

UNIVERSIDAD  
**AUSTRAL**



**CIENCIAS BIOMÉDICAS**

---

**Trabajo de Integración Final**

*Licenciatura en Psicología*

**“Intervenciones clínicas con adolescentes en poblaciones vulnerables”**

**Alumna:** Aylén Burastero

**Supervisora titular:** Dra. Patricia Ovejas

**Supervisora ayudante:** Lic. Albertina Feeney

**Colaboradores:** Dra. Susana Levantini

**Coordinadores de TIF:** Dra. Lucia Alba Ferrara y Mgr. Silvina Miceli

## ÍNDICE

1. Abstract .....	2
2. Introducción.....	3
3. Marco Teórico .....	4
3.1 Villas de emergencia: Contextos de vulnerabilidad.....	4
3.2 Logoterapia de Viktor Frankl .....	5
3.3 Psicoterapia Psicoanalítica de Héctor Fiorini .....	6
3.4 Adolescencia .....	8
3.5 Técnica proyectiva House-Tree-Person (HTP) .....	11
3.6 Evaluación de la Psicoterapia Focalizada .....	12
4. Objetivos e Hipótesis.....	14
4.1 Objetivos generales .....	14
4.2 Hipótesis.....	14
5. Metodología.....	14
5.1 Participantes .....	14
5.2 Instrumentos .....	16
5.3 Procedimiento .....	16
6. Resultados.....	17
6.1 Eficacia de la psicoterapia focalizada.....	17
6.2 Exploración de la técnica House Tree Person (HTP) .....	18
6.3 Estudio de caso .....	21
7. Discusión .....	26
7.1 Eficacia de la Psicoterapia Focalizada.....	27
7.2 Cambios psicoterapéuticos focalizados a partir de la técnica gráfica HTP.....	30
7.3 Integración de la Logoterapia de Viktor Frankl y la Psicoterapia Psicoanalítica de Héctor Fiorini en un caso clínico .....	31
7.4 Limitaciones y futuras líneas de investigación .....	33
8. Conclusión.....	34
9. Referencias bibliográficas .....	35
10. Anexos .....	40

## 1. Abstract

**Objetivos:** Los objetivos de la presente investigación consisten en evaluar la eficacia de la psicoterapia por focos en adolescentes que asisten al Centro de Orientación Psicológica María Madre del Pueblo de la villa 1-11-14 de la Ciudad de Buenos Aires. A su vez, se exploran los cambios psicoterapéuticos a partir del análisis del test y retest de la técnica gráfica House-Tree-Person (HTP) administrada al inicio del tratamiento y en la finalización del mismo. Por último, se describen las características de un caso clínico como ejemplificador de la psicoterapia focalizada, en integración con la Logoterapia de Viktor Frankl y la Psicoterapia Psicoanalítica de Héctor Fiorini, en contextos de alta vulnerabilidad.

**Metodología:** La muestra estuvo conformada por 46 adolescentes, entre 12 y 20 años, de los cuales 9 presentaban el test y retest de la técnica HTP. La información se recolectó a partir de la lectura de historias clínicas y se evaluó la eficacia de la psicoterapia focalizada mediante la prueba de Wilcoxon, comparando la cantidad de focos planteados al inicio del tratamiento y los focos logrados y no logrados al momento de la finalización del mismo. Para la exploración del cambio psicoterapéutico se analizaron los avances, permanencias y retrocesos de determinadas variables del HTP, con la supervisión de un experto. Finalmente, para el estudio de caso se realizaron entrevistas y se codificó la información en categorías centrales en función de los objetivos del estudio, complementándola con la información obtenida en la técnica gráfica HTP.

**Resultados:** Se hallaron logros y mejoras significativas en los focos problemas en la dinámica familiar padres e hijos, síntomas asociados a las emociones, orientación a padres, proyecto de vida, expresión de historia personal y relación de noviazgo, en relación al inicio del tratamiento y la finalización del mismo. A su vez, se observaron mayores avances en las variables techo, ventanas, paredes y postura en relación al retest de la técnica HTP. Por último, se observan logros y cambios psicoterapéuticos en el estudio de caso a partir de la psicoterapia focalizada con bases teóricas en la Logoterapia y la Psicoterapia Psicoanalítica.

**Conclusión:** Los resultados demuestran que la psicoterapia focalizada en contextos de alta vulnerabilidad y a partir de intervenciones basadas en la Logoterapia de Viktor Frankl y la Psicoterapia Psicoanalítica de Héctor Fiorini es eficaz en el tratamiento con adolescentes, posibilitando la consecución de logros y permitiendo el pensamiento sobre un futuro distinto.

**Palabras claves:** Adolescencia, Logoterapia, Psicoterapia Psicoanalítica, Terapia focal, Vulnerabilidad, Pobreza, Salud Mental, Villa de Emergencia.

## 2. Introducción

La psicoterapia durante la adolescencia puede considerarse como una herramienta de intervención privilegiada en un momento evolutivo de vulnerabilidad y reorganización de la personalidad. Sin embargo, la psicoterapia con adolescentes presenta la particularidad de contar con una baja adherencia al tratamiento ya que los jóvenes suelen asistir debido al pedido de sus padres, familia y/o escuela (Kazdin, 2004).

Frente a dicha situación, la evidencia empírica afirma que si el trabajo terapéutico se adecúa al nivel de representación del problema que el sujeto trae a sesión, existe mayor probabilidad de que el joven encuentre un sentido en la permanencia de la psicoterapia. Para ello, resulta esencial que el adolescente se encuentre dispuesto a trabajar en la solución del problema que él mismo identifique, en colaboración con el terapeuta (Fernandez, Perez, Glager y Krause, 2015).

La presente investigación se encuentra enmarcada en la psicoterapia que se lleva a cabo con los adolescentes que asisten al Centro de Orientación Psicológica María Madre del Pueblo de la Villa 1-11-14 del Bajo Flores de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Dicho centro depende de un proyecto de la Pontificia Universidad Católica Santa María de los Buenos Aires y funciona desde mayo del año 2011 con el fin de dar respuesta a dificultades sociales, cognitivas y emocionales de personas que viven en situaciones de extrema vulnerabilidad y sin las necesidades básicas satisfechas.

La modalidad de trabajo que se lleva a cabo en el Centro de Orientación Psicológica tiene sus bases teóricas en la Logoterapia propuesta por Viktor Frankl en complemento con la Psicoterapia Psicoanalítica de Héctor Fiorini. La integración de ambas corrientes permite la concepción de la persona desde todas sus dimensiones y también el respeto por la cultura en la cual se encuentra inserta. A su vez, la modalidad focalizada de trabajo permite la delimitación por parte del paciente sobre aquella problemática de su situación vital que desea trabajar (Ovejas, 2013).

Teniendo en cuenta el contexto de vulnerabilidad en el cual se encuentran insertas porciones significativas de la población adolescente de la ciudad de Buenos Aires y debido a las escasas investigaciones sistemáticas realizadas sobre los efectos de la Psicoterapia Psicoanalítica (Ávila Espada, Rojí Menchaca y Gutierrez, 2014) la presente investigación se

centra en la evaluación de la eficacia de la psicoterapia focalizada con bases teóricas en la Logoterapia de Viktor Frankl y la Psicoterapia Psicoanalítica de Héctor Fiorini.

### **3. Marco Teórico**

#### **3.1 Villas de emergencia: Contextos de vulnerabilidad**

La población adolescente de la presente investigación se encuentra inserta en un contexto de alta vulnerabilidad. Para comprender dichas situaciones, resulta importante conocer que el concepto de vulnerabilidad refiere a un proceso dinámico y multidimensional que se manifiesta como el riesgo o probabilidad de un individuo, hogar o comunidad a ser herido, lesionado o dañado por cambios o permanencias de situaciones externas. Éstas, combinadas con la falta de capacidad de respuesta y debilidades internas del individuo, pueden conducir a un deterioro en la calidad de vida (Busso, 2001).

Según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, residen 25.973 personas en la villa 1-11-14, siendo unas de las villas de emergencia con mayores niveles de crecimiento en la población. Las villas de emergencia se definen como urbanizaciones informales surgidas por la ocupación de tierra urbana y el acceso a ellas se da por medio de pasillos estrechos que tienden a crecer en altura debido a la escasa o nula disponibilidad del suelo. Las grandes cantidades de habitantes, a pesar de contar con una buena localización en relación a centros de producción y consumo, se encuentran obstaculizadas para satisfacer adecuadamente sus necesidades básicas y desarrollar una participación activa en la sociedad (Cravino, 2008).

Buena parte de la sociedad reconoce y caracteriza a las personas que viven en villas a partir de la pobreza, entendiendo a ésta como la carencia total o parcial de bienes y recursos valorados socialmente (Boivin, Rosato y Arribas, 1998). Sin embargo, residir en villas no significa únicamente soportar una carencia de bienes económicos sino también ser objeto de sospecha, peligro y discriminación (Giménez y Ginóbili, 2003). La sociedad suele caracterizar a las personas pobres como inmorales, creyendo que el “no tener” refiere en realidad a escasas virtudes éticas que conducen a un bajo nivel de preocupación por el propio progreso material y espiritual (Boivin et al., 1998).

Aquella creencia podría generar desconfianza hacia las personas que viven en las villas y también cierto prejuicio basado en que su estilo de vida resulta irrecuperable, entendiendo a la pobreza como un factor determinante en la historia de vida de las personas. Sin embargo, existe una visión diferente que se centra en reconocer la capacidad de lucha y de búsqueda de nuevas oportunidades que cada persona presenta. De esta manera, las personas son responsables de su propia vida y tienen la capacidad, dentro de los límites existentes, de transformar las experiencias que los rodean en fuentes de progreso y madurez. Es así como la pobreza actúa como un factor condicionante frente al cual la persona puede elegir cómo responder (Ovejas, 2013).

Esta concepción de la persona se despliega en la psicoterapia focalizada que se lleva a cabo en el Centro de Orientación Psicológica María Madre del Pueblo. Dicho Centro surgió ante la necesidad de una ayuda profesional ante los conflictos en los que se encuentran insertos los niños y adolescentes dentro de la villa. Aquella necesidad fue detectada por los denominados “curas villeros”. Estos sacerdotes son aquellos que, partiendo de su fuerte compromiso con la pobreza, comenzaron a vivir en las villas con la finalidad de ofrecer su escucha, ayuda y también diversas actividades recreativas para los niños y adolescentes del barrio. Hoy en día, el Centro realiza su trabajo con la colaboración de los sacerdotes como “agentes de salud” quienes derivan, colaboran y funcionan como modelos sanos a quienes imitar.

La modalidad de trabajo del Centro de Orientación Psicológica tiene sus bases teóricas en la Logoterapia propuesta por Viktor Frankl en complemento con la Psicoterapia Psicoanalítica de Héctor Fiorini. La integración de estas corrientes es posible debido a que ambas trabajan con metas significativas para la persona, integran técnicas con profundo conocimiento del campo epistemológico, sostienen un rol activo en el terapeuta, trabajan en el encuentro hacia el otro y motivan el crecimiento de lo específicamente humano, ayudando al paciente a resignificar su historia (Ovejas, 2013).

### **3.2 Logoterapia de Viktor Frankl**

La Logoterapia define al hombre como una unidad a pesar de la multiplicidad. Éste es un ser bio-psico-socio-espiritual y, por lo tanto, la manera de abordarlo debe ser a través de un tratamiento que integre corrientes que atiendan a cada una de estas dimensiones (Ovejas, 2013). La persona no se encuentra libre de circunstancias biológicas, psicológicas y

sociológicas pero éstas actúan como condicionantes frente a las cuales la persona tiene la capacidad, en todo momento y aún en las peores condiciones, de tomar posición frente a ellas. Es así como la persona es libre de moldear su propio carácter, siendo responsable de aquello que elige para sí mismo (Frankl, 1996).

Además de la libertad de responder ante las situaciones de la vida, el hombre es responsable de encontrar un sentido a éstas. Dicho sentido debe ser descubierto por la persona ya que se caracteriza por ser singular y único para cada situación en particular. Frankl propone tres vías por las cuales el sentido puede ser descubierto; valores de creación, de experiencia y de actitud (Ovejas, 2011). Ésta última refiere a la capacidad de transformar aspectos trágicos en logros significativos a través de la actitud que la persona elija frente a ellos (Frankl, 1996).

La logoterapia se encuentra orientada hacia el futuro, hacia aquellos sentidos que el paciente tiene que realizar y quiere proyectar en su vida. Sin embargo, existen situaciones en donde dicha voluntad de sentido se encuentra frustrada y es así como surge el denominado “vacío existencial” (Ovejas, 2013). El verdadero agente curativo ante dichas situaciones es el encuentro hombre a hombre. Esto se debe a que el hombre es un ser esencialmente vinculado y es a través de aquellas vinculaciones que alcanza su perfeccionamiento. De esta manera es que la psicoterapia debe ser un ámbito para el encuentro entre el paciente y el terapeuta, quien ve al otro como aquello que verdaderamente es y puede llegar a ser (Ovejas, 2011). Además, en dichos encuentros se despliega lo que Viktor Frankl denomina “cura médica de almas”. Este término refiere a un acompañamiento frente al hombre que sufre ante tensiones inevitables con el fin de ayudar a que la persona logre asumir ese sufrimiento y utilizarlo como una oportunidad de crecimiento y desarrollo. De esta forma, se ayuda a crecer a través de la dimensión espiritual y a afrontar mejor el sufrimiento inevitable (Ovejas, 2013).

### **3.3 Psicoterapia Psicoanalítica de Héctor Fiorini**

Con la finalidad de abordar las complejas y diversas problemáticas de la villa, entendiendo plenamente su realidad y sus necesidades, el Centro de Orientación Psicológica María Madre del Pueblo encuentra en la Psicoterapia Psicoanalítica de Héctor Fiorini, las bases teóricas y los recursos técnicos para la tarea terapéutica (Ovejas, 2013). Dicha escuela tiene como objetivo central la activación de las funciones yoicas del paciente con el fin de

orientarlas y focalizarlas para el trabajo y solución de las problemáticas de cada situación vital. La mencionada activación yoica y la consecuente focalización de trabajo se dan dentro de una relación con el terapeuta, quien ofrece un contexto de protección y estimulación al manifestar como guía su propia activación yoica (Fiorini, 2008).

Entre la clasificación de las funciones yoicas necesarias se encuentran las básicas (percepción, memoria, atención, pensamiento anticipatorio, exploración, ejecución, control de la acción), las defensivas (neutralización de la ansiedad y mecanismos de defensas como el control de la angustia) y las integradoras (síntesis y organización). A pesar de las estigmatizaciones y las privaciones presentes en las personas que viven en villas, se puede encontrar en ellas una alta capacidad resiliente que permite preservar las funciones yoicas y realizar un camino terapéutico en busca de un futuro pleno de sentido (Ovejas, 2013).

Este camino terapéutico se orienta hacia la delimitación de un punto nodal de la problemática del paciente (Fiorini, 2008). De esta manera, se introduce la modalidad de terapia focal propuesta por Héctor Fiorini en donde el foco ocupa el lugar de aquel problema principal que padece la persona, es decir, un problema que jerarquiza como el primordial a trabajar y frente al cual concentra su atención. El foco resulta un eje motivacional que organiza y facilita la tarea, asimismo, éste puede modificarse de acuerdo a la realidad del sujeto, proceso que se denomina “densificación del foco”.

Es de esta forma como el trabajo siempre estará orientado hacia algún lugar en particular y a medida que dichas pautas se concreten, la persona incrementará su consideración personal, su compromiso y su responsabilidad (Ovejas, 2013).

La psicoterapia psicoanalítica entiende al individuo como una realidad dinámica atravesada por su existencia de una manera que le es única e irrepetible (Ovejas, 2013). De esta manera, se entiende que tanto la persona como los focos que ésta propone, se encuentran insertos en una situación específica que condensa un conjunto de determinaciones las cuales deben ser identificadas y desplegadas en el trabajo analítico (Fiorini, 2008). De esta manera, cuestiones como lo evolutivo, es decir, las tareas y logros que se espera que la persona realice en determinada etapa del desarrollo, el grupo familiar, el ámbito laboral y los vínculos, entre otros, deben ser tenidos en cuenta ya que los problemas que afectan a la persona, son el resultante del diálogo de ésta con su propia realidad. A su vez, dicha especificidad permite al

terapeuta desprender una planificación de estrategias que aborden al sujeto en su singularidad (Ovejas, 2013).

De esta forma, se hace evidente la flexibilidad que caracteriza al proceso, terapeuta y paciente en la psicoterapia focalizada aplicada a contextos vulnerables. Dicha flexibilidad es entendida como la adecuación de los recursos técnicos a las particulares demandas de cada persona y en cada tratamiento (Fiorini, 2008).

### **3.4 Adolescencia**

La adolescencia es definida como la etapa del desarrollo evolutivo caracterizada por cambios significativos en el orden biológico, psicológico y social (Paula, 2016). Además de ser concebida como una etapa de crisis en donde el joven debe definirse a sí mismo en relación a sus contextos, es también una etapa de oportunidades para la reconstrucción y reparación de funcionamientos y conflictos psicológicos (Erikson, 1968).

No obstante, la adolescencia es muchas veces confundida con un cuadro patológico debido a sus múltiples contradicciones, confusiones, ambivalencias y fricciones con el medio familiar y social. Sin embargo, dicha etapa debe considerarse como un proceso universal compuesto por diferentes características esperables. De esta manera, existe el término, denominado “síndrome normal de la adolescencia” en donde se sintetizan las características propias de dicha etapa evolutiva:

- 1) búsqueda de sí mismo y de la identidad; 2) tendencia grupal; 3) necesidad de intelectualizar y fantasear; 4) crisis religiosas que pueden ir desde el ateísmo más intransigente hasta el misticismo más fervoroso; 5) desubicación temporal, en donde el pensamiento adquiere las características del pensamiento primario; 6) evolución sexual manifiesta que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta; 7) actitud social reivindicatoria con tendencias anti o asociales de diversa intensidad; 8) contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta, dominada por la acción, que constituye la forma de expresión conceptual más típica de este período de la vida; 9) una separación progresiva de los padres, y 10) constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo (Aberastury, 2004)

Al mismo tiempo, la adolescencia se encuentra dividida en tres fases: Adolescencia inicial, media y tardía:

La adolescencia inicial (11-13 años) incluye la pubertad y en ella prevalece la transformación corporal que demanda una profunda reorganización de la personalidad (Griffa M. y Moreno J. 2005). Existe una correlación entre la pubertad y la depresión en los jóvenes, manifiesta a través de sentimientos de tristeza, irritabilidad, aburrimiento e incapacidad para experimentar placer (Papalia, Wendkos y Duskin, 2009). A su vez, otros síntomas relacionados a las emociones que pueden surgir en la adolescencia son el humor depresivo, sentimientos de culpa, desesperanza, fatiga, preocupaciones por el cuerpo, tentativas de suicidio, conductas antisociales, entre otros (Cardozo y Alderete, 2009).

En esta etapa, las relaciones se dan entre personas del mismo sexo, viendo al otro sexo como peligroso o desconocido. A su vez, la familia es percibida como el centro de la vida del joven aunque se comienza a iniciar la tarea de desprenderse de ella.

Los jóvenes buscar agradar físicamente a los otros aunque también sienten preocupación ante la observación de los demás frente a sus cambios corporales. Éstos demandan una constante elaboración del “esquema corporal”, entendiendo dicho concepto como la imagen mental que el sujeto, a partir de las experiencias con él mismo, elabora de su propio cuerpo (Griffa, 2005). Dicha representación mental es posible debido a que, en la adolescencia, el pensamiento concreto basado en la mera realidad, realiza un movimiento hacia una mejor elaboración donde se permite un pensamiento hipotético-deductivo, capaz de extraer conclusiones desde simples hipótesis y no únicamente desde una observación real. Esta modalidad de pensamiento representa un mayor esfuerzo mental y despliega la capacidad de reflexión y elaboración de teorías abstractas (Piaget, 1991).

La adolescencia media, o propiamente dicha, comprende el periodo entre los 12-13 a los 16 años. En esta etapa, el desarrollo corporal disminuye su ritmo y comienza a darse el distanciamiento afectivo hacia la familia mediante conductas de rebeldía frente a ellos y toda autoridad en general (Griffa, 2005). De esta manera, el adolescente pretende lograr su autonomía e independencia respecto a sus padres (Papalia et al., 2009), quienes al mismo tiempo, deben tener presente que a pesar de los cambios en las relaciones con sus hijos, continúan influyendo de manera significativa en el desarrollo y ajuste adolescente. Por este motivo, resulta fundamental el asesoramiento a padres en la crianza y educación de sus hijos,

ofreciendo el conocimiento sobre los cambios que éste vivenciará y herramientas que los ayuden a mejorar su estilo parental y de crianza. Dicha orientación podría contribuir en la disminución de muchas conflictivas características de la adolescencia, logrando una transición más saludable al mundo adulto (Oliva, 2006).

Asimismo, en dicha etapa de la adolescencia los jóvenes se orientan hacia personas del otro sexo, adhiriéndose a grupo de pares por los cuales muestran conformidad en cuanto a normas y costumbres. Además, es una etapa caracterizada por la búsqueda del sentido de vida como también de valores y preocupaciones éticas.

En la adolescencia final, son dos los logros fundamentales: Definición de identidad y capacidad de establecer vínculos de intimidad y madurez. Si bien la identidad es un proceso que se constituye desde el momento de la concepción, éste cobra un rol significativo durante la adolescencia ya que, en dicha etapa, el adolescente recupera el equilibrio, conoce sus posibilidades y limitaciones y, generalmente, presenta una conciencia de responsabilidad hacia su futuro que le permite insertarse en la conflictiva que involucra la elección y decisión profesional y ocupacional (Griffa, 2005).

La identidad personal se realiza a partir de la integración de las identificaciones primarias junto con otras nuevas que los adolescentes valoran e idealizan (Lidz, 1980). A su vez, Erikson (1968) menciona a la “identidad negativa” como aquella que surge ante la ausencia de modelos claros y positivos para el adolescente. De esta manera, el joven recurre a modelos negativos ya que prefiere ser alguien malo antes que no ser nadie. Para dicho autor, la crisis normativa de la adolescencia es la “identidad vs confusión de identidad” en donde el desafío consiste en que el adolescente logre definirse a sí mismo en relación a sus contextos ya que la identidad es resultado del interjuego entre lo psicológico, social, individual e histórico (Erikson, 1968).

Una forma de explorar la imagen interna que el adolescente tiene de sí mismo y de su ambiente es a través de la técnica proyectiva House-Tree-Person (HTP) la cual manifiesta también aquellos aspectos que la persona considera importantes de sí mismo, cuáles destaca y cuáles desecha (Hammer, 2016).

### **3.5 Técnica proyectiva House-Tree-Person (HTP)**

La proyección es el proceso psicológico involuntario e inconsciente por el cual la persona atribuye sus propias cualidades, sentimientos, actitudes y esfuerzos a objetos del entorno (Rocher, 2009). Las técnicas gráficas permiten que la persona pueda expresar la visión que presenta de sí mismo, aquello que le gustaría llegar a ser o cómo le gustaría que verdaderamente la vieran (Hammer, 2016; Rocher, 2009). Los dibujos constituyen una forma simbólica del lenguaje (Hammer, 1962) que ofrecen información sobre los contenidos psíquicos del mundo interno de la persona a través de su proyección en el mundo exterior (Furth, 1992).

La técnica proyectiva HTP fue elaborada por el psicólogo estadounidense John Buck en el año 1948 para evaluar la personalidad desde diferentes aspectos como el familiar, afectivo, emocional y autoestimativo (Rocher, 2009). Para ello, el test consiste en que la persona dibuje una casa, un árbol y una persona de la manera en que lo desee y tomándose el tiempo que necesite. Estos tres dibujos, además de ser ítems familiares a todas las edades, son figuras de gran potencia simbólica en términos de significación inconsciente, experiencias emocionales e ideacionales ligadas al desarrollo de la personalidad (Hammer, 2016).

El dibujo de la casa se encuentra relacionado con la percepción de la situación familiar y las relaciones que suceden en ella. Dentro de las variables relacionadas con la casa se encuentra el techo, el cual suele simbolizar el área vital de la fantasía y el tamaño del mismo demuestra el tiempo que el individuo dedica a la fantasía y recurre a ella para la búsqueda de sus satisfacciones (Hammer, 2016). Las tejas también se relacionan con el control de las fantasías y mientras más de ellas se dibujan, mayor es la necesidad de control y represión. Por otro lado, las paredes de la casa se encuentran relacionadas con el grado de fortaleza del yo y de la personalidad. El trazo débil en ellas indica un derrumbe en la personalidad y un débil control yoico. A su vez, ña puerta y las ventanas de la casa manifiestan el contacto y la interacción que la persona establece con el ambiente. Cuando las ventanas se encuentran abiertas existe una mayor interacción debido a que la persona se muestra abierta y espontánea, dejando que los demás puedan ver su interior. Por el contrario, cuando éstas se encuentran cerradas, el sujeto tiende a alejarse del medio sin interactuar con él (Rocher, 2009).

El dibujo del árbol refleja los sentimientos más profundos e inconscientes que la persona tiene de sí misma. El tronco de éste representa la fortaleza del yo y cuando sus líneas están reforzadas, el individuo presenta una necesidad de mantener la integridad de su personalidad (Hammer, 2016). Además, la línea de suelo donde se apoya el árbol simboliza el contacto con la realidad y denota la existencia de un sostén y estabilidad de la personalidad. Sin embargo, cuando este suelo es puntiagudo expresa cierta situación de disgusto o perturbación en el individuo (Rocher, 2009).

Por último, el dibujo de la persona se encuentra ligado a las experiencias emocionales propias del desarrollo humano y al concepto de autoimagen más cercano a la conciencia de la persona, reflejando los conflictos, las defensas y los recursos que la persona utiliza para manejarse con los demás (Hammer, 2016). Según las actitudes en las piernas y brazos, se puede observar cierto movimiento o inmovilidad en la postura de la persona. Los dibujos con movimiento expresan actividad, flexibilidad, confianza en sí mismo, seguridad, capacidad de lucha y vitalidad. Por otro lado, los dibujos estáticos manifiestan cierta rigidez, actitud defensiva, dificultad de adaptación, control emocional e incapacidad para enfrentar obstáculos (Rocher, 2009).

Para el análisis del dibujo de la persona, Koppitz (2015) propone la evaluación de signos objetivos relacionados con la edad y el nivel de maduración. Sin embargo, a partir de los 12 años de edad, es esperable que el adolescente tenga la capacidad de dibujar aquellos ítems considerados de naturaleza evolutiva. A su vez, cabe destacar que la fácil administración del HTP permite retestear periódicamente la técnica, con el objetivo de esclarecer los progresos del tratamiento así como los futuros conflictos que podrían surgir en el mismo (Hammer, 2016).

### **3.6 Evaluación de la Psicoterapia Focalizada**

Una manera de conocer los progresos resultantes del tratamiento es a partir de la exploración de los cambios terapéuticos. Éstos se refieren al conjunto de modificaciones y cambios positivos o constructivos que se manifiestan en las personas luego de un proceso psicoterapéutico (Bergin, 1964), en donde las personas logran incorporar nuevas percepciones y conocimientos sobre sí mismos, los otros y el entorno (Zavala, Socorro y Sepúlveda, 2012).

Se reconocen distintas dimensiones dentro de un continuo que involucran al cambio psicoterapéutico. En primer lugar se encuentra el “Cambio Terapéutico Focal” que hace referencia a los cambios referidos a un área específica y delimitada de la personalidad que influye positivamente en la adaptación de la persona al contexto en el cual vive. Se trata de una reducción de la intensidad de la conducta y los síntomas con la consecuente mejoría en la calidad de vida y capacidad de actuar de la persona. En segundo lugar se encuentra la dimensión del “No Cambio” entendiéndola a ésta como el mantenimiento de la conducta y los síntomas debido a una ausencia de cambios en el estado de la persona y en las situaciones que la rodea. Por último se encuentra la dimensión del “Deterioro”, la misma refiere al hecho de que el tratamiento psicoterapéutico cause un daño en la persona al intentar reducir su nivel de madurez comportamental, sentimental y/o intelectual (Arenas, 2005).

No son muchas las investigaciones sistemáticas realizadas sobre los efectos de la Psicoterapia Psicoanalítica (Ávila Espada et al., 2014), sin embargo, para que una evaluación de terapia sea válida debe contar con el seguimiento del paciente luego de su alta para conocer si los resultados del tratamiento se mantienen en el tiempo.

Para ello, resulta fundamental las entrevistas al paciente, terapeuta, familiares y/o allegados en donde se evalúen los siguientes aspectos que dan cuenta de una eficacia del tratamiento: Insight de la problemática focal y resolución de la misma, mejoría sintomática, conciencia de enfermedad, autoestima, proyecto para el futuro y otras modificaciones favorables tales como vida sexual, relaciones interpersonales y de pareja, estudios, trabajo y recreación. A su vez, los resultados favorables de la psicoterapia pueden verse cuando existe un enfrentamiento más adecuado hacia los obstáculos que se encuentran en la problemática del paciente, aunque todavía existan síntomas o dificultades menores a resolver (Braier, 1984).

Por otro lado, existen efectos de la psicoterapia focal tales como la discriminación y comprensión de los propios impulsos, la puesta en palabras del mundo emocional y la modificación del ambiente familiar (Ávila Espada et al., 2014).

## **4. Objetivos e Hipótesis**

### **4.1 Objetivos generales**

En primer lugar, se analiza la eficacia del tratamiento focalizado en adolescentes entre 12 y 20 años que asisten al Centro de Orientación Psicológica María Madre del Pueblo de la Villa 1-11-14 entre los años 2011 y 2019.

En segundo lugar, se exploran los cambios psicoterapéuticos producidos por el tratamiento focalizado, en integración con la Logoterapia de Viktor Frankl y la Psicoterapia Psicoanalítica de Héctor Fiorini, en los adolescentes atendidos en el Centro de Orientación Psicológica María Madre del Pueblo a través del análisis de la técnica gráfica House-Tree-Person (HTP) administrada al inicio de la psicoterapia y retestada en la finalización de la misma.

Por último, se describen las características de un caso clínico como ejemplificador de la psicoterapia focalizada en integración con la Logoterapia y la Psicoterapia Psicoanalítica con la finalidad de explorar si dicha modalidad de trabajo facilita el tratamiento con adolescentes en contextos vulnerables.

### **4.2 Hipótesis**

La psicoterapia focalizada con bases en la Logoterapia de Viktor Frankl y la Psicoterapia Psicoanalítica de Héctor Fiorini resulta eficaz en el tratamiento con adolescentes en contextos vulnerables.

## **5. Metodología**

### **5.1 Participantes**

La muestra poblacional de adolescentes fue recolectada a partir de la lectura de historias clínicas pertenecientes al Centro de Orientación Psicológica María Madre del Pueblo entre los años 2011 y 2019. La población total se encuentra conformada por 79 adolescentes entre 12 y 20 años de los cuales 46 inician tratamiento. Dentro de ellos, 9

adolescentes presentan el retest de la técnica House-Tree-Person (HTP) y 33 no inician tratamiento siendo éste último grupo descartado para la investigación.

La selección del paciente para el estudio de caso fue realizada por la coordinadora y las psicólogas del Centro debido a la relevancia del caso para ejemplificar la integración de las corrientes psicológicas y observar los cambios y avances producidos a partir de la psicoterapia focalizada. De esta manera, se realizó un estudio instrumental de caso único para la comprensión de la situación a investigar (Stake, 1999), abordando lo particular del paciente con la finalidad de profundizar en el conocimiento global del caso y no en la generalización de resultados por encima de éste (Vasilachis de Gialdino, 2006).

A partir del relevamiento descriptivo sobre la muestra, se puede observar que 20 de los adolescentes son hombres y 26 son mujeres. Asimismo, el 61% de los jóvenes son de nacionalidad argentina, el 11% de nacionalidad paraguaya, el 9% boliviana, el 4% peruana y el 15% desconoce la nacionalidad.

En relación a los focos de trabajo, los mismos fueron estandarizados en 13 problemáticas de la siguiente manera:

Adicciones (A), violencia de género (B1), violencia intrafamiliar (B2), abuso (C), problemas en la dinámica familiar/pareja (D1), problemas en la dinámica familiar hijos/padres (D2), problemas escolares por aprendizaje (E1), problemas escolares por conducta (E2), duelos (F), síntomas asociados a la regresión (G1), síntomas asociados a emociones (G2), orientación a padres (H), otros (I). (Ver glosario en Anexo I)

A partir de lo observable en la lectura de historias clínicas, se detalla en la Figura 1 los focos que con mayor recurrencia plantean los adolescentes en sus tratamientos realizados en el Centro de Orientación Psicológica María Madre del Pueblo.



**Figura 1.** Descripción de la incidencia de focos estandarizados en la muestra poblacional de adolescentes que asisten al Centro de Orientación Psicológica María Madre del Pueblo. Elaboración propia a partir de la sistematización de historias clínicas de adolescentes que realizaron tratamiento entre los años 2011 y 2019.

## 5.2 Instrumentos

Para el análisis de la eficacia de la psicoterapia focalizada se utilizó la prueba de Wilcoxon en SPSS. Por otro lado, el instrumento utilizado en el segundo objetivo fue el test y retest de la técnica gráfica House-Tree-Person (HTP) administradas por las psicólogas del Centro de Orientación Psicológica María Madre del Pueblo al inicio de cada tratamiento y al momento de la finalización del mismo. El acceso a éstos fue a través de la lectura de las historias clínicas de los adolescentes que iniciaron tratamiento entre los años 2011 y 2019.

Para la realización del estudio de caso se realizó una entrevista semi estructurada a la paciente, a su psicóloga actual y también a su primer terapeuta. Las mismas tuvieron una duración promedio de una hora y fueron grabadas con previo consentimiento de las entrevistadas. A su vez, se utilizó el test y el retest de la técnica gráfica HTP para complementar la información recogida en las entrevistas con los cambios psicoterapéuticos observados en los dibujos de la técnica proyectiva (Ver técnicas gráficas en Anexo II).

## 5.3 Procedimiento

Se inició la investigación del primer objetivo con la lectura de historias clínicas pertenecientes a los adolescentes que se atienden en el Centro de Orientación Psicológica

María Madre del Pueblo. Luego del relevamiento sobre aquellos adolescentes que iniciaron tratamiento, se utilizó la prueba de Wilcoxon para comparar los focos planteados al inicio del tratamiento con los focos logrados y no logrados al momento de la finalización de la psicoterapia.

Para la exploración de los cambios psicoterapéuticos del segundo objetivo, se realizó en primer lugar la selección de las siguientes variables de la técnica HTP: Casa (Techo, ventanas, puerta, tamaño, presión, paredes), Árbol (Tronco, ramas, frutos, línea de suelo, tamaño, presión) y Persona (Postura, ojos, cuello, presencia de manos, presencia de pies, tamaño, presión).

En segundo lugar se analizó el avance, permanencia o retroceso que cada una de las variables presentaba en el retest de la técnica, en comparación con la administración de la misma al inicio del tratamiento. Dicho análisis se llevó a cabo con la supervisión de la Dra. Susana Levantini, experta con vasta experiencia en el ámbito clínico y en las técnicas proyectivas, quien a su vez no tuvo contacto alguno con los participantes de la muestra.

Para analizar el significado de cada análisis de las variables, se tomaron en cuenta las dimensiones del cambio psicoterapéutico, entendiendo que la variabilidad de cada dimensión dependerá de su relación con los avances (Cambio Terapéutico Focal), permanencias (No Cambio) y retrocesos (Deterioro).

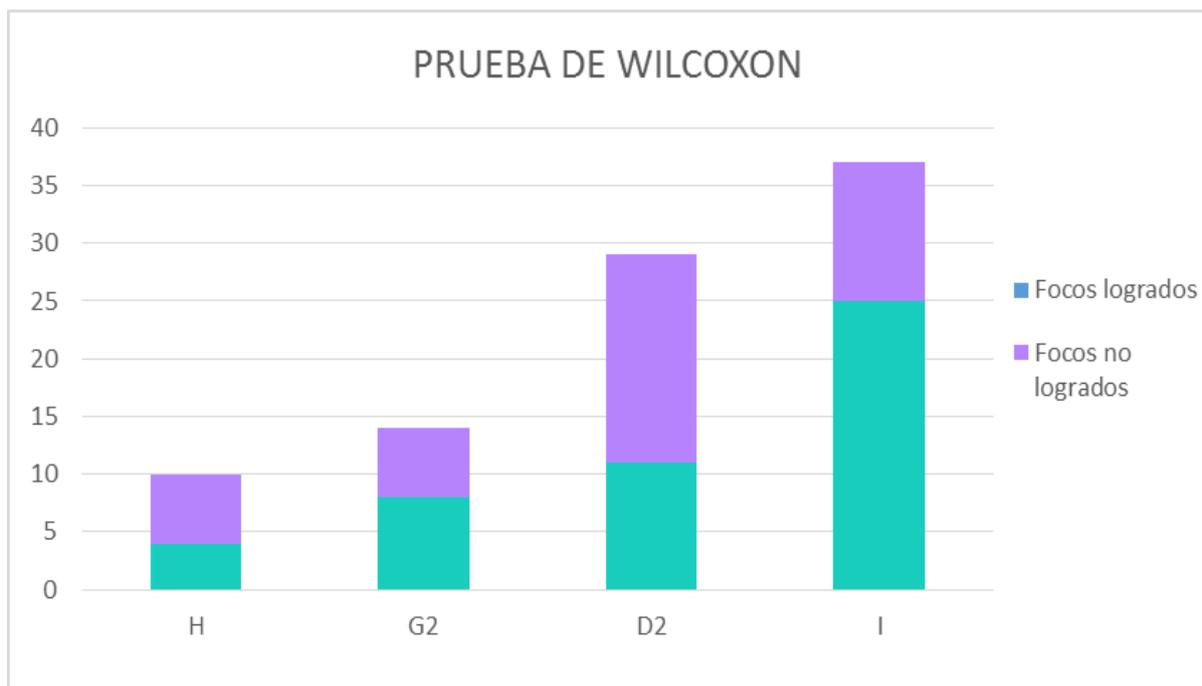
Para el estudio de caso, luego de la transcripción de las entrevistas, se procedió con la codificación de la información recogida en categorías centrales en función de los objetivos del estudio; Focos de trabajo, logros, relación con la madre, relación con el padre del hijo, Centro de Orientación María Madre del Pueblo y modalidad de trabajo (Ver Anexo III). Dichos códigos se complementan con la información que se obtuvo en la técnica gráfica HTP administrada durante el tratamiento de la adolescente y analizada con la supervisión del experto.

## **6. Resultados**

### **6.1 Eficacia de la psicoterapia focalizada**

Se hallaron logros y mejoras significativas en los focos otros ( $z = -5.0$ ,  $p < 0.5$ ,  $r = -0.43$ ), problemas en la dinámica familiar padres/hijos ( $z = -3.3$ ,  $p < 0.5$ ,  $r = -0.43$ ), síntomas

asociados a las emociones ( $z = -2.8, p < 0.5, r = -0.5$ ) y orientación a padres ( $z = -2.0, p < 0.5, r = -0.44$ ), en relación al inicio del tratamiento y en la finalización del mismo. No se detectaron logros significativos en los focos adicciones ( $z = -1.4, p > 0.5, r = -0.49$ ), violencia intrafamiliar ( $z = 0, p > 0.5, r = 0$ ), abuso ( $z = 0, p > 0.5, r = 0$ ), problemas escolares por conducta ( $z = -1.0, p > 0.5, r = -0.5$ ) y problemas escolares por aprendizaje ( $z = -1.4, p > 0.5, r = -0.32$ ). (Figura 2)



**Figura 2.** Descripción de los focos logrados y no logrados en los adolescentes que asisten al Centro de Orientación Psicológica María Madre del Pueblo. Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos.

## 6.2 Exploración de la técnica House Tree Person (HTP)

Se observaron Cambios Terapéuticos Focalizados, con un porcentaje descriptivamente mayor al 50% de la población total, en las variables techo, ventana y paredes del dibujo de la casa. Además, se describen mayores cambios en la variable postura del dibujo de la persona (Tabla 1).

Dentro de la dimensión del No Cambio, se describen mayores diferencias en la variable tamaño del dibujo de la casa y las variables tronco, ramas, frutos, línea de suelo y presión del dibujo del árbol. Además, no se evidenciaron cambios en las variables cuello, presencia de manos, presencia de pies, tamaño y presión del dibujo de la persona (Tabla 2).

Por último, no se observaron Deterioros descriptos con un porcentaje mayor al 50% entre la administración y el retest de la técnica gráfica HTP. Sin embargo, pueden describirse mínimos deterioros en las variables presión de cada uno de los dibujos (Tabla 3).

**Tabla 1**

*Descripción de los avances en las variables seleccionadas de la técnica HTP.*

<b>Casa</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Techo	6	66.7%
Ventana	5	55.6%
Puerta	3	33.8%
Tamaño	1	1.11%
Presión	1	1.11%
Paredes	5	55.6%
<b>Árbol</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Tronco	2	22.2%
Ramas	2	22.2%
Frutos	1	11.1%
Línea de suelo	3	33.8%
Tamaño	4	44.4%
Presión	1	11.1%
<b>Persona</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Postura	5	55.6%
Ojos	4	44.4%
Cuello	2	22.2%
Presencia de manos	1	1.11%
Presencia de pies	2	2.22%
Tamaño	3	33.3%
Presión	3	33.8%

Elaboración propia a partir de la evaluación con experto de los avances observables entre la administración de la técnica HTP y su posterior retest.

**Tabla 2***Descripción de las permanencias en las variables seleccionadas de la técnica HTP.*

<b>Casa</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Techo	2	22.2%
Ventana	1	11.1%
Puerta	4	44.4%
Tamaño	7	77.8%
Presión	4	44.4%
Paredes	0	0%
<b>Árbol</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Tronco	5	55.6%
Ramas	5	55.6%
Frutos	6	66.7%
Línea de suelo	6	66.7%
Tamaño	4	44.4%
Presión	5	55.6%
<b>Persona</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Postura	4	44.4%
Ojos	4	44.4%
Cuello	7	77.8%
Presencia de manos	8	88.9%
Presencia de pies	7	77.8%
Tamaño	6	66.7%
Presión	5	55.6%

Elaboración propia a partir de la evaluación con experto de las permanencias observables entre la administración de la técnica HTP y su posterior retest.

**Tabla 3***Descripción de los retrocesos en las variables seleccionadas de la técnica HTP.*

<b>Casa</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Techo	1	11.1%
Ventana	3	33.3%
Puerta	2	22.2%
Tamaño	1	1.11%
Presión	4	44.4%
Paredes	4	44.4%
<b>Árbol</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Tronco	2	22.2%
Ramas	2	22.2%
Frutos	2	22.2%
Línea de suelo	0	0%
Tamaño	1	11.1%
Presión	3	33.3%
<b>Persona</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Postura	0	0%
Ojos	1	11.1%
Cuello	0	0%
Presencia de manos	0	0%
Presencia de pies	0	0%
Tamaño	0	0%
Presión	1	11.1%

Elaboración propia a partir de la evaluación con experto de los retrocesos observables entre la administración de la técnica HTP y su posterior retest.

## 6.3 Estudio de caso

### Presentación de caso

La paciente se acerca al Centro de Orientación Psicológica María Madre del Pueblo en octubre del 2011, a los 12 años de edad. Es de nacionalidad argentina y vivió su adolescencia en la Villa 1-11-14 junto con cinco de sus hermanos, su madre y la pareja de ella quien presentaba problemas de consumo de drogas. La condición de pobreza que rodeaba su vida causaba que pocas veces tengan con qué alimentarse y vestirse. Por este motivo, la familia recurría a la Iglesia del Centro para obtener alimentos y donaciones de ropa.

A la adolescente le gusta dibujar, cantar y pasar tiempo con su hermana mayor. Su rendimiento escolar es bajo y no tiene muchas amistades debido a su timidez y poco interés en generar relaciones. Durante las primeras sesiones, la paciente tampoco mostraba interés en generar un vínculo con su terapeuta ya que olvidaba su nombre y contaba pocas situaciones de su vida sin ningún tipo de implicación afectiva. Su primera psicóloga afirmó *“A ella siempre le costó mucho conectarse con sus sentimientos y las primeras sesiones siempre fueron de contar mucho sobre las cosas que a ella le estaban pasando pero sin poder conectarse”*. Actualmente, la joven expresó en su entrevista *“Me abría pero hasta ahí nomás porque mi mamá me tenía prohibido hablar”*. Con el tiempo la adolescente comenzó a manifestar aquello que le pasaba con mayor nivel de profundidad, mostrando sus sentimientos y explicando lo que le generaban las diferentes situaciones de su vida.

### Conflictos intrafamiliares

La joven presentaba una relación conflictiva con sus hermanos y también con su madre y la pareja de ella. Refería no estar conforme con la pareja de la madre ya que la relación era conflictiva y presentaba situaciones de violencia física y verbal, las cuales eran presenciadas muchas veces por la adolescente. A su vez, la paciente comentó *“Empecé a ver cosas de grandes que no tenía por qué ver”*. Con dicha afirmación, la adolescente hacía referencia a las veces en la que escuchaba a su madre tener relaciones sexuales con su pareja, situación que le generaba altos niveles de angustia: *“Yo antes lloraba porque yo no entendía qué es lo que mi mamá hacía, yo pensaba que él la estaba lastimando”*.

Dichas problemáticas familiares generaban sentimientos de soledad en la paciente, quien durante su tratamiento *expresó "Quiero que mi mamá me cuide, estuve enferma y no lo hizo. Yo necesito a mi mamá"*. Aquellos sentimientos fueron expresados también en su actual entrevista donde manifestó *"Mi mamá nos descuidaba, yo me sentía muy sola"*.

En el año 2012, refiere preocupación porque su madre se sentía enferma durante muchos días, presentando mareos y vómitos. Ella no sabía qué le sucedía pero quería cuidarla y ayudarla. En su entrevista, la joven comentó *"Mi mamá me dijo una vez que él tenía una enfermedad y yo escuché que una vez ellos hablaban y dijeron que tenían HIV, yo no sabía qué era eso. A mí me preocupaba porque yo la veía sufrir mucho, le agarraban muchas convulsiones y desmayos."*

En el mes de julio comenzó una relación de noviazgo, descubriendo su sexualidad y vivenciando los primeros conflictos propios de las relaciones adolescentes. El novio consumía marihuana y éste era uno de los motivos por el cual su relación presentaba muchos conflictos, reiteradas peleas y reconciliaciones.

Su tratamiento continúa en el año 2013 comentando que decidió terminar la relación con su novio ya que éste refirió comenzar tratamiento en una granja de rehabilitación. Durante el año 2014, la paciente continúa angustiada por los problemas de su casa y afirma volver con su novio ya que éste dejó de consumir.

Luego de 3 meses de tratamiento, deja de asistir al Centro de Orientación Psicológica María Madre del Pueblo y vuelve en el año 2015 estando embarazada de tres meses. El padre de su hijo era su ex novio aunque tal como afirmó en su entrevista, éste había dejado de tener contacto con ella; *"Él me dejó tirada cuando yo estaba embarazada. Estuvo conmigo hasta los tres meses y se fue"*.

La adolescente se encontraba trabajando en una remisería para poder obtener dinero que le permita mantener a su hijo. Sin embargo, las condiciones de su trabajo eran peligrosas y la cantidad de dinero que recibía era muy poca. A su vez, expresaba sentirse sola durante su embarazo y con miedo a perderlo debido a las situaciones de violencia que continuaba presenciando en su familia. La paciente asiste a cinco sesiones y luego abandona, momentáneamente, su tratamiento.

## **Focos de trabajo**

Teniendo en cuenta las problemáticas de la situación de vida de la adolescente y las cuestiones que ella misma presentaba en las sesiones, los principales focos de trabajo durante su tratamiento fueron los siguientes:

**Poder expresar lo que le sucedía y lo que sentía (I)**

**Relación con los hermanos (I)**

**Relación con su madre (D2) y su pareja (I)**

**Apuntalar su adolescencia (I)**

La joven afirmó en su entrevista *“Toda mi vida me quedé callada”* y su primera psicóloga, al hablar sobre los focos de trabajo, manifestó *“Principalmente era trabajar esto de conectarse con sus sentimientos. Ella narraba todo lo que iba pasando y era ayudarla a organizar su discurso, para que pueda verlo desde afuera también, que pueda organizarse”*. Además, su primer psicóloga afirmó que la organización de su discurso permitía una mejor comunicación con las demás personas ya que como afirmó en la entrevista *“Ella era muy impulsiva y se enojaba mucho, todo lo actuaba. Entonces trabajábamos que pueda poner en palabras, que pueda controlar sus impulsos. Y eso era su foco, manejar también la asertividad, que sepa cómo comunicarse”*.

Durante todas sus sesiones, la paciente expresaba las conflictivas intrafamiliares ya que era aquello que le generaba angustia y sentimientos de soledad. Al mismo tiempo, sus energías se encontraban enfocadas en la relación con sus hermanos, su madre y su pareja, dejando poco tiempo para las tareas propias de su etapa de desarrollo y para las conflictivas normales que se despliegan durante la adolescencia. La joven afirmó en su entrevista *“No la juzgo porque es mi mamá y la amo con la vida pero yo me pongo a pensar a veces y digo ¿Por qué no tuvo más cuidado, por qué me hizo pasar eso?”*.

## **Logros**

Transcurridos dos años de tratamiento, comienzan a notarse logros en la vida de la paciente quien en su historia clínica refiere *“Este espacio me ayudó mucho. Pude expresarme y recibir consejos para poder hablar cosas que no podía hablar. Yo antes me peleaba, no me gustaba nada. Ahora me siento diferente, puedo escuchar a mis hermanos y darles consejos”*. Su primera psicóloga afirma *“Fue mejorando un montón. Pudo poner el sentimiento en lo*

*que le pasaba, pudo charlarlo y decirlo. Y esto la ayudaba a tener mejor diálogo con la madre, la hermana, que ponga más palabra y no tanta acción.”* A su vez, la terapeuta afirma que dichos cambios pudieron producirse gracias a los recursos cognitivