

Calidad de vida en las familias, empatía y terapia familiar¹

Marta Silva Pertuz²

Resumen

Calidad de vida (CV) es el proceso interdependiente entre la percepción (aspecto de énfasis objetivo) y el autorreporte (aspecto de carácter subjetivo) y su relación con los ámbitos físico, psicológico, medio-ambiental/ecosistémicos, realimentadores del nivel de autonomía, independencia-interdependencia en las relaciones interpersonales, la espiritualidad, la religión, las creencias y valores personales. La CV se nutre o se desnutre, generando patologías disfuncionalidades en los sistemas familiares. El uso del término/proceso *empatía* en Psicología y otros campos como la orientación familiar y la terapia familiar, se da a principios del siglo XX favoreciendo el surgimiento de categorías para interpretar y comprender el funcionamiento y factores que nutren la empatía. El proyecto investigativo sobre los procesos interdisciplinarios en la formación de psicólogos(as) para el abordaje terapéutico familiar, pretende favorecer este proceso formativo y en ello el valor y función de la empatía, como alternativa (s) promocional (es) de la salud y calidad de vida, en la orientación terapéutica y la Terapia Familiar. Los resultados obtenidos realimentan proactivamente las prácticas y ejercicio profesional en el área

Palabras clave: calidad de vida, familias, empatía y terapia familiar.

¹ La investigación en desarrollo, en la Universidad Metropolitana (Cra 42 No 76 – 48, Barrio Ciudad Jardín, Barranquilla-Colombia) Procesos interdisciplinarios en la formación del psicólogo para el abordaje terapéutico familiar, se constituye en buena medida en la fuente para la elaboración del presente texto.

² Psicóloga. Orientadora Familiar. Terapeuta Familiar Sistémica. Magister en Desarrollo Familiar y Doctora en Ciencias de la Educación. Correo electrónico: m.silva@unimetro.edu.co, mespcontactos@gmail.com

ACERCA DE LA CALIDAD DE VIDA (CV)

La calidad de vida como concepto es definida y asumida en sus componentes objetivos y subjetivos que garanticen el bienestar social (el bien-ser-, el bien-hacer, el bien-tener) con énfasis en las distintas etapas del ciclo vital humano y familiar (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012). El "bienestar subjetivo" hace referencia al aspecto psicosocial de la calidad de vida, enfatizando en las percepciones que las personas tienen respecto de sus condiciones vitales -económicas, sociales, culturales, de salud, logros personales, entre otros- (Casas et al., 2013, Seligson, Huebner & Valois, 2003). De este modo, es un concepto que se refiere a las evaluaciones -tanto positivas como negativas- que las personas tienen respecto a sus vidas, desde una visión multidimensional (Lau & Bradshaw, 2010).

El concepto de calidad de vida viene siendo socializado en el contexto de las evaluaciones en salud o como nominación y vivencia de bienestar. No existe una concepción única ni una clara y delimitada diferenciación en relación con otros conceptos semejantes, siendo la nominación CV utilizada inadecuadamente, en múltiples casos. Por ello será importante realizar una revisión teórica del concepto, a la vez que diferenciar los diferentes modelos para aproximarse a una definición sobre este aspecto-proceso tan básico en la existencia individual y colectiva de los seres humanos.

Coinciden diversos autores en que el uso del concepto de Calidad de Vida puede ubicarse en los Estados Unidos posterior a la Segunda Guerra Mundial, como alternativa de los investigadores y consejeros en la posguerra de aproximarse a indagar la percepción de las personas y de los grupos, sobre de si tenían una buena vida o si se vivenciaban sentimientos de seguridad financiera y existencial (Campbell, 1981; Meeberg, 1993). Comienza a ser frecuente el uso de la expresión CV en la década de los años sesenta, cuando proliferan las investigaciones por parte de científicos sociales recabando información y datos objetivos acerca el estado socioeconómico, educacional o tipo de vivienda y servicios públicos; en la mayoría de las veces estos indicadores económicos resultaban insuficientes (Bognar, 2005), dado que sólo eran capaces de explicar un 15% de la varianza en la CV individual.

Los economistas enfatizan su medición en elementos y factores tangibles de la CV y, en tanto que los científicos sociales destacan la percepción individual –y en algunos casos colectiva o grupal sobre la CV-. Abordar el concepto-vivencia sobre la CV integra tres ámbitos de las ciencias: Economía, Medicina y Ciencias Sociales. Cada una de estas disciplinas ha estimu-

lado el desarrollo de un enfoque / percepción diferente (s) acerca de cómo debiera ser conceptualizada o definida la CV (Cummins, 2000).

Diversas definiciones para el concepto de calidad de vida.	
Referencia	Definición Propuesta
Ferrans (1990b)	Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.
Hornquist (1982)	Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural.
Shaw (1977)	Define la calidad de vida de manera objetiva y cuantitativa, diseñando una ecuación que determina la calidad de vida individual: $QL=NE \times (H+S)$, en donde NE representa la dotación natural del paciente, H la contribución hecha por su hogar y su familia a la persona y S la contribución hecha por la sociedad. Críticas: la persona no evalúa por sí misma, segundo, no puede haber cero calidad de vida.
Lawton (2001)	Evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.
Haas (1999)	Evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que se pertenece.
Bigelow et al. (1991)	Ecuación en donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar.
Calman (1987)	Satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar... medición de la diferencia, en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual presente.
Martin & Stockler (1998)	Tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad a menor intervalo, mejor calidad de vida.
Opong et al.,	Condiciones de vida o experiencia de vida.

Resulta pertinente acotar en estas indagaciones y aproximaciones, algunas de las significativas definiciones sobre CV (tomado de Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012):

Buscar y obtener calidad de vida, como alternativa al desarrollo centrado en el crecimiento económico, reviste interés actualmente, ante problemáticas tales como el crecimiento de la población, la pobreza y la miseria (pobreza extrema) así como la paulatina destrucción del ecosistema. Sobre el particular, la Comisión Independiente sobre la Población y la Calidad de Vida (1999) ha planteado que es perentorio favorecer / aportar a cada ser humano un nivel y una calidad de vida correspondiente con la dignidad de la persona y compatible con la supervivencia de la tierra. En esta búsqueda de la calidad de vida sostenible, lo supremamente prioritario está en la satisfacción de las necesidades mínimas para la supervivencia de la población. Para poder hablar de calidad de vida es preciso que, previamente, existan unos mínimos en lo que a ingresos y servicios básicos se refiere. Más allá del nivel de supervivencia, la cantidad posee todavía su importancia, en cuanto

a que aporta a la calidad de la existencia, permitiendo reducir y/o eliminar las diferencias y desigualdades entre los seres humanos. Acorde con lo anterior, la referenciada Comisión promulga que en todos los países la calidad de vida de la población, en cuanto personas, sea el fundamento esencial de cualquier decisión política, económica y social.

La calidad de vida según de De Pablos, Gómez y Pascual (1999) se asume como "la disponibilidad, por parte del agente, de recursos y actividades para sacar adelante un programa de vida más allá de la mera razón de supervivencia, es decir, del sentido instrumental del trabajo y las actividades cotidianas como medio de subsistencia"

De acuerdo con las anteriores concepciones se propone una nueva definición, más comprensiva sobre calidad de vida, como un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee la CV (Ardila, 2003) aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Por CV se hace referencia a una sensación de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad sentida, la productividad personal y la salud percibida. Como aspectos objetivos, el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico, social y con la comunidad y la salud objetivamente percibida.

Insiste el anterior autor en que, en el Mundo en Desarrollo o Mundo Mayoritario la situación es bastante diferente, y la mayor parte de las personas no han satisfecho sus necesidades básicas. Por lo tanto, el concepto de calidad de vida debe considerarse dentro de una perspectiva cultural, es un concepto que cambia con las culturas, las épocas y los grupos sociales. Para Ardila (2003), de acuerdo con el documento antes citado, a pesar de este interés en la calidad de vida, es importante constatar que no existe una definición acertada acerca de ella. Diversos autores utilizan distintas concepciones implícitas; suelen referirse a una propiedad que presentan las personas para vivenciar situaciones y condiciones de / en su entorno o contexto asociadas a las interpretaciones y valoraciones que realiza (n) sobre los factores objetivos de su entorno. La calidad de vida se considera que es producto de la integración de elementos objetivos y de la evaluación individual de dichos elementos. Calidad de vida objetiva y calidad de vida percibida son dos conjuntos de factores que presentan una relación interdependiente, interactiva entre sí. De acuerdo con Ardila (2003), el *estilo de vida* hace referencia a una dimensión compuesta por elementos físicos, materiales y sociales. Por otra parte, la calidad de vida sería subjetiva y ob-

jetiva; sería una propiedad de la persona más que del ambiente y aspectos materiales en el cual se mueve, lo que suele denominarse como *nivel de vida*. La calidad de vida familiar, comunitaria, laboral, entre otras, parecería ser más subjetiva que objetiva.

Calidad de vida y familia

En este punto del análisis, es importante interrogarse lo que natural y culturalmente se asume como familias. La definición tradicional de familia(s) se concentra y destaca como exclusivos los lazos de consanguinidad o vínculos de afinidad legal como el matrimonio. Existen, sin embargo, otras miradas y aportes, Poston y cols. (2004) reconsideraron la anterior definición y presentaron una más integradora, incluyendo a las personas que se consideran parte de la misma, estando relacionadas por consanguinidad o matrimonio / pareja o no y que se apoyan y cuidan entre sí. Otro interrogante que merece realizarse en este apartado del presente trabajo, hacer referencia ¿a qué se considera calidad de vida familiar? Una aproximación definitoria puede ser “el grado en el que se colman las necesidades de los miembros de la familia, el grado en el que disfrutan de su tiempo juntos y el grado en que pueden hacer cosas que sean importantes para ellos” (Park y cols., 2003; Turnbull, 2003). Desde esta concepción, conviene tener en cuenta que la calidad de vida familiar no es un concepto estático, fluctúa a lo largo del crecimiento de cada persona que conforma a la (s) familia(s) y de la evolución del crecimiento y desarrollo familiar, su capacidad de elección y su función de apoyo (Zuna, Turnbull, y Summers, 2009)

Integrando las consideraciones sobre CV y familia, puede anotarse que el contexto familiar constituye un elemento fundamental en la construcción y nutrimento de la calidad de vida del ser humano. La riqueza de las circunstancias y objetivos que constituyen los proyectos de vida de cada grupo / sistema familiar en consonancia con las realizaciones que cada persona o integrante va favorablemente consiguiendo, fortalece la funcionalidad de la salud interaccional de las personas o miembros en las familias, concretándose el corolario interactivo y sinérgico aristotélico, el cual plantea “que el todo es más que la suma de las partes”.

Por lo anterior, para comprender la CV, en su sentido holístico, que se refiere a la manera de ver las cosas enteras, en su totalidad, en su conjunto, en su complejidad, pues de esta forma se pueden apreciar interacciones, particularidades y procesos que por lo regular no se perciben si se estudian los aspectos que conforman el todo, por separado; y el trípode calidad de vida-empatía-familia requiere de tal connotación interaccional, considerarlo

desde la relación altréica (en relación con el otro) y sinérgica (cuando los subsistemas familiares –individual, diádico o de pareja, parental, filial, parento-filial, filio parental, fraterno-, se encuentran en armonía y es empática, la CV será positiva), al resultado de la interacción armónica y empática de las partes hacen que el sistema familiar funcione bien. En este sentido parte de la sinergia es recursividad (maneras, mecanismos, alternativas, información, estímulos, insumos, comportamientos, actitudes, entre otros), la cual ayuda a que los sistemas y subsistemas se complementen entre sí, no pierdan ningún valor y para así estén en armonía. Para el desarrollo empático de la calidad de vida, es fundamental tener en cuenta y al abordar familias, parejas y personas, en la labor orientadora y terapéutica contemplar la sinergia.

Las familias, al ser los contextos particulares en los cuales se origina y desarrolla el ciclo vital humano, individual y grupal, tienen una importancia fundamental y nutricia en la construcción y mantenimiento de la calidad de vida de quienes las integran, fundamentalmente en la de los hijos. Se asume que la calidad de vida en los sistemas familiares es un componente y pilar esencial de la calidad de vida de las personas.

Para Romera (2003), la CV integra aspectos y factores tan variados como: Estabilidad y armonía de la estructura familiar, implicación alta de los padres en la educación de los hijos, calidad de vida en el contexto familiar, comunicación fluida entre padres-hijos, actividad compartida con los hijos, alto nivel educativo de los padres (fundamentalmente de la madre), nivel económico adecuado, número de hijos y supervisión continuada de estos, calidad de las relaciones matrimoniales y/o de pareja, apoyo de la red familiar, así como apoyo de la red de amigos.

La empatía...

"...la empatía comienza allí donde es posible la pérdida de sí mismo. Es decir que el límite entre la empatía humana y otros fenómenos se traza allí donde los procesos neuronales simples, la comprensión intelectual o la simulación emocional de otros llevan a renunciar, al menos momentáneamente, a la propia posición". (p. 13)

David A. Quebradas¹

Se suele describir comúnmente la empatía como "ponerse en el lugar/ en los zapatos de los demás", expresión metafórica, para aproximarse a la vivencia de comprender o sentir lo que la otra persona vivencia ante diversas circunstancias y/o situación. Un primer esbozo definitorio, permite

¹ Grupo de Investigación Análisis: Mente, Lenguaje y Cognición, Universidad del Valle. Cali, Colombia

acotar que la empatía es la capacidad / actitud de comprender los sentimientos y emociones de los demás, con base en el reconocimiento del otro como similar. Es una habilidad a la vez que un atributo y capacidad de los seres humanos, para poder interactuar funcional y favorablemente, lo cual será necesario a lo largo de la existencia, ya que la vida se despliega en contextos sociales complejos.

Lo planteado anteriormente se soporta en buena medida sobre capacidades innatas de *mimetismo* (Contagio emocional) y *estructuras neuronales* (Neuronas Espejo) que “permiten experimentar el comportamiento observado como una acción propia”

Esta característica interactiva y por tanto social, en las relaciones interpersonales, hace que reconocer y comprender los estados mentales/emocionales/afectivos/físicos, entre otros, de los demás, así como la capacidad de compartir esos diversos estados y dar respuesta o adaptarse a ellos de manera favorable y adecuada, se constituyan tanto o más importantes y valiosos que la capacidad o habilidad para comprender y responder adecuadamente a los contextos naturales no sociales. Es importante distinguir la empatía de la simpatía, asumiéndose por esta última la capacidad del observador para sentir la misma emoción que otro tiene en una acción determinada.

Bermejo (2001) explica que la *simpatía* ocurre “cuando una persona, queriendo comprender a otra, experimenta sus mismas emociones. No es el objetivo de la *empatía* lograr experimentar los sentimientos ajenos, sino captarlos de la manera más justa posible a como son vividos”. Por consiguiente, la empatía no solo incluiría elementos afectivos, sino también cognitivos y conductuales y, por lo mismo, posiblemente esta pueda ser enseñada y ejercitada para transformarla en un hábito. Según lo anteriormente expuesto por el autor antes citado, la empatía no solo incluiría elementos afectivos, sino también cognitivos y conductuales y, por lo mismo, posiblemente esta pueda ser enseñada y ejercitada para transformarla en un hábito. Breithaupt (2011) propone que la empatía es posible a partir de dos mecanismos propios de la cultura, que bloquean esa capacidad de asumir rápidamente la perspectiva de otro: 1) la toma partido en una escena de tres y no de dos cómo usualmente se ha pensado (un observador y un otro que es observado), ya sea de manera *estratégica* (autointerés), *judicativa* (apelando a la razón) o *autorreflexiva* (desde la posición contemplativa del observador); y 2) la *narración*, la capacidad narrativa que aprovecha el andamio cognitivo y afectivo proporcionado por la evolución para escri-

bir distintos libretos en los que se puede reconocer no sólo causalidades existentes, sino también inventar, producir y simular conexiones, disyuntivas, sorpresas, excusas, e incluso en el exceso narrativo, traer al escenario explicaciones, personajes míticos o cualquier elemento fuera del conflicto para resolver la situación entre los personajes observados; colocando en el tiempo los acontecimientos que hacen posible predecir diversos finales en dichas situaciones, en las que se ha de tomar partido y empatizar con uno de los implicados, aunque esto conlleve la exclusión de la perspectiva de un otro y de sí mismo, así sea de manera momentánea.

Siguiendo las investigaciones del autor antes citado, Breithaupt, así como de la labor psicoterapéutica con familias en el ejercicio clínico de la suscrita, se dialoga con los aportes de Quebradas (2014) cuando propone otra hipótesis con respecto a la empatía, que denomina *Empatía Narrativa*, la cual consiste en la convergencia de los mecanismos mencionados para admitir la empatía, en otras palabras, la renuncia a la propia posición de forma temporal para comprender al otro a partir de la construcción de pequeños relatos mentales, que justifican la toma de partido por aquel con el que posteriormente se habrá de empatizar, haciendo notar de esta forma, que la empatía es un acto derivado de la toma de partido por parte del observador entre dos individuos, y las narraciones que deciden qué tiene "importancia", cómo y por qué, para evaluar y legitimar distintas conductas, sentimientos, interés y motivaciones. Lo anterior, para quien escribe estas líneas, es fundamental a la hora de trabajar en contextos terapéuticos con las familias (terapia familiar), ya que ello será un aspecto a considerar en la dinámica y organización familiar de los-as consultantes (manejo de las alianzas, coaliciones, establecimientos de fronteras/límites emocionales, sentimientos de animadversión o cercanía y afinidad entre los miembros del sistema familiar -"Neuronas espejo, teorías de la mente, toma de partido, mente narrativa", temas necesario conocer, para comprender las dinámicas interaccionales sociales, familiares, desplegadas en los contextos cotidianos/domésticos y terapéuticos-, de lo cual me ocuparé en líneas posteriores.

Algunos-as investigadores-as sobre la empatía señalan la existencia de modelos que hacen hincapié en la *percepción directa: El Modelo Percepción/Acción y la Teoría de la Simulación*. Preston y de Waal (2002) plantean una propuesta teórica sobre la empatía que enfatiza en la percepción directa. Estos explican la empatía concibiéndola en dos niveles: a) la explicación de sus bases últimas y b) la explicación de sus bases próximas. Las bases últimas refieren al *desarrollo filogenético* de la empatía, destacan la

atención en el vínculo emocional innato que es propio y característico de los animales que viven en grupo y que, en expresión básica, se presenta como contagio emocional. El contagio emocional se define a partir de la total identificación con el otro, o confusión / fusión entre el *self* (el sí mismo) y los otros, conllevando a compartir la emoción del otro en un mismo nivel de intensidad. En los seres humanos este proceso es asumido como el primer nivel de respuesta empática, ya que es la respuesta más básica y antecede al desarrollo de cualquier otra. En cuanto a las bases próximas de la empatía, Preston y de Waal (2002) destacan a su *desarrollo en la ontogenia*, y basan su exposición en la descripción del mecanismo neurobiológico de base: el Modelo de Percepción/Acción. El modelo de Percepción/Acción está cimentado en la noción de representaciones compartidas, según el cual, el observador vivencia la emoción del observado por compartir con él las representaciones mentales sobre un determinado comportamiento, estado o situación (Rameson & Lieberman, 2009). El registro perceptivo del comportamiento de otro agente activa las representaciones del observador sobre ese mismo comportamiento, haciendo surgir o presentarse respuestas autonómicas y somáticas generando una experiencia emocional en el observador coincidente o concordante con la del observado (Preston & de Waal, 2002). La empatía es asumida desde este modelo como un proceso automático no consciente (Rameson & Lieberman, 2009).

Importante resultan los aportes de Edith Stein (2003) quien destaca que el valor de la empatía radica en el hecho de que ve en los actos de esta el fundamento de las relaciones intersubjetivas, las cuales a su vez permitirían el acceso al mundo exterior objetivo, y con ello al conocimiento. Con referencia al concepto de empatía, esta se define como los actos con los cuales *se aprehende la vivencia ajena*; como expresa Stein, "es la experiencia de la conciencia ajena en general. Es la experiencia que un yo tiene de otro yo, experiencia en que aprehende la vida anímica de su próximo", en otras palabras, "la empatía misma es un acto originario como vivencia presente, pero no originaria según su contenido". Si la empatía es la experiencia de la conciencia ajena, esta ha de desarrollarse en la alteridad, es decir, entre distintas "yoidades". Lo anterior hace que cada una de las partes involucradas en el acto sea concebida como una unidad psico-física compleja, cuerpo y alma interrelacionados e interdependientes. El yo es mucho más que la corporalidad, y tal como indica Stein, "no puede haber alma humana sin yo, y no puede haber yo humano sin alma". En otras palabras, en el ser se constituiría una amalgama de constituyentes: cosa material, animal, ser

espiritual y ser social. Acorde con lo anterior, si se es capaz de empatizar con otro, o sea, si se es capaz de aprehender la conciencia ajena, ha de existir un mínimo común denominador con el otro, o con los otros, más allá de la corporalidad, porque es cierto que somos cuerpos físicos, pero también seres espirituales; el yo no se agota en la corporalidad, como afirma Villarino (2009) en referencia a Jasper, "el que dice 'yo' excede y sobrepasa su propia sustantivación, y en realidad rígidamente sujeto a ella no se capta a sí mismo". Lo cual significa que somos seres físicos y también seres anímicos con características firmemente establecidas, lo cual nos hace iguales y únicos a la vez. Iguales porque todos somos unidades psicofísicas, y únicos en razón de las vivencias que nos han conformado como dicha unidad, por tanto, diferentes, irrepetible, únicos-as.

Algunos autores, entre los cuales se encuentra Bermejo (*op. cit.*), plantean la existencia de tres fases presentes en los actos de empatía: "a) identificación (primera fase) con la persona y la situación del otro, b) la repercusión e incorporación (segunda fase) o conciencia y manejo de la propia vulnerabilidad y del impacto que sobre sí mismo tiene el encuentro con la vulnerabilidad ajena, y c) la separación (tercera fase) o restablecimiento de la distancia psicológica y emocional acortada por la aproximación del primer momento". El ser humano es social y la empatía es una precursora primordial de la conducta prosocial, es una habilidad esencial para los humanos, cuya vida tiene lugar en contextos sociales complejos (Mestre, 2014). Esta naturaleza intrínsecamente social de los seres humanos hace que el reconocimiento y la comprensión de los estados mentales de otros, así como la capacidad para compartir estos estados mentales y responder a ellos apropiadamente, sea una de las habilidades necesarias más importantes para vivir en tales contextos (López, Arán, & Richaud de Minzi, 2014). Gerdes y Segal (2009) desarrollaron un modelo nuevo de la empatía que se agrega a los de respuesta emocional a las emociones y acciones de los otros y al procesamiento cognitivo de la perspectiva del otro y de la propia respuesta afectiva, la decisión consciente de llevar a cabo una acción prosocial. Basados en este modelo, la empatía consciente de los sentimientos negativos (dolor, angustia) en los otros comenzaría con acciones dirigidas a cambiar su situación, es decir, con la solidaridad, la ayuda o el altruismo.

SOBRE LA TERAPIA FAMILIAR

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, logra traba-

jar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (Bofill, Fernández, Villegas, García e Hijano, 2010). Asimismo, Kreuz (2007) manifiesta que el funcionamiento adecuado de la familia como conjunto constituye la base para el crecimiento físico y personal sano de todos sus miembros, permitiendo desde esos vínculos familiares adecuados, la comunicación, cohesión y adaptabilidad que acompaña al individuo a lo largo de su ciclo vital. En tal sentido, el concepto de salud familiar entendida como la capacidad de la familia de cumplir funciones, adaptarse a los cambios y superar las crisis (Horwitz, Florenzano y Ringeling 1985), resultaría el punto de partida y objetivo final de la intervención familiar. En este contexto de actuación, la *Terapia de Familia* ofrece una nueva forma de contemplar o redefinir los trastornos mentales a través de modificaciones estructurales y funcionales (Ortiz, 1999), cambiando la perspectiva de centrarse en el individuo como portador y responsable único del síntoma a contemplar (“chivo emisario, expiatorio”), 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).

En un trabajo interinstitucional, realizado en España por investigadores de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), y de las entidades en salud: Hospital Dr. Rodríguez Lafora, Hospital Ramón y Cajal, Centro de Salud Mental de Hortaleza, presentan los resultados de un Programa de Terapia Familiar llevado a cabo por un equipo multiprofesional durante trece años, desde el 2000 al 2013, en un Centro de Salud Mental del ámbito público (Rosique y cols., 2015). En el soporte teórico-experencial del estudio, los autores destacan la existencia de evidencia empírica que apoya la eficacia de la terapia de familia en muy diversos ámbitos de actuación. Al realizar un recorrido por la bibliografía existente al respecto, hallaron una serie de estudios que se pueden agrupar básicamente en dos bloques: a) aquellos 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, y b) aquellos otros que postulan su utilidad ante distintos cuadros clínicos o trastornos mentales. Con respecto al primer grupo, al centrarse en la diversidad de poblaciones atendidas desde esta óptica, señalan los trabajos publicados con adolescentes en general

(Bou, 2011), adolescentes con autolesiones (Harrington et al., 2000), adolescentes con abuso severo de sustancias (Henderson, Dakof, Greenbaum y Liddle, 2010), adolescentes delincuentes (Baldwin, Christian, Berkeljon y Shadish, 2010; Chamberlain y Rosicky, 1995; Henggeler y Sheidow, 2012; Liddle, Rowe, Henderson y Greenbaum, 2009), niños inadaptados (Buckle, Hoffmayer e Isambert, 1996), poblaciones infantojuveniles con fracaso escolar en los que se desea prevenir el VIH (Rowe, 2010), infantes con problemas infantojuveniles (Kaslow, Broth, Smith y Collins, 2012; Sexton y Turner, 2010), con familias ante un primer episodio psicótico (Tachi, 1991) o familias con una madre con depresión (Timmer et al., 2011). En relación al segundo bloque, en cuanto al abordaje de distintos trastornos mentales, encontraron estudios que defienden su eficacia en trastornos de ansiedad (Liddle et al., 2009), de la conducta alimentaria (Lock, 2011; Vanderlinden y Vandereycken, 1991), relacionados con el uso de sustancias (Becker y Curry, 2008; Stanton y Shadish, 1997), en primeros episodios de trastornos psicóticos (Bird et al., 2010) y en esquizofrenia severa (Girón et al., 2010).

Destaca igualmente el estudio de Rosique y cols. (2015) que Feixas, Muñoz, Compañ y Montesano (2012) al estudiar el inicio de la Terapia Familiar ubicándose en la década de los cincuenta encuentran sus orígenes en diversos puntos de los EE.UU., considerando los más representativos al equipo de Lidz en Yale (Lidz, Cornelison, Carlson, y Fleck, 1958), al grupo de Wynne en el National Institute of Mental Health (Wynne, Ryckoff, Day y Hirsh, 1958) y al movimiento del equipo de Palo Alto. Por su parte, Kreuz y Pereira (2009) en su análisis sobre el origen de la terapia familiar defienden que surge, por un lado, como alternativa terapéutica para el abordaje del trastorno mental grave en un momento donde aún no habían aparecido los antipsicóticos y los psicofármacos existentes en la actualidad y, por otro, porque el psicoanálisis y las técnicas desarrolladas a partir del conductismo, no consiguieron proporcionar los resultados deseados en pacientes institucionalizados en hospitales psiquiátricos. Por los motivos que acabamos de comentar, se comenzaron a investigar nuevas formas de intervención complementarias a las terapias individuales o coadyuvantes de estas, con el fin de mejorar el bienestar de los pacientes e intentar disminuir la población psiquiátrica ingresada. Dicha nueva conceptualización basada en la mejora del bienestar psíquico conllevó un aumento de los presupuestos dedicados a la atención psiquiátrica, así como a las condiciones de hospitalización con el consecuente desarrollo del modelo. Desde entonces se ha publicado cierta bibliografía en países anglosajones y americanos, si bien podemos

considerar que el primer estudio sobre la eficacia de la terapia familiar data de 1978 y fue llevado a cabo por Gurman y Kniskern, marcando el inicio de la investigación en este campo al presentar hallazgos significativos en cuanto a sus resultados beneficiosos. Igualmente, en España, Pereira (1994) ha realizado un recorrido por la historia del devenir de la terapia familiar y data sus orígenes en nuestro país en la década de los ochenta. Dado que es relativamente reciente, el número de investigaciones al respecto es aún escaso, aunque algunos autores han investigado aspectos concretos de la intervención, como la conclusión elaborada tras la primera entrevista en función del contexto público o privado (Suárez y Rojero, 1984), la organización comunitaria de los Centros de un mismo área dentro de un modelo sistémico (Rojero, Acosta, Carballo, Olabarría y Tapia, 1986), la estructura de la terapia familiar y la recogida de la demanda dentro de la institución pública (Montes, 2006), o las reflexiones en relación a una experiencia de trabajo realizando intervenciones psicoterapéuticas familiares en el ámbito público (Polo, Ortega, López y Escudero, 2005). Por otra parte, el presente texto se inspira en la investigación en desarrollo *Procesos Interdisciplinarios en la Formación de Terapeutas Familiares para el Abordaje Terapéutico Familiar* (Silva 2015), inscrita en el Subsistema Institucional de Investigación (SIDI) de la Universidad Metropolitana de Barranquilla (Colombia), dependencia adscrita a la Vicerrectoría de Investigación de esta Alma Mater. Identificar los procesos y aspectos interdisciplinarios que se requieren en la formación de los-as psicólogos-as para el abordaje terapéutico familiar, es su objetivo general. Desarrollándose desde el Paradigma Interpretativo, cualitativo, desde tres métodos de investigación: Revisión y análisis bibliográfico, estudio de caso, análisis documental y acción formativa. Lo anterior conlleva o debe connotar a una permanente y creativa discusión sobre las condiciones materiales, sociales, simbólicas en las cuales se despliega el desarrollo humano y social que implica el ciclo vital individual y familiar de las personas.

Es necesario adentrarse en aspectos epistemológicos, técnicos (diversas estrategias para el abordaje familiar), clínicos y especialmente sobre el manejo del Self del terapeuta, con una motivación, un sentir altamente empático, interactivo y altérico (ponerse en el lugar del otro) y una disposición para la cualificación permanente sobre el abordaje terapéutico familiar. La profesión de Terapeuta Familiar (TF), con tiempos, contenidos y praxis (con training/entrenamiento de cuatro a cinco años) se da como una alternativa de apoyo e interconsulta a disciplinas / profesionales de la psiquiatría, la psicología, la pedagogía, la sexología y algunas ramas de la medicina como

la pediatría, entre otras. Formarse como TF, es adentrarse en el reto del autoconocimiento (propio e interior) a partir del aloconocimiento (interacción con casos individuales, diádicos y grupales de personas que consultan) y dispuestos a saber y sentir, que, así como podemos aportar al cambio positivo en "el otro", este/os pueden aportar al cambio propio, en reciprocidad. Desde estos planteamientos, este proyecto de investigación se propone realizar pesquisas e indagaciones de manera interactiva, compresiva, a partir de los elementos y procesos formativos disciplinares e interdisciplinares, que tributan y enriquecen la labor clínica en el campo familiar.

Por otra parte, acota el médico psiquiatra y terapeuta familiar, en el País Vasco y miembro de la Escuela Vasco Navarra de terapia familiar, Roberto Pereira Tercero¹ (1994) que los denominados "pioneros" de la Terapia Familiar, parten pues de dos puntos: los que trabajan de acuerdo a la ideología dominante entonces en la psiquiatría - la psicoanalítica -, y los que parten de las nuevas teorías en desarrollo -antropología, sociología y comunicación fundamentalmente-. Ambos grupos van marcar el discurrir de la Terapia Familiar durante muchos años, sentando las bases de una polémica que aún en la actualidad no se ha resuelto satisfactoriamente. Expresa Pereira, que el primero de los grupos:

al que llamaremos para resumir el psicoanalítico, está constituido principalmente por un grupo de profesionales que trabajan con pacientes esquizofrénicos, patología con la que no se obtenían resultados con las técnicas psicoanalíticas. La búsqueda de nuevas vías de abordaje les lleva a comenzar a trabajar con la familia.

En cuanto al segundo grupo de los denominados pioneros, que señala Roberto Pereira en su trabajo referenciado en la bibliografía de esta investigación, se va a aglutinar en torno a un científico proveniente de la Antropología -Gregory Bateson (1972)-, que derivó en sus investigaciones hacia el estudio de la comunicación, primero en animales, después la humana. Para ello, le pareció interesante partir del estudio de los trastornos de comunicación. Uno de los grupos humanos que presenta un mayor trastorno de la comunicación es el de los esquizofrénicos, por lo que su punto de partida coincide con el del grupo anterior.

Con la venia y el permanente reconocimiento a la concienzuda labor de organizar el estado de la cuestión en TF, desde un aporte históricamen-

¹ Roberto Pereira Tercero, estuvo en Barranquilla, en febrero de 2013, invitado por la suscrita investigadora, cuando se desempeñó como directora de la Maestría en Psicología en la Universidad Simón Bolívar (Barranquilla-Colombia)

te documentado por Pereira (1994), se estará haciendo referencia a este trabajo por considerarlo de vital importancia. En la contextualización el surgimiento de la Terapia Familiar y los procesos formativos para su ejercicio. Según el investigador y TF antes referenciado, hay un acuerdo general en que los “pioneros” en la TF desarrollaron su trabajo durante los años cincuenta de manera aislada, dándose hacia el final de estos años, cuando comenzaron a asociarse. Muy pertinente es conocer a que fuentes recurrían o acudían a las fuentes primigenias para citarlas, estos TF (en particular los de formación / orientación psicoanalítica): Sigmund Freud, especialmente los primeros trabajos sobre el Edipo (Freud, 1974); a J.C. Flügel y su libro *Psicoanálisis de la familia*, publicado en 1921 (Flügel, 1968), también leían y referenciaban a Jacobo Luis Moreno: *Trabajos con familias o parejas con métodos psicodramáticos*, textos editados entre 1930 y 1940; fue otra fuente de consulta Natham Ackerman, especialmente el artículo “La unidad de la familia” (Ackerman, 1938), H.B. Richardson, y su influyente libro “Los pacientes tienen familia” (Richardson, 1945). Merecen un lugar de mención especial entre los llamados “pioneros” (investigadores/terapeutas que teniendo como base sus propias investigaciones, y con pocas influencias previas, le aportaron el campo de la terapia familiar, según el trabajo de Pereira (1994) cita a los siguientes: John Bell, el citado profesor de Psicología quien es considerado como uno, si no el más icónico / mayor divulgador de esta nueva propuesta metodológica y clínica en los años iniciales, con una especie de “invisibilización” posterior, suele suceder.

Otros terapeutas e investigadores sobre las dinámicas familiares que “provenían” del Psicoanálisis y que tuvieron una inicial formación psicoanalítica, y en quienes fue sólida la influencia de esta escuela, merecen también referenciarse: Natham Ackerman, quien comenzó investigó y le apostó al abordaje terapéutico familiar para comprender y nutrir su trabajo como psiquiatra infantil; se le atribuye la creación del primer servicio de atención familiar (Family Mental Health Clinic). Ackerman en 1960 fue el iniciador en Nueva York del Family Institute, que al él morir y en su homenaje, le dieron su nombre, instituto que en la actualidad sigue siendo uno de los principales ámbitos de y para la difusión de la Terapia Familiar. Hacia 1961, Nathan Ackerman se unió con Don Jackson de Palo Alto, para incursionar en la labor editorial, manteniéndose hasta los presentes días como la más dinámica y con un trabajo de publicación constante revista de Terapia Familiar: *Family Process*.

En cuanto a los TF que incursionan en el abordaje de la dinámica y el contexto familiar para comprender a los pacientes (consultantes) diagnosticados con Esquizofrenia, quienes trabajaron en o con fondos del National Mental Health Institute (NIMH) o Instituto Nacional de Salud Mental, merece destacarse el conocido como Grupo de Filadelfia, cuyo líder fue Ivan Boszormenyi-Nagy¹: entre quienes trabajaron con el anterior, se encuentran Theodore Lidz, Murray Bowen, y Lyman Wynne (1971); posteriormente se integraron a estos James Framo, Gerald Zuk y David Rubinstein. De acuerdo con el TF vasco Roberto Pereira (1994), anota en su trabajo que los europeos no tuvieron prácticamente protagonismo en esta década fundadora, referenciando en Inglaterra a John Howells (Howells, 1968), y Ronald Laing. Laing publicó en 1964, junto con A. Esterson, "Cordura, Locura y Familia" (Laing y Esterson, 1979) primeros de una serie de publicaciones con el citado Esterson y con D. Cooper (Laing y Cooper, 1973) o él solo (Laing, 1982), lo cual apuntaló todo un movimiento psiquiátrico de importante significación y referencia, en el que lo relacional, y especialmente las relaciones familiares, eran el objetivo clínico-metodológico de trabajo.

Laing, fue uno de los TF que se integró al trabajo con familias de los pacientes esquizofrénicos. Acuñó e investigó acerca de lo que se constituyó luego en el concepto de *mistificación* (Laing, 1976), para explicar lo que, desde su perspectiva o enfoque, ocurría en las interacciones familiares de quienes eran diagnosticados como esquizofrénicos, encontró relaciones entre su aporte acerca de la *mistificación* con el concepto de *pseudomutualidad* de L. Wynne, (Wynne y cols., 1958), y con desarrollos teóricos de T. Lidz (Lidz y cols., 1971). Cuando los profesionales del área de la medicina, la psicología y el trabajo social, se asoman a los estudios en el campo de la terapia familiar, sólo ha habido unos pocos pioneros que provocan y mantienen el interés y la consulta en sus aportes, la lista es corta e incluye a Ronald Laing, Gregory Bateson, Milton Erickson, y Brad Keeney (1976). Al contemplar la inmensidad de las ideas producidas por este pequeño grupo de investigadores y terapeutas de familia, la mayoría de las ideas se intersectan o realimentan. Eso, por supuesto, se debe a la influencia mutua que cada uno de estos pioneros han tenido en los demás; en común entre estos pensadores, no son sólo están sus ideas y aportes investigativos, sino una empática presencia del ser; incluso a través de sus escritos se puede encontrar la evidencia de esta presencia o carisma, Laing fue uno de los primeros

¹ Boszormenyi-Nagy fue el primer terapeuta familiar, docente en formar TF en Holanda (1967)

que generó este magnetismo en quienes le consultaban o le seguían.

Theodore Lidz, psiquiatra y psicoanalista en 1971, junto con otros colegas, realizó un estudio/investigación intensiva con dieciséis jóvenes esquizofrénicos y sus familias, que originó un artículo "El medio intrafamiliar de los pacientes esquizofrénicos: Cisma marital y Sesgo Marital" (Lidz, 1971), en el que describían lo encontrado en las características de la relación conyugal de los padres de esquizofrénicos interacciones fuertemente desestructuradas y desestructurantes, que serían parcialmente, las que subyacían u originaban en alguna medida el trastorno de sus hijos. A Lidz se le considera como uno de los primeros psiquiatras en abordar terapéuticamente a familias completas, en el contexto de la Esquizofrenia.

Lyman Wynne, también psiquiatra y psicoanalista, inicia en 1954 en el NIMH (siglas en inglés del Instituto Nacional de Salud Mental), en Nueva York, un programa de investigación a largo plazo sobre la familia de pacientes esquizofrénicos, que se plasma en el trabajo "Pseudo-mutualidad en las relaciones familiares de los esquizofrénicos" (Wynne y cols., 1958), en el que se describe un tipo de relación encontrada con frecuencia en las familias de jóvenes con cuadros psicóticos agudos, relación que tendría parte fundamental en el desarrollo de esos cuadros. Por otra parte, es obligatorio y reviste gran importancia incluir en el estado de la cuestión sobre el Abordaje terapéutico familiar, los aportes del Grupo de Palo Alto, el cual tuvo como figura cimera a Gregory Bateson, antropólogo de profesión, quien estaba desde 1952 interesado en el estudio de la *comunicación humana*. En 1951 había publicado, junto con Jurgen Ruesch, profesor de Psiquiatría de la Universidad de California el trabajo "Comunicación. La matriz social de la Psiquiatría", (Bateson y Ruesch, 1984) y comenzó a reunir un grupo de trabajo en Menlo Park. Bateson estableció contacto inicialmente con Jay Haley, un experto en comunicación, con John Weakland, un ingeniero químico que se volcó hacia la Antropología y con el psiquiatra, William Fry. Más tarde se unió al grupo, como consultor clínico, Don Jackson, psiquiatra y psicoanalista, que por entonces, bajo la influencia de Harry S. Sullivan, ya había desarrollado algunas teorías interesantes sobre el funcionamiento familiar (Jackson, 1972); investigó Jackson acerca del proceso que denominó como *Homeóstasis Familiar*. Juntos publicaron un artículo en 1956 que tuvo una importancia decisiva en el desarrollo posterior de la Terapia Familiar: *Hacia una teoría de la Esquizofrenia* (Bateson y cols, 1972), aportando una teoría etiológica de la esquizofrenia, originada en un trastorno comunicacional llamado *Doble Vínculo*. En 1959, Jackson funda el M.R.I. (Mental Research

Institute) de Palo Alto (California), con la intención de dar continuidad al equipo del Hospital de Veteranos, ya que se les había terminado la beca de investigación, Bateson no se sumó al equipo del nuevo centro, aunque fue invitado a hacerlo, pero ya estaba comprometido con otro proyecto de investigación sobre la Comunicación, entre seres humanos y delfines en las Islas Vírgenes (Sluzky, 1993).

Desde otra disciplina científica y profesional, Virginia Satir se sumó al movimiento y generó una activa y comprometida participación de Trabajadores Sociales en el campo de la T.F. Satir, con un estilo propio y altamente empático, dirigió o asesoró innumerables encuentros y seminarios de formación de TF, y publicó uno de los primeros libros sobre el abordaje terapéutico familiar (Satir, 1964). Jackson contó con la participación de Virginia Satir y Jules Riskin, además de Haley y Weakland desde el final del proyecto de investigación señalado en líneas precedentes. Hacia 1962 se sumó al grupo del MRI, un psiquiatra austríaco que llevaba unos años trabajando en la Universidad de San Salvador, muy interesado en la comunicación, Paul Watzlawick.

También hicieron parte en diferentes etapas e investigaciones en / del MRI, entre otros, representativos investigadores y clínicos, entre quienes se cuentan Richard Fisch, Arthur Bodin, Antonio Ferreira, William Fry y Carlos Sluzky, institución que actualmente sigue siendo baluarte de la formación en Terapia Familiar (Pereira 1994). El Grupo de Palo Alto, así como el MRI y sus diversas escuelas, se han constituido en referentes, al aportar un nuevo paradigma explicativo de los trastornos de conducta, partiendo de la Teoría de la Comunicación, la Cibernética y la Teoría General de Sistemas. Se destaca en lo anterior Jay Haley, fundador de la Escuela Estratégica en TF, quien reiteradamente se ha trazado como objetivo, distinguir y darle identidad al modelo sistémico de los otros paradigmas existentes en el campo de las Ciencias de la Conducta, especialmente del Psicoanálisis. El investigador y teórico referente entre estos autores, afines a estos aportes teóricos fue Gregory Bateson, denominándose incluso como Paradigma Batesoniano. Señala Pereira (1994) que es el autor más citado en la bibliografía de la Terapia Familiar, especialmente su libro "Pasos hacia una ecología de la mente" (Bateson, 1972) y su aportación fundamental fue la de poner las bases de un nuevo modelo basado en la Cibernética, la Teoría General de Sistemas y la Ecología (Keeney, 1979).

UNA DISCUSIÓN PARCIAL

Existe en la tríada categorial destacada en el título de este texto, una relación complementaria y nutricia, para realimentar y promoverse cada una de ellas, en pro del aporte a la funcionalidad vital, individual y colectiva, destacándose la labor orientadora-terapéutica en el ámbito familiar prioritariamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Volumen 35 - N° 2, Pp 161-164
- Baldwin, Christian, Berkeljon y Shadish, (2010) the effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: a meta-analysis. *Journal of Marital Family Therapy* 38, Pp 281-304
- Becker, S. J. y Curry, J. F. (2008) Outpatient interventions for adolescent substance abuse: a quality of evidence review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, Pp 531–543.
- Bermejo J. (2001) Relación de ayuda. En: García J Alarcos F, editor. Diez palabras clave en humanizar la salud. Verbo Divino. Pp 160-188.
- Bird, V., Premkumar, P., Kendall, T., Whittington, C., Mitchell, J. y Kuipers, E. (2010). Early intervention services, cognitive-behavioral therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5): 350-6
- Bofill, I., Fernández, A., Villegas, M.A., García, A. e Hijano, F. (2010) Psiquiatría infantil: patología prevalente en Atención Primaria, abordaje y tratamiento. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 12(19), Pp 93-106
- Bou, J. (2011) Lidiando con adolescentes posmodernos: cambios sociales e intervención familiar. *Revista Mosaico*, 50, Pp 44-49.
- Breithaupt, F. (2011). *Culturas de la empatía* (Traducción de Alejandra Obermeir). Katz Editores Charlone 216 C1427BXF - Buenos Aires Calle del Barco N° 40, 3° D 28004-Madrid
- Buckle, P., Hoffmayer, H. e Isambert, A. (1996) *La salud mental de la familia de Europa*. Ginebra, Suiza: Editorial Prensa Médica
- Campbell, A. (1981) *The sense of well-being in america*. McGraw-Hill, New York.
- Casas, F., Fernández-Artamendi, S., Montserrat, C., Bravo, A., Bertrán, I., & Del Valle, J. (2013). El bienestar subjetivo en la adolescencia: Estudio comparativo en dos comunidades autónomas en España. *Anales de Psicología* 29 (1), Pp 148 - 158
- 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 and Family Therapy*, 21, 441-459.
- Comisión Independiente sobre la Población y la Calidad de Vida. (1999). *Elegir el futuro. Un programa radical para la mejora sostenible de la calidad de vida*. Madrid: IEPALA.

- Cummins, R.A. (2000). Objective and subjective quality of life: An interactive model. *Social Indicators Research*, 52, 55-72
- De Pablos, J. C., Gómez López, Y. y Pascual Martínez, N. (1999). Abril/Junio. El dominio sobre lo cotidiano: la búsqueda de la calidad de vida. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 86. Pp 55-78.
- Feixas, G., Muñoz, D., Compañ, V. y Montesano, A. (2012). El Modelo Sistémico en la Intervención Familiar. Barcelona, España: Facultad de Psicología, departamento de Personallitat, Avaluació i Tractament Psicològics de la Universitat de Barcelona
- Gerdes, K. E., & Segal, E. (2009) Importance of empathy for social work practice: Integrating new science). *Social Work*, 56(2)
- Girón, M., Fernández-Yañez, A., Mañá-Alvarenga, S., Molina-Habas, A., Nolasco, A. y Gómez-Beneyto, M. (2010). Efficacy and effectiveness of individual family intervention on social and clinical functioning and family burden in severe schizophrenia: a 2-year randomized controlled study. *Psychological Medicine*, 40(1), 73-84
- Harrington, R. et al. (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, Dakof, Greenbaum y Liddle. (2010, december). Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescents: report from two randomized controlled trials. *Publmed*, 6, 885-97.
- Henggeler, S. W. y Sheidow, A. J. (2012) Empirically supported family-based treatments for conduct disorder and delinquency in adolescents. *Journal of Marital Family Therapy*, 38(1), Pp 30-58.
- Horwitz, N, Florenzano, R. y Ringeling, I. (1985) Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 98, Pp 144-155
- Kaslow, N. J., Broth, M. R., Smith, C. O. y Collins, M. H. (2012) Family-based interventions for child and adolescent disorders. *Journal of Marital Family Therapy*, 38, Pp 82-100
- Kreuz, A. (2007) Cuando el "paciente" es la familia. *Psychologies*, 34, 146-7
- Kreuz, A. y Pereira, R. (2009) Terapia Familiar. En J. Vallejo y C. Leal (Eds.) *Tratado de Psiquiatría*, (Vol. II, cap. 131, pp. 2071-2087). Barcelona, España: Ars Médica.
- Lau, M. & Bradshaw, J. (2010). Child Wellbeing in the Pacific Rim *Child Indicators Research*, 3 (3), Pp. 367-383.
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Henderson, C. y Greenbaum, P. (2009) Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: twelve-month outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), Pp 12-25
- Lidz, T., Cornelison, A.R., Carlson, D.T. y Fleck, S. (1971) Intrafamilial environment of schizophrenic patients: the transmission of irrationality. *AMA Archives of Neurology and Psychiatry*, 79, Pp 305-316
- Lock, J. (2011). Evaluation of family treatment models for eating disorders. *Current Opinion Psychiatry*, 24, Pp 274-279, en: Ministerio de Sanidad y Consumo

- (2007). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid, España: Centro de publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- López, Arán, & Richaud de Minzi M.C. (2014) "Empatía: algunos debates en torno al concepto". *Avances de Psicología Latinoamericana* 32, Pp 37-51.
- Meeberg, G.A. (1993). Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18, Pp. 32 - 38.
- Mestre, M.V. (2014) Desarrollo prosocial: crianza y escuela. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología* 6(2), Pp 115-134.
- Minuchin, S. (1985) Families and individual development: provocations from the field of family therapy. *Child Development*, 56, Pp 289-302.
- Montes, M. J. (2006) Terapia Sistémica e Institución Pública. De la teoría a la práctica en la recogida de la Demanda. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26(98), Pp 265-278
- Ortiz, M. T. (1999) La salud familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15, 439-45.
- Park, J., Hoffman, L., Marquis, J. Turnbull, A.P., Poston, D., Mannan, H., Wang, M. y Nelson, L.L. (2003). Toward Assessing Family Outcomes of Service Delivery: Validation of a Family Quality of Life Survey. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(4/5), 367-384.
- Pereira, R. (1994) Revisión histórica de la terapia familiar. *Revista Psicopatología*, 14(1), Pp 5-17.
- Preston y de Waal (2002). Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behavioral & Brain Sciences*, 25(1), 1-20. DOI: 10.1017/ S0140525X02000018
- Quebradas, D. (2014). "Los mecanismos de bloqueo de la empatía para la empatía". *Revista Chilena de Neuropsicología* ISSN: 0718-4913 Ed: Universidad De La Frontera v. 9 fasc. 1-2 Pp. 44 - 44
- Rameson & Lieberman (2009). Empathy: A social Cognitive Neuroscience Approach. *Social and Personality Psychology Compass*, 3(1), 94-110. DOI. 10.1111/j.1751-9004.2008.00154.x
- Rojero, C., Acosta, E., Carballo, S., Olabarría, B. y Tapia, R. (1986) Hacia un programa de Salud Mental comunitario: aspectos de un modelo sistémico de organización e intervención clínica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 6(18), Pp 438-453
- Romera I. M. (2003). Calidad de vida en el contexto familiar: Dimensiones e implicaciones políticas. *Intervención Psicosocial. Espacio Abierto*. Vol. 12 N.º 1- Pp. 47-63
- Rosique y cols (2015) El reto de la Terapia de Familia: Estudio de las intervenciones realizadas durante 13 años en un Centro de Salud Mental. Vol. 6, nº 1, 2015 - Pp. 33-47
- Rowe, C. L. (2010) Multidimensional family therapy: addressing co-occurring substance abuse and other problems among adolescents with comprehensive family-based treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19, 563-576
- Sexton, T. y Turner, C.W. (2010) The effectiveness of functional family therapy for

- youth with behavioral problems in a community practice setting. *Journal of Family Psychology*, 24, 339-348
- Silva, M. (2015) *Procesos Interdisciplinarios en la Formación de Terapeutas Familiares para el Abordaje Terapéutico Familiar*. Proyecto de Investigación. Adscrito mediante Acto Administrativo, al Subsistema Institucional de Investigación – SIDI, Universidad Metropolitana de Barranquilla (Colombia).
- 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, comparative studies. *Psychological Bulletin*, 122, 170-191
- Stein E. (2003). El alma como forma y como espíritu. En: Urquiza J, Sancho F, editores. *Obras completas. Escritos Antropológicos y Pedagógicos*. Burgos: Monte Carmelo; Pp. 666-711
- Suárez, T. y Rojero, C. (1984) Marca de contexto y conclusión de la primera entrevista de familia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 4, Pp 363-372
- Tachi, T. (1991) Couple therapy with parents whose youngest daughter had a psychotic episode: impairment of a child and marital conflict. *The Tokai Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 16, 103-109.
- Timmer, S. G., Ho, L. K., Urquiza, A. J., Zebell, N. M., Fernández, E. y Boys, D. (2011) The effectiveness of parent-child interaction therapy with depressive mothers: the changing relationship as the agent of individual change. *Child Psychiatry & Human Development*, 42, Pp 406-423.
- Turnbull, A. (2003). La calidad de vida de la familia como resultado de los servicios: el nuevo paradigma. *Siglo Cero*, 34. Pp 59-73.
- Urzúa, A. & Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30, Pp. 61-71
- Vanderlinden, J. y Vandereycken, W. (1991) Guidelines for the family therapeutic approach to eating disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 56(1), Pp 36-42.
- Villarino H. (2009). Karl Jaspers. La comunicación como fundamento de la condición humana. Santiago de Chile: Mediterráneo
- Von Bertalanffy, L. (1976) *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondos de Cultura Económica.
- Wynne, L. C., Ryckoff, I. M., Day, J. y Hirsch, S. I. (1958) Pseudo-mortality in the family relations of schizophrenic. *Psychiatry*, 21, Pp 205-220
- Zuna, N.I., Turnbull, A. y Summers, J.A. (2009). Family Quality of Life: Moving from Measurement to Application. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 6. Pp 25-31.