



Aproximaciones a la intervención del terapeuta ocupacional en la familia

*Marta Lucía Santacruz

RESUMEN

Este artículo intenta aproximar los fundamentos de la terapia sistémica al ejercicio del Terapeuta Ocupacional en personas con discapacidad congénita, adquirida o por enfermedad profesional, como una herramienta importante y complementaria de sus procesos de intervención, ya que asume el contexto familiar como elemento constitutivo de los procesos de recuperación. De igual manera, propone la integración de aspectos sobre la intervención en familia con aquellos que competen a la dimensión psicosocial, que subyace en situaciones de enfermedad o discapacidad, tanto en el sujeto afectado como en el entorno familiar y que predispone de alguna forma a la aparición de dificultades en otro de los miembros o al agravamiento de la que ya se instauró. A su vez deja entrever diversas posibilidades para el Terapeuta Ocupacional cuando se interesa en proyectar su intervención a estamentos externos del contexto institucional, lo que genera en el usuario mayor sentido de compromiso, participación y de pertenencia con su situación y su entorno, favoreciendo de esta manera la recuperación y la calidad de vida familiar. Cualquier abordaje que incluya la participación de la familia requiere que el terapeuta conozca los fundamentos que soportan y orientan dichos procesos, ya que dentro de éstos está implicada de manera importante la salud mental de la persona con discapacidad y su familia. El Terapeuta actual con dominio integral de un proceso de intervención, está en la responsabilidad de favorecer la convivencia de los miembros que sufren o son parte de una situación que genera caos interno, a partir de estrategias psicoeducativas sustentadas en la praxis de la Terapia Ocupacional.

Palabra Clave: Psicoterapia de grupo, terapia familiar, terapia ocupacional.

INTRODUCCIÓN

El contexto familiar merece la atención de los profesionales que trabajan hacia el logro de una mejor calidad de vida de las personas con alguna discapacidad, es decir, la necesidad de proyectar los servicios de atención hacia el entorno que contiene a la persona con una discapacidad o en proceso de rehabilitación, existe y debe ser considerada como

**Terapeuta Ocupacional. Especialista en Docencia Universitaria. Docente Institución Universitaria Fundación Escuela Colombiana de Rehabilitación. Facultad de Terapia Ocupacional.*

prioridad al diseñarse un proceso de intervención, como instrumento que contribuye en el logro de las metas establecidas.

Para desarrollar un programa de intervención que contemple el abordaje de los procesos familiares, el terapeuta ocupacional puede fundamentarse en "El Modelo Familiar Sistémico", el cual se concentra en la influencia de la familia sobre la conducta individual y sostiene que todos los miembros de una familia están fusionados en una red de papeles, posiciones, valores y normas interdependientes, que hace que un individuo afecte de manera directa al sistema familiar entero y de manera correspondiente, las personas se comportan típicamente de manera que reflejan las influencias familiares. Este modelo ofrece herramientas conceptuales que giran alrededor de la dimensión psicosocial del sujeto y su entorno, tanto para la exploración de los efectos de la discapacidad en el bienestar mental de la persona y sobre cómo afecta las relaciones intrafamiliares así, como para establecer la influencia de la dinámica familiar en la aparición y evolución de la discapacidad. Además, aporta elementos terapéuticos para liberar las redes de interacción que se van conformando alrededor de la situación y del miembro con discapacidad que llegan a perpetuar la condición o bien a incrementarla.

En respuesta a esta necesidad, nace la terapia familiar como una forma de terapia de grupo que comenzó a utilizarse en los años 50, al mismo tiempo que surgen otros acontecimientos en las ciencias sociales: comienzan a plantearse los problemas sobre la base de sistemas complejos, los hospitales mentales se estudian como instituciones totales y la ecología se desarrolla como un campo especial; en ese momento los terapeutas se orientan hacia la observación directa de la familia y su abordaje dentro de la problemática de un individuo enfermo. Este tipo de aproximación terapéutica, en lugar de centrarse en las dificultades individuales de los miembros de una familia, propone un trabajo en grupo para mejorar las interacciones grupales y así contribuir al mejor funcionamiento de sus miembros; puede definirse como una terapia de grupo que busca modificar las relaciones dentro de una familia para lograr la armonía.

