

Teniendo en mente el foco: la focalización en la clínica diaria*

SERGI DE DIEGO¹, M^a TERESA MIRÓ², ALBERT MONTANER³,
JORDI SALA⁴ Y MONTSERRAT PALAU⁵

RESUMEN

En este artículo rendimos homenaje a Eulàlia Torras de Beà, resumiendo las ponencias desarrolladas en su jornada-homenaje. Las ponencias se centraron en la focalización en la clínica infanto-juvenil, aunque abarcaron un amplio espectro, en cuanto a contenidos y complementariedad: un abordaje en la red pública adaptado al incremento de la demanda y precariedad socioeconómica de las familias y sistemas de protección social, la utilidad de la focalización en la entrevista individual o familiar en el diagnóstico, la relación paciente, familia y terapeuta en la construcción del foco y un uso de la focalización en el tratamiento grupal. PALABRAS CLAVE: focalización, diagnóstico, tratamiento, relación paciente y terapeuta, enfoque psicodinámico y psicoanalítico.

ABSTRACT

KEEPING THE FOCUS IN MIND: FOCUSING IN DAILY CLINICAL PRACTICE. In this article we pay homage to Eulàlia Torras de Beà, summarizing the presentations that were in the conference held as a tribute to her. The presentations covered a wide spectrum in terms of their content and complementarity: the approach within the public mental health system that has been forced to adapt to increased demand and to the socio-economic precariousness of families and of social safety net systems, the utility of focusing on individual or family interviews for diagnosis, the relationship amongst the patient, his or her family and the therapist to create the focus of treatment and the use of targeting in the treatment of groups. KEY WORDS: targeting, diagnosis, treatment, patient and therapist relationship, psychodynamic and psychoanalytical approach.

RESUM

TENINT EN MENT EL FOCUS: LA FOCALITZACIÓ A LA CLÍNICA DIÀRIA. En aquest article retrem homenatge a Eulàlia Torras de Beà resumint les ponències desenvolupades en la seva jornada-homenatge. Les ponències es van centrar en la focalització, tot i que abastaren un ampli espectre, quant a continguts i complementaritat: un abordatge en el marc de la xarxa pública adaptat a l'increment de la demanda i la precarietat socioeconòmica de les famílies i sistemes de protecció social, la utilitat de la focalització a l'entrevista individual o familiar en el diagnòstic, la relació pacient, família i terapeuta en la construcció del focus i un ús de la focalització en el tractament grupal. PARAULES CLAU: focalització, diagnòstic, tractament, relació pacient i terapeuta, perspectiva psicodinàmica i psicoanalítica.

Introducción

La elección del tema de la Jornada-Homenaje a la Dra. Eulàlia Torras de Beà no fue casual, sino que

se decidió para destacar el extenso trabajo realizado por su parte, atendiendo el foco del conflicto en toda intervención. Dedicamos la jornada a trabajar el foco en diferentes ámbitos de la asistencia en psiquiatría y

**El presente artículo es un resumen de las ponencias que tuvieron lugar en la XII Jornada de la Fundació Eulàlia Torres de Beà - Homenatge Dra. Eulàlia Torras de Beà, en Barcelona, el 5 de junio de 2015.*

¹Psicólogo clínico. CSMIJ Santa Coloma de Gramanet. Fundació Vidal i Barraquer. ²Psiquiatra y psicoanalista (SEP-IPA). Fundació Eulàlia Torras de Beà. ³Psicólogo clínico y psicoterapeuta (ACPP-AEPP/EFPP). Responsable del CSMIJ de Montcada i Reixac y de Sant Andreu. Fundació Eulàlia Torras de Beà. ⁴Psicólogo y psicoanalista (SEP-IPA). Fundació Hospital Sant Pere Claver. ⁵Psicóloga clínica. Miembro emérito de la Fundació Orienta.

Correspondencia: amontaner@fetb.org

Recibido: 8/4/16 - Aceptado: 26/4/16

psicología infanto-juvenil.

Denominamos foco al núcleo dinámico que organiza el funcionamiento normal o patológico de una persona o grupo humano: familia, grupo social, etc. Cuando nos consultan, nuestra intervención tiene como objetivo modificar el foco o dinámicas problemáticas para potenciar los funcionamientos sanos.

Una vez asumimos la demanda de ayuda, construimos el foco de trabajo. El niño, a menudo, es el síntoma o el portavoz de la disfunción familiar; también es fruto de antecedentes personales y familiares que han provocado carencias, déficits emocionales y madurativos.

