

Arévalo García-Gasco, Míguela
Béjar Trancón, Agustín
Berjano Murga, Nieves
Catalina Fernández, Cristina
Cruz Martínez, Daniel
Dominguez Arroyo, José Antonio
Elúa Samaniego, Ana
Fernández Rozas, Jesús
Galán, Antonio
Goiburu, Aloña
Gomá, Marta
Gómez García, M^a Dolores
González Serrano, Fernando
Gordo, Leire
Hernanz Ruiz, Manuel
Iriarte, Leire
Iriundo Villaverde, Odei
Labin, Agustina
Liaño Sedano, Carolina
Llairó, Antónia
Llona, Arantza
Martín López-Andrade, Laura
Martínez Pampliega, Ana
Palacio Espasa, Francisco
Pintó López, Martí
Ramos Fuentes, Maribel
Reyes de Uribe Zorita, Isabel
Sanz Iglesias, Albert
Sellarès Viola, Rosa
Taborda, Alejandra
Vaccari, Francisco
Valdivieso Burón, Celia
Vaz Leal, Francisco-José
Vegazo Sánchez, Esmeralda
Velasco Azkue, M^a Carmen

N.º 64
2º semestre

2017

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

SEΨPNA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y
PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

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.)

ISSN: 1575-5967

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 Universidad Paris Descartes (París)
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 (París)
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:

La intervención clínica con pacientes en riesgo psicosocial: demandas, desencuentros y oportunidades <i>Antonio Galán</i>	9
Representaciones maternas y observación madre-bebé <i>Antònia Llairó y Marta Gomà</i>	23
La adolescencia en una sociedad en crisis: crisis en la crisis <i>Manuel Hernanz Ruiz y Fernando González Serrano</i>	29
Recursos intermedios en el abordaje de menores con trastorno mental grave. Valoración psicopatológica de un caso atendido en una unidad terapéutico- educativa <i>Carolina Liaño Sedano, Daniel Cruz Martínez, M. Dolores Gómez García, Francisco Palacio Espasa</i>	41
Tramas de la constitución subjetiva y la complejidad del diagnóstico de niños desde un enfoque relacional (1ª parte) <i>Alejandra Taborda y Agustina Labin</i>	47
La intervención post-adoptiva en Bizkaia: Estudio y análisis sobre la realidad del estado psicológico de la población adoptiva <i>Ma Carmen Velasco Azkue, Arantza Llona y Aloña Goiburu</i>	63
Adolescencia y duelo: a propósito de un caso <i>Isabel Reyes de Uribe Zorita, Esmeralda Vegazo Sánchez y Cristina Catalina Fernández</i>	69
El sueño y la ecografía: imágenes de la gestante <i>Agustín Béjar Trancón, Nieves Berjano Murga, Maribel Ramos Fuentes, José Antonio Domínguez Arroyo, Francisco-José Vaz Leal</i>	75
La continuidad de cuidados en salud mental y la construcción de la red de protección en los menores en riesgo <i>Miguela Arévalo García-Gasco</i>	83
Crisis sociales y trauma. Su impacto en la relación terapéutica <i>Francisco Vaccari y Fernando González Serrano</i>	95
El proyecto “seguim”. Una modalidad de intervención multidisciplinar para la prevención del abandono escolar <i>Rosa Sellarès Viola, Albert Sanz Iglesias, Martí Pintó López</i>	99
Un lugar para los sentimientos negativos <i>Ana Elúa Samaniego, Cristina Catalina Fernández, Celia Valdivieso Burón y Laura Martín López-Andrade</i>	107
La relación entre las competencias paterna y materna y el ajuste socioemocional de bebés de 0 a 2 años de la CAV <i>Leire Gordo, Ana Martínez Pampliega y Leire Iriarte</i>	113
Identidad, género y confusión <i>Odei Irtondo Villaverde y Jesús Fernández Rozas</i>	119
Impacto de los determinantes sociales en la psicopatología de adolescentes ingresados en un hospital de día comunitario <i>Ollé-Llopis Ivan, Erra-Mas Núria, Dote-Vaca Mireia, Tejedor-García Marta, Cruz-Martínez Daniel</i>	125
Intervención con terapia ocupacional en una situación aguda de acoso escolar <i>Ma Dolores Hurtado Montiel, Dulce Herrera Gálvez, Inmaculada C. Rodríguez Rojo</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@seypna.com

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

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=dulcinea&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/?IscScript=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:

Clinical intervention with patients at psychosocial risk: demands, disagreements and opportunities <i>Antonio Galán</i>	9
Maternal representations and mother-baby observation <i>Antònia Llairó y Marta Gomà</i>	23
Adolescence in a society in crisis: crisis in the crisis <i>Manuel Hernanz Ruiz y Fernando González Serrano</i>	29
Intermediate resources as part of the treatment for minors with severe mental disorder. Psychopathological assessment in a case from a therapeutic-educational unit <i>Carolina Liaño Sedano, Daniel Cruz Martínez, M. Dolores Gómez García, Francisco Palacio Espasa</i>	41
Paths of subjective constitution and the complexity of child diagnosis from a relational approach <i>Alejandra Taborda y Agustina Labin</i>	47
Post-adoptive intervention in Bizkaia: Study and analysis on the reality of the psychological state of the adoptive population <i>Ma Carmen Velasco Azkue, Arantza Llona y Aloña Goiburu</i>	63
Adolescence and grief: regarding a case <i>Isabel Reyes de Uribe Zorita, Esmeralda Vegazo Sánchez y Cristina Catalina Fernández</i>	69
Dreams and echography: images of the pregnant woman <i>Agustín Béjar Trancón, Nieves Berjano Murga, Maribel Ramos Fuentes, José Antonio Domínguez Arroyo, Francisco-José Vaz Leal</i>	75
The continuity of mental health care and the construction of the protection network for children at risk <i>Miguela Arévalo García-Gasco</i>	83
Impact of trauma and social crises on the therapeutic relationship <i>Francisco Vaccari y Fernando González Serrano</i>	95
The “seguim” project. A modality of multidisciplinary intervention for the prevention of school dropout <i>Rosa Sellarès Viola, Albert Sanz Iglesias, Martí Pintó López</i>	99
A place for negative feelings <i>Ana Elúa Samaniego, Cristina Catalina Fernández, Celia Valdivieso Burón y Laura Martín López-Andrade</i>	107
The relationship between paternal and maternal competences and the socio- emotional adjustment of babies from 0 to 2 years of the basque country <i>Leire Gordo, Ana Martínez Pampliega y Leire Iriarte</i>	113
Identity, gender and confusion <i>Odei Iriondo Villaverde y Jesús Fernández Rozas</i>	119
Impact of social determinants in the psychopathology of adolescents in a community day care hospital <i>Ollé-Llopis Ivan, Erra-Mas Nùria, Dote-Vaca Mireia, Tejedor-García Marta, Cruz-Martínez Daniel</i>	125
Intervention with occupational therapy in an acute situation of school harassment <i>Ma Dolores Hurtado Montiel, Dulce Herrera Gálvez, Inmaculada C. Rodríguez Rojo</i>	131

LA INTERVENCIÓN CLÍNICA CON PACIENTES EN RIESGO PSICOSOCIAL: DEMANDAS, DESENCUENTROS Y OPORTUNIDADES*

CLINICAL INTERVENTION WITH PATIENTS AT PSYCHOSOCIAL RISK: DEMANDS, DISAGREEMENTS AND OPPORTUNITIES

Antonio Galán**

RESUMEN

A partir de un recorrido profesional particular, reflexionamos acerca de los desafíos específicos que imponen a la intervención clínica los contextos de riesgo psicosocial, marcados por la pobreza, la marginalidad, la violencia y los conflictos con las instituciones. Se demanda una clínica diferente que recoja esta especificidad, con unos esquemas de intervención que se adapten a ella, y una visión diferente del oficio de psicoterapeuta. Se plantea la particularidad de los contextos marginales, como ambientes vecinales que pueden resultar ecológicamente tóxicos, y donde son frecuentes formas disfuncionales de organización familiar; la transmisión intergeneracional de ciertas formas de vida y una ecología de la supervivencia, pueden propiciar contextos vitales en los que el profesional se sienta un extraño. Analizamos algunos formatos de psicoterapias madre-hijo, adaptados a contextos de riesgo psicosocial, como ilustrativos de la necesidad de esta especificidad.

Palabras clave: riesgo psicosocial, marginalidad, psicoterapia madre-hijo.