Según Garcíandía, en *Fundamentos de Psiquiatría Clínica* (2002), afirma que todo ser humano nace, crece, se desarrolla y vive sumergido en un mundo de relaciones, lo cual hace de especial importancia el entendimiento y la comprensión del mundo relacional de las personas y la unidad familiar, la que actúa en función de una homeostasis de interacción propia que

se mantiene a cualquier precio. El objetivo de esta corriente terapéutica es esclarecer los patrones, a menudo ocultos, que mantienen el equilibrio grupal, ayudar a la comprensión grupal de los propósitos de dicho patrón, conocer la pauta que conecta y el vínculo o la conexión entre los individuos.

Por su parte la Terapeuta Ocupacional, Feaver en 1995, conceptualizó para Terapia Ocupacional el contexto familiar, desde la ocupación humana como un sistema dinámico que cambia constantemente y que a su vez afecta el ambiente; la familia es el todo y sus miembros los componentes que lo conforman. El carácter de la familia es el resultado de las características de sus miembros, cómo interactúan entre ellos y cómo reaccionan con otros. De ahí que los terapeutas sistémicos piensen que se identifica como paciente a un miembro de la familia que ésta presenta como "el que tiene el problema, el culpable, el que necesita ayuda", situación, donde el objetivo del terapeuta es ayudar a los miembros a que entiendan que los síntomas del paciente, de hecho, están haciendo la función crucial de mantener la homeostasis familiar. Así, el proceso terapéutico ayuda a revelar unos patrones repetitivos y, en último término, predecibles de comunicación que sostienen y reflejan la conducta del paciente identificado. Se tiene entonces, que la terapia de familia parte de la concepción de que los síntomas patológicos que afectan a un paciente están en relación con su contexto vital. De este modo, los síntomas mentales aparecen en el paciente, pero su origen, desarrollo y evolución están ligados a su círculo de relaciones, de manera que el paciente es el portador del síntoma y con ello está manifestando la disfuncionalidad del contexto de relaciones donde vive. Se tiene entonces, que la terapia familiar sistémica postula que la familia se relaciona como una unidad que posee su propia homeostasis que se mantiene aún cuando el funcionamiento es maladaptativo.

Además, plantea que los problemas familiares obedecen igualmente a reglas veladas de conducta, a desacuerdos sobre quién las define y a distorsiones en la comunicación, es así como se busca reconocer el patrón, a menudo encubierto, que mantiene el balance, ayudar a la familia a comprender el significado de estos patrones y estimular el cambio que dé lugar a un funcionamiento más adaptativo.

Los conceptos fundamentales de la terapia sistémica, son citados por Garcíandía en el libro de *Fundamentos de Psiquiatría Clínica* (2002) y parte del principio que una familia es un sistema, es decir, una unidad de un todo constituido por partes que se relacionan entre sí,



con cualidades propias que no pueden reducirse a la parte, cuya estructura y organización emerge de la relación de sus elementos y a su vez depende de ellos.

