido, Shonfeld et al., (2001) han estudiado la influencia de las diferencias entre los factores culturales del terapeuta y del paciente sobre el establecimiento de la alianza terapéutica y obtuvieron similares resultados (como se citó en Corbella y Botella, 2003).

El nivel de entrenamiento del terapeuta ha sido otra de las variables estudiadas con el fin de revelar su influencia en la co-construcción de la alianza. Siguiendo a Norcross (2001, citado en De La Fuente Zepeda y Cruz del Castillo, 2017), los hallazgos indican que los terapeutas experimentados son capaces de trascender su estado de ánimo, tienen habilidades de autorregulación más fuertes y repertorios más flexibles que los terapeutas no experimentados; una mayor atención en el cliente y una orientación más adaptada a sus necesidades (p. 19).

Independientemente de la estrategia que emplee el terapeuta, un aspecto de suma relevancia se relaciona con que las expectativas de este y las del paciente sean congruentes para que el tratamiento sea exitoso (Gelso y Carter, 1985; Al-Darmaki y Kivlighan, 1993; como se citó en Corbella y Botella, 2003).

Adolescencia: una etapa del Ciclo Vital Familiar

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años. Se divide en dos fases; la primera de ellas es la adolescencia temprana de 12 a 14 años y la segunda la adolescencia tardía de 15 a 19 años. En cada una de estas etapas se presentan cambios fisiológicos, estructurales, psicológicos y la adaptación a los cambios culturales y/o sociales.

Según Constantino (2021) la adolescencia es un periodo fundamental para el desarrollo y el mantenimiento de hábitos sociales y emocionales vitales para el bienestar mental. Es una etapa en la que los jóvenes deben desarrollar habilidades para mantener relaciones interpersonales, hacer frente a conflictos, resolver problemas y aprender a gestionar sus emociones; a la vez que intentan ganar autonomía. También es considerada una etapa de enorme valor y riqueza en sí misma, ya que brinda infinitas posibilidades para el aprendizaje y el desarrollo de fortalezas. Como todo evento en la trayectoria del ciclo vital plantea desafíos, cambios y cuestionamientos tanto para los adolescentes como para sus padres y/o adultos cercanos.

Desde el pensamiento sistémico, Wainstein (2020) define al ciclo vital familiar como la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros (p. 1). Asimismo, la conceptualización de un ciclo vital familiar debe tener en cuenta las expectativas que define la sociedad en la que la familia se halla inserta, en cada etapa. Para cada una de ellas, Haley (1976/2002) desarrolla los eventos normativos que las familias de sociedades occidentales, se espera que atraviesen, en conjunto con las conflictivas que cada una de estas expectativas puede llegar a traer aparejada; en función de los recursos de la familia, el contexto social,

político y económico en el que se desenvuelven, el estilo interaccional, entre otros múltiples factores. Gimeno (1999) por su parte, agrega los eventos no normativos que son aquellos que no forman parte de lo predecible en la trayectoria vital de la familia. Escudero et al. (2021) señalan que el conflicto entre el subsistema parental y el filial forma parte de los eventos normativos esperables en el desarrollo de las familias, pero cuando se perpetúa en el tiempo y la familia no puede hacer frente a las exigencias de dicha etapa emergen diversas conductas disfuncionales para el sistema y muchas veces nocivas para el adolescente en particular. Es por esto que esta etapa enfrenta una serie de desafíos (Wainstein y Wittner, 2016). “Surgen las temáticas en torno a la sexualidad, las drogas, el alcohol, la vestimenta, la política, el estilo de vida y la visión hacia el futuro” (Constantino, 2021, p. 14). La capacidad cada vez mayor del adolescente le permite demandar cada vez mayores reacomodamientos por parte de sus padres. Según Semenova Moratto Vásquez et al. (2015) para el subsistema parental el desafío mayor será la preparación de los hijos para la adultez, que incluye apoyar y fortalecer el proceso de individuación que se irá desarrollando a través de la participación fuera de la familia. Mientras que para el adolescente supone la aprobación de los pares en el día a día, el desarrollo de la autonomía y las responsabilidades institucionales acorde a la etapa. La consulta en psicoterapia podría venir aparejada de la dificultad de los padres para naturalizar o poder manejar las conductas “disruptivas” del adolescente. El peligro en esta etapa es que la organización familiar niegue o limite las oportunidades para este desarrollo de los hijos. La autonomía y el control deben negociarse y renegociarse continuamente, a la vez que deben intentar mantener una relación óptima caracterizada por sentimientos mutuos de cariño, al mismo tiempo que deben ejercer una monitorización que se limite a impedir que el adolescente enfrente situaciones riesgosas, dejándolo experimentar una mayor independencia (Constantino, 2021).