ABSTRACT

Based on a particular career, a number of thoughts related to challenges on clinical interventions, demanded from psychosocial risk contexts (poverty, marginalization, violence, conflicts with authorities, etc.) are displayed. A different clinical practice is demanded to take into account this matter; it includes fitted ways of clinical practice, and a different view on the craft of psychotherapist. Slums are special contexts, where neighbourhoods could be ecologically toxic environments, and dysfunctional family organizations are frequent; intergenerational transmission of ways of life, and a kind of survival ecology can lead to life contexts where professionals could feel like strangers. Some mother-child psychotherapies, adapted to psychosocial risk contexts, are analysed as examples of this required specificity.

* Ponencia presentada en el XXIX Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título "Crisis sociales y salud mental: Expresiones psicopatológicas y respuestas terapéuticas" tuvo lugar en Granada los días 31 de marzo y 1 de abril de 2017.

** Doctor en Psicología. Psicólogo clínico. Servicio Extremeño de Salud. Equipo de Salud Mental - Centro de Salud - C/ Padre Manjón, s/n -06300-Zafra. E-MAIL: antgalan@hotmail.com

Key words: Psychosocial risk, marginalization, mother-child psychotherapy.

1. UN CAMINO DE IDA Y UN CAMINO DE VUELTA

1.1. *La ida.*

Las reflexiones y contenidos que expondré a continuación no pueden entenderse sin considerar un recorrido particular que ha marcado gran parte de mi vida profesional. Mi primera identidad profesional, y mis primeros desempeños laborales, me situaron en un espacio que fácilmente reconocemos al etiquetarlo como “clínico-sanitario”. No obstante, en un determinado momento se produjo un giro brusco en este recorrido profesional, que me llevó a un espacio asistencial diferente, aquel al que solemos etiquetar como “social”. Se trataba de un servicio social especializado, enmarcado dentro del ámbito de la protección a la infancia y adolescencia; durante varios años formé parte de un equipo encargado de valorar e intervenir con familias en las que existían situaciones de grave riesgo o de desprotección para los menores; y algo más tarde, me convertí en responsable de un programa de atención psicológica a niños acogidos en recursos residenciales del sistema de protección a la infancia. Después de unos años en los que me sentí muy identificado con este contexto asistencial tan particular, se produjo un nuevo cambio laboral que me llevó a retornar a esa identidad original, la clínico-sanitaria, y ahora formo parte de un Equipo de Salud Mental.

Este camino de ida y vuelta ha dejado en mí una huella en forma de conocimientos, reflexiones y una especial sensibilidad ante ciertas realidades. Me ha hecho también consciente de ciertas debilidades presentes en dos ámbitos asistenciales que tienden a mantenerse ajenos entre sí, y de que esta ignorancia mutua impide aprender del otro. Entre otras cosas, para cubrir lagunas formativas como las que yo he ido sintiendo en mi proceso de aprendizaje.

Cuando desembarqué en el ámbito de los servicios sociales especializados, me encontré con un mundo diferente al que había conocido en el espacio clínico-sanitario. Desde cierta mirada, la población a la que yo atendía era parecida en uno y otro sistemas; en ambos contextos frecuentemente trabajaba con personas (niños y adultos) que habían sufrido serias dificultades en sus procesos de construcción personal, que arrastraban graves fracasos en su desarrollo familiar, y que tenían importantes dificultades para integrarse de una manera productiva en la sociedad. No era difícil identificar en ambos contextos el resultado dañino de vinculaciones

disfuncionales en las familias, y de recorridos personales que implicaban sufrimiento y desadaptación. Pero a pesar de estas similitudes, había importantes diferencias. Una primera mirada, más superficial, confrontaba con la realidad evidente de que ahora encontraba más pobres, más marginales, más personas de grupos sociales particulares (gitanos, inmigrantes...), más delincuentes, más maltratadores, más víctimas de violencia... y personas más envueltas en conflictos con las instituciones. Y estas características especiales (la pobreza, la marginalidad, el conflicto, la violencia) hacían que la forma de atender a lo que tenían en común (los déficits de estructuración personal y familiar) fuese diferente. Esas diferencias se trasladaban a infinitos elementos que influían en la intervención profesional, como el encuadre, la demanda, las transferencias y las contratransferencias, y un largo etcétera. Y descubrí que no había sido formado en relación a estas diferencias. Fue un aprendizaje doloroso, porque se sostuvo sobre fracasos: hacer lo que sabía, lo que me habían enseñado, no funcionaba. Había que hacer lo mismo, pero de forma diferente, y todavía no sabía cómo.

Pero las propias instituciones desarrolladas para atenderlos son diferentes, y de hecho en ocasiones parecen vivir dándose la espalda. Tienen orígenes diferentes (uno procedente de la Beneficencia, el otro de la Medicina), adscripciones institucionales distintas (uno ligado a las políticas sociales, el otro a las sanitarias), perfiles profesionales diferentes (dominio del trabajador social en uno, del médico en el otro), y un largo etcétera. De esta manera se han configurado culturas institucionales muy diferenciadas, e independientemente de la causa, el resultado es que existe mucho desconocimiento mutuo; y que salvo honrosas excepciones, hay poca comunicación entre ambos sistemas.

Mi pregunta en aquel momento era: ¿Cómo abordar a esa población tan similar y al mismo tiempo tan diferente a la que había conocido antes? Debo admitir que me negué a renegar de mi identidad clínica. Entiendo que una parte de ello se debía a mi convencimiento de que la mirada clínica es muy poderosa para entender y cambiar ciertas realidades. Pero reconozco también que tengo serias dificultades para abandonar las enseñanzas y logros que me han requerido un esfuerzo, y haré siempre un gran esfuerzo para conciliarlo con lo nuevo. Quizá también me ocurra lo que Jeremy Holmes señalaba con ironía al justificar su tendencia a integrar posturas por una supuesta cobardía que le llevaría a evitar la confrontación (Holmes, 2009). Independientemente de la razón, lo

cierto es que inicié un camino buscando la integración de ideas, conceptos, perspectivas y técnicas. Y fue de esta manera como descubrí un espacio de atención profesional intermedio, integrador, de confluencia. Un espacio al que podríamos denominar clínico-social, y en torno al cual frecuentemente he intentado compartir algunas ideas (Galán, Rosa y Serrano, 2009, 2011).

1.2. La vuelta.

Cuando desembarqué en el ámbito psicosocial, llevé conmigo todo mi bagaje clínico, y eso marcó mi forma de trabajar. Y ahora que retorno al ámbito clínico-sanitario, tengo que plantearme qué marcará la diferencia, qué huella habrá dejado en mí lo que aprendí en el campo de lo psicosocial. Después de muchos años tomando conceptos, ideas y técnicas del ámbito clínico-sanitario para adaptarlos al contexto de intervención social, estoy ahora inmerso en el proceso complementario. Éste es mi reto actual, el que pretendo compartir aquí. No obstante, y avanzo ya un primer descubrimiento: que algunas de las cosas que aprendí en lo social forman parte del bagaje clínico, pero que por algún motivo han sido olvidadas, descuidadas o desconsideradas.

2. UNA CLÍNICA Y UNA TERAPÉUTICA DIFERENTES.

La imagen de una relación terapéutica de tú-a-tú entre profesional y paciente es muy poderosa. De hecho, es la imagen icónica de la psicoterapia, y siempre ha conllevado el riesgo de introducir un sesgo hacia lo individual, con el peligro consiguiente de olvidar los condicionantes sociales. En efecto, en la psicoterapia siempre ha existido la tentación de crear una burbuja, de mirar al pasado o al aquí-y-ahora de esta relación, obviando los aspectos contextuales. Y en esto ha influido mucho el estereotipo cultural desde el que muchos profesionales se han encaminado al oficio de psicoterapeuta: nos imaginamos en una consulta, con personas que nos cuentan unos problemas en cuya solución trabajamos allí mismo. Y algunas instituciones, aunque pregonen un modelo comunitario, se organizan para que se trabaje así, encadenando al profesional de una forma más o menos explícita a su despacho; cuando inmovilizan al profesional en unas agendas muy restrictivas, cuando no se contempla entre sus funciones las visitas domiciliarias, o cuando no se facilita el hablar con profesionales de otras instituciones, es fácil que la atención al paciente acabe limitándose a lo que pasa y se habla dentro de la consulta.

Las limitaciones de este modelo se hacen especialmente evidentes en algunos contextos vitales muy restrictivos, muy encorsetadores, que limitan el potencial transformador del diálogo. La pobreza y la marginalidad se cuentan entre ellos. En estos, los parámetros habituales de intervención psicoterapéutica pueden resultar muy desajustados. Los problemas, su forma de presentarse, y las demandas que imponen al interlocutor, pueden requerir algo diferente al formato psicoterapéutico estándar. Denise Defey nos confronta con ello a través de una pregunta muy potente: “¿Qué le piden a los Reyes Magos los niños que no tienen zapatos?”; esta cuestión le permite hacer un llamamiento a repensar la psicoterapia con las personas para las que no fue creada, con una invocación a desarrollar una “clínica de la vulnerabilidad y del desamparo” (Nervi, 2009). Posiblemente haya que hacer un esfuerzo especial para desarrollarla, porque estas poblaciones han sido tradicionalmente olvidadas en los procesos de desarrollo de teorías y técnicas psicoterapéuticas. En efecto, la mayor parte de los formatos de intervención psicológica han sido desarrollados con población “normal”, es decir con personas con cierta capacidad de dirección de sus vidas, con unas habilidades mínimas de adaptación a ciertos contextos sociales (tales como el psicoterapéutico), y sin unas circunstancias externas tan determinantes que les impidan participar en el proceso; o bien se trata de personas que están ya tan inmersas en procesos asistenciales (habitualmente por la gravedad y persistencia de sus problemas clínicos), que de alguna manera ya forman parte de los sistemas sanitarios. Pero una parte importante de la población que requiere ayuda psicológica no encaja dentro de ese patrón “normal”. Y entonces pueden encontrarse con una psicoterapia que no ha sido pensada para ellos. O peor aún: podrían encontrarse con un profesional que no ha pensado en ellos.

Uno de los pocos enfoques terapéuticos que ha trabajado de forma extensa en la definición de este tipo de contexto es el Sistémico. De hecho, algunos de los momentos más brillantes de la terapia de familia se han producido cuando se ha dirigido a contextos sociales relacionados con la pobreza, la marginalidad y la desestructuración. Lo encontramos por ejemplo en las aportaciones pioneras de Salvador Minuchin, cuando se hizo consciente de que los formatos verbales y reflexivos de terapia no le resultaban útiles en los contextos de marginalidad en los que comenzó su andadura profesional (Minuchin, Montalvo, Guerney, Rosman y Schumer, 1967), y que más adelante

daría lugar a elaboraciones mucho más complejas, que incluían precisamente la consideración de la amplia red social y profesional que rodea a estas familias (Minuchin, Colapinto y Minuchin, 2000). Esta acercamiento no es sino una de las primeras muestras de una serie de propuestas de intervención en ámbitos difíciles, marcados por la marginalidad, la desorganización, la pobreza, el maltrato, los líos institucionales... casos clínicos que fácilmente se escapan de los contextos más habituales (véase por ejemplo una experiencia completa en relación a la familia multiproblemática en Coletti y Linares, 2001).

Pero esta sensibilidad trasciende marcos teóricos. El contacto sensible con estas poblaciones “especiales” fácilmente lleva a la idea de que pudiera ser necesario un cambio de perspectiva en la intervención terapéutica para ajustar ésta a contextos socialmente desfavorecidos. Y eso significa un trabajo serio de adaptación, en el que sería de ayuda abordar cambios como los siguientes (Galán, 2011): a) ampliar la mirada que se dirige al paciente, de modo que los problemas intrapsíquicos puedan ser situados en la realidad contextual de su vida; b) asumir un papel más activo en el acercamiento al paciente, no limitándose a esperar en la consulta a una persona que acude con una demanda más o menos elaborada; c) utilizar encuadres más flexibles y de mayor accesibilidad, que no se limiten a un despacho; d) considerar el compromiso sociopolítico de la psicoterapia; y e) complementar el análisis personal del terapeuta con otro que aborde los paradigmas culturales de referencia. De una forma más global, muchos de estos aspectos encajan en algunos esfuerzos por reivindicar el aspecto comunitario de la intervención psicosocial (Mayordomo, 2016), o el modelo comunitario en Salud Mental (Desviat y Moreno, 2012).

De una forma más específica, estamos refiriéndonos a situaciones que demandan cambios prácticos en la forma de abordar lo que suele presentarse ante el profesional como un conglomerado de desestructuración personal, familiar y social, que impone demandas específicas en la intervención. Entre ellas:

- actitudes directivas y acciones materiales (gestión de ayudas económicas, inserción de profesionales en el funcionamiento doméstico...), que sean compatibles con el proceso psicoterapéutico.
- saber dejar, al menos en algunos momentos, en un segundo plano las intervenciones verbales y basadas en la capacidad de simbolización, y actuar a un nivel más conductual y concreto (Minuchin, Colapinto y Minuchi, 1998).
- trabajar mucho y con paciencia la demanda

de asistencia, ante la escasa “conciencia de enfermedad” o la falta de reconocimiento de la existencia de problemas psíquicos y relacionales.

Es un tipo de intervención que requiere un acompañamiento más cercano y “más material” del necesario en el paciente estándar, de ahí la propuesta de una “walking cure” como alternativa a la “talking cure” (Nervi, 2009). Un cambio que parece hacerse necesario ante ciertos problemas que llevan a los pacientes a consulta, y ante la realidad de que la forma y el contenido de la demanda pueden adquirir rasgos particulares. En este sentido, resulta muy sugerente la idea de Achotegui y Jayme (2016) de “relación terapéutica extendida”, en relación a los inmigrantes: algunas relaciones terapéuticas demandan algo más que aceptación, esclarecimientos e interpretaciones, demandan cuidado físico y protección; en efecto, las demandas médicas y psicosociales pueden aparecer muy unidas a las psicoterapéuticas. Esto es algo habitual en contextos desfavorecidos. Algunos profesionales clínicos se sienten incómodos ante esta mezcla de peticiones y prefiere forzar una separación (artificial) de las demandas, o canalizar al paciente hacia un recurso diferente (que suele ser psicosocial, y en donde se corre el riesgo de perder la perspectiva clínica); finalmente, otros lo asumen como una manifestación de esa “clínica del desamparo” y aceptan el reto que se les presenta.

Algunas características de esa forma diferente de hacer clínica con los desfavorecidos están muy presentes en los dispositivos de intervención social. Es algo a lo que les ha ayudado su experiencia y la propia definición de los recursos. De hecho, el ámbito de los servicios sociales tradicionalmente se ha vinculado a contextos más fluidos, cambiantes y pragmáticamente comprometidos que los clínicos. De ahí su mayor disposición a las visitas domiciliarias, las prácticas de trabajo en red, o la gestión de aspectos materiales de la vida de sus usuarios. Así, este encuadre en lo social ha tendido a propugnar actitudes más directivas y una distancia profesional-usuario más corta que en los contextos clínicos. Esta actitud diferente de los profesionales de ambos campos ha acabado derivando en un reparto no muy explicitado de parte de esa población. Si los profesionales clínicos no salen a buscar a los desfavorecidos, se produce una canalización “natural” hacia los dispositivos sociales. El resultado es que hay una distribución no explícita de la población hacia diferentes recursos profesionales. Por ejemplo, los problemas relacionales de crianza que en una familia de

clase media son derivadas a un equipo de salud mental, son más habitualmente remitidos a un equipo de atención psicosocial de los Servicios Sociales si se trata de una familia marginal.

Mientras desarrollamos esa clínica del desamparo, seguiremos corriendo el riesgo de caer en uno de dos extremos: limitarse a una actuación sobre los sucesos externos que marcan la realidad del paciente y su familia, o configurar la relación terapéutica como una burbuja con predominio de lo verbal e introspectivo, donde realidades determinantes de la vida sean desconsideradas (Galán, 2011). Y cuando se trata de la infancia, podemos además recurrir a la imagen usada por Cancrini (1991) al señalar el riesgo de quedarse contemplando una planta marchitándose mientras hablamos durante horas sin verificar que le falta agua, o suspirar ante el hecho de que quien debe regarla no lo hace.

3. OTRO MUNDO, AL OTRO LADO DE LA CALLE.

Cuando hablamos de diferencias culturales rápidamente pensamos en países lejanos, o en lugares exóticos donde nos sentiríamos extraños; o pensamos en los inmigrantes procedente de esos lugares, de África o Asia, cuyos valores y formas de ver el mundo (las relaciones, la enfermedad...) pueden ser tan diferentes a las del profesional, y que obligan a éste a una adaptación no siempre fácil (Achotegui 2015). Es un hecho que estos grupos culturales tienen formas diferentes de ver el mundo, y debemos formarnos para atender a los miembros de estas culturas que llegan a nuestro país. Pero a veces nos olvidamos de que basta con atravesar una calle para encontrarnos en una cultura que, aun pareciendo la nuestra, es muy diferente. Los barrios marginales tradicionales (es decir, con ciudadanos nacidos en nuestro país) constituyen de por sí submundos muy particulares. El hecho de que compartamos una historia, unas costumbres y un idioma, nos puede hacer olvidar que las normas que rigen en ese contexto geográfico particular pueden hacer que sea un lugar casi tan extraño para el profesional como un barrio de Nigeria. Y esas diferencias van a revelarse en infinidad de detalles.