Diferenciamos si la intervención se centrará en la familia entendiendo que la conflictiva parte de la dinámica relacional e interacciones de sus miembros o bien, además de trabajar con los padres en la comprensión y refuerzo de la función parental, también deberemos realizar una intervención con el niño con el fin de fomentar herramientas de progreso para resolver o disminuir la conflictiva que sufre, optimizando su desarrollo madurativo.

Resumen de las ponencias

En la primera mesa, se desarrolló el tema *Del motivo de consulta al foco de trabajo*, con dos ponencias: *Árbol mental de decisión del profesional. Focalización en el proceso diagnóstico*, a cargo de Sergi de Diego, de la Fundació Vidal i Barraquer, y *Atención flotante y focalización: la función terapéutica empieza en la primera entrevista*, a cargo de Dra. Maria Teresa Miró i Coll, de la Fundació Eulàlia Torras de Beà (FETB).

En la segunda mesa, se debatió *El foco desde diferentes ópticas*, a través de dos ponencias más: *¿Cómo influye el foco en la relación terapéutica?*, a cargo de Jordi Sala, de la Fundació Sant Pere Claver y *Focalización en los tratamientos psicoterapéuticos grupales en la infancia*, a cargo de Montserrat Palau, de la Fundació Orienta.

Árbol mental de decisión del profesional. Focalización en el proceso diagnóstico

Los servicios públicos de atención primaria en salud mental infantil y juvenil observamos una realidad progresivamente más demandante (en número de pacientes y en complejidad de los mismos) por el progresivo deterioro socioeconómico de las familias y de los sistemas de protección social de su entorno. Pondremos el foco en tres aspectos:

Procesos organizativos. Resulta imprescindible tener en cuenta el sufrimiento de los profesionales que padecen la presión de esta nueva situación abriendo canales de expresión y elaboración desde lo emocional, pero también tomando decisiones de carácter organizativo que optimicen los esfuerzos, ayuden a contener las ansiedades y permitan desarrollar la tarea en las mejores condiciones posibles. En nuestro CSMIJ (1), reformulamos las exclusiones y prioridades según criterios de gravedad y riesgo de cronicidad en un nuevo protocolo; creamos una página web propia (2) para padres, pediatras, y enseñantes sobre aspectos psicoeducativos y sobre tres trastornos bien definidos (Autismo, Síndrome de Asperger y TDAH) como una forma de empoderarlos; organizamos un sistema de primeras visitas avanzadas (se realizaron unas 430 visitas de esta clase) ideadas para reducir la lista de espera (que fue disminuyendo de forma clara) y que al mismo tiempo: se convertía en un segundo filtro para priorizar gravedad y riesgos, ofrecía al paciente y la familia un espacio de contención de sus ansiedades hasta la siguiente visita varios meses más tarde, facilitaba pedir a la familia que en la siguiente visita aportasen aquella documentación o informes que creyésemos útiles, se empoderaba a los padres al pedirles que observasen aspectos que creíamos pertinentes para entender al paciente, se ofrecía una devolución, algunas orientaciones iniciales y se les facilitaba la página web mencionada cuando nos parecía oportuno. También se sugerían focos prioritarios de exploración o trabajo terapéutico, dejando constancia en el curso clínico del grado de certeza o de presunción de todo ello, y realizamos altas orientadas en casos que solamente requerían esta intervención.

Herramientas de los profesionales. Consideramos imprescindible estar atentos a nuestro propio Conocimiento Relacional Implícito (CRI) (3), que modula la forma de relacionarnos con los demás de forma que tomamos decisiones intuitivas, escogemos unos caminos de exploración y evitamos otros de forma prudente, o cometemos errores, sin pasar a menudo por el filtro del pensamiento consciente. Para todo ello, es imprescindible estar atentos a escuchar la contratransferencia que se desarrolla en nuestro interior. Casi ningún nuevo paciente es nuevo del todo para los profesionales que llevan tiempo trabajando en la clínica. El impacto del menor y su familia nos provee de percepciones que remite a otros pacientes y familias y va despertando en

nosotros emociones y sentimientos, expresiones todos ellos de la contratransferencia mencionada y de la que tendremos noticia únicamente si prestamos atención a ella; si acabada la visita o cuando vemos el nombre del paciente que hemos de ir a buscar a la sala de espera estamos atentos a aquello que aquel nombre evoca en nuestro interior y que puede alertar sobre la clase de sentimientos y reacciones que éste el paciente en sus relaciones día a día. De esta forma podremos contener y elaborar nuestras emociones y utilizarlas para la mejor comprensión del caso.

Proceso diagnóstico. Considero imposible diagnosticar sin ir cambiando el foco entre la atención a la globalidad de la situación de entrevista que abarca el paciente, su familia y el entorno que nos van describiendo (como utilizando un gran angular en el símil fotográfico), y una atención más focalizada en determinados aspectos que nos van apareciendo como verdaderamente relevantes y que necesitaremos conocer con el máximo detalle (el zoom) y al revés.

Necesitamos captar aquellos aspectos significativos que puedan aportar comprensión y sentido al funcionamiento mental del paciente, examinar de qué forma estimula a su entorno y qué respuestas tiende a cronificar, que expliquen total o parcialmente el sufrimiento del menor y/o la preocupación de la familia y medio social.

Todo ello ayuda a dibujar nuestro árbol de decisión interno y, conforme se va desarrollando el proceso diagnóstico, precisar las formas de funcionamiento mental que tendremos que tratar de verificar o desestimar. Iremos escogiendo unas ramas y descartando otras mientras intentamos reconocer patrones de funcionamiento mental y relacional que expliquen cada particular expresión psicopatológica y nos ayuden a descubrir en qué aspectos podemos incidir con mayor facilidad para tratar de facilitar cambios saludables.

Los algoritmos que figuran en los manuales diagnósticos no son sino simplificaciones de estos procesos mentales que, de forma automática y a menudo poco consciente, realizamos cuando exploramos un paciente que acude para consultarnos.

La figura 1, que encontrarán en el anexo, sintetiza el proceso descrito.

Atención flotante y focalización: la función terapéutica empieza en la primera entrevista

En esta presentación, se aborda la práctica de la focalización como una herramienta en el trabajo

diagnóstico desde la primera entrevista con los niños y sus familias. Consideramos que dicha práctica no debe ser considerada como una simplificación del trabajo diagnóstico sino como una vuelta de rosca para poder profundizar en el conocimiento del funcionamiento mental de nuestros pacientes. Igualmente se considera una práctica aconsejable que ayuda al profesional de la salud mental a ejercitar la capacidad de síntesis y la distancia focal de su atención.

En el vocabulario fotográfico, la focalización indica que la imagen se ve con claridad a una determinada distancia. En la escritura narrativa, se utiliza el concepto de focalización para definir la distancia en relación a la cual es relatada una historia por parte del autor. Utilizaremos los conceptos en los que se basa aplicados a nuestra tarea. Se habla de *focalización cero* cuando el narrador se sitúa a la vez cercano y alejado, teniendo así una visión amplia de lo que ocurre en su narración; *focalización interna*, cuando narrador y lector se encuentran en el interior del personaje conociendo sus sentimientos y reflexiones. Desde esta perspectiva, los hechos son explicados desde la experiencia personal. Por último, se habla de *focalización externa* cuando el lector ve todo lo que ocurre desde el exterior, como si tuviera una cámara que registra acciones de una forma objetiva, ajena a cualquier punto de vista específico.

Cuando tiene lugar el primer encuentro, todavía no sabemos hacia qué derroteros nos llevarán los hechos clínicos y vivenciales de la consulta. Es el momento de ampliar el foco, de abrir el campo de observación sin dejarnos llevar por ideas previas y, sobretodo, tolerando la incertidumbre del no saber. A esta situación podríamos llamarle *focalización cero*, comportando mantener la mente en *modo flotante* o en *atención flotante* (si este concepto puede adaptarse a esta modalidad clínica). Es necesario tolerar la espera hasta que podamos captar algunos datos que nos guíen.

Mientras estamos en este modo de *focalización cero*, nos vamos impregnando de impresiones y percepciones diversas en nuestro contacto personal con la familia y el paciente que nos consulta. Todas ellas pugnan por acaparar nuestra atención, formando una especie de calidoscopio si lo comparamos con una imagen visual. En este momento, la experiencia clínica, los conocimientos vienen en nuestra ayuda para seleccionar los datos que sean suficientemente significativos y que, puestos en conjunto, nos ofrezcan la posibilidad de formular una

hipótesis que nos permita seguir avanzando.

Como ocurre también en otras actividades clínicas y terapéuticas, cabe tener en cuenta la posibilidad de que podemos avanzar hacia una hipótesis equivocada, por ejemplo porque sobrevaloremos una percepción o algún dato clínico, dándole una prioridad superior. Ser consciente que poder sostener la incertidumbre (el no tener la certeza de una conclusión) el tiempo suficiente que nos permita reunir los datos necesarios para encaminar nuestra tarea clínica nos parece una cualidad fundamental que debe presidir nuestro trabajo.

Mientras nos mantenemos en esta situación mental, poder recoger más datos, observar conductas, expresiones verbales y extraverbales, el juego, el dibujo (*focalización externa*) ayudan a dotar de significado simbólico dichas actividades y conocer el mundo interno de nuestros pacientes, llegando a una *focalización interna*, es decir, a conocer datos del funcionamiento mental de la familia y de nuestro pequeño paciente.

¿Cómo influye el foco en la relación terapéutica?

En esta presentación, se aborda la focalización desde la psicoterapia de niños y adolescentes. En un primer apartado, se reflexiona sobre la contradicción de trabajar desde una perspectiva restrictiva, como lo es la de la focalización, usando un método que nació y se desarrolló a partir de la asociación libre del paciente y la libre recepción del terapeuta. Se apunta que el terapeuta tiene encomendada la tarea de traducir lo que comprende del paciente y del campo relacional en términos del área de intervención preferente definida en el foco.

El foco se plantea como una hipótesis de trabajo a la que se llega a través de la experiencia de relación tenida con los consultantes desde las entrevistas diagnósticas para centrarse en la conflictiva básica tal como se presenta en el momento de la consulta, la cual incluye los conflictos intrapsíquicos y relacionales más activos, para llegar finalmente a la delimitación de una hipótesis focal que actúa como guía para la comprensión y la intervención del terapeuta.

A continuación, se considera el hecho de que el paciente también focaliza, aunque desde una perspectiva que puede o no coincidir con la del terapeuta. Éste tiene que tener muy en cuenta la hipótesis del paciente sobre las razones que explican su malestar, y las debería considerar en su focalización.

Se presenta el caso clínico de una adolescente de 14 años, que llega a la consulta con muestras evidentes de

haber pasado por pérdidas múltiples a lo largo de su vida, sin que ellas hayan ido acompañadas de un trabajo de duelo adecuado en ella ni en el entorno familiar. Se describen con detalle las dos primeras entrevistas, seguidas de unos comentarios sobre la focalización particular en este caso, que se concreta en trabajar el problema de los duelos pero desde una perspectiva actual; es decir, las pérdidas concretas que se siguen presentando en su vida cotidiana teniendo en cuenta su edad evolutiva, que pone en primer plano la pérdida del cuerpo y del estado mental infantiles. Se debería prestar atención a la pérdida de atención exclusiva de la madre, a los desengaños que vive en relación a los aprendizajes y en la relación con los iguales. La amenaza de un fracaso académico contribuyó en gran manera a la petición de ayuda.

En los dos apartados que siguen se reflexiona sobre los beneficios y problemas de focalizar, respectivamente. La presentación concluye resumiendo en cinco puntos las propuestas del autor sobre cómo debería entenderse y usar el foco, a saber:

- La focalización debería ser una guía de trabajo clara y a la vez flexible y no una directriz de obligado cumplimiento.
- La focalización no debería deslumbrar la visión del terapeuta hasta el punto de no dejarle ver la amplitud del campo mental y relacional del paciente.
- Hay que tener en cuenta y distinguir la hipótesis focal del paciente y su familia de la del terapeuta. Se debería tener en cuenta la discrepancia y/o coincidencia entre ambas.
- La focalización que el terapeuta construye no debería impedir un desarrollo abierto y amplio de la relación terapéutica, aún teniendo en cuenta que sus intervenciones procuran circunscribirse al foco.
- La focalización debería abrir el campo relacional a la comprensión y no cerrarlo ni constreñirlo.

Focalización en los tratamientos psicoterapéuticos grupales en la infancia

Cuando se inicia la actividad psicoterapéutica de grupo, el psicoterapeuta sólo tiene un conocimiento más o menos exhaustivo del diagnóstico clínico o de una aproximación diagnóstica de cada miembro del grupo. Desconoce totalmente la identidad del grupo porque sabemos que éste es más que la suma de sus miembros. Por esta razón, cada grupo tiene un funcionamiento emocional propio que se va configurando a medida que se va encontrando.

Este aspecto del inicio de un grupo psicoterapéutico se diferencia totalmente del de un trabajo psicoterapéutico individual en el que el psicoterapeuta conoce a la persona, sabe cuáles son las ansiedades y defensas que provocan el desajuste emocional por el que se inicia la psicoterapia individual. Por lo tanto, puede definir de antemano cuál va ser el foco del tratamiento.

Desde el inicio de una psicoterapia grupal, el psicoterapeuta de grupo ha de tener la capacidad de enfocar, entendida en términos de proceso, lo que cada miembro irá haciendo dentro de la interacción con los demás miembros del grupo.

En estas edades infantiles, comprendidas desde el inicio de la capacidad de interacción con los iguales hasta antes del inicio de la pubertad, el yo infantil no es suficientemente maduro para sentir la pertenencia a un grupo mucho más amplio que el de su familia a la que le unen lazos de relación muy primarios. Ningún otro grupo tiene, en esta etapa infantil, la fuerza que le permita al menor sentirse emocionalmente ligado como lo está a su familia. Dentro de este contexto familiar, el niño va evolucionando, va pasando etapas que le permiten crecer. En la familia se dan muchas vivencias que generan ansiedades y defensas intensas que, según como se vivan, podrán favorecer o obstruir el proceso de las normales tendencias evolutivas personales.

En el trabajo psicoterapéutico de grupo se producen muchas ocasiones en las que los participantes pueden comunicarse, interactuar, alejarse, pasar a la acción las emociones que uno está viviendo en aquel momento, etc., y generalmente es la proyección en el grupo psicoterapéutico de cómo se está viviendo el propio grupo primario familiar lo que favorece u obstruye la evolución normal propia de la edad de cada uno.

En general, creo que el foco de trabajo en un grupo psicoterapéutico infantil ha de centrarse en potenciar la capacidad de comunicación y de interacción de sus miembros a través de la conversación o de hacer actividades juntos, a fin de potenciar las tendencias evolutivas de crecimiento normal en la infancia.

Se presentó la evolución de un grupo psicoterapéutico de tres niñas, de edades comprendidas entre los 4 y 5 años al inicio del grupo, que duró casi 2 años. Las tres niñas habían sido diagnosticadas en la UFAM (Unidad Funcional de Atención al Maltrato) de haber sufrido “probados abusos sexuales”.

Al iniciar el tratamiento grupal, me preocupaba mucho el peligro que yo sentía como psicoterapeuta que se focalizara excesivamente en el hecho de los abusos sexuales y no poder verlas con toda su amplitud de recursos y conflictos que pudiesen tener.

En el tratamiento, se propició que se pudieran acercar a sus experiencias emocionales en general y se vio como progresivamente lo fueron haciendo con las traumáticas a través de los juegos que pudieron construir y hablar de ellas, ayudándolas a poder llegar a vivencias más adecuadas a su edad evolutiva, que correspondía al inicio de la latencia. Este proceso de grupo las fue ayudando a ir superando más o menos los conflictos emocionales patológicos que cada una tenía y poder entrar en el proceso adecuado de latencia.

Reflexiones finales

En los CSMIs, más que nunca, llegan familias con múltiples demandas y necesidades. Esta circunstancia ha implicado un sobreesfuerzo por parte de los equipos en la tarea de combinar la creatividad y la rigurosidad profesional por el bien de los niños y sus familias. Siendo esto especialmente complicado en unos momentos en que la demanda se ha incrementado, tanto en número como en complejidad.

La experiencia y buen oficio de Eulàlia Torras se pone en relieve cuando nos plantea en el prólogo de la edición en castellano del libro sobre *Psicoterapia focal de niños* (2013) del equipo de la UPPIJ (Unitat de Psicoteràpia Psicoanalítica per a Infants i Joves) de la Fundació Sant Pere Claver: “...en realidad, en el trabajo clínico descubrimos que hemos de saber cuál es el foco de nuestra tarea desde el inicio para que ésta esté estructurada, y que, si no sabemos cuál es el foco, vamos dando tumbos desde el inicio”.

En toda consulta debemos analizar dónde se localiza el conflicto, plantearnos si forma parte predominantemente de la organización familiar y no se traduce aún en un conflicto interno del niño, o bien, si el conflicto principal ya se localiza en el mundo interno del niño, en forma de organización o estructura psicopatológica.

La lectura de este artículo como síntesis de las ponencias expuestas en la *Jornada-Homenaje a Eulàlia Torras* muestra, sin ninguna duda, el buen hacer de los autores en su práctica clínica, y también el logro de complementar sus enfoques para ampliar su panorámica y aplicación en diferentes ópticas.

Sergi de Diego nos aproxima a la complejidad del proceso diagnóstico en los servicios públicos de salud mental infantil y juvenil teniendo en cuenta los contextos de realidad actuales que condicionan tanto el incremento de la demanda como la gravedad y complejidad de la psicopatología impregnada por el deterioro socioeconómico de las familias y de los sistemas de protección social de su entorno.

Maria Teresa Miró destaca diferentes formas de focalización en la entrevista individual o familiar y su utilidad en la configuración del diagnóstico, haciendo mención a la Dra. Torras cuando afirmó que “el tratamiento comienza en la primera entrevista, y el diagnóstico termina en la última entrevista, la despedida” (1991).

Jordi Sala, con su visión panorámica sobre “cómo influye la focalización en la relación terapéutica”, aporta unas reflexiones acerca de cómo tener en mente el foco a fin de prevenir contra un uso demasiado rígido y concreto de la focalización, sin perder de vista que, en el abordaje que se presenta, se entiende que el primer factor de curación reside en la naturaleza misma de la relación terapéutica. A mi modo de ver, Jordi Sala está en sintonía con las palabras de Eulàlia Torras (2007): “la relación terapéutica, es decir, el vínculo y la relación, es el eje central y común a todas las modalidades terapéuticas”.

Montserrat Palau expone cómo el foco del grupo es la manera en que el terapeuta enfoca su trabajo, más allá de la organización de la psicopatología. A nuestro modo de ver, también suscribe la idea anterior referida por Eulàlia Torras y Jordi Sala cuando nos muestra cómo a través del trabajo grupal, tejido mediante la comunicación y el juego, se logra la aproximación y el contacto de los miembros del grupo con sus conflictivas internas, favoreciendo su elaboración.

Como conclusión, queremos señalar un último aspecto, fundamental a nuestro entender, y que es la base de una manera de tratar y aproximarnos al dolor psíquico de nuestros pacientes y familias. Nos referimos al hecho de contar con los aspectos sanos y colaborativos de la familia y del niño y/o adolescente que participarán de forma efectiva en nuestra tarea clínica y que también configurarán el pronóstico. Nos permitimos incluir también como lo expresó Eulàlia Torras (2013), en el prólogo ya referido anteriormente: “... aquello que finalmente podemos ofrecer, aquello que

llega al niño y a la familia, depende en gran medida de los recursos mentales de los padres y de la familia, es decir, de hasta qué punto y de qué manera entienden el problema y lo que su hijo necesita, lo cual significa que depende de su mentalidad, que en última instancia es lo que determina sus prioridades”.

Finalmente, y a modo de homenaje, nos gustaría finalizar el artículo poniendo en relieve la figura profesional y personal de Eulàlia Torras de Beà, maestra de muchos de los profesionales que hoy en día trabajan en salud mental en Catalunya. De su persona y sus ricas y diversas aportaciones podría asociarse dos citas que nos vienen a la mente: “siempre que enseñes, enseña a la vez a dudar de lo que enseñas”, de José Ortega y Gasset (1883-1955), y “la lectura hace al hombre completo; la conversación, ágil, y el escribir, preciso”, de Sir Francis Bacon (1561-1626).

Notas

(1) CSMIJ: Centro de Salud Mental Infantil i Juvenil. Hace referencia al dispositivo de Santa Coloma de Gramenet, concertado con el Servei Català de la Salut y gestionado por la Fundació Vidal i Barraquer.

(2) La pueden consultar en: <https://sites.google.com/site/fvbentreparefills/>

(3) El CRI lo ha conceptualizado el *Grupo de Estudio de los Procesos de Cambio de Boston* (BCPSG). Proviene de los desarrollos en la investigación sobre los sistemas de memoria y es el conjunto de recursos relacionales adquiridos y automatizados de forma inconsciente a través de la memoria de procedimiento, que nos hace ser como somos en nuestras relaciones con los demás.

Bibliografía

SALA, J. (Ed.) (2013). *Psicoterapia focal de niños. Una aplicación del modelo psicoanalítico en la Red de Salud Pública*. Barcelona: Octaedro.

TORRAS DE BEÀ, E. (1991). *Entrevista y diagnóstico*. Barcelona: Paidós.

TORRAS DE BEÀ, E. (2007). ¿Qué es tratar en psicopatología del niño y del adolescente? Cap. XV. En: Torras de Beà, E. (comp.). *Normalidad, psicopatología y tratamiento en niños, adolescentes y familia*. Valls: Llectio Ediciones.

Anexo

Figura 1. Proceso diagnóstico.