En este abordaje, es importante el concepto de homeostasis que se adscribe al de autorganización y se relaciona con la capacidad que tienen los sistemas de modificar sus estructuras cuando se producen cambios en su medio, donde los cambios estructurales que suceden mantienen la estabilidad del sistema, y al mismo tiempo, generan la posibilidad de desarrollar modos de organización más complejos. Dentro de esta teoría, el síntoma como confluencia de factores de la índole que sea, físico, mental o conductual, posee un significado y función individual y familiar, que puede, además de involucrar la familia nuclear, comprometer la extensa y prolongarse transgeneracionalmente. El síntoma se considera complejo, multicausal y polisémico, lo cual implica que posee múltiples lecturas e interpretaciones, ya que en él confluyen aspectos de orden individual intrapsíquico, contextuales actuales y transgeneracionales. Así los síntomas dentro de la terapia de familia tienen un carácter relacional, pues informan de funciones, patrones de relación del sistema, de cultura y de valores. En consecuencia, tiene dos posibilidades de inscripción en el contexto de la familia, lo que hace que el sistema se organice alrededor de éste o que lo genere, o bien, el síntoma puede movilizarse a otro miembro de la familia cuando se presenta la necesidad de mantener la situación disfuncional; dentro de esto, el contexto se considera el marco en el cual la conducta, los mensajes verbales y los no verbales se hacen significativos, y es la fuerza que determina los actos de las personas, por ello su conocimiento es parte esencial del proceso terapéutico.

La terapia familiar se indica para casos de alto grado de conflictividad familiar, en problemáticas de orden mental, desorden emocional en niños y adolescentes, en ciertos trastornos psicossomáticos como el asma, trastornos de la alimentación como anorexia o bulimia, donde exista un grado importante de disfunción familiar que esté afectando a otros miembros o empeorando la situación del paciente, cuando los síntomas o problemas que trae el paciente están directamente relacionados con fluctuaciones en la situación familiar, además cuando es claro que la familia predispone, refuerza y sostiene los problemas del individuo.

Según Clarkin, terapeuta de familia, citado por Beatriz Molina en Fundamentos de Psiquiatría Clínica (2002), se pueden tener en cuenta diversos parámetros para decidir sobre una evaluación y un tratamiento familiar; por ejemplo, cuando el motivo de consulta es un problema familiar o conyugal lo suficientemente serio

como para amenazar las relaciones, la estabilidad laboral, la salud y la capacidad parental, tal como negligencia o maltrato en niños, relaciones conyugales disruptivas y violencia conyugal entre otros. En situaciones de tensión reciente con inestabilidad emocional en varios o todos los miembros de la familia causada por una crisis familiar o algún evento significativo, bien sea una enfermedad incapacitante, herida o muerte de un miembro, pérdida del trabajo, jubilación, matrimonio de un hijo, embarazo premarital, separación o hijo ilegítimo. Cuando más de un miembro de la familia presenta problemas mentales o si la mejoría del paciente se relaciona con formación de síntomas en otro miembro de la misma o con deterioro o inestabilidad de las relaciones familiares, es importante tener en cuenta las constantes recaídas, crisis o rehospitalizaciones de un paciente sin explicación médica aparente, como en ciertos cuadros orgánicos, psicossomáticos y psíquicos. También se recomienda si el problema del paciente está directamente relacionado con dificultades en las relaciones familiares, en casos de fobia escolar, niños que controlan y manejan a sus padres, adolescentes con consumo de droga y delincuencia, entre otros. Además de lo anterior, el abordaje a familia como parte del proceso de intervención, se hace necesaria si se comprende que el paciente pertenece y debe retornar a su contexto familiar, así como reorganizar sus rutinas dentro de éste; cuando la familia no conoce las estrategias para manejar la enfermedad del usuario, modificar las relaciones intrafamiliares y las técnicas compensatorias que facilitan la independencia funcional del paciente como las adaptaciones ambientales, se hace urgente que el terapeuta se desplace al hogar para asesorar y educar a la familia sobre dichos aspectos.

A continuación se mencionan algunas metas y objetivos de la terapia de familia, según Grosser, citado por Haley (1974):

1. Aumentar el campo de percepción, diferenciación y aceptación del yo-sintomático y el yo-alienado y las fantasías conexas entre los miembros de la familia, a través de la liberación y expresión emocional anticipada.
2. Aumentar la capacidad para hacer comprobaciones reales y validaciones consensuales, como chequeo de las proyecciones y distorsiones, teniendo diferentes versiones de los miembros de la familia sobre el mismo suceso, desde sus respectivos puntos de vista, con el fin de incrementar la habilidad individual, para tolerar diferencias de percepción, ambigüedad e incertidumbre, apreciar, respetar y tolerar las necesidades de otros miembros de la familia, así, como las de uno mismo, ya que ellas están relacionadas con diferencias en la percepción.

