

TITULO:

“La extensión universitaria: Intervenciones preventivas en salud mental del niño y su familia”

Eje:

Extensión, docencia e investigación. Acciones de transformación social y políticas públicas.

Autores:

Babsia, Evelin. Licenciada. Universidad Nacional de San Luis
Pasante Proyecto de Investigación e integrante Proyecto de Extensión.

Dir.: Ameghino 227 – Villa Mercedes – Tel.: 02657- 15635740

e-mail: evelinbabsia@hotmail.com

Sanchez, Mariela Emilce. Licenciada. Universidad Nacional de San Luis
Pasante Proyecto de Investigación e integrante Proyecto de Extensión.

Dir.: San Martín 45 – Buena Esperanza – Tel.: 02652-15339367.

e-mail: emilce_sanchez@hotmail.com

Toranzo, Elena. Magister. Universidad Nacional de San Luis.
Directora de Línea de Proyecto de Investigación¹ y Directora de Proyecto de Extensión

Dir.: Av. Illia 305 –8 C. Tel.: 02652-429237

e-mail: htoranzo@unsl.edu.ar

Referencias Institucionales: Universidad Nacional de San Luis.

Resumen.

Presentaremos la tarea que se viene realizando en el ámbito de los servicios públicos de atención psicológica por un equipo de profesionales y estudiantes avanzados en la Universidad Nacional de San Luis, la misma se enmarca en un Programa de Extensión denominado: “Intervenciones desde la clínica en psicología para sectores no mutualizados y con bajos recursos”. Correspondiente al Proyecto 1 “Intervenciones grupales desde una perspectiva psicoanalítica” íntimamente vinculados a un proyecto de investigación interesados en la prevención, diagnóstico y psicoterapia individual – grupal para la salud mental, los cuales se estudian clínica y empíricamente.

Partimos de la base que así como la Universidad debe salir y abrir sus puertas al medio; el **Psicoanálisis como marco teórico de nuestras prácticas, se extiende más allá del**

¹ “Estudio clínico y empírico en prevención diagnóstico y psicoterapia psicoanalítica individual - grupal”. Secretaría de Ciencia y Técnica. UNSL.

consultorio mediante el grupo, la familia, la escuela. Consideramos que la extensión universitaria se transforma así, en un lugar para una concepción psicoanalítica extendida. Esta actividad que desarrollamos con el niño y su familia tiene sus raíces en un compromiso permanente con el medio social en que nos insertamos, medio que nos brinda un marco para la reflexión en torno al desarrollo biopsicosocial del ser humano, sus alteraciones, su sufrimiento y sus posibilidades de cambio. Esencialmente **intervenimos preventivamente** al brindarle sostén al vínculo conflictivo de los primeros años – de padres e hijos – en donde se sientan las bases de la futura salud mental. De allí que hemos desarrollado un diseño preventivo y psicoterapéutico acorde a las difíciles situaciones familiares y sociales de la época.

La **intervención multifocal** permite incluir las diferentes dimensiones del problema, especialmente las que se ponen en juego en el rol parental, que se transmite transgeneracionalmente.

Presentaremos los datos **epidemiológicos** que genera la demanda, **las estrategias** con que las abordamos y algunos **resultados** obtenidos, con la esperanza de establecer bases sólidas en nuestra propia disciplina que nos permita intercambios con otros campos necesarios como por ejemplo los agentes que determinan las políticas públicas de salud.

Palabras claves: extensión, prevención, psicoterapia, grupos.

PRÓLOGO

La Organización Mundial de la Salud en 1952 encargó a Bowlby un estudio sobre "los niños sin hogar en su país natal que dio lugar a su libro *"Cuidados maternos y salud mental"* donde describe tres causas del fracaso del núcleo natural del hogar en el cuidado del niño: "1) *Núcleo natural del hogar no establecido nunca (ilegitimidad).* 2) *Núcleo natural del hogar que permanece intacto pero que no actúa en forma eficaz: condiciones económicas que llevan al desempleo del encargado de ganar el pan y, por consiguiente, a la miseria. También podría deberse a enfermedad crónica o incapacidad, inestabilidad o psicopatía del padre.* 3) *Núcleo natural del hogar deshecho y por consecuencia sin funcionamiento: calamidades sociales – guerra, hambre – o en otros casos el fallecimiento, enfermedad, hospitalización, abandono del hogar de uno de los padres. Separación o divorcio, ocupación del padre en otra ciudad o empleo de la madre a horario completo".*

Hacemos nuestra esta descripción de posguerra del autor, pues consideramos que, llamativamente, estas circunstancias permanecen en la actualidad a pesar de los avances en nuestras ciencias.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo deriva de experiencias que se llevan a cabo en el Centro Interdisciplinario de Servicios (CIS) de la Universidad Nacional de San Luis (UNSL), donde un equipo de trabajo participa en proyectos de investigación y programas de extensión a la comunidad articulados a la docencia universitaria. Así mismo, ofrece la posibilidad de formar recursos humanos que trabajen en instituciones de nuestro medio y que mediante una pasantía y/o beca realizan un entrenamiento en el vasto ámbito de la clínica psicoanalítica.

En dichos **programas de extensión** se llevan a cabo prácticas de intervención de nivel preventivo, diagnóstico y asistencia psicológica en problemáticas de variada índole que inciden en la cohesión familiar y social; en tanto afecta la inserción del niño en la familia y en la escuela. En este trabajo en particular nos referiremos centralmente al primer aspecto de estas problemáticas.

El objetivo general de todos estos programas es dar respuesta a la demanda a partir de desarrollar nuevos diseños terapéuticos – que estudiamos clínica y empíricamente en sus procesos y eficacia – a los efectos de poder incidir en las políticas de salud mental para promover estos tratamientos.

Partimos de la base que así como **la Universidad debe salir y abrir sus puertas al medio; el Psicoanálisis como marco teórico de nuestras prácticas, se extiende más allá del consultorio mediante el grupo, la familia, la escuela.** Consideramos que la extensión universitaria se transforma así, en un lugar para una concepción psicoanalítica extendida.

Esta actividad que desarrollamos con el niño y su familia tiene sus raíces en un compromiso permanente con el medio social en que nos insertamos, medio que nos brinda un marco para la reflexión en torno al desarrollo biopsicosocial del ser humano, sus alteraciones, su sufrimiento y sus posibilidades de cambio.

Coincidimos con **Eulàlia Torras de Beà** (2010) quien señala que recientes investigaciones por neuroimagen conectan la función de los cuidados parentales con el desarrollo del cerebro, la evolución intelectual y de la personalidad. Sostiene la necesidad de medidas políticas reales de conciliación entre el trabajo de los padres y las necesidades de los hijos para una evolución neurológica y mental saludable de éstos, en lugar de las falsas y demagógicas medidas propuestas hasta ahora que potencian mayor institucionalización de los bebés y los niños.

En los últimos decenios nuestra organización social ha ido cambiando mucho y lógicamente notamos las repercusiones desde nuestro trabajo como profesionales.

La base del cambio sería, en términos generales, la evolución desde familia patriarcal, tradicional o clásica a familia postpatriarcal, democrática o moderna, con sus corolarios o causas y, ambas cosas en situación circular.

- La incorporación masiva de la mujer al trabajo fuera de casa,
- El aumento notable de las separaciones y divorcios.

- El aumento de familias reconstituidas y de nuevos tipos de familia (monoparentales, homoparentales) y como consecuencia de todo esto,
- El importante cambio en las formas de crianza.

Podemos observar de manera común que una mujer no lacte a su bebé o, en el mejor de los casos, que a los dos meses comience a preparar el destete para reincorporarse al trabajo a los cuatro meses. O sea que, tan temprano, cuando aún falta tiempo para llegar a consolidarse, se ve en la situación de romper el vínculo recientemente iniciado con su bebé, en ocasiones por temor a perder su puesto de trabajo. Además, como decía antes, estos padres que trabajan tantas horas no suelen llegar a casa con el estado mental necesario para interesarse por los hijos.

También es importante considerar – en algunas regiones del país más que en otras– la influencia de la intensa inmigración de los últimos años, aumentando marcadamente la diversidad de todo tipo a integrar en nuestra sociedad, con todo lo positivo y a veces lo difícil que pueda ser, y también la provisionalidad o precariedad, más intensa que en otras épocas, que se desprende de todo lo dicho hasta aquí.

Las políticas educativas que pretenden arreglar el fracaso escolar con más horas de institución a cualquier edad o, basadas en la absurda idea de socializar al bebé, desde que el niño nace, son antieducativas para la población ya que transmiten – y a menudo inculcan – a los padres un error fundamental de concepto: precisamente la creencia de que hay que "sociabilizar" a los bebés a los pocos meses, que asistir muchas horas a la escuela es mejor que los cuidados que ellos pueden brindar y que los padres deben trabajar más y esforzarse para poder pagar muchas actividades extraescolares en aras de la formación de sus hijos. Es preocupante tanto retraso en la promulgación de leyes que realmente atiendan las necesidades de los pequeños en materia de salud mental y por ende de aprendizaje.

Las actuales políticas de crianza contradicen completamente los resultados de las importantes investigaciones llevadas a cabo en las últimas décadas y que se sitúan en dos líneas: una, los estudios sobre el vínculo y el apego, como funciones estructurantes fundamentales y, dos, las investigaciones sobre la plasticidad neuronal desde el nacimiento.

ANTECEDENTES Y SU INTERRELACION CON LA INVESTIGACION

Con el fin de aprehender la complejidad teórica y clínica propia del campo de trabajo en que se sitúa el diagnóstico y el abordaje de grupos paralelos, en estudios anteriores, nuestro equipo desplegó un amplio abanico de temas y estrategias metodológicas. En investigaciones previas se abordaron: 1. Aspectos epidemiológicos de la consulta (Taborda & Díaz, 2009). 2. Desarrollo de recursos diagnósticos y terapéuticos (Taborda & Toranzo, 2002, 2005). 3. Análisis de efectividad terapéutica en un grupo de niños (Taborda, Díaz,

Abraham, & Toranzo, 2008). 4. Comparación de dos modalidades psicoterapéuticas psicoanalíticas (grupo paralelos de padres e hijos versus tratamiento individual del niño; Taborda & Toranzo, 2009). 5. Desarrollo de modalidades diagnósticas de la situación parento-filial (Sanchez & Toranzo 2009, 2010). 6. Desarrollo de modalidades terapéuticas multifocales (Toranzo E 2011). 7. Estudios empíricos del proceso terapéutico de grupos de padres (Taborda & Toranzo 2010)

EPIDEMIOLOGÍA

El Centro Interdisciplinario de Servicios funciona de la siguiente manera: se realiza entrevistas de admisión a las personas que asisten de manera voluntaria. Se trata de una población de bajos recursos y no mutualizada. Posteriormente se derivan de acuerdo a las problemáticas particulares a los diferentes proyectos que la Universidad Nacional de San Luis provee.

En el CIS una de las consultas más frecuentes es la de padres que llevan a sus hijos a partir de la derivación de instituciones educativas o médicas. Los motivos manifiestos de los padres suelen coincidir: "Vengo porque mi hijo no anda bien en la escuela..." detrás de los cuales se esconden problemas emocionales de diverso tipo y conflictos relacionales que incluyen a los padres. Así mismo, se observan casos referidos a violencia doméstica, hogares monoparentales, situaciones de abuso, entre otros.

Una gran parte de esta demanda recae en el área clínica y -por ende en nuestro programa de extensión- de la que se obtienen los siguientes datos: de 42 casos estudiados en 2009, el 68% de los casos la atención psicológica para niños se solicita por dificultades que aparecen en el ámbito escolar, en una proporción de dos varones por una niña. El 22% requiere asistencia, por síntomas que no atañen a lo escolar (encopresis, enuresis, crisis de angustia). Del 68%, el 17% suman a esta problemática conductas impulsivas, el 12 % refieren que la derivación se fundamenta en conductas impulsivas que obstaculizan la adaptación a las normas.

ABORDAJE DIAGNÓSTICO; ESTRATEGIA TERAPÉUTICA Y SUS RESULTADOS

¿Cómo Trabajamos?

La demanda exige el desarrollo de una modalidad de asistencia relacional que incluye en la problemática del niño que es traído a consulta, a la madre, incluso a la pareja parental. De esta manera, se brinda la posibilidad de recuperar esa contención de la que, debido, entre otras, a las dificultades de la sociedad actual y especialmente debido a la carencia de los padres por su propia infancia los niños se ven privados. Siguiendo esta modalidad, hemos podido dar respuesta a esta amplia demanda gracias al diseño de atención terapéutica tanto

individual como grupal. Es así que, los padres que consultan por sus hijos son derivados a psicoterapia grupal focalizada en la relación con sus hijos

Siguiendo estos lineamientos, **los diseños terapéuticos** que implementamos en el CIS, implican: a) el tratamiento de ambos (padres e hijos) en sus respectivos grupos terapéuticos b) el tratamiento de los padres en grupo paralelo al tratamiento individual del niño, c) si la gravedad del caso así lo indica, se lleva a cabo el tratamiento individual de los padres complementario al grupo psicoterapéutico (ej padres violentos, golpeadores). De este modo, tenemos pleno acceso a **los fenómenos de identificación proyectiva en sus aspectos sanos y enfermos**, que se ponen en juego en la relación padres e hijos, y que pueden estar involucrados en el conflicto que subyace al síntoma, como hemos desarrollado en trabajos mencionados en antecedentes (Toranzo, Taborda y otros 2007/08).

Estrategia Diagnóstica

Desarrollamos **modalidades de evaluación diagnóstica de la situación parentofilial** que está involucrada en la consulta por el niño. El diagnóstico se propone: a) determinar la indicación terapéutica mas adecuada b) arribar a la conformación de los grupos paralelos de padres y de hijos c) brindar un espacio donde se inicie el establecimiento de la alianza terapéutica d) delinear los elementos esenciales de la conflictiva padres e hijos que serán trabajados en los diferentes niveles de intervención que este diseño permite; y e) especialmente aprovechar los aspectos terapéuticos del diagnóstico (Taborda, Toranzo 2003/04/05).

El Cuestionario

En cuanto a la estructura del **cuestionario**; las preguntas apuntan a diferentes aspectos de la historia relacional de los padres con su familia en la infancia. Consta de **70 interrogantes** de las que se seleccionaron **39** de las cuales **16** se refieren a "**experiencias relacionales que favorecen la seguridad y la confianza básica**". Otras **23 preguntas** corresponden a la dimensión que ha sido denominada "**experiencias relacionales de amenaza a la seguridad**" es decir refieren situaciones que abarcan desde la preocupación por la autonomía, temores por mostrar los sentimientos, padres impacientes, irritables, indiferentes, rechazantes, abusivos, violentos, autoritarios.

Las teorías del apego, intentan explicar por qué los seres humanos buscan establecer vínculos fuertes, selectivos y duraderos, y cómo la amenaza o el quiebre de estos lazos causan un impacto emocional e incluso psicopatología. Consideramos que no encontramos categorías puras, sino combinación de apegos seguros e inseguros; buscamos caracterizar las modalidades relacionales. Las preguntas del cuestionario llevan a evocar y a valorar

distintos modos de comportamiento del pasado y actuales del funcionamiento familiar, que permite distinguir el impacto de las vivencias con los padres en distintos momentos de la vida.

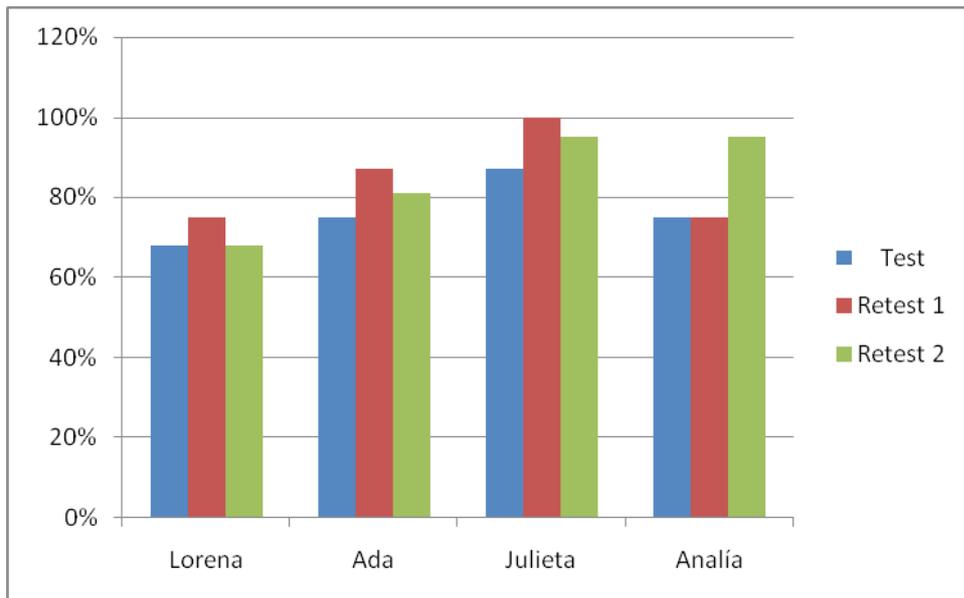
Evaluación del Cuestionario Para Padres

Seguridad						
Sujetos	Test		Retest 1		Retest 2	
	C	%	C	%	C	%
Lorena	11	68%	12	75%	11	68%
Ada	12	75%	14	87%	13	81%
Julieta	14	87%	16	100%	15	95%
Anaía	12	75%	12	75%	15	95%

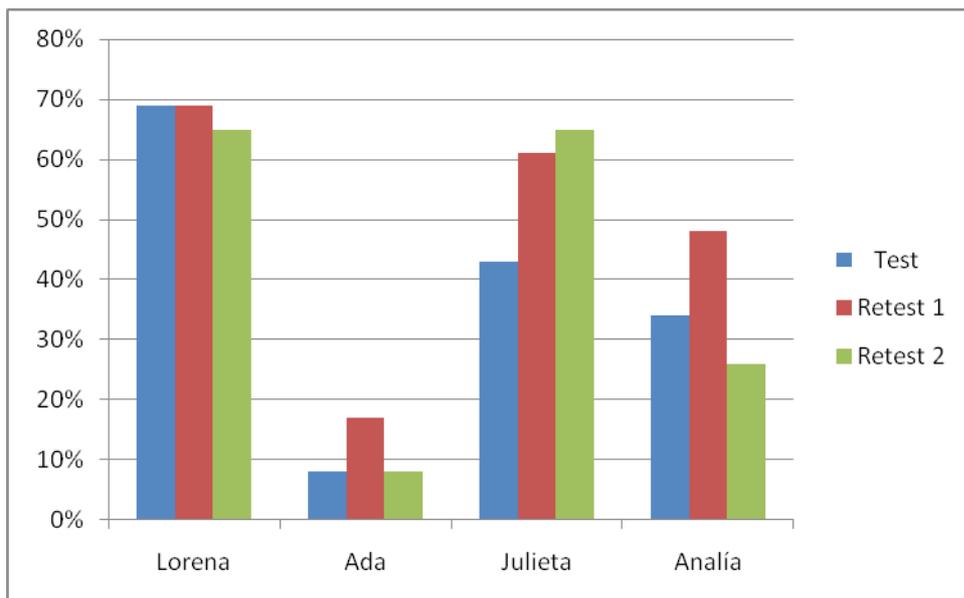
Amenaza						
Sujetos	Test		Retest 1		Retest 2	
	C	%	C	%	C	%
Lorena	16	69%	16	69%	15	65%
Ada	2	8%	4	17%	2	8%
Julieta	10	43%	14	61%	15	65%
Anaía	8	34%	11	48%	6	26%

Gráficamente estos porcentajes se pueden ver de la siguiente manera:

“experiencias relacionales que favorecen la seguridad y la confianza básica”



“experiencias relacionales de amenaza a la seguridad”



Este **Cuestionario** presenta ventajas por su breve tiempo de administración, evaluación y aporte de datos cuantitativos. Así mismo, permiten inferencias estadísticas que posibilitarían llevar a cabo estudios epidemiológicos de mayor envergadura.

Estrategia Terapéutica y sus Resultados

El **grupo de padres** se constituyó como un grupo abierto, integrado por un terapeuta, un observador participante y siete padres. En el caso aquí expuesto, el grupo estaba constituido solo por madres, situación que se trabajó en el curso del tratamiento.

La psicoterapia de grupo se inició compartiendo los motivos de consulta, mientras los coordinadores encauzaron y ayudaron a construir el foco de trabajo centrado en las preocupaciones y problemáticas peculiares del rol parental.

Estudio de Macroproceso Terapéutico del Grupos de Padres

En conjunto con la Universidad ULM de Alemania, llevamos a cabo la evaluación empírica de los grupos de padres: mediante TCM (Ciclos Terapéutico de Mergenthaler) a partir de un software que permite el análisis de los aspectos formales de las conversaciones psicoterapéuticas.

Tabla 1. Patrones de E-A (S), Valencia del Tono Emocional, Estilo Narrativo ("smoothed"), Foco e Interacción Grupal

	Patrón E-A (S)	Valencia Emoción	Foco	Interacción
S1	A	(=)	3	1
S2	B	(=)	2	2
S3	B	(=)	1	1
S4	B	(=)	1	2
S5	D	(-)	3	2
S6	D	(-)	4	2
S7	A	(-)	4	4
S8	C	(+)	3	5
S9	C	(+)	3	3
S10	C	(+)	2	2
S11	C	(+)	2	4

Referencia: Patrones E-A (S): Tendencias de patrones de emoción-abstracción. A: relaxing, B: reflecting; C: experiencing, D: connecting. Patrones E-A (S): Tendencias de patrones de emoción-abstracción. A: patrón relaxing, B: patrón reflecting; C: patrón experiencing, D: patrón connecting.

Valencia del tono emocional (+), (-), (=): tono emocional predominantemente positivo, negativo o neutral, respectivamente. Estilo narrativo (+), (-), (=): estilo narrativo superior, inferior o similar a la media para el grupo de sesiones.

Podemos observar:

Que la **fase inicial** se caracteriza por elevada abstracción y bajo tono emocional no definido en cuanto a su valencia. En el modelo de ciclo terapéutico, el predominio del patrón reflecting en la fase inicial, eventualmente luego de un tramo caracterizado por el patrón relaxing pero sin haber sido precedido por connecting puede ser indicio de mecanismos de racionalización de parte de los pacientes para evitar el contacto con la problemática y su correlato emocional, y/o del uso de un lenguaje excesivamente abstracto por parte del terapeuta. Desde el punto de vista clínico, el foco es indefinido, los pacientes tantean diferentes temáticas sin profundizar ninguna. La interacción grupal es deficitaria, los miembros están centrados en sí mismos; la cohesión grupal es baja, no hay “espíritu de grupo”. Si bien en la primera sesión el foco aparece medianamente definido, esto se debe probablemente a que el contenido de esa sesión es relativamente estructurado: presentación de los miembros del grupo y su motivo de consulta por parte de los pacientes, presentación del encuadre de trabajo y objetivo del abordaje por parte del terapeuta.

La **fase media** de la secuencia puede ser descripta como de transición: la emoción adquiere una clara tonalidad negativa, el foco se define. El predominio de la abstracción típico de la fase inicial da paso a la aparición simultánea del tono emocional. En la sesión 7, caracterizada por un foco definido y una interacción grupal intensa, la abstracción declina definitivamente. El tono emocional desciende temporariamente, y se produce un cambio de valencia: la emoción positiva se impone por sobre la negativa. Posiblemente el cambio de valencia de la emoción, de importancia central en el modelo de ciclo terapéutico, puede entenderse como producto, a nivel del lenguaje, de la concentración en el foco y la dinámica interaccional intensa y una creciente cohesión grupal.

En la **fase final**, la interacción grupal es oscilante pero a un nivel claramente más elevado que al comienzo. Probablemente, la cohesión grupal influencia el clima grupal favoreciendo la expresión de las emociones, lo cual se manifiesta en un lenguaje caracterizado por un elevado tono emocional positivo. En el modelo de ciclo terapéutico, la activación de las emociones junto con un incremento del estilo narrativo constituye un requisito para el surgimiento de connecting, es decir de procesos de “insight” emocional. Si bien el foco no siempre es mantenido, el marcado tono emocional sugiere un progreso terapéutico en la medida en que el contacto con las emociones en el tratamiento de los diversos temas es mayor que en la fase inicial.

CONCLUSIONES

El concepto de **intervención multifocal** implica que: a) dentro de una temática encontramos distintos focos, b) la intervención misma debe contemplar la asistencia combinada de recursos para atender a los diferentes actores del conflicto tal como los grupos paralelos de

padres e hijos, y así atacar a los diferentes focos del problema y c) la posibilidad de incluir el tercero (el grupo, los adultos en general).

La conjunción de diferentes intervenciones clínicas en el campo de la salud y de la educación que, en este caso, confluyen en dos grandes tópicos: “la familia y la escuela”. Muestra que es necesaria una intervención *clínica multifocal*, en tanto y cuanto los actores se multiplican – padres, niños, adolescentes, maestros, preceptores – en escenarios institucionales – la escuela, la familia – también complejos; inmersos en una sociedad de escasos consensos, que dificulta los procesos de diferenciación necesarios para el desarrollo de la salud mental en la actualidad. Desde el punto de vista epistemológico y/o metodológico esta intervención multifocal, en nuestro parecer implica no solo diferentes planos imbricados, sino una concepción psicoanalítica relacional.

En síntesis, se trata de operar no sólo sobre lo interno intrapsíquico sino en la realidad externa, especialmente si se trata de niños, púberes y adolescentes donde existe una situación de intensa dependencia emocional. De esta manera buscamos un cambio más profundo y duradero, sino la intervención ataca sólo los síntomas y no las causas más profundas, las que por supuesto son intersubjetivas.

La psicoterapia de grupo paralelo permite trascender la estructura individual y/o familiar cerrada en sí misma para brindar una apertura exogámica: cada integrante del grupo aporta nuevas visiones y modelos vinculares. Ofrece posibilidades específicas de expresión y de captación de la realidad intersubjetiva, al promover la elaboración de sentimientos de anormalidad, soledad y culpa. Este abordaje se torna apropiado para suscitar cambios relacionales. Del mismo modo otras investigaciones **de eficacia o resultados** realizadas como el **estudio comparativo de dos abordajes a) Grupo paralelo de padres e hijos y b) Tratamiento individual de niños** implementados ante la derivación escolar referida como Déficit Atencional, dificultades de aprendizaje y/o de adaptación a las normas; refieren: que si bien se manifiestan modificaciones tanto en las modalidades terapéuticas individuales como grupales; en el abordaje de grupos paralelos de padres e hijos son más pronunciadas. Respecto a la adherencia terapéutica si bien se alcanzan índices similares es superior en el abordaje de grupos paralelos de padres e hijos.

Con lo expuesto hemos querido mostrar que la aplicación de nuestros conocimientos en la tarea de extensión están siendo avaladas por estudios empíricos serios y confiables, que hacen de nuestras estrategias diagnósticas y terapéuticas una herramienta sólida para los cambios que necesitamos hacer en el terreno de la cohesión e inclusión social. Consideramos que este es el camino para lograr influir en las políticas de salud mental – en este caso – para achicar la brecha de 31 años de atraso según el informe de J. Bowlby.

Bibliografía

- BION, W. (1963) *“Experiencias en grupos”*. Buenos Aires. Paidós
- BOWLBY, J. (1952) *“Los cuidados maternos y la salud mental”*. Buenos Aires. Humanita.
- WINNICOTT, D. (1995) *“La familia y el desarrollo del individuo”*. Buenos Aires. Lumen.
- BOUHSIRA, J. y DURIEUX, M. (2004) *“Winnicott insólito”*. Buenos Aires. Nueva Visión
- STERN, D. (1995) *“La constelación maternal”*. Nueva York. Basic.
- FAIRBAIRN, W. (1966) *“Estudio psicoanalítico de la personalidad”*. Buenos Aires Paidós
- FOULKES, S. (1986) *“Psicoterapia de Grupo-Análisis. Métodos y principios”*. Buenos Aires. Gedisa
- JEAMMET, P. y otros (2009) *«Évolution des problématiques à adolescence : l'émergence de la dépendance et ses aménagement. Paris*
- KAPLAN, H. y SADOCK, H. (1996) *“Terapia de grupo”*. Madrid .Médica Panamericana.
- GROTSTEIN, J. (1986) *“La identificación proyectiva y escisión”*. Buenos Aires. Gedisa
- PAINCEIRA PLOT, A. (1997) *“Clínica Psicoanalítica a partir de la obra de Winnicott”*. Buenos Aires. Lumen
- ROTH, A. FONAGY, P. (1996) *“Wath Works for Whom? N.York ,London. The Guilford Press*
- TORRAS DE BEÀ, E. (1996). “Grupos de hijos y de padres”. Paidós.
- TORRAS DE BEÀ, E. (2008). *“Organización social y cambio: su influencia sobre la salud mental”*. Revista Psicopatología y Salud Mental.
- TABORDA, A.; DÍAZ, H.; ABRAHAM, M. Y TORANZO, E. (2008) *“Abordaje Psicoterapéutico Psicoanalítico. Aportes empíricos para la revisión crítica del Diagnóstico de Déficit Atencional y su tratamiento”*. Premio Facultad de Psicología de la UBA. Mención Especial.
- TABORDA, A. y OTROS (2008) *“Pasajeros a Bordo. Psicología Educativa a Nivel Inicial.”* 2ª Edición LAE. UNSL. Argentina.
- TABORDA, A., y TORANZO, E. (2004). *“Un enfoque de psicoterapia psicoanalítica de grupos. Grupos paralelos padres-hijos”*. Revista Clínica y Análisis Grupal, 26(2). España
- TORANZO, E. TABORDA, A. ROSS, T. MERGENTHALER, E. & FONTAO, M. (2007) *“Foco, interacción grupal y patrones verbales en grupos de padres: Estudio piloto.”*

Revista AIGLE Argentina

TORANZO, E y otros :(2008)"*Un abordaje relacional en un ámbito institucional: grupos psicoterapéuticos de padres e hijos*" Revista electrónica TOPÍA

TORANZO, E. (2004). "*Psicoanálisis, Investigación y Salud Mental*". Memorias de las XI Jornadas de Investigación.Facultad de Psicología. UBA. Pág. 87. Buenos Aires

TORANZO, E. & SANCHEZ, E. (2010). "*Desarrollo de Modalidades Diagnosticas para Grupos Psicoterapéuticos de Padres*". Revista electrónica Depsicoterapias.com.

TORANZO, E. (2011). "*Intervenciones Multifocales: Cuando el Paciente son los Padres el Niño y la Escuela*". Ed. LAE. UNSL. Argentina.