

Ahijado Guzmán, Zulema
Alonso Gómez, Raquel
Avellón Calvo, Mónica
Bacelar Pereira, Karina
Báez López, Marta
Barriocanal Gil, Eduardo
Béjar Trancón, Agustín
Calavia Balduz, Jose Maria
Castro García, Gema
Castro Masó, Ángeles
Catalina Fernández, Cristina
Delgado Campos, Rafael
Elúa Samaniego, Ana
Estalayo Hernández, Ángel
Esteban Arroyo, Angélica
Fandiño Pascual, Ricardo
González González, Francisca
González Serrano, Fernando
Gutiérrez Sebastián, Raúl
Hernanz Ruiz, Manuel
Iriondo Villaverde, Odei
Knobel Freud, Joseph
Laita de Roda, Paula
Laudó, Isabel
López-Palop de Piquer, Beatriz
Martín Ávila, Esther
Mezzatesta Gava, Marcela
Mira Pérez, Jorge
Morer Bamba, Bárbara
Ortega López-Alvarado, Pablo
Panera Uribe, Consuelo
Pastor Jordá, Carolina
Pedrón Giner, Consuelo
Quintana Velasco, José Luis
Requejo Báez, Berta
Rubio Plana, Amanda
Sandoval Intxaurrendieta, Teresa
Sanz Herrero, Beatriz
Serrano Coello de Portugal, África
Socorro Carrié, Michel
Vivancos Gil, Daniel
Uría Rivera, Teodoro

N.º 62
2º semestre

2016

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

SEΨPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

ISSN: 1575-5967

Miembro de la International Association Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions
de la European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector y
de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.)

Cuadernos de Psiquiatría
y Psicoterapia del Niño
y del Adolescente

La Revista Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente es una publicación semestral dirigida a profesionales de la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia. Está especializada en las temáticas relacionadas con la psicología clínica, la psiquiatría y la psicoterapia de niños y adolescentes desde un punto de vista psicoanalítico.

La revista admite publicaciones presentadas en los Congresos anuales de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) así como las comunicaciones libres seleccionadas para su presentación en dichos congresos. También admite conferencias y aportaciones libres.

Su publicación es en castellano aunque permite la contribución original de trabajos en inglés.

Los editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

DIRECTOR DE PUBLICACIONES

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

CONSEJO DIRECCIÓN

Directora: Leire Iriarte Elejalde (Bilbao)

Director Adjunto: Francisco Vaccari Remolina (Bilbao)

COMITÉ EDITORIAL

Daniel Cruz Martínez (Barcelona)
Margarita Alcamí Pertejo (Madrid)
Ángeles Torner Hernández (Madrid)
Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
Aurelio J. Alvarez Fernández (Asturias)

Ainara González Villanueva (Bilbao)
Fernando González Serrano (Bilbao)
Agustín Béjar Trancón (Badajoz)
María Dolores Gómez García (Sevilla)
Encarnación Mollejo Aparicio (Madrid)

COMITÉ ASESOR

Jaume Baró Universidad de Lleida (Lleida)
Michel Botbol Universidad de Bretaña Occidental (París)
Alain Braconnier Centro Alfre Binet (París)
M^a Luisa Castillo Asociación Psicoanalítica Madrid (Bilbao)
Miguel Cherro Aguerre Universidad del Desarrollo Montevideo
Ana Estevez Universidad de Deusto (Bilbao)
Graziela Fava Vizziello. Universidad Padova (Padova)
Marian Fernández Galindo (Madrid)
Osvaldo Frizzera Universidad UCES (Buenos Aires)
Pablo García Túnez (Granada)
Bernard Golse Univesidad Paris Descartes (Paris)
Carmen González Noguera (Las Palmas)
Susana Gorbeña Etxebarria Universidad Deusto (Bilbao)
Leticia Escario Rodríguez (Barcelona)
Philippe Jeammet Universidad Paris VI (Francia)
Beatriz Janin Universidad UCES (Buenos Aires)
Paulina F. Kernberg University Cornell (Nueva York) †
Otto Kernberg University Cornell (Nueva York)
Cristina Molins Garrido (Madrid)

Juan Larbán ADISAMEF (Ibiza)
Alberto Lasa Zulueta Universidad del País Vasco (Bilbao)
Ana Jiménez Pascual Unidad USMIJ(Alcázar de San Juan)
Mercè Mabres Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)
Roger Misés (París)
Marie Rose Moro Univesidad Paris Descartes (Paris)
Francisco Palacio Espasa Universidad de Ginebra (Suiza)
Fátima Pegenaute Universitat Ramon LLull (Barcelona)
María Cristina Rojas Universidad UCES (Buenos Aires)
Rosa Silver (Universidad de Buenos Aires)
Mario Speranza Centro Hospitalario Versalles (Francia)
Remei Tarragò Riverola Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)
Jorge Tizón García (Barcelona)
Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián)
Koldo Totorika Pagaldai Universidad del País Vasco (Bilbao)
Eulalia Torras Fundación Eulàlia Torras (Barcelona)
Mercedes Valle Trapero Hospital Clínica San Carlos (Madrid)
Francisco José Vaz Leal (Universidad de Extremadura)
Juan Manzano Garrido (Ginebra)

INDICE:

El lugar actual de las familias en la asistencia clínica en salud mental de niños y adolescentes <i>Fernando González-Serrano, Manuel Hernanz Ruiz y Consuelo Panera Uribe</i>	9
Análisis del rechazo infantil, más allá del maltrato emocional <i>Michel Socorro Carrié</i>	17
La interconsulta hospitalaria en salud mental infanto-juvenil: un modelo internacional <i>Raquel Alonso Gómez, Bárbara Morer Bamba, Gema Castro García y Pablo Ortega López-Alvarado</i>	27
El encuadre en contextos de intervención convivencial de protección de menores y justicia juvenil. Intervención psicoterapéutica en instituciones <i>Ángel Estalayo Hernández, Olga Rodríguez Ochoa y Raúl Gutiérrez Sebastián</i>	33
¿Qué hacer con Bartleby? Pensando emociones ante una gran inhibición <i>Agustín Béjar Trancón</i>	43
Trabajo focalizado en las emociones con adolescentes <i>Jose María Calavia Balduz, Beatriz López-Palop de Piquer, Paula Laita de Roda, Eduardo Barriocanal Gil y Daniel Vivancos Gil</i>	47
La coterapia: Una adaptación técnica en psicoterapias con familias de riesgo <i>Isabel Laudo</i>	55
Grupo paralelo de padres y niños con síntomas de hiperactividad <i>Cristina Catalina Fernández, José Luis Quintana Velasco, Mónica Avellón Calvo y Ana Elúa Samaniego</i>	59
Entre lo interno y lo externo: Una experiencia de juego grupal para la creatividad compartida <i>Odei Iriondo Villaverde, Carolina Pastor Jordà, Angélica Esteban Arroyo y Ángeles Castro Masó</i>	67
Un obstáculo en la psicoterapia de la adopción <i>Joseph Knobel Freud</i>	71
Intervención psicológica en una adolescente con dolor crónico <i>Esther Martín Ávila</i>	75
Duelo, migración y adolescencia, a propósito de un caso <i>Marcela Mezzatesta Gava</i>	79
Psicoterapia con adolescentes en conflicto. Cartografía y navegación <i>Ricardo Fandiño Pascual y Karina Bacelar Pereira</i>	89
Variaciones del encuadre. Reflexiones en torno a Daniel, un niño con TEA y su familia <i>Berta Requejo Báez</i>	93
Intervención en el contexto de adopción: La función del equipo técnico <i>Teresa Sandoval Intxaurreandieta</i>	101
Sostener la cuchara. La alimentación en niños con soporte artificial, trabajo en grupo de padres <i>Beatriz Sanz Herrero, Francisca González González y Consuelo Pedrón Giner</i>	105
El grupo multifamiliar en el hospital de día de niños <i>Teodoro Uría Rivera, Zulema Ahijado Guzmán, África Serrano Coello de Portugal, Jorge Mira Pérez y Amanda Rubio Plana</i>	109
Taller madres adolescentes embarazadas <i>Marta Báez López</i>	117
Consideraciones psicolegales sobre el abandono voluntario de menores de centros de protección en la modificación del sistema de protección a la infancia y la adolescencia <i>Rafael Delgado Campos</i>	131

Edición: Selene Editorial, S.L. C/ Jerez, 21 (28231) Las Rozas, Madrid. www.editorialselene.com

Impresión: Sorles, León

E-mail de información y envío de artículos: publicaciones@sepyrna.com

Página Web: <http://www.sepyrna.com/revista-sepyrna/>

Depósito Legal: M-35677-1985 / ISSN: 1575-5967

Periodicidad: semestral

Suscripción anual: 60 €

Precio por ejemplar: 35 €

La Revista **Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente** está incluida en los siguientes índices y bases de datos:

- LATINDEX: Sistema Regional de Información en línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. <http://www.latindex.unam.mx>
- PSICODOC: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. <http://www.psicodoc.org/acerca.htm>
- DIALNET: Portal bibliográfico sobre literatura científica hispana. Categoría B según los criterios de evaluación de revistas de CIRC (Clasificación Integrada de Revistas Científicas). <http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=16139>
- ISOC: Base de datos de sumarios ISOC-CSIC. <http://www.cindoc.csic.es/servicios/isocinf.html>
- DULCINEA: Acceso abierto a la producción científica en España. <http://www.accesoabierto.net/dulcinea/consulta.php?directorio=ulcinea&campo=ID&texto=1980>
- FEAP: Anuario de publicaciones de Psicoterapia en Lengua Española. <http://www.feap.es/anuarios/2010/html/RevSP13.html>
- IBECs: Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud. <http://ibecs.isciii.es/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&base=IBECs&lang=e>
- EBSCO: Base de datos que ofrece textos completos, índices y publicaciones periódicas académicas que cubren diferentes áreas de las ciencias y humanidades. <http://www.ebsco.com/>

Sistema de selección de los originales:

- Publicación de ponencias presentadas en los Congresos anuales de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.)
- Selección de comunicaciones presentadas en los Congresos de S.E.P.Y.P.N.A.
- Conferencias.
- Aportaciones libres

Los Editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

JUNTA DIRECTIVA DE SEPYRNA

Presidente:	Fernando González Serrano (Bilbao)
Vicepresidente-tesorera	Encarnación Mollejo Aparicio (Madrid)
Vicetesorero:	Margarita Alcamí Pertejo (Madrid)
Secretaria:	Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
Vicesecretaria:	Angeles Torner Hernández (Madrid)
Vocales:	Aurelio J. Alvarez Fernández (Asturias)
	Agustín Bejar Trancón (Badajoz)
	Daniel Cruz Martínez (Barcelona)
	María Dolores Gómez Garcia (Sevilla)
	Leire Iriarte Elejalde (Bilbao)
Responsable de publicaciones:	Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

Página web: www.sepypna.com

INDEX:

The current place of families in clinical care of child and adolescent mental health <i>Fernando González-Serrano, Manuel Hernanz Ruiz y Consuelo Panera Uribe</i>	9
Analysis of child rejection, beyond emotional maltreatment <i>Michel Socorro Carrié</i>	17
Interdisciplinary consultations in child and adolescent mental health: an international model <i>Raquel Alonso Gómez, Bárbara Morer Bamba, Gema Castro García y Pablo Ortega López-Alvarado</i>	27
The setting in contexts of convivial intervention for the protection of minors and juvenile justice. Psychotherapeutic intervention in institutions <i>Ángel Estalayo Hernández, Olga Rodríguez Ochoa y Raúl Gutiérrez Sebastián</i>	33
What to do with Bartleby? Thinking emotions within a great inhibition <i>Agustín Béjar Trancón</i>	43
Emotion-focused work with adolescents <i>Jose María Calavia Balduz, Beatriz López-Palop de Piquer, Paula Laita de Roda, Eduardo Barriocanal Gil y Daniel Vivancos Gil</i>	47
Cotherapy: a technical adaptation in psychotherapies with families at risk <i>Isabel Laudo</i>	55
Parallel group of parents and children with symptoms of hyperactivity <i>Cristina Catalina Fernández, José Luis Quintana Velasco, Mónica Avellón Calvo y Ana Elúa Samaniego</i>	59
Between the internal and the external: an experience of group game for shared creativity <i>Odei Iriondo Villaverde, Carolina Pastor Jordà, Angélica Esteban Arroyo y Ángeles Castro Masó</i>	67
An obstacle in the psychotherapy of adoption <i>Joseph Knobel Freud</i>	71
Psychological intervention in an adolescent with chronic pain <i>Esther Martín Ávila</i>	75
Mourning, migration and adolescence, about a case <i>Marcela Mezzatesta Gava</i>	79
Psychotherapy with adolescents in conflict. Cartography and navigation <i>Ricardo Fandiño Pascual y Karina Bacelar Pereira</i>	89
Variations of the setting. Reflections on daniel, a child with asd and his family <i>Berta Requejo Báez</i>	93
Intervention in the context of adoption: the role of technical team <i>Teresa Sandoval Intxaurrendieta</i>	101
Holding the spoon. The feeding in children with artificial support, work in group of parents <i>Beatriz Sanz Herrero, Francisca González González y Consuelo Pedrón Giner</i>	105
Multi-family group at children's day hospital <i>Teodoro Uría Rivera, Zulema Ahijado Guzmán, África Serrano Coello de Portugal, Jorge Mira Pérez y Amanda Rubio Plana</i>	109
Adolescent mothers workshop <i>Marta Báez López</i>	117
Psycholegal considerations on minors' voluntary abandonment of protection centers in the modification of the protection system for childhood and adolescence <i>Rafael Delgado Campos</i>	131

EL LUGAR ACTUAL DE LAS FAMILIAS EN LA ASISTENCIA CLÍNICA EN SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES*

THE CURRENT PLACE OF FAMILIES IN CLINICAL CARE OF CHILD AND ADOLESCENT MENTAL HEALTH

Fernando González-Serrano**, Manuel Hernanz Ruiz*** y Consuelo Panera Uribe****

RESUMEN

Partiendo de unas reflexiones generales sobre la diversidad de entornos familiares, en paralelo a los cambios acelerados en las sociedades desarrolladas de la globalización en las últimas décadas, los autores revisan la influencia que aquellos tienen en la clínica y la asistencia a la salud mental de niños y adolescentes hoy. Para ello se apoyan en una comprensión del desarrollo psíquico y de la personalidad -imprescindible en nuestro trabajo- en este caso psicodinámica y relacional, y en la pertinencia del concepto de alianza terapéutica. Finalmente se plantean algunas adaptaciones posibles en la atención a las familias para facilitar los procesos terapéuticos y asistenciales.

Palabras clave: familias; desarrollo psíquico; alianza terapéutica; salud mental de niños y adolescentes.

ABSTRACT

Starting with some general reflections on the diversity of family environments and the rapid changes in the developed societies of globalization in recent decades,

the authors will review their influence in the assistance of current child and adolescent mental health. To do so, they will rely on an understanding of psychic development and personality. A regard both psychodynamic and relational of this understanding, as well as the relevance of the concept of Therapeutic Alliance, will be fundamental in our work. Finally, some possible adjustments in the care of families were made in order to facilitate the therapeutic and care processes.

Key Words: families; psychic development; therapeutic alliance; child and adolescent mental health.

INTRODUCCIÓN

En primer lugar, queremos manifestar que nuestra manera de comprender tanto el lugar de la familia como el modo de organización de la personalidad y el funcionamiento mental del niño y del adolescente se basa en la concepción, psicodinámica y relacional, de la que ya es conocida como escuela de Ginebra. En concreto queremos hacer un reconocimiento especial a los aprendizajes e intercambios con J. Manzano y F. Palacio-

* Ponencia presentada en el XXVIII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "La técnica en psicoterapia en sus diversas aplicaciones" tuvo lugar en Burlada (Navarra) los días 15 y 16 de abril de 2016. Acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las profesiones Sanitarias de Navarra.

** Psiquiatra y Psicoterapeuta. Jefe del Servicio de Niños y Adolescentes. Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. E-mail: fernando.gonzalezserrano@osakidetza.eus

*** Psicólogo Clínico y Psicoterapeuta. Centro de Salud Mental de Niños y Adolescentes de Uribe. Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

**** Psicólogo Clínico y Psicoterapeuta. Centro de Salud Mental de Niños y Adolescentes de Bilbao. Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

España facilitados por Alberto Lasa, y asimismo incluir a N. Nanzer y otros autores, a través de la lectura de sus artículos (Manzano et al, 2002; Nanzer et al, 2012).

Nos parece importante subrayar algo que sabemos evidente: en relación a nuestro objeto de conocimiento -el ser humano- nos movemos en un terreno siempre complejo. Conviene recordarnos a menudo a nosotros mismos que nuestras teorías requieren un cuestionamiento permanente y abierto a las nuevas realidades. Volviendo a nuestro tema -el estudio o comprensión de las familias hoy- nos movemos en una considerable incertidumbre: a veces encontramos alguna respuesta, otras debemos aceptar la limitación de nuestro conocimiento acerca de situaciones nuevas, complejas y cambiantes que afectan al lugar de niños y adolescentes y que, a menudo, colorean la expresión psicopatológica (Lazartigues et al, 2007). Entre ellas podemos citar los nuevos modelos de familia y ejercicio de la parentalidad, las adopciones internacionales, las nuevas definiciones de la psicopatología y de los trastornos de la salud mental (Trastornos del espectro autista TEA, hiperactividad, Trastorno por desregulación emocional).

La realidad es que cada vez se nos reclama más a los clínicos y profesionales -más demandas tanto asistenciales como a nivel de nuestras opiniones de "expertos" o apelando a la "evidencia" de nuestros conocimientos en base a la investigación- con sus efectos paradójicos: nos halaga y, al mismo tiempo, nos incomoda o nos desborda.

Vamos a tratar de focalizar nuestras reflexiones y acercarlas al terreno práctico. Queremos puntualizar que vamos a dejar de lado expresamente situaciones que implican a las familias de manera especialmente intensa y que necesitarían un desarrollo más extenso y específico como son las referidas a niños y adolescentes con Trastornos Mentales Graves o TEA, los que viven en entornos sociofamiliares muy carenciados o literalmente de pobreza, y los inmersos en situaciones de adopción.

CAMBIOFAMILIARES COMO REFLEJO DE NUEVA SOCIEDAD (INDIVIDUO-FAMILIA-SOCIEDAD: INTERACCIÓN E INFLUENCIA CONTINUA Y COMPLEJA)

Empezaremos relatando 3 situaciones asistenciales cotidianas que vemos con cierta frecuencia en nuestras consultas.

1ª viñeta: Ane es una niña de 6 años y de rasgos orientales, de una llamativa vivacidad, inteligencia y

seducción desde los primeros momentos de la consulta. Le acompañan sus 2 papas varones que asisten embelesados a su desenvoltura y dominio de la nueva situación. La adoptaron cuando ella tenía 6 meses. Evitaré extenderme sobre el periodo previo de papeleos burocráticos y viajes que parecían no tener fin. Consultan por lo que muy finamente interpretan como actitudes tiránicas y caprichosas de su hija, que ellos soportan estoicamente y a la vez con admiración, pero no así el entorno social-escolar que ve en estos comportamientos indicios de un incipiente trastorno de atención con hiperactividad y disregulación emocional, y un riesgo para su futuro académico.

2ª viñeta: Maria y Jon, hermanos de 14 y 12 años, hijos de un matrimonio con buen nivel cultural y laboral. En la primera consulta, a la que acuden solo los padres, impresionan por su alto nivel de expresividad emocional y por la intensidad de sus divergencias explícitas en la comprensión y respuesta a los comportamientos y conflictos con sus hijos, entremezcladas con referencias a sus tensiones y frustraciones conyugales. Sabemos que en el periodo de la pubertad y adolescencia la presencia y actitudes de los padres reales adquiere una importancia fundamental cuando aparecen los problemas (y siempre aparecen) en los hijos para intentar crear un entorno de seguridad que haga contrapeso a las incertidumbres identitarias del adolescente. Plantean la consulta para la hija mayor que, con inusitada brusquedad y violencia, ha comenzado a mostrar sus exigencias de autonomía así como reclamado y externalizado en su cuerpo su estrenada sexualización, lo que sin duda ha chocado frontalmente con la propia sexualidad de los padres, enormemente confundidos frente a ella. Pero también el hijo parece unirse al desconcierto familiar al adoptar comportamientos bizarros y provocadores, que parecen competir, pero en un sentido evolutivo aparentemente contrario e infantil, con los de la hermana, al menos al requerir la atención de los padres.

3ª viñeta: Manuel, varón de 13 años, un cerebrín con cierta apariencia narcisista e intereses poco masculinos, es traído a consulta -un poco a regañadientes, ya que es el colegio el que les insiste- por su madre. Joven inmigrante, luchadora desde que llegó a su nuevo país hace 4 años, de llamativa belleza. Les acompaña su pareja, un varón de edad claramente mayor que ella, al que conoció aquí y con el que conviven junto con un nuevo bebé de ambos. El motivo de consulta son los repetidos conflictos de Manuel con los compañeros de colegio, compatible con lo que cada vez más se conceptualiza como acoso escolar.

Seguro que todos podríamos contar situaciones asistenciales similares. Aunque supongo que los más jóvenes y los aficionados a las series de televisión, no pasarán por alto que estas situaciones bien podrían ser las que, rondando la parodia, nos muestran los protagonistas de “Modern Family”, serie estadounidense repetidamente premiada y de enormes audiencias también en nuestro país.

Nuestra sociedad cambia a ritmo vertiginoso. Quizás la característica más reseñable, por encima de los cambios en sí, es la velocidad a la que estos se producen y por tanto las limitaciones para metabolizarlos: elaborarlos solemos decir nosotros. Incluso esta nueva realidad, que en muchas ocasiones asusta por lo que conlleva de incertidumbre, se llega a sacralizar y convertir en un valor ideal: la permanente innovación, la adaptabilidad a los nuevos tiempos, tecnologías, hábitos,...

Los filósofos hablan de sociedad narcisista, de la positividad, de la transparencia (Han, 2012, 2013). Responde cada vez más a ideales de éxito, bienestar y realización individual en la que se admira más el decir (hacer) todo lo que se piensa (y siente) por encima del pensar (y sentir) lo que se dice (se hace). Y el lugar del otro, de los demás, como referentes de la subjetividad, del deseo y la comunicación parece estar perdiendo importancia. Se toleran mal el sufrimiento y el dolor – intrínsecos de la condición humana- sentimientos que pasan a ser calificados como negativos.

Evidentemente vivimos en sociedades que –al menos en apariencia, y así se pregona a modo de credo- nos ofrecen múltiples posibilidades de vida y realización personal. Sin duda más que nunca en la historia del ser humano. Pero conlleva unos riesgos, y pasa una factura a los sujetos que, probablemente, se refleja en el aumento de la hiperactividad y la depresión, tanto en niños como en adolescentes y adultos (Han, 2012).

En nuestra disciplina se van imponiendo nuevas situaciones en las consultas: hijos nacidos de diversas técnicas de Reproducción Medicamentada Asistida, adopciones homoparentales, las derivadas de menores con Disforia de género (hasta hace poco Trastornos de la identidad sexual); o más habituales como las familias multiparentales o reconstituidas de maneras diversas tras separaciones o divorcios, la ausencia o el cuestionamiento de roles considerados nucleares (lugar simbólico del padre) en las familias que responden al modelo clásico, o las variaciones culturales inherentes a los entornos de niños inmigrantes,... Nos plantean como podemos atender e integrar en el trabajo clínico estos

entornos familiares cambiantes. Esto incluye tanto el lugar que les otorgamos en la realidad externa del niño y en el proceso asistencial, como en la realidad interna, en el mundo de fantasías y afectos del niño, en el proceso terapéutico.

Hoy más que nunca, el individualismo -valor nuclear de las sociedades postmodernas de la globalización, regidas por el neoliberalismo- deja al sujeto privado de referentes sociales compartidos (valores, ideales, límites) (Han, 2013). Asistimos, al mismo tiempo, a una idealización de las relaciones privadas intrafamiliares y, a la vez, unos roles más inciertos e inestables en sus participantes.

Otra de las paradojas actuales afecta al lugar (idealizado) del hijo o del niño fruto de una cuidadosa planificación, que choca con la escasa disponibilidad, tolerancia hacia sus necesidades evolutivas y su dependencia. No hay tiempo para compatibilizar con la plenitud personal y profesional (y esto vale para varones y mujeres). P. Denis ya hablaba en su intervención en el congreso nacional de SEPYPNA de Bilbao en 2009, de que los cambios sociales y familiares acarrear con las nuevas maneras de criar a los niños -la tendencia a la socialización precoz- discontinuidades relacionales, con (potenciales) consecuencias psicopatológicas “de un alcance difícil de valorar hoy” (Denis, 2010). Asistimos a situaciones escindidas: por un lado, la continuidad idealizada de los afectos compartidos permanentemente entre padres e hijo; por otro, una incesante discontinuidad en las relaciones reales, ya desde bebés. Ello implica un esfuerzo adaptativo para el niño a veces desorganizador (de nuevo podemos pensar en la epidemia de hiperactividad en las aulas de educación infantil).

La función de la familia como trasmisor de valores y límites se va abandonando (cediéndose a las instancias públicas, incluidas las sanitarias) en beneficio de una casi única función de transmisión emocional y relacional con una finalidad prioritaria de tipo narcisista, tanto para adultos como para hijos (Jeammet, 1995; Corcos y Jeammet, 2002; Lazartigues et al, 2007). Solo se comparten los afectos positivos y se busca evitar los conflictos -inherentes al desarrollo- lo que se traduce en una escasa integración de los aspectos libidinales y agresivos de las funciones parentales (Nauer, 2012). Nunca se ha dicho con tanta insistencia no se nos ha enseñado a ser padres. Se busca o delega, como decíamos antes, en instancias externas, al mismo tiempo que se las critica severamente (escuela, instituto, policía, jueces, instituciones de menores). Da la impresión de que nunca ha habido tantas intervenciones con menores externas a

la familia: situaciones de acoso escolar, separación de menores de su entorno familiar en situaciones de violencia intrafamiliar, judicialización interminable de procesos de divorcio y guarda-custodia por los progenitores.

Señalaremos para finalizar este primer apartado otras dos características que afectan directa e inevitablemente a nuestra práctica asistencial.

La primera de ellas es el cambio en pacientes y familias hacia un rol más activo en la gestión de su malestar o enfermedad, influencia del consenso social en relación a los derechos ciudadanos. Ello implica adaptaciones en la relación terapéutica inevitables. Los pacientes y las familias reclaman –exigen- a los terapeutas y a las instituciones más que hace unas décadas. Creemos que hay que valorar con cuidado dicha actitud ya que, con cierta frecuencia, esto nos confunde y puede ser interpretado como resistencias o inadecuación de pacientes o familias.

Por último, la influencia del modelo denominado médico (en su vertiente genético-temperamental reduccionista) que plantea una visión etiopatogénica del desarrollo y los trastornos centrada, casi en exclusiva, en alteraciones de las estructuras neurocerebrales. Paralelamente, se ha pasado progresivamente, en estas últimas décadas, de una demanda centrada en el sujeto y su sufrimiento, a una búsqueda-exigencia de diagnóstico y supresión rápida de los síntomas y el malestar. Esto conlleva un riesgo de desimplicación-desresponsabilización de los padres en el desarrollo del hijo, cediendo su papel al médico o terapeuta, o al fármaco (Lasa, 2008), y sumándose al movimiento ya citado de delegación de funciones que antes cumplía la familia hacia el espacio público.

QUÉ ES LO QUE PERMANECE EN LA RELACIÓN ASISTENCIAL CON EL NIÑO Y SU ENTORNO FAMILIAR: COMPRENSIÓN DEL DESARROLLO, ALIANZA TERAPÉUTICA

Hemos elegido –con un objetivo de síntesis- varios conceptos que nos parecen relevantes de nuestro modelo comprensivo del Desarrollo (evidentemente se puede ampliar con otros).

- El conocido concepto de Epigénesis: procedente de las neurociencias, recoge la complejidad del desarrollo temprano y estudia las influencias mutuas entre los procesos de maduración (neurológica incluida) y las variadas experiencias del individuo desde que nace (Ansermet y Magistretti, 2007).
- Un recién nacido, un bebe en sus primeros años,

como consecuencia de su estado de dependencia global, necesita, además de su equipamiento neurobiológico, del Otro, del cuidador. No solo para satisfacer sus necesidades vitales –para sobrevivir- sino también para construir un sentimiento de seguridad y descubrir el mundo.

- La continuidad relacional con un número reducido de personas en los primeros años de vida: sigue siendo –salvo situaciones excepcionales de entornos carenciales o muy patológicos- la mejor garantía para consolidar sentimientos de seguridad interna, base de la personalidad y de la salud mental.
- Las funciones materna y paterna: Denis (2010) hablaba también de la “pasión maternal y el deseo de ocuparse de su bebé que, a menudo, se ve trastocado -desgarrado- por las obligaciones sociales”. No volveremos aquí al tema de la conciliación laboral familiar, y la necesidad de crear verdaderas condiciones para ello, tanto para la mujer como para el varón. El encuentro amoroso madre-padre-hijo con su intensidad necesariamente cambiante, está presente a lo largo de toda la niñez y adolescencia, con sus imperfecciones, y con la aceptación inevitable del distanciamiento y la soledad de hijo y padres, para poder cumplir la finalidad del desarrollo.
- Los movimientos introyectivos y proyectivos propios de las interacciones tempranas: en sus diferentes dimensiones -real, imaginaria y fantasmática (Alvarez et al., 2012)- estos procesos, expresados por los padres, en sus abundantes preocupaciones y fantasías en relación al niño sabemos que tienen su papel sobre la dinámica intrapsíquica de aquel, fundamentalmente estructurante pero también bloqueante o perturbador, sobrecargando o alienando el psiquismo del niño (Lebovici, 1988; Stern, 1997; Manzano, 2001; Manzano et al., 2002; Nanzer et al., 2012; González-Serrano et al., 2013). Complementario de lo anterior son los procesos identificatorios del niño con ambos padres. Según las características de estas interacciones sus efectos se apreciarán ya en el momento del nacimiento del hijo pero dejan su huella o siguen actuando a lo largo de toda la infancia y adolescencia, y nos plantean, en muchas situaciones asistenciales, la necesidad de tenerlos en cuenta y de ayudar a elaborar-resolverlos (Palacio-Espasa, 2007;

Nanzer et al., 2012). Un ejemplo muy resumido se aprecia en el caso reciente de un padre hablando, en una sesión de grupo de padres de adolescentes, de que no sabe cómo responder a las demandas contradictorias del hijo adolescente –con una problemática grave de aislamiento en casa- que le exige de manera fluctuante, su presencia cercana –“¿Por qué tienes que ir a trabajar y no te quedas conmigo en casa?”-, pegado, unas veces, y rechazándole con brusquedad otras. Recuerda entonces, espontáneamente, la falta de comunicación y la sensación de soledad vivida durante su propia adolescencia con sus padres, y rompe bruscamente a llorar mientras dice “no quiero que mi hijo sienta nunca eso conmigo”.

- Los duelos evolutivos en niño y padres: incluido el propio de la condición de convertirse en padres descrito por los autores de la escuela de Ginebra: “se deja de ser hijo para ser padre-madre”. Trabajo complejo de elaboración psíquica que despierta un abanico de emociones contradictorias (exaltación y tristeza, creatividad e impotencia, confianza e inseguridad, angustias diversas en relación a bebé) (Manzano et al., 2002; Nanzer et al., 2012).
- La función de la familia como mediadora entre individuo y sociedad: sigue permaneciendo (¿hasta cuándo?), quizás más presente en las sociedades menos ricas como las del sur de Europa, y desde luego en otras culturas de países menos desarrollados (lo podemos apreciar de cerca en las diferencias de roles en las familias inmigrantes).

El concepto de Alianza Terapéutica nos parece que permanece como central en la actividad asistencial. Sigue siendo esencial para llevar a cabo tanto la evaluación y comprensión de las situaciones clínicas y las demandas de pacientes y familias, así como para proponer, con ciertas posibilidades de éxito, un tratamiento psicoterapéutico, psicoanalítico, o cualquier otra modalidad en nuestra disciplina.

Este concepto va asociado a un aspecto de la transferencia positiva que, a diferencia de la neurosis de transferencia, tendría elementos más racionales-conscientes que buscarían el buen desarrollo del proceso terapéutico (Houzel, 2006). Uno de estos elementos importante es la reciprocidad entre paciente y terapeuta. “Hay en la personalidad de todo paciente –aquí podemos incluir a niño y padres- una parte madura, susceptible de interesarse en la exploración del mundo psíquico,

incluso aunque suponga sufrimiento. Es la adhesión a una experiencia nueva que incluye aspectos emocionales, imaginarios y simbólicos, y que permite entrever otro modo de funcionamiento psíquico...y descubrir la posibilidad, la esperanza, de dar sentido a sus síntomas y a su sufrimiento” (Houzel, 1986). Y en el caso de los padres a los del hijo, añadiríamos.

Las entrevistas iniciales de un proceso asistencial tiene como objetivo –además de la recogida de los motivos de consulta y la anamnesis- el empezar una exploración con el niño o adolescente del significado de los síntomas. Previa o paralelamente, con los padres se realiza un trabajo similar para no iniciar prematuramente un tratamiento. Pensamos que los niños y adolescentes son muy sensibles al consenso o las diferencias entre los adultos que le rodean, y esto incluye, inevitablemente, la relación entre padres y terapeuta.

Hay pocas dudas de que las condiciones para una indicación terapéutica –sea cual sea la edad del niño y del adolescente (quizás con alguna excepción en este caso)- dependen en un primer momento de los padres, de la sensibilidad de estos hacia el mundo psíquico del hijo. Y se necesita un tiempo para que aquellos expresen sus reacciones ante lo que el terapeuta –en lenguaje adecuado para ellos- les trasmite de lo que ha entendido del funcionamiento del niño y al mismo tiempo, de la su historia, personal y como familia. Evidentemente la posibilidad de lo anterior estará muy influida por la calidad de las proyecciones de los padres, como ya hemos dicho (Manzano et al., 2002; Muratori y Palacio-Espasa, 2008; Nanzer et al., 2012). Cuanto más domine la investidura narcisista del hijo más difícil será la aceptación de la propuesta de un tratamiento, especialmente psicoterapéutico. Asistiremos, en mayor o menor medida, no solo a vivir una desconfianza –cuando no un boicoteo- de nuestra actividad, sino también a un aplastamiento de la vida mental y pulsional del hijo. En estos casos se plantea la posibilidad de consultas espaciadas, o bien atender al niño en modalidades que no comprometan de entrada las proyecciones de los padres, o lo que es lo mismo, el proyecto “narcisista” parental. Manzano et al. (2002) plantean hacerse cargo de entrada del hijo en tratamientos tipo centros de día –si es posible- hasta que las proyecciones parentales de carácter negativo puedan irse aliviando.

De la suerte que corra esta relación inicial con la familia, sea la que sea, y las capacidades de facilitarla –cuando sea necesario- dependerá el proceso posterior. Es importante la evaluación de la pertinencia y los riesgos

de la indicación de tratamiento para no añadir con los abandonos más carga de fracaso y culpa, que intensificará las resistencias de los padres.

ALGUNAS INTERVENCIONES Y ADAPTACIONES POSIBLES

La generalidad de los profesionales de la salud mental de niños y adolescentes admitimos hoy la necesidad de trabajar con los padres de los niños que atendemos. Los padres son interlocutores indispensables. Son los depositarios de la historia del niño, y su punto de vista y colaboración activa son indispensables para el éxito, al menos relativo, de cualquier proyecto terapéutico. En casos graves es más evidente, pero también en el resto de la asistencia en general.

Los modos de atención son diversos: entrevistas con ellos solos, consultas terapéuticas padres-niño o madre-niño, terapias de familia, en ocasiones psicoterapia individual para alguno de los padres.

La aceptación, primero, y el análisis (a veces difícil, incluso puede que imposible) de las proyecciones de los padres sobre el hijo y directamente sobre nosotros, en tanto terapeutas, desde el inicio de la relación es –en nuestra opinión– el núcleo fundamental de la Alianza Terapéutica.

En nuestra experiencia, compartida en espacios de supervisión propios y con colegas, si no se logra instaurar mínimamente esta Alianza –lo que precisa un tiempo– el proceso terapéutico con el hijo, si se propone, está en gran riesgo de fracasar. Todos hemos tenido experiencias de abandonos imprevistos en situaciones que nos parecían ideales desde nuestro rol de terapeutas: padres que traen a sus hijos con una gran conciencia y preocupación, empatía con ellos y sus dificultades, con una aparente buena relación con nosotros y que aceptan de buen grado la propuesta de psicoterapia (individual o grupal). En ocasiones, antes incluso de su puesta en marcha o en las primeras sesiones, dejan de acudir. Se argumentan dificultades no previstas en la realidad externa (pérdida de clases o de otras actividades del hijo, imposibilidad de organizar sus horarios los padres). No son raros los casos en que desaparecen sin más, sobre todo en la asistencia pública. Otras veces son los propios niños o adolescentes, o se les otorga a ellos, la razón del abandono. Manifiestan –y en algunos casos sin duda es real, pero no lo hemos advertido– su malestar y rechazo a las consultas. Jeammet (1989) ya nos alertaba de las amenazas que, especialmente, los adolescentes y su entorno familiar experimentan frente a la inmersión en un

proceso terapéutico. Por un lado, debido a la intensidad de los movimientos trasferenciales pero, sobre todo, por el riesgo que supone para la estabilidad de los vínculos familiares, sobrecargando hasta hacerlas intolerables –especialmente en los casos de mayor vulnerabilidad en el adolescente y padres– las ansiedades de separación entre ellos.

Creemos que es necesario proponer este trabajo con los padres como condición previa a cualquier indicación de tratamiento para el niño: si no se abordan las proyecciones familiares sobre el hijo, dicho tratamiento será difícil o inviable. Con frecuencia esto se obvia en las patologías menos graves: problemas adaptativos, trastornos emocionales no intensos, con afectación moderada de los aprendizajes y la vida familiar, que son por cierto el porcentaje mayor de las demandas de consulta. Solemos presuponer que la familia –en general con relativo buen funcionamiento (conflictividad neurótica), conciencia de las dificultades y sensibilidad hacia el hijo– ya lo ha hecho.

En la asistencia pública se suma además la limitación en la disponibilidad de tiempo. Otras veces, los mismos padres, en su lógica defensiva, nos empujan a atender rápida y prioritaria o exclusivamente al hijo, que es por quien consultan.

Tener las herramientas relacionales y técnicas para tomarse el tiempo necesario con ellos creo que es una necesidad y, cuando se consigue (y esto es básicamente la alianza terapéutica: algo compartido entre padres y terapeuta y que posteriormente incluye al hijo), va a dar libertad al niño o adolescente para adueñarse en compañía del terapeuta de su mundo interno y de su vida. Es decir, de implicarse en el proceso terapéutico.

Sabemos que hay bastantes situaciones en que esta alianza va a estar en riesgo por la ambivalencia, o el claro cuestionamiento y desconfianza por parte de los padres. Las proyecciones de carácter o predominio negativo (agresivo-constrictivo) van a ser predominantes, imposibilitando nuestro trabajo. Las adaptaciones que podamos hacer, aunque ciertamente son limitadas, pensamos que, además de ser necesarias, pueden tener importantes efectos a largo plazo en algunos casos.

Para finalizar, relatamos un resumen clínico que ilustra este tipo de situaciones. Aitor, niño de 6 años, es derivado por su pediatra que, muy angustiado, viene incluso a reunirse conmigo a mi Centro de Salud ambulatorio para contarnos el caso. Desde el nacimiento el niño ha tenido cerca de 150 episodios médicos entre urgencias y consultas especializadas hospitalarias, por problemas

respiratorios, alimentarios y de piel. Ha sido estudiado en busca de posible proceso alérgico complejo. Se le llegó a hacer una gastrostomía a los 3 años, para darle alimento directamente debido a las intolerancias alimentarias que afectaban su crecimiento ponderal. Finalmente, 4 meses antes de nuestra primera consulta, con gran revuelo, sobre todo para los diversos profesionales médicos que le venían atendiendo, un especialista en alergias raras, de un hospital de otra provincia al que fue derivado para estudio, emite un informe en el que habla de posible Síndrome de Munchausen por poderes. Como es conocido, este es un trastorno controvertido que involucra a los cuidadores que buscan para el hijo inducir una dolencia física o atención médica innecesaria y que es considerado una variedad de maltrato infantil. La madre estaba ya en seguimiento por psiquiatría hospitalaria por Trastorno de ansiedad sin especificar. Ambos padres tienen graves dificultades laborales y globalmente mala situación económica.

Los padres acuden por primera vez a consulta (contexto público) con sus 2 hijos refiriendo que no han podido dejar a la pequeña de 3 años con nadie. Cuentan, de entrada, al terapeuta no entender nada y acusan de todo este embrollo diagnóstico a los médicos que no saben coordinarse ni tampoco lo que le pasa a su hijo y que siempre les han hablado de gravedad (p.e. se ha postpuesto el calendario habitual de vacunaciones por temor a reacciones alérgicas graves). El niño se muestra en consulta vivo y comunicativo, jugando todo el tiempo a peleas con guerreros-trasformer que él mismo ha traído y, a veces, interesándose e interactuando con la hermanita.

Evitamos extendernos en más detalles de la historia familiar y de la familia extensa por no salir de nuestro tema. Estos padres plantean desde el primer día – y lo repiten en cada nuevo encuentro- que vienen obligados y que no ven ninguna necesidad de continuar las consultas ya que ahora su hijo está bien y escolarizado como el resto de niños. Incluso este curso se han arriesgado (a pesar del riesgo que persiste –según ponen en boca de los médicos- de imprevisibles intolerancias alimentarias) a dejarlo al comedor escolar para que no se sienta distinto a los demás compañeros. A veces la madre se siente desbordada por las demandas conjuntas de los 2 hijos pero no ven otros problemas. Solo añadir que en las entrevistas, muy prudentes por parte del terapeuta, han relatado algunas modalidades relacionales que implican una gran indiferenciación: sirva de ejemplo, el hábito mantenido de que los dos hijos duermen en la cama de los padres. Las consultas de seguimiento con ellos, espaciadas en el tiempo (cada 3 semanas o 1 mes) se desarrollan en un

clima de gran tensión, y escasa participación inicial que tras 30 o 40 minutos se alivia y permite que se muestren más confiados. Ello no evita que al concretar la fecha de la siguiente consulta vuelvan a plantear, especialmente la madre, su contrariedad. Apelando en parte a los informes que pusieron el punto de mira en sus funciones parentales (aceptando por nuestra parte una función de supervyó vigilante amenazador) y, a la vez y sobre todo, al deseo de acompañar la evolución de su hijo (incluyendo la función de supervyó protector) por todo el sufrimiento físico que ha padecido en los primeros años, el terapeuta les argumenta que quiere seguir viéndoles. En ocasiones faltan a la consulta y se ha optado por llamarles por teléfono para citarles de nuevo. Paralelamente, y siendo informados (sería difícil decir con su consentimiento), se mantiene coordinación con el pediatra y con los servicios pedagógicos del colegio donde esta Aitor.

Con esta última pequeña viñeta clínica se ilustra la adaptación activa de nuestra función de terapeutas a contracorriente. Sabemos que los casos de mayor riesgo para la personalidad y la salud mental de un menor son los que más requieren un contacto y atención a su familia, aun aceptando la gran dificultad (y la gran frustración que nos generan, fruto de las proyecciones e identificaciones proyectivas masivas de pacientes y entorno, familiar y social). Si se consigue una cierta relación terapéutica –siempre amenazada de ruptura-, a largo plazo, tiene a menudo algunos efectos positivos. En algunas de estas situaciones, no obstante, es imprescindible la colaboración con recursos sociales o instituciones de Infancia o Justicia. Esto necesitaría un desarrollo y adaptaciones más amplias que superan el objetivo que nos hemos planteado aquí y que, sin duda, merecerían ser objeto de otra publicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarez, L., Beauquier-Maccotta, B. y Golse, B. (2012). Approche Chinique du bébé en pédopsychiatrie. *Encyclopédie médico-Chirurgicale Psychiatrie/Pédopsychiatrie*, 37-200-D-20.
- Ansermet, F. y Magistretti, P. (2004). *À chacun son cerveau. Plasticité neuronale et inconscient*. Paris: Odile Jacob. Versión castellana (2007): *A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente*. Madrid: Katz.
- Corcos, M. y Jeammet, P. (2002). Expresión neurótica. Estados borderline. Funcionamiento psicótico en la adolescencia. *Enciclopedia Médico Quirúrgica*

- (edición castellana), 37-215-B-20.
- Denis, P. (2010). Entre familia y parentalidad: algunas consecuencias de las discontinuidades relacionales. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 49, 79-90.
- González-Serrano, F., Aldasoro, T., Panera, C. y Tapia, X. (2013). Las interacciones tempranas padres-bebé y su influencia en la psicopatología. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 56, 59-66.
- Han, B-Ch. (2012). *La sociedad del cansancio*. Barcelona: Herder.
- Han, B-Ch. (2013). *La sociedad de la transparencia*. Barcelona: Herder.
- Houzel, D. (1986). Un element du cadre: l'alliance thérapeutique. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2, 78-94.
- Houzel, D., Emmanuelli, M. y Moggio, F. (dirs.) (2006). *Diccionario de Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Akal.
- Jeammet, P. (1989). Psychothérapie de l'adolescent. *Encyclopedie Médico-Chirurgicale*, 37-812-B-10-5.
- Jeammet, P. (1995). Psicopatología de la adolescencia. En Rodríguez Sacristán, J. (ed), *Psicopatología del niño y del adolescente*. Universidad de Sevilla.
- Lasa, A. (2008). *Los niños hiperactivos y su personalidad*. Bilbao: Altxa.
- Lazartigues, A., Planche, P., Saint-André, S. y Morales, H. (2007). Nouvelles sociétés, nouvelles familles: nouvelle personnalité de base? De la personnalité névrotique à la personnalité narcissico-hédoniste. *Encephale*, 33(1), 293-299.
- Lebovici, S. (1988). Interaction fantasmatique et transmission intergénérationnelle. En B. Cramer (dir.), *Psychiatrie du Bébé. Nouvelles frontières*. París: Eshel.
- Manzano, J. (2001). Las interacciones precoces padres-hijos: una nueva frontera. En J. Manzano (ed.), *Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos*. Madrid: Necodisne.
- Manzano, J., Palacio Espasa, F. y Zilkha, N. (2002). *Los escenarios narcisistas de la parentalidad. Clínica de la consulta terapéutica*. Bilbao: Altxa.
- Muratori, F. y Palacio Espasa, F. (2008). *Manuel de psychothérapie brève des troubles émotionnels de l'enfant*. Paris: PUF.
- Nanzer, N. (coor.), Knauer, D., Palacio-Espasa, F., Qayoom-Boulvain, Z., Hentsch, F., Clinton, P., Trojan, D. y Le Scouëzec, I. (2012). *Manuel de psychothérapie centrée sur la parentalité*. Paris: PUF.
- Nauer D. (2012). Introduction. En : Nanzer, N. (coor.), Knauer, D., Palacio-Espasa, F., Qayoom-Boulvain, Z., Hentsch, F., Clinton, P., Trojan, D. y Le Scouëzec, I. (2012). *Manuel de psychothérapie centrée sur la parentalité*. Paris: PUF.
- Palacio Espasa, F. (2007). Los trastornos de personalidad en el adolescente, el niño e incluso el bebé. *Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 10, 21-31.
- Stern, DN. (1997). *La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. Barcelona: Paidós.