3. Aceptar la existencia de la enfermedad, desviaciones y diferencias tales como existen dentro del círculo familiar.
4. Liberar y relacionar material inconsciente relativo a los problemas intrafamiliares presentes, de ahí que cuando afloren sentimientos de odio y rechazo entre los miembros, el terapeuta evite que se genere violencia, insultos verbales o la prematura terminación, además facilita la expresión de sentimientos positivos.
5. Motivar a cada miembro de la familia a desarrollar una mayor capacidad para la empatía.
6. Promover la habilidad para tolerar la frustración cuando se confronta con fracasos y pérdidas.
7. Promover la reorganización de los roles de relación, de acuerdo con las nuevas apreciaciones de necesidades recíprocas, percepciones y sentimientos.
8. Facilitar las relaciones objetales fuera del núcleo familiar, neutralizando la fijación-relación simbiótica, como existen dentro del círculo familiar.
9. Preparar para la finalización del tratamiento.

Además de lo anterior, que contempla las necesidades socioemocionales predominantes, la Terapeuta Ocupacional Alicia Trujillo (2002), anota que el Terapeuta Ocupacional se centra, entre otras, en las dificultades de independencia, en el cuidado de sí mismo, cumplimiento de labores de planeación y arreglo del ambiente familiar, manejo de dinero, traslados, cuidado de otros, seguimiento de normas de seguridad y accesibilidad del ambiente físico y social, desarrollo de intereses y uso productivo del tiempo.

Garciandía (2002) en Fundamentos de Psiquiatría Clínica, refiere que este tipo de abordaje terapéutico cuenta con diversas corrientes, que han surgido a partir de la experiencia y la investigación, como los modelos psicodinámicos-experienciales, que se centran en la maduración individual en el contexto del sistema familiar, donde recibe prioridad la comunicación clara y los sentimientos honestamente admitidos.

Por su parte el enfoque estructural, con el psicoterapeuta Nathan Ackerman, pionero de la terapia de familia, maneja un enfoque directivo que se fundamenta en el concepto normativo de familia sana y se basa en el estudio de los límites y las jerarquías dentro del sistema familiar, es decir, es necesario que existan límites entre los diferentes subsistemas, como entre el parental y el filial y hace patente que en todo grupo familiar debe establecerse y mantenerse una jerarquía clara basada en la competencia parental para decidir los asuntos relacionados con la familia y de las relaciones de poder en el contexto familiar.

El psicólogo Carl Whitaker, en 1992, citado por Garciandía en Fundamentos de Psiquiatría Clínica (2002) creó su propio estilo, llamado la terapia del absurdo o modelo experiencial-simbólico, sobre el cual refiere: "mi táctica es una especie de broma, de farsa, un caos inducido" (p.739), llamado hoy una retroalimentación positiva, es decir, se aumenta la patología hasta que los síntomas se destruyan por sí solos. Se trata de un estilo terapéutico orientado al crecimiento, que utiliza métodos directivos, con fuerte influencia psicodinámica. Se basa en el análisis infantil y en la terapia de juego; sus metas son crear un sentimiento de unión entre los miembros de la familia, establecer un sentido de libertad personal, promover la creatividad individual y colectiva y lograr la aceptación de la idea de que la locura personal puede ser vista como un recurso positivo.

El psicoterapeuta Murray Bowen, en 1991, citado por Garciandía en Fundamentos de Psiquiatría Clínica (2002), llama su modelo "sistemas de familia", y aporta el concepto de "la masa indiferenciada del ego familiar", que describe cómo una unidad emocional conglomerada existe en todos los grados de intensidad de la vida familiar. De modo que cada individuo de la familia funciona en cierto ámbito con autonomía, pero en uno de mayor profundidad el grupo familiar es como una unidad indisoluble, absorbente que impide la adecuada diferenciación del individuo.

Por otro lado, la Escuela de Palo Alto, desarrolló lo que se conoce como la terapia de la comunicación; sus fundadores, el antropólogo G. Bateson y el psiquiatra M. Erickson, parten de que la sintomatología o locura de un paciente no depende sólo de las características de su personalidad, sino que está influida y determinada por las estructuras de comunicación existentes en su familia y otros contextos sociales donde se desenvuelve. De esta escuela han surgido la hipnoterapia, la programación neurolingüística, la terapia estratégica y la terapia sistémica.

La Terapia Estratégica, desarrollada por el terapeuta de familia Haley Jay (1974), es una tendencia en la que los problemas familiares son vistos como la consecuencia de patrones de organización disfuncionales de la familia y perturbaciones de adaptación en el contexto. Dentro de esta tendencia, el terapeuta luego de identificar el problema en conjunto con la familia, negocia las metas con ésta y desarrolla estrategias para reestructurar el sistema y efectuar el cambio, de manera que se rompan los factores que mantienen la situación disfuncional.

Por otra parte, la Terapia Sistémica, desarrollada por el grupo de Milán, como continuidad a la Escuela de Palo Alto, a partir de las ideas de Bateson, ve la familia como un sistema cibernético, auto-organizativo, de modo que todos los componentes se relacionan entre sí y los problemas cumplen una función específica para el sistema familiar. La atención se centra en la captación y modificación de los mecanismos de retroalimentación que mantienen la disfuncionalidad y perpetúan los síntomas, para desbloquear a la familia y permitir una reorganización que se definirá independientemente del sistema en sí.

Considerando los aportes que ofrecen las diferentes corrientes, la autora del presente artículo propone que la terapia familiar o sistémica, desde la perspectiva de la terapia ocupacional adquiere importancia para este profesional en la medida que el manejo de un usuario con discapacidad física, sensorial, mental o cognoscitiva, ocasiona repercusiones en la estructura y organización interna del núcleo familiar, lo que reclama un cambio y reorganización de los patrones de convivencia como una respuesta adaptativa a lo que dicha situación genera dentro del contexto. Es así, que abordar al ser humano desde una visión holística, implica para el terapeuta ocupacional orientar sus procesos desde una concepción ecléctica y proyectar su intervención al entorno del usuario, con su mundo de relaciones, es decir, a su familia; además, comprender su dinámica con los conflictos que estén determinando la calidad de sus interacciones y comunicaciones, establecer con la familia los objetivos inmediatos y ofrecer estrategias de solución a problemas de orden habitacional, de desempeño de roles, así como de funcionamiento independiente del usuario, de manera que se posibilite una mejor calidad vida para la familia.

En relación con lo anterior, el Terapeuta Ocupacional dentro de los procesos que competen a su ejercicio profesional y como parte de un equipo interdisciplinario, está en capacidad de abordar la dinámica familiar así:

1. Trabajar los aspectos psicosociales que dicha situación desencadena en el ámbito familiar referente a elementos de rechazo, negligencia, sentimientos de vergüenza, frustración, culpa e impotencia, conductas de abandono, maltrato, o bien el posible rompimiento de la estructura familiar.
2. Promover en la familia el proceso de duelo, de comprensión, aceptación y toma de conciencia de la problemática de un miembro y de la situación familiar que ello haya generado.
3. Prepararlos para asumir los cambios necesarios a nivel del ambiente físico relacionados con las adaptaciones ambientales que las características de la discapacidad

exijan, y recomendar las adaptaciones y compensaciones convenientes.

4. Asesorar y contener a la familia para asumir los cambios en la estructura organizacional interna de sus patrones de convivencia en relación con la redistribución de roles entre los miembros sanos como medida de apoyo a las necesidades del usuario.
5. Reforzar los procesos de comunicación cuidando de no obviar la participación del enfermo o bien aprender nuevos esquemas de comunicación que ayuden a superar el estrés generado por la situación.
6. Diseñar estrategias en relación con el manejo de rutinas de la familia que minimicen la sobrecarga en los miembros de manera que no se convierta en fuente de conflictos relacionales.
7. Educar a la familia en estrategias para la motivación del usuario hacia su independencia funcional y su aprendizaje de técnicas para lograrlo.
8. En usuarios con limitaciones cognoscitivas, el Terapeuta además de trabajar los aspectos psicosociales que dicha situación desencadena en el contexto relacional, capacita a la familia sobre estrategias para estimular en el usuario las habilidades para solución de problemas básicos que minimicen su dependencia funcional y asumir roles que apoyen las rutinas diarias.
9. En problemáticas mentales, se trabaja dentro del núcleo familiar la reorganización de roles y rutinas del usuario, el conocimiento de la enfermedad y sus repercusiones en el desempeño ocupacional del enfermo, la toma de conciencia sobre la importancia de la medicación, los beneficios del proceso terapéutico para la prevención de la crisis, el manejo del tiempo libre y productivo en el usuario como parte de su recuperación y mantenimiento, teniendo en cuenta de manera importante la aceptación de la condición del usuario.

La autora de este artículo considera en su documento inédito Enfoque Sistémico (2002) que dentro del abordaje del Terapeuta Ocupacional en el campo de la terapia de familia, se encuentran aproximaciones que responden a lo que plantean las corrientes de manejo estratégicas, donde a partir de la observación e identificación del problema se planteen soluciones; es así, como el Terapeuta se presenta con habilidades para la solución de problemas y de manera gradual incrementa la participación de la familia en relación con el planteamiento de posibles soluciones a los conflictos actuales que, acompañados por el terapeuta han llegado a identificar; de esta forma, el Terapeuta y el cliente (usuario y familia), entran dentro de un contexto de exploración, creatividad y descubrimiento donde el Terapeuta se convierte en educador y facilitador de procesos de cambio.

Para llevar a cabo la intervención en familia desde los fundamentos teórico-prácticos de la Terapia Ocupacional, se proponen diferentes estrategias y técnicas, derivadas del análisis efectuado a las citas referidas, así como de la experiencia práctica de la autora tales como: la realización de la entrevista con fines evaluativos, de seguimiento del proceso y aseoría a la familia, con base en diversos cuestionamientos, retomados de James Hansen y Stanley Cramer (1984), que buscan explorar la forma como está influyendo la situación actual en la familia, la percepción que tienen de la misma, cómo afrontan el estrés resultante, la visión que tienen de su miembro con discapacidad, las redes de apoyo con que cuentan y de manera importante la reorganización que ha ocurrido en su interior y si ésta contribuye con la solución del problema o lo mantiene.

A partir de lo anterior, surgen estrategias que se consideran propias de Terapia Ocupacional, que van de manera directa a la psicoeducación de la familia, es decir, comprende la terapia familiar educativa cuyos objetivos son mejorar la habilidad de la familia para conocer y manejar la enfermedad del paciente, lo que parece evitar a largo plazo un mayor número de recaídas. Dentro de esto, la terapeuta asume el rol de facilitador para la comprensión de la problemática y de las reacciones de los miembros ante esta, llevando igualmente a la aceptación de sentimientos, afirmación de las fortalezas de sus miembros y promoviendo procesos de comunicación abierta con el fin de lograr la cohesión y el apoyo necesario entre sus miembros para superar la crisis. Se trabaja además, ordenar los problemas por prioridades y de manera gradual se van asignando tareas.

Por otra parte, el plan casero aunque no corresponde a una estrategia exclusiva de la terapia familiar, se propone para Terapia Ocupacional dentro de esta aproximación, ya que involucra la participación de los miembros de la familia como apoyo que motiva al usuario para realizar la tarea que el Terapeuta le ha dejado y se convierte en la proyección y fortalecimiento de su tratamiento, o bien, implica tareas que debe realizar la familia como parte del proceso de recuperación y superación de la crisis.

Las adaptaciones ambientales, que competen de manera importante al Terapeuta Ocupacional, tienen como objetivo fundamental ayudar al usuario a vivir lo más independientemente posible para mejorar así la calidad de vida de él y su familia, además favorece las

relaciones y minimiza los posibles conflictos de convivencia. Abarca los cambios en el espacio físico o ambiente que facilitan el acceso y la movilidad a los que tienen una discapacidad física. Se debe tener en cuenta que cuando se evalúa el ambiente para efectuar adaptaciones potenciales, el Terapeuta Ocupacional debe considerar la condición psicosocial del cliente y su familia para dichos cambios y las modificaciones que son factibles dentro del entorno físico y relacional.

Para llevar a cabo lo anterior, se cuenta con la visita y asistencia domiciliaria, herramienta definida como una entrevista efectuada en el domicilio del usuario para profundizar la comprensión del diagnóstico y su situación actual; es un estudio desde la observación



del ambiente familiar que posibilita poner en evidencia aspectos de adaptación e inadaptación entre el individuo y el ambiente donde vive, su organización habitual, espacio físico y el sistema de relaciones. Por otra parte, la Terapeuta Ocupacional Alicia Trujillo (2002), la asemeja al concepto de "Desempeño en casa" referido como los servicios que ofrece el terapeuta ocupacional a las personas con discapacidad y a sus cuidadores en el ambiente familiar, de manera que puedan asumir con la mayor autonomía y eficiencia posible sus actividades y responsabilidades de manejo del hogar, distribución del tiempo y atención a otras personas, es decir, se atiende el desempeño ocupacional a la luz de variables funcionales, cognitivas y socioculturales y centra el manejo terapéutico en las responsabilidades reales que debe asumir la persona en su vida cotidiana.

BIBLIOGRAFIA

- CAMPANINI ANA MARIA, LUPPI FRANCESCO.** Servicio social y modelo sistémico. Paidós terapia familiar. Barcelona. 1998.
- FLOREY LINDA.** Occupational Therapy for child and adolescent mental health. Edited by Lesley Lougher. Churchill Livingstone. Edinburgh London. 2001
- GOMEZ C, HERNANDEZ G, ROJAS A, SANTACRUZ H, URIBE M.** Fundamentos de psiquiatría clínica: Niños, adolescentes y adultos. Centro Editorial Javeriano. Bogotá. 2002.
- HALEY JAY.** Tratamiento de la familia. Ediciones Toray Barcelona. 1.974.
- HANSEN JAMES, CRAMER STANLEY.** Perspectives on work and the family. The Family therapy collections. AN aspen Publication. Rockville, Maryland. 1.984.
- KAPLAN H, SADOCK B.** Sinopsis de psiquiatría. Editorial Médica Panamericana, Madrid. Williams and Wilkins, Baltimore. 1.999.
- SANTACRUZ, MARTA LUCIA.** Enfoque Sistémico. Documento inédito. 2002
- SUE DAVID, SUE DERALD, SUE STANLEY.** Comportamiento anormal. Editorial Mc Graw Hill. México. 1.996.
- TORO RICARDO, YEPES LUIS,** Fundamentos de medicina: psiquiatría. Corporación para investigaciones Biológicas. Medellín. Colombia.1.997.
- TRUJILLO Alicia.** Terapia Ocupacional conocimiento y práctica en Colombia. Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogota. 2002.
- WILLARD / SPACKMAN.** Terapia Ocupacional. Editorial Panamericana. Madrid. 1.998.