Terapia Familiar: alianza terapéutica y construcción de objetivos con el adolescente y los adultos a cargo.

La teoría sistémica constituye hoy el modelo predominante en el estudio de la familia, a la que define como un sistema abierto con propiedades que están vinculadas a sus interacciones más que a sus elementos aislados (Wainstein y Wittner, 2016). Desde dicha perspectiva, Bronfenbrenner (1987) establece que todo desarrollo humano se define como ecológico y siempre es afectado por un intercambio constante entre el sujeto y toda la complejidad que involucra su medio ambiente. Salvador Minuchin (1974) por su parte, define a la familia como la matriz del desarrollo psicosocial que tiene a cargo funciones vitales en el desarrollo de la autonomía e individuación de sus miembros. En su escrito presenta al sistema como una estructura de relaciones que contienen reglas que promueven patrones de comportamiento. A su vez, delimita una jerarquía familiar en función de delimitar los subsistemas que la componen con sus respectivos

límites y fronteras (Sale, 2016).

En este sentido el terapeuta de familia no ve el problema en uno de sus miembros, sino en la situación familiar global (Minuchin y Fishman, 1983). Su meta será la de co-construir objetivos con la familia, configurar una buena alianza terapéutica e intervenir de forma eficaz en la estructura familiar de manera tal de incrementar la flexibilidad en los límites y fronteras del sistema para permitir la independencia de los adolescentes, los ajustes que requiere el comienzo de la pubertad y la madurez sexual, reconocer la prioridad de los grupos de pares y apoyar el desarrollo de la identidad personal (Semenova Moratto Vásquez et al., 2015).

Un modelo sistémico centrado en la Alianza Terapéutica, en primer lugar, toma en cuenta la motivación que subyace a realizar la consulta. Rara vez los adolescentes solicitan ellos mismos ayuda de tipo terapéutico, sobre todo cuando la crisis está asociada a un tipo de conducta antisocial, por ejemplo el uso de drogas el incumplimiento de normas escolares o sociales. En estos casos es aún más difícil que la motivación y la demanda de tratamiento provenga del adolescente especialmente porque casi siempre el conflicto con sus padres y el desafío a figuras de autoridad forma parte del contexto en el que se inicia el trabajo (Karver et al., 2006; Shirk et al., 2003, cómo se citó en Escudero y Muñoz de la Peña, 2010). Por lo tanto, el joven acude por motivación de la familia o la familia acude a la terapia bajo la presión de una coerción externa institucional. Aquí recae la fuente principal de complejidad que marca una diferencia con respecto a un tipo de terapia individual, ya que el terapeuta debe tener suficiente capacidad de maniobra para manejar múltiples niveles de relación y múltiples motivaciones entre los miembros de la familia (Wainstein, 2016).

El concepto de alianza terapéutica en la Terapia Familiar, por consiguiente, va a requerir de la sensación de seguridad por parte de la familia en el sistema consultante, la conexión emocional con el terapeuta y el sentido de compartir el propósito de la terapia en conjunto (Escudero y Muñoz de la Peña, 2010). Además de hacer alianza con el adolescente es importante hacer alianza con el resto de los miembros de la familia. Para esto resulta de vital relevancia el proceso de Primera Entrevista, en la que comienza a construirse dicha alianza y en la que a partir de los organizadores del material clínico el terapeuta pueda realizar un buen diagnóstico sistémico que permita escuchar la queja de la familia, operacionalizarla en función de co-construir un motivo de consulta y los objetivos a trabajar en el espacio; así como también posteriormente configurar una estrategia de trabajo (Wainstein, 2006). En dicho proceso el consultor ira conociendo los recursos de la familia en favor del cambio y comenzará a valorar también el nivel de riesgo en el que se puede encontrar el adolescente. Rathus y Miller (2014, como se citó en Constantino 2021) explican que las conductas de riesgo en dicho rango etario incluyen una amplia gama, desde aquellas consideradas severas o graves que pueden incluir comportamientos suicidas,

autolesiones, comportamientos sexuales de alto riesgo, trastornos alimentarios, uso de drogas ilícitas, consumo excesivo de alcohol, entre otros. Los jóvenes también pueden presentar problemas menos graves, como el consumo de alcohol social bajo o ligero; primeros signos de comportamiento de autolesión; descontrol de la ira; evitación escolar; autoconciencia deteriorada de las emociones, metas y valores; y, por último, rupturas de relaciones frecuentes; que podrían desencadenar situaciones de riesgo a posterior.

En esta etapa, y como parte de definir un diagnóstico situacional, una estrategia y construir una alianza terapéutica con la familia, es importante tener en cuenta que cuando la familia llega a terapia por lo general llega cansada y desamparada por la sensación de haber intentado todo para solucionar el problema. El terapeuta entonces trabajará en evitar la sensación de que ellos pueden hacer o podrían haber hecho mucho más. Si no que, en cambio, se centrará en entender cómo se sienten, escuchar su historia familiar y todo lo que han hecho por el hijo. De eso se trata para el modelo sistémico hablar el lenguaje del paciente y respetar su idiosincrasia. De esta manera, es fundamental que el terapeuta pueda transmitir que el trabajo con la familia representa un trabajo en equipo y que la intervención debe incluir al sistema como recurso para el cambio (Wainstein y Wittner, 2017).

Otro aspecto de vital importancia es la transmisión del encuadre del tratamiento del terapeuta a la familia y la definición de un formato en función del motivo de consulta. El consultor podrá establecer la frecuencia de encuentros individuales con el adolescente, encuentros con el subsistema parental o entrevistas familiares. En este sentido, el mismo debe guardar el secreto profesional con el adolescente y debe ser claro a la hora de transmitirle esto a los consultantes. Este aspecto resulta relevante para la construcción de una alianza terapéutica con el adolescente, de modo que pueda tener la sensación de que la relación se basa en la confianza, el afecto, el interés y de que el profesional puede entender o compartir su visión del mundo o sus experiencias porque tiene una sabiduría que lo avala. También resulta beneficioso para evitar las coaliciones con los adultos a cargo (Escudero y Muñoz de la Peña, 2010).

Según Escudero y Muñoz de la Peña (2010) la primera parte de la construcción de una meta en la terapia familiar es lo que se concibe como el reencuadre sistémico del problema. Como fue mencionado con anterioridad, es habitual que el problema se adjudique a un comportamiento disfuncional o de riesgo o inaceptable o ilegal del adolescente. Para llevarlo a cabo el terapeuta debe tener la suficiente capacidad de maniobra para atender de forma simultánea a las necesidades del sistema “entrelazando alas de una forma que tenga sentido para todos mediante la redefinición del problema” (p.16). A su vez, dicha capacidad debe favorecer la evitación de respuestas acusatorias y culpabilizantes que no aportan una diferencia, sino que perpetúan el problema. Por el contrario, el reencuadre debe incluir las buenas intenciones de todos los miembros, así como

enfatar los valores comunes y fortalezas del conjunto mediante la exploración de los recursos de la familia para el cambio. En esta dirección la creación de una buena alianza con el sistema familiar en su conjunto y entre los miembros de la familia, exige transformar las metas individuales en metas del grupo familiar. A su vez, el trabajo con la familia requerirá tener en cuenta las necesidades del adolescente en relación con el momento evolutivo en el que se encuentra, así como las necesidades emocionales relacionadas con sus experiencias de apego y con figuras de cuidado principales a lo largo de su vida (Escudero y Muñoz de la Peña, 2010). Asimismo, una reformulación de los roles y de la distribución del poder en el marco de una valoración de la estructura del mantenimiento del problema y de la estructura de recursos que posee la familia para llevar adelante el cambio. En caso de escasez de recursos para el cambio, según los autores, “una fuerte alianza terapéutica puede provocar un balance positivo al proporcionar la seguridad del equipo” (p.17). Es necesario también considerar que ante una fuerte estructura de mantenimiento del problema el formato de tratamiento debe incluir la necesidad de intervenciones interdisciplinarias. Como por ejemplo, un centro de día, tratamiento médico o de desintoxicación, una internación, etcétera.

Conclusión

La alianza terapéutica ha sido estudiada durante años como un indicador robusto de eficacia para los tratamientos, más allá de las intervenciones específicas de los modelos terapéuticos. A lo largo del escrito se desarrolló la importancia de trabajar en su configuración y sostenimiento en distintos formatos de terapia. Además de construir un vínculo de respeto, seguridad, afecto y profesionalidad, es de vital importancia realizar un buen diagnóstico sistémico que permita no solo sostener la alianza, sino también construir objetivos con la familia y plantear una estrategia de trabajo. La construcción de una meta con la familia implica para el modelo sistémico una redefinición del problema que ofrezca una nueva visión que permita configurar una perspectiva de la responsabilidad de todos para alcanzar el cambio y la proyección al futuro a partir de los recursos que brinde el tratamiento. Dicho reencuadre debe validar no solo la información sino también los sentimientos y emociones de todos los miembros de la familia en relación con el problema.

A la hora de establecer los objetivos a trabajar tanto la familia como el adolescente deben participar. Se tratará de definir metas a corto, mediano y largo plazo, e involucrar tanto al joven como al subsistema parental en tareas específicas para favorecer la sensación de un propósito en común que los lleva a consultar. Para el pensamiento sistémico la clave es mantener una relación receptiva con el adolescente y una organización estructural familiar que permita que los conflictos salgan a la luz, de manera que el subsistema parental pueda adaptar sus respuestas flexiblemente según la retroalimentación que reciben del hijo (Micucci, 2012, como se citó en Constantino, 2021).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bronfenbrenner, U. (1987) *La Ecología del desarrollo Humano*, Barcelona, Paidós.
- Constantino, I. (2021) *Tratamiento De Adolescentes Con Desregulación Emocional. El Uso De La Telepsicología Como Herramienta De Trabajo Clínico Durante La Pandemia. Sistemas Familiares y otros sistemas humanos ASIBA*. Buenos Aires, Año 37- N.º 1- Noviembre 2021.
- Corbella, S. y Botella, L. (2003) *La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación [versión electrónica]*. *Revista Anales de Psicología*, 2(19), 205-221.
- De La Fuente Zepeda, J. y Cruz del Castillo, C. (2017) *Personalidad, Experiencia y Formación del Psicoterapeuta como predictor de la Alianza Terapéutica*. Universidad Iberoamericana. *Psicología Iberoamericana*, vol. 25, núm. 2, pp. 17-25 ISSN: 1405-0943.
- Escudero, V. y Muñiz de la Peña, C. (2010) *Adolescentes y familias en conflicto: Un modelo de intervención focalizada en la alianza terapéutica*. *Sistemas Familiares y otros sistemas humanos, ASIBA*. Buenos Aires, Año 26, Nro. 1. ISSN-1668-7124.
- Escudero, V. y Muñiz de la Peña, C. (2010) *Adolescentes y familias en conflicto II: Aplicación paso a paso de la intervención centrada en la alianza terapéutica*. *Sistemas Familiares y otros sistemas humanos, ASIBA*. Buenos Aires, Año 26, Nro. 2. ISSN-1668-7124.
- Escudero, V., Friedlander, M., Kivlighan D., Abascal. A., Orlowski. E., (2021) *Toward a broader understanding of split alliances in family therapy: Adding the therapist to the mix*, *Family Process*, 10.1111/famp.12718, 61, 1, (167-182).
- Gimeno, A. (1999) *La familia: el desafío de la diversidad*. Barcelona: Ariel Psicología.
- Haley, J. (1976/2002) *Terapia para resolver problemas. Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz (1.ed.)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Minuchin, S. (1974) *Familias y Terapia Familiar*. (9ª e.d.). Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S., & Fishman, H.C. (1983) *Técnicas de Terapia Familiar*. (1ª e.d.) Buenos Aires: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud (2020) *Salud mental del adolescente*. 28 de septiembre de 2020. Recuperado de: <https://www.who.int/Sale>.
- Sale, S. (2016) *Familia y Ciclo Vital Familiar*. En Wainstein: *Escritos de Psicología Social*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Salgado, M. (2016) *Resolución de rupturas en la alianza terapéutica. Una revisión bibliográfica*. *Perspectivas en Psicología - Vol. 13, N.º 1* - (pp. 46-55).
- Semenova Moratto Vásquez, N., Zapata Posada, J., Messenger, T. (2015) *Conceptualización de Ciclo Vital Familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015*. *CES Psicología*, vol. 8, núm. 2, pp. 103-121 Universidad CES.
- Wainstein, M (2020) *Ciclo Vital Familiar*. Carrera de Especialización en Psicología Clínica con Orientación Sistemica. Universidad de Buenos Aires.
- Wainstein, M. (2016) *Familia, terapia y posmodernidad*. *Escritos de Psicología Social*. JCE Ediciones.
- Wainstein, M. (2006) *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Wainstein, M., Wittner, V. (2017) *El concepto de Familia Multiproblemática y la medición de su funcionalidad/ disfuncionalidad*. *Anuario de Investigaciones*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Volumen 24.
- Wainstein, M., Wittner, V. (2016) *¿Qué es una familia?* En Wainstein, M. *Escritos de Psicología Social*. Buenos Aires: JVE Ediciones.