Esas diferencias son visibles en la mirada más externa, la que se dirige a la vida vecinal. Son territorios particulares, en donde frecuentemente se establecen códigos propios, algunos muy próximos al mundo de la delincuencia, y en donde muchas veces se advierte una marcada tendencia a la anomia, la desorganización y la asocialidad... con ocasionales arranques de

solidaridad vecinal, habitualmente de poco recorrido, y especialmente frecuentes cuando se siente un peligro que viene del exterior (Linares, 2001). Muchos de estos factores pueden considerarse de riesgo a efectos de Salud Mental. Aparte del peligro de ser objeto de violencia, sabemos que la desorganización y desestructuración contextuales no ayudan, sino que obstaculizan, los procesos de organización y estructuración interna. Es decir, la desestructuración en el contexto suele ayudar poco a la estructuración intrapsíquica. Es cierto que podemos encontrar algunos elementos positivos en estos barrios; por ejemplo, en este mundo actual en el que tanto peso tiene el individualismo insolidario, en estos lugares hallamos rescatables manifestaciones de solidaridad y de vitalidad. No obstante, en mucha mayor medida, podemos considerar que estos entornos sociales y vecinales eran descritos acertadamente por James Garbarino cuando los definía como “ambientes ecológicamente tóxicos” (Garbarino y Eckenrode, 1999).

Y al nivel familiar, en el contexto de la marginalidad podremos encontrar nuevamente diferencias culturales profundas, muchas de las cuales se relacionan con la dificultad para cambiar valores que se han ido transmitiendo transgeneracionalmente, y que en otros casos responden a una ecología de la supervivencia: en contextos de precariedad material, de riesgo vital, o de inseguridad, los parámetros desde los que se entiende el mundo pueden ser muy particulares. De esta manera, cuestiones relativas a la organización de los horarios, la vida doméstica, el manejo del dinero, el valor del trabajo, el papel de la relación padres-hijos, pueden ser muy diferentes a los valores de otros grupos sociales... como aquellos a los que solemos pertenecer los profesionales. En algún caso resultan fácilmente interpretables como el producto de una transmisión intergeneracional de formas de vida. Pero no podemos olvidar que la exclusión social puede acabar cristalizando en una imagen de sí marcada por tres fracturas vitales básicas: uno mismo como carente de valía personal, el mundo como un lugar hostil, y uno mismo como incapaz de modificar sus condiciones vitales a mejor (Pitillas, Halty y Berástegui, 2016). Otras veces parecen más el resultado directo de un deterioro en el funcionamiento personal, donde ciertas condiciones particulares (incluyendo los trastornos mentales) acaban derivando en una forma de vida desadaptada a todos los niveles. Finalmente, es difícil desligar esos factores familiares y personales de una realidad contextual en el que aquellos encuentran un lugar de fácil desarrollo. En este sentido, se puede comprobar que la desestructuración

personal y familiar da lugar a desestructuración social, que potencia lo anterior y deriva en un círculo vicioso difícil de cortar. En efecto, con frecuencia las dificultades personales, ciertos valores familiares, y algunas características del entorno social, acaban creando un conglomerado de influencias mutuas con un gran efecto patógeno. Posiblemente la aproximación más clínica a esta realidad se ha realizado a través del concepto de “familia multiproblemática” (Coletti y Linares, 1997), definida precisamente por esa destructiva interacción a tres bandas, y en donde la psicopatología tradicional parece encontrar terreno abonado para su desarrollo.

Todas estas características marcan la relación con las instituciones, incluyendo la sanitaria, y por tanto la que se mantiene con los profesionales de Salud Mental. Si estas diferencias en la forma de interpretar la realidad asistencial son marcadas, puede acabar estableciéndose un pulso entre los usuarios y unos dispositivos que en realidad han sido creados para otra cultura. A veces se trata de pequeñas diferencias, pero que marcan poderosamente la relación asistencial. Algunas de ellas tienen que ver con normas de funcionamiento que damos por evidentes en lo referente al encuadre (puntualidad, regularidad, compromiso...) pero que pueden resultar extraños para ciertos grupos sociales...al menos inicialmente. Y este desencuentro entre dos lecturas culturales (la de los profesionales y la de los pacientes) puede derivar fácilmente hacia un divorcio.

La realidad es que algunos grupos poblacionales tienen serias dificultades para adaptarse a ciertos marcos institucionales, y que muchos usuarios simplemente abandonarán. A partir de ahí queda abierta la opción de introducir cambios destinados a acogerlos. Podemos pensar que si no hay un esfuerzo proactivo por acercarnos al mundo de la marginalidad, muchas de estas personas quedarán desatendidas. Los recursos de Salud Mental han tendido a pecar de excesivo conservadurismo, y con frecuencia han tendido a delegar en los recursos sociales la atención a estos grupos poblacionales. Por ejemplo, en gran parte de nuestro país es en el campo de los Servicios Sociales (Generales y Especializados) donde encontraremos una mayor profusión de servicios destinados específicamente al trabajo con ciertas unidades familiares; bajo rótulos como “Servicio de Atención Familiar”, “Programa de Familias” o “Centro de Tratamiento Familiar”, los profesionales que desempeñan aquí su labor asistencial están cubriendo un importante volumen de la intervención familiar con familias de difícil acceso. Y como acabamos de señalar,

suelen estar institucionalmente más vinculados a los Servicios Sociales que a los clínicos.

De la misma manera, la necesidad de ser proactivos y cercanos va a implicar priorizar las visitas domiciliarias, un encuadre de intervención muy potente (Saias, Lerner, Greacen, Simon-Vernier, Emer, Pintaux, Guedeney, Dugravier, Tereno, Falissard, Tubach, the CAPEDP Study Group y Revah-Levy, 2012; Stern, 2006), y nuevamente nos encontramos ante una práctica mucho más familiar para los servicios sociales que para los de Salud Mental. Además, la forma en que se aborda una visita domiciliaria puede ser muy variada, y va a depender mucho del bagaje profesional y del contexto institucional. Cuando se hacen desde un ámbito sanitario generalista, la perspectiva suele ser muy médica; cuando se hace desde el contexto de los servicios sociales, suele tender a perspectivas socio-educativas, derivando fácilmente a posturas directivas que a veces son interpretadas por los usuarios como formas de control. Lo que la perspectiva clínica de Salud Mental podría aportar como su especialidad es la capacidad para construir relaciones reflexivas donde haya un espacio para ahondar en la construcción del mundo interno; y que cuando se trate de niños, se pueda dirigir al mismo tiempo una mirada a la historia de los cuidadores. Este potencial (teórico y técnico) tan ligado al mundo psicoterapéutico podría estar siendo claramente desaprovechado.

Pero para los recursos clínicos siempre ha estado la opción de acercarse más a la comunidad, o la de aliarse con recursos que ya están implantados en estos contextos. Esto pudiera demandar un gran esfuerzo en la definición de los recursos (cambiando su orientación, prácticas y organización), o saber aliarse con aquellos dispositivos que sí están formando parte más activa de esa comunidad; los servicios sociales y muchos dispositivos ligados a ellos son los más habituales, aunque no son la única opción. E independientemente de la formalización que se pueda hacer de la colaboración entre las instituciones, es un hecho que los profesionales sensibilizados no dejan de establecer puentes y abordar experiencias concretas ajustadas a las demandas de los casos (véase por ejemplo Béjar, 2010).

En conclusión, planteamos que la diferencia de población implica demandas diferentes para el profesional. Estas demandas pueden ir en contra de cierta tendencia en algunos profesionales a mantener encuadres rígidos, muy centrados en la consulta (como espacio físico) y en la relación verbal terapeuta-paciente. El gran reto es ser capaz de salir del despacho (física

y conceptualmente) sin perder el rigor técnico y el potencial inherente a la perspectiva clínica. Pudiera ser una nueva tensión, de tantas entre Escila y Caribdis, a las que nos vemos sometidos los profesionales enfrentados a realidades complejas. Desde la ya clásica elección entre el oro y el cobre (Freud, 1918/2001), los profesionales nos vemos confrontados con situaciones en las que parece siempre necesario vivir en la tensión de (frecuentemente falsas) dicotomías, a veces agotadora, pero casi siempre enriquecedora.

4. LA PSICOTERAPIA PADRES-HIJOS DESDE UN DETALLE NO MENOR.

He planteado desde el principio que este recorrido personal entre dos ámbitos asistenciales me llevó a identificar un ámbito específico, configurado por la superposición entre las perspectivas clínica y social. Creo que es un terreno amplio, en el que se mueven muchos dispositivos, profesionales, y ámbitos de intervención, por lo que hacer una revisión de ellos excede las posibilidades de un documento como éste. De entre ese amplio abanico he escogido un tema muy querido en este contexto de SEYPNA, el de las psicoterapias padres-hijos. El trabajo con la diada madre-hijo, o mejor cuidador-niño, es un área de intervención muy valorado en los espacios clínicos psicodinámicos, y SEYPNA cuenta con algunos de sus más ilustres representantes, como Juan Manzano y Francisco Palacio-Espasa. Para quienes estamos interesados en este tema, es difícil no sentirse deudor de un concepto tan potente como el de “escenarios narcisistas de la parentalidad” (Palacio, Manzano y Zilkha, 2002), que trata de reflejar esa idea de la relación padre-hijo como un lugar en el que los padres sitúan aspectos de sí mismo (sanos o perturbados). Pero voy a centrar mi atención en una lectura particular, que nos va a llevar al otro lado del Atlántico.

Al leer panorámicas de las terapias madres-hijos, no es extraño encontrar alguna referencia a la aportación de Selma Fraiberg, una psicoanalista y trabajadora social especialmente interesada en ese marco de intervención psicoterapéutica. Posiblemente la importancia de esta autora vaya más allá de sus contribuciones teóricas, y debamos remitirnos a su carácter inspirador a la hora de considerar los aspectos relacionales íntimos de la crianza, sobre todo en esos momentos en que surge el sufrimiento y la patología. Su trabajo más referenciado, una lectura potente y deliciosa al mismo tiempo, nos situaba ante los “fantasmas en el cuarto de los niños” (Fraiberg, Adelson y Shapiro, 1975). Usaba una imagen que nos remite a

los cuentos de hadas, donde esos fantasmas son visitas indeseables que pueblan el mundo interno de los niños y que no son sino el pasado no recordado de los padres; se trata de huéspedes no invitados que, en circunstancias favorables, son desterrados a su mundo subterráneo, gracias a los lazos de amor y protección de los padres hacia sus hijos. Pero en otras ocasiones los intrusos procedentes del pasado de los padres son capaces de romper ese círculo mágico y se instalarán en el cuarto de los niños, a veces especializándose en algunos ámbitos de desarrollo infantil (comida, sueño, control de esfínteres, disciplina) y en otros casos ocupando la vida completa del infante.

Pero yo quiero ir más allá de su idea acerca de los fantasmas parentales haciendo acto de presencia en la vida de la nueva generación. Quiero fijarme en otra expresión presente en su artículo, la de “psicoterapia de la mesa de la cocina”. Los casos con los que Fraiberg y sus compañeras comenzaron a trabajar no eran fáciles, no sólo por la complejidad inherente a los problemas de esos niños y sus madres. Eran difíciles porque parecía imposible trabajar desde una consulta; con el encuadre psicoanalítico estándar, la intervención parecía impracticable. Esto les situaba ante el reto de hacer lo que sabían hacer como psicoanalistas y expertas en el desarrollo infantil, pero en un contexto más sucio, más indefinido, menos aséptico, no sólo físicamente, sino también relacional e institucionalmente. Una primera necesidad evidente era modificar el encuadre, acudir al domicilio, sentarse con los padres en la mesa de la cocina, considerar una desagradable notificación a los servicios de protección a la infancia, y entrar en una dura pugna por hacerse un hueco en la dolorosa y dolorida vida de esa familia. Pero más allá de lo evidente de ir a la casa de los pacientes, creo que lo central era cambiar la forma de entenderse a sí mismo como profesional.

Esta aportación resultó claramente inspiradora para aquellos que trabajaban en estos contextos difíciles, y que necesitaban ir adaptando sus conceptos y técnicas a unos entornos muy complejos. Lieberman y Harris (2007) hicieron un balance de este recorrido, aprovechando la revisión de un caso fracasado, el de una chica con la que habían comenzado a intervenir en su primera infancia para reencontrarla de forma azarosa cuando ya era una mujer. En el esfuerzo por determinar qué podrían haber hecho mejor para ayudarla, hicieron un repaso de lo aprendido a lo largo de los años. Entre esos aprendizajes incluían los siguientes:

- la necesidad de ampliar la mirada, hasta llegar a un cuarto ojo (y oído). Es necesario mirar a los miembros de la diada, a la interacción entre ellos, a la relación de todos con el profesional... y además al contexto más global en el que se sitúa la terapia, lo que implica dirigir nuestra mirada a la relación con los servicios sociales, de protección a la infancia, o los tribunales de Justicia.
- la necesidad de ampliar la mirada a lo social, desde la constatación de que lo intrapsíquico está profundamente marcado por lo social. Esto implica unir el Psicoanálisis y la teoría ecológica, integrándolos en una teoría unificada de la mente, desde la que los cambios sociales aparecen como un vehículo necesario para el cambio interno. En cierta medida, esto acaba desembocando en cierto activismo social.
- adoptar una visión “supraclínica”, desde la que el clínico se vea a sí mismo como compañero de una serie de proveedores de servicios dentro y a través de un sistema de cuidados, que puede ser planteado como un continuum según su carácter normativo o coercitivo (y en cuyo extremo se suelen situar los servicios de protección a la infancia, con su poder para separar al niño de sus padres).
- adaptarse a las demandas específicas de lo traumático, como un ámbito de experiencia muy particular, con sus propias normas y requerimientos para el profesional.
- incluir una parte optimista y complementaria a los fantasmas: los ángeles (Lieberman, 2007; Lieberman, Padrón, Van Horn y Harris, 2005); estos nos remiten a esas experiencias de cuidado caracterizadas por un intenso afecto compartido entre padre e hijo, y las que el niño se siente comprendido, aceptado y amado; de la misma manera que los fantasmas condicionan al niño llevándole al sufrimiento y la disfunción, esas experiencias de protección contribuyen a crear un sentido nuclear de seguridad y auto-valía sobre el que puede asentarse la intervención profesional.

De esa inspiración de Fraiberg han surgido propuestas concretas muy interesantes. Para ilustrarlas, me remitiría a dos de sus alumnas más directas, y quizá herederas, Alicia Lieberman y Arietta Slade. Por un lado, Lieberman se ha convertido en una de las principales referencias para el tratamiento de la relación padres-hijos, especialmente en contextos desfavorecidos. A modo de ilustración, podemos

reseñar la Child-Parent Psychotherapy (CPP) como una de sus aportaciones más relevantes (Lieberman, 2007); ésta aparece como un tratamiento dirigido al complejo lazo relacional que se establece entre niños y progenitores traumatizados, especialmente en los casos de violencia doméstica. El foco de atención terapéutica se centra en el juego dinámico entre los sucesos y la adaptación del niño a estos, y el tratamiento debe centrarse en crear o restaurar un sentimiento de confianza y de intimidad segura entre el cuidador y el hijo, planteándose como objetivo central que el progenitor sirva como un agente terapéutico. No es un trabajo fácil. Lieberman advierte de que muchos progenitores reciben con hostilidad la derivación a tratamiento; pueden mostrarse suspicaces por las motivaciones de esta derivación, enfadados por recibir el escrutinio de extraños, o temerosos de perder la tutela del hijo; otros están sobrecargados por los estresores de la vida cotidiana, y algunos pueden llegar a envidiar al niño por recibir atención terapéutica. Por ello, hay que acercarse al progenitor no sólo como tal sino también como individuo, porque esto le da un sentido de auto-valía.

Pero más allá de este núcleo de intervención psicoterapéutica, lecturas atentas nos sitúan ante la inclusión de esas cuestiones más contextuales que antes mencionábamos. Por ejemplo, en la colaboración con otros dispositivos asistenciales. En uno de los procesos de implantación de la CPP (Renschler, Lieberman, Hernandez y Burke, 2013), se subraya cómo en la población desfavorecida no se puede esperar el grado de compromiso habitual en otros contextos; en efecto, si han fallado procesos básicos de vinculación humana en la vida familiar, la alianza con los contextos profesionales queda hipotecada; son personas difíciles de enganchar, que faltan mucho, que no entienden (al menos de partida) algunas cuestiones de encuadre, y que fácilmente desarrollan hostilidad a lo institucional. Trabajar estos casos desde el mismo marco que el usado para pacientes que buscan ayuda espontáneamente, es un error. Hay que pensar en servicios más domésticos, y de hecho las visitas domiciliarias son fundamentales para algunos pacientes. En esa experiencia concreta, el trabajo se hacía desde un dispositivo pediátrico; la línea del frente eran pediatras, con dos particularidades: una especial sensibilidad y formación en torno al efecto de los traumas en los niños y sus padres; y además, la dinámica de llevar los casos a reuniones con el equipo de salud mental (un trabajador social, un clínico gestor de caso y defensor de los padres, y dos psicólogos clínicos). A partir de ahí surgía una cartera

de servicios que ofertar a las familias: consultas breves, manejo de casos, intervención psicológica externa, evaluación educativa o neuroevolutiva, psicoterapia familiar, individual o padre-hijo.

La otra discípula que mencionábamos era Arietta Slade, quien ha situado su trabajo bajo el paraguas de uno de los conceptos más relevantes en la psicoterapia actual: la mentalización. Como es sabido, se trata de un concepto generado dentro del ámbito de la Teoría del Apego, y que está ocupando un lugar prominente en la comprensión del desarrollo psicológico del niño, apareciendo como un componente importante de muchos formatos de tratamiento (Allen, Fonagy y Bateman, 2008; Galán, 2016).

La idea de partida que subyace al concepto de mentalización es que los seres humanos intentan comprenderse mutuamente en términos de estados mentales (pensamientos y sentimientos, creencias y deseos) para dar sentido a la conducta del otro, y para poder anticiparla. La mentalización se desarrolla en un contexto intersubjetivo de cuidado padre-hijo, y un elemento central para ello es la capacidad del cuidador para sostener en su propia mente una representación de su hijo como alguien que tiene sentimientos, deseos e intenciones, porque esto permite al niño descubrir su propia experiencia interna a través de la representación que el progenitor tiene de ella. No es éste el lugar para abordar este fascinante tema, y nos limitaremos a señalar sólo dos aspectos de especial relevancia en cuanto a la idea que estamos desarrollando. En primer lugar, que no es extraño que esta visión del desarrollo infantil, tan profundamente ligada a la relación progenitor-hijo, resultara atractiva a quienes estaban interesados en la psicoterapia madre-hijo. Es aquí donde se sitúa Arietta Slade, como parte de un grupo de trabajo de la Universidad de Yale, donde tratan de desarrollar programas de intervención con padres y niños. Slade considera que muchos programas de intervención incluyen dentro de sí la potenciación de la capacidad mentalizadora de los padres, y por ello ha elaborado algunos programas destinados específicamente a desarrollar ésta. Por tanto, el objetivo es que los padres puedan dar sentido a los estados mentales propios y de sus hijos. Algunos padres dirigen a sus hijos una mirada muy básica (“Physical Stance”), donde se describe a los hijos sólo en términos de conducta. Algunos padres van más allá y los describen en términos de pensamientos y sentimientos, pero han situado en los niños unas proyecciones tan acusadas, que la visión que tienen de ellos está muy alejada de la

realidad. Finalmente, otros padres logran visiones más complejas y ajustadas del niño, y ésta es la que se busca desarrollar en las intervenciones (Slade, 2005).

Pero nuevamente volvemos a fijarnos en un detalle aparentemente marginal. El hecho de que tras elaborar este interesante programa de intervención, este equipo de investigación acaba desarrollando una versión para familias de alto riesgo. En concreto, el programa “Minding the Baby” (Slade, 2006), desarrollado inicialmente para chicas jóvenes embarazadas de New Haven, y que implica una intervención sostenida e intensiva, que además debe coordinarse con la intervención de otros servicios comunitarios. Con el núcleo de la intervención situado en la creación de una relación psicoterapéutica, se arma una serie de complejas actuaciones que trascienden más allá de la propia familia. En el mundo anglosajón es uno más de los muchos programas de investigación que se dirigen a estos contextos difíciles, marcados por la pobreza, la marginalidad... Recogen conceptos clínicos básicos y muy interesantes, pero con una mirada ampliada para recoger lo social.

Hemos utilizado la influencia inspiradora y práctica de Selma Fraiberg para llamar la atención sobre estas adaptaciones específicas de las terapias cuidadores-hijos. Pero obviamente no son las únicas experiencias en este sentido. De hecho, recientemente pudimos conocer de primera mano en SEPYPNA el proyecto CAPEDP, implementado en París por el equipo de Antoine Guedeney entre 2006 y 2011 (Guedeney, Guedeney, Tereno, Dugravier, Saias, Tubach, Wendland, Welniarz, Haddad y Greacen, 2014; Guedeney, Wendland, Dugravier, Saias, Tubach, Welniarz, Guedeney, Greacen, Tereno y Pasquet, 2013); no es casualidad que la primera de las dos referencias bibliográficas nos remita a un texto cuyo título comienza como “Fraiberg in Paris”.

Y a buen seguro que entre todos esos servicios que atienden en nuestro país a familias complicadas se desarrollan intervenciones de este tipo. Incluso hay propuestas específicamente desarrolladas en nuestro contexto, como el programa Primera Alianza (Pitillas, Halty y Berástegui, 2016). No obstante, el mundo anglosajón es dominante no sólo en el hacer sino también en el publicitar, de ahí que tengamos que recurrir a ellos por la visibilidad de sus contribuciones. Y es así como encontramos proyectos tan interesantes como el Attachment and Biobehavioral Catch-up, desarrollado por el Infant Caregiver Project de la Universidad de Delaware, dirigido por Mary Dozier (Caron, Weston-Lee, Haggerty y Dozier, 2016; Yarger, H.A., Hoye, J.R.,

y Dozier, M. (2016). Otro programa muy referenciado es el Circle of Security Project (Marvin, Cooper, Hoffman y Powell, 2002), diseñado para grupos de madres y padres de alto riesgo de niños pequeños (1-5 años), a los que se atiende a lo largo de 20 sesiones semanales, en un formato de tratamiento con algunos elementos que se han convertido en distintivos y característicos de este proyecto (el trabajo sobre video-viñetas a partir de grabaciones de interacciones padres-hijos, el manejo de los conceptos de “puerto seguro” y “base segura” con una imagen omnipresente e icónica que los representa, la importancia concedida a los procesos de reparación de la ruptura de la relación de apego, o el ingenioso uso de la “música de tiburón” para mostrar cómo los sentimientos pueden afectar a la interpretación de las relaciones); todo ello con un fin claro: crear el contexto de un ambiente grupal de apoyo en el que el terapeuta asume un papel de base segura, y donde cada cuidador es guiado a su propio ritmo hacia mayores habilidades en la lectura de las pistas infantiles sobre su mundo interno.

Sin llegar a abordar una revisión exhaustiva de estos programas, hay algunos elementos que resaltan en una primera mirada:

- la fuerte presencia de la Teoría del Apego, como una aportación sumamente inspiradora a efectos conceptuales, técnicos y de enseñanza (para los profesionales y para las familias). Una idea central es la de crear en la relación terapéutica una base segura para los padres, que les permita explorar y reflexionar sobre sus relaciones con los hijos.
- a pesar de lo anterior, se advierte una tendencia al eclecticismo teórico y técnico, desembocando con facilidad en modelos de intervención con un carácter multiteórico y comprensivo.
- un fuerte carácter social y comunitario, pero donde el componente psicoterapéutico se mantiene como central; en efecto, se entiende que sólo en el marco de una relación con componentes psicoterapéuticos, puede sostenerse el avance de los padres en el reconocimiento de sus emociones y pensamientos, y en el cambio de la forma en que cuidan a sus hijos.
- son propuestas de intervención muy cercanas a contextos naturales (visitas al hogar, intervención en la escuela...).
- adaptación a las capacidades de cada familia para hacer lecturas psicológicas. Detrás de muchas intervenciones psicoterapéuticas hay una necesidad de cierta capacidad de insight (algunos

hablarían de mentalización). Y si ésta no existe, esas intervenciones podrían estar fuera del alcance de los pacientes. En contextos desfavorecidos esto es más habitual, y hay que empezar (y a veces quedarse) en intervenciones más conductuales, más directivas, más “materiales”.

- el uso de grabaciones en vídeo se ha convertido en una herramienta muy utilizada. A partir de pioneros tan relevantes como Brazelton, Stern, McDough y Beebe, se ha acabado extendiendo ampliamente al ámbito de la intervención (Guedeney y Guedeney, 2010).
- muchas propuestas parecen muy vinculadas a proyectos de investigación, con un carácter muy ambicioso y resultados muy atractivos, pero surgen dudas en torno a la posibilidad de implementarlos de manera generalizada, considerando que los recursos asistenciales habituales suelen ser más precarios en términos humanos y materiales.

Al contactar con estos contextos de riesgo hay un tema que fácilmente surge cuando se está especialmente sensibilizado: lo traumático. Sin esa sensibilidad, es fácil que sea desestimado, y lo será por varios motivos, entre los que destacaríamos dos:

- frecuentemente no estamos hablando de un suceso puntual que impacta sobre cierta normalidad vital, sino de situaciones o vidas traumatizadas, con lo que se ha dado en llamar “traumas acumulativos”, generando contextos que envuelven totalmente a los implicados, y respecto a los cuales estos no son capaces de establecer una distancia observadora. Es por todo ello que podríamos hablar de “vidas traumáticas” más que de “traumas”. De esta manera, las víctimas asimilarán los traumas a sus vidas, y les faltará la distancia necesaria para poder verlos como algo anómalo y para pedir ayuda
- en cuanto que frecuentemente se trata de traumas relacionales, donde el daño ha sido causado por cuidadores y personas designadas como protectores, uno de los resultados es la desconfianza en las vinculaciones que impliquen un cuidado... como la relación terapéutica.

Como resultado de todo ello, el profesional podría encontrar que si no pregunta específicamente por sucesos traumáticos, los pacientes no los mencionarán; y en las intervenciones con familias no será infrecuente encontrar que los padres no establecen una conexión entre una

vivencia traumática y lo que le pasa a los hijos; de hecho, en ocasiones habrá que iniciar la intervención con la principal necesidad presentada por la familia, en lugar de por el incidente traumático, sobre todo para las que no buscan tratamiento por sí mismas (Renschler, Lieberman, Hernandez y Burke, 2013).

Otro aspecto importante reside en la diferencia entre niños y adultos. Por un lado, encontramos que en los adultos el evento traumático impacta sobre una estructura psíquica ya configurada. En cambio, en el niño el trauma impacta sobre un proceso de desarrollo. Por ello, el potencial perturbador será mucho mayor, ya que el proceso de crecimiento posterior al trauma tendrá que hacerse sobre el daño causado.

Vemos por tanto que, a diferencia de los modelos traumáticos en los adultos (cuyo paradigma es el Trastorno por Estrés Post-traumático, TEPT), en los niños que viven en contextos familiares y sociales traumáticos lo más importante no van a ser: a) unas experiencias concretas y recortadas temporal y espacialmente; y b) cierta distancia sobre esa experiencia, de modo que sea presentada como una vivencia traumática propiamente dicha. Las experiencias más relevantes van a ser situaciones traumáticas totalmente engarzadas en el funcionamiento vital, siendo difícil delimitar episodios y analizarlos desde cierta distancia. Sobre ellos, a veces se asentarán experiencias traumáticas del otro tipo (los recuerdos vívidos de sucesos puntuales). Por eso, es difícil aplicar la categoría diagnóstica TEPT; ésta es más evidente cuando pensamos en un accidente de tráfico, un asalto violento o una catástrofe natural, donde fácilmente identificamos esta sintomatología y entendemos su significado. La situación es diferente cuando se trata de una situación mantenida de forma persistente a lo largo del tiempo, y cuando el origen se encuentra en una persona con la que se mantiene una relación significativa. En estas situaciones encontraremos más vivencias disociativas, desmoralización y síntomas depresivos. Estas diferencias sostienen algunas distinciones entre grandes tipos de trauma, como la que se establece entre traumas tipo I y tipo II (Pérez-Sales, 2009).

Estas diferencias sostienen aportaciones conceptuales o diagnósticas como el Complex Post Traumatic Stress Disorder (CPTSD) o “trauma complejo”, o el Developmental Trauma Disorder (Van der Kolk, 2005). Lo que se plantea con ellos es que la exposición múltiple o crónica a traumas interpersonales relacionados con el desarrollo generarán malestar emocional, pero también producirán síntomas en muy diferentes dominios de funcionamiento personal (apego, funcionamiento

biológico, regulación emocional y comportamental, integración psíquica, autoconcepto, funcionamiento cognitivo...). Estos parecen cubrir prácticamente la totalidad de la persona, porque todas o casi todas las líneas de desarrollo se van a ver afectadas. A efectos de tratamiento, esta afectación generalizada va a introducir una exigencia importante, porque se requerirá una intervención amplia, que al menos incluya como principios básicos: garantizar la seguridad y trabajar para que ésta pueda ser sentida, desarrollar la capacidad de autorregulación, fomentar el procesamiento auto-reflexivo de la información, ayudar a integrar la experiencia traumática, fomentar la implicación relacional, y generar afectos positivos.

Estos planteamientos acerca de los traumas implican cambios respecto a los procedimientos más tradicionales de intervención, muy dirigidos a la elaboración verbal y la búsqueda de catarsis. Por el contrario, en estos nuevos acercamientos se subraya la necesidad de incluir:

- el trabajo con la corporalidad, partiendo de que este tipo de vivencias psicológicas quedan firmemente ancladas en el cuerpo.
- ampliando lo anterior, el trabajo con lo no verbal, puesto que algunos traumas acaecen en estados pre-verbales de la vida y por tanto no existe un recuerdo en la memoria explícita; abundando en este planteamiento, se sitúa el hecho de que algunos traumas son primariamente no verbales (miradas duras y abusivas, actitudes...). Por todo ello, se espera que el terapeuta sepa manejarse en este registro no-verbal.
- un especial empeño en asegurar la vinculación, incluyendo los aspectos más prácticos de estar disponible de manera real para el niño, pero también los más sutiles que apuntan a compartir la intersubjetividad. De ahí la necesidad ineludible de crear y mantener una relación sensible, reflexiva y entonada a nivel afectivo, entre el terapeuta y el niño, entre el cuidador y el niño, y entre el terapeuta y el cuidador; en este contexto relacional, se enfatiza la búsqueda de una conexión intersubjetiva con el niño, una aceptación profunda de sus emociones y experiencias, y una curiosidad desprovista de juicio acerca del significado que le ha dado a los eventos (Becker-Weidman y Hughes, 2008).
- sobre los cimientos construidos a través de las intervenciones anteriores, ayudar a construir narrativas que den un sentido a lo ocurrido.

Este ámbito de atención al trauma constituye uno de los campos de intervención psicoterapéutica donde más contribuciones valiosas y significativas se están realizando en estos momentos, y el trabajo con poblaciones inmersas en contextos traumatogénicos nos obliga forzosamente a acercarnos a ellas.

5. EPÍLOGO.

Las fronteras pueden ser miradas como líneas que separan dos realidades que se dan la espalda, y como el lugar propicio para el conflicto; pero también pueden ser vistas como un lugar de intercambio, de enriquecimiento mutuo y de oportunidades para prosperar. La emigración puede ser concebida como fuente de dolor (por lo que implica de pérdida) y de angustia (por la necesidad de adaptarse a lo nuevo, y por la dificultad para reconfigurar la identidad); pero también como fuente de crecimiento, de aprendizaje, y de enriquecimiento de la identidad. Y el retorno tras la emigración también acepta una doble lectura: como la repetición de una dolorosa despedida, o como la oportunidad de aportar a tu comunidad lo que has aprendido durante el viaje. Este documento es el resultado de haber emigrado, vivido en la frontera y retornado, intentando mantener una visión constructiva y enriquecedora de ese recorrido.

En esta narración he creado un discurso sincero pero que se asienta en dos construcciones artificiales que de alguna manera todos hemos acabado compartiendo. La primera, que lo clínico y lo social son dos cosas diferentes, y se trata de una idea bien asentada (aunque quizá no muy reflexionada) en nuestra representación del mundo profesional. Un conocimiento profundo de ambos nos muestra que son muchas las semejanzas, y muy numerosos los puntos de contacto; es más, desde una visión constructivista de la realidad, esta separación es cuestionable: las instituciones participan en la definición del problema al que atienden, aunque luego defiendan que primero surgió el problema y que la institución se creó y adaptó a él. Lo que entendemos por problema clínico o problema social podrían no ser entidades naturales sino el resultado de la confluencia entre unas realidades y las instituciones que los profesionales hemos creado para lidiar con ellas. Si no existen realidades inmutables, las puertas al diálogo y a la redefinición están abiertas.

Una segunda medio verdad en mi discurso reside en el hecho de haber atribuido al campo de lo social algunos rasgos que parecerían ajenos al ámbito clínico. Nuevamente tengo que remitirme a conceptos y prácticas que se han asentado quizá de forma no reflexiva. Muchas

características del ámbito social se corresponden con la perspectiva comunitaria que también ha inspirado a los servicios de Salud Mental; pero parece también una realidad que estos rasgos se han perdido o diluido en muchísimos dispositivos. Y que en estos momentos de crisis parecen más necesarias que nunca.

En conclusión, hemos intentado reflexionar sobre un ámbito de intervención clínica en el que los profesionales podríamos haber sido negligentes, y en el esfuerzo por rescatar nuestro compromiso y capacidad con cierta población, podríamos acercarnos a otros campos de actuación profesional a los que podemos aportar y de los que podemos aprender. De esta manera, de las demandas insatisfechas de algunos colectivos sociales, de los desencuentros que a veces caracterizan nuestra relación con ellos y con otros profesionales, pueden surgir oportunidades de cambio y crecimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achotegui, J. (2015). Diez diferencias en los valores culturales desde la perspectiva de la salud mental y de la psicopatología. Implicaciones y repercusiones terapéuticas. *Temas de Psicoanálisis*, nº 10 (<http://www.temasdepsicoanalisis.org/diez-diferencias-en-los-valores-culturales-desde-la-perspectiva-de-la-salud-mental-y-la-psicopatologia-implicaciones-y-repercusiones-terapeuticas/>).
- Achotegui, J., y Jayme, M. (2016). El reto de trabajar la relación terapéutica extendida y la transferencia negativa con inmigrantes, minorías y excluidos sociales. *Clínica Contemporánea*, 7, 105-112.
- Allen, J.G., Fonagy, P., y Bateman, A. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Becker-Weidman, A., y Hughes, D. (2008). Dyadic Developmental Psychotherapy: an evidence-based treatment for children with complex trauma and disorders of attachment. *Child and Family Social Work*, 13, 329-337.
- Béjar, A. (2010). Los lugares de la madre (el trabajo en red de seguimiento terapéutico de niños institucionalizados). *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 49, 101-113.
- Cancrini, L. (1991). *La psicoterapia: gramática y sintaxis*. Barcelona: Paidós.
- Caron, E.B., Weston-Lee, P., Haggerty, D., y Dozier, M. (2016). Community implementation outcomes of Attachment and Biobehavioral Catch-up. *Child Abuse & Neglect*, 53, 128-137.

- Coletti, M., y Linares, J.L. (Comps.) (2001). *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona: Paidós.
- Desviat, M, y Moreno, A. (Eds.) (2012). *Acciones de Salud Mental en la Comunidad*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Fraiberg, S.H., Adelson, E., y Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 14, 387-422.
- Freud, S. (1918/2001). *Los caminos de la terapia psicoanalítica. Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Galán, A. (2011). Niños maltratados: ¿intervención sobre el contexto o sobre los vínculos?. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, N° 51/52, 216-231.
- Galán, A. (2016). La teoría del apego: confusiones, delimitaciones conceptuales y desafíos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 36, 45-61.
- Galán, A., Rosa, S., y Serrano, J. (2009). Lo clínico y lo social: dos lecturas ¿complementarias?. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, N° 47, 93-124
- Galán, A., Rosa, S., y Serrano, J. (2011). La intervención familiar en contextos psicosociales: acercamientos desde lo vincular. *Intersubjetivo*, 11, 30-42.
- Garbarino, J., y Eckenrode, J. (1999). *Por qué las familias abusan de sus hijos*. Barcelona: Granica.
- Guedeney, A., y Guedeney, N. (2010). The era of using video for observation and intervention in infant mental health. *The Signal*, 18(2), 1-5.
- Guedeney, A., Guedeney, N., Tereno, S., Dugravier, R., Saias, T, Tubach, F., Wendland, J., Welniarz, B., Haddad, A., y Greacen, T. (2014). Fraiberg in Paris – early prevention through a mental health programme for vulnerable families: preliminary findings and what we have learned in conducting the French CAPEDP study. En R.N. Emde y M. Leuzinger-Bohleber (Eds.), *The Developments in Psychoanalysis Series: Early Parenting and Prevention of Disorder* (pp. 73-89). London: Karnac Books.
- Guedeney, A., Wendland, J., Dugravier, R., Saias, T., Tubach, F., Welniarz, B., Guedeney, N., Greacen, T., Tereno, S., y Pasquet, B. (2013). Impact of a randomized home-visiting trial on infant social withdrawal in the CAPEDP prevention study. *Infant Mental Health*, 34, 595-601.
- Holmes, J. (2009). *Teoría del apego y psicoterapia*. Bilbao: DDB.
- Lieberman, A.F. (2007). Ghosts and angels: intergenerational patterns in the transmission and treatment of the traumatic sequelae of domestic violence. *Infant Mental Health Journal*, 28, 422-439.
- Lieberman, A.F. y Harris, W.W. (2007). Still searching for the best interests of the child. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 62, 211-238.
- Lieberman, A.F., Padrón, E., y Van Horn, P., y Harris, W.W. (2005). Angels in the nursery: the intergenerational transmission of benevolent parental influences. *Infant Mental Health Journal*, 26, 504-520.
- Linares, J.L. (2001). Modelo sistémico y familia multiproblemática. En M. Coletti y J.L. Linares (Comps.), *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática* (pp. 23-43). Barcelona: Paidós.
- Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K., y Powell, B. (2002). The Circle of Security project: Attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attachment & Human Development*, 4, 107-124.
- Mayordomo, Z. (2016). ¿Cuál es el sentido de la Psicología en Servicios Sociales?. Sobre la atención psicológica de la vulnerabilidad y la exclusión social. *Clínica Contemporánea*, 7, 113-124.
- Minuchin, S., Montalvo, B., Guerney, B., Rosman, B., y Schumer, F. (1967). *Families of the slums: an exploration of their structure and treatment*. Nueva York: Basic Books.
- Minuchin, P., Colapinto, J., y Minuchin S. (2000). *Pobreza, institución, familia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Nervi, N. (2009). Entrevista a Denise Defey. *Clínica e Investigación Relacional*, 3, 733-746.
- Palacio, F., Manzano, J., Zilkha, N. (2002). *Los escenarios narcisistas de la parentalidad*. Bilbao: Altxa.
- Pérez-Sales, P. (2009). Trastornos adaptativos y reacciones de estrés. En T. Palomo y M.A. Jiménez-Arriero (Eds.), *Manual de Psiquiatría* (pp. 403-417). Madrid: AEN.
- Pitillas, C., Halty, A., y Berástegui, A. (2016). Mejorar las relaciones de apego tempranas en familias vulnerables: el programa Primera Alianza. *Clínica Contemporánea*, 7, 137-146.
- Renschler, T.S., Lieberman, A.F., Hernandez, M., y Burke, N. (2013). Trauma-focused Child-parent Psychotherapy in a Community Pediatric Unit: a cross-disciplinary collaboration. En J.E. Bettmann y D.D. Friedman (eds.), *Attachment-based Clinical*

- Work with Children and Adolescents* (pp. 115-139). New York: Springer.
- Saias T., Lerner, E., Greacen, T., Simon-Vernier, E., Emer, A., Pintaux, E., Guedeney, A., Dugravier, R., Tereno, S., Falissard, B., Tubach, F., the CAPEDP Study Group, y Revah-Levy, A. (2012). Evaluating fidelity in home-visiting programs a qualitative analysis of 1058 home visit case notes from 105 families. *PLoS ONE*, 7(5): e36915. doi:10.1371/journal.pone.0036915.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: an introduction. *Attachment & Human Development*, 7, 269-281.
- Slade, A. (2006). Reflective Parenting Programs: Theory and Development. *Psychoanalytic Inquiry*, 26, 640-657.
- Stern, D. (2006). Introduction to the special issue on early preventive intervention and home visiting. *Infant Mental Health Journal*, 27, 1-4.
- Van der Kolk, B.A. (2005). Developmental Trauma Disorder. *Psychiatric Annals*, 35, 401-408.
- Yarger, H.A., Hoye, J.R., y Dozier, M. (2016). Trajectories of change in Attachment and Biobehavioral Catch-up among high-risk mothers: a randomized clinical trial. *Infant Mental Health Journal*, 37, 525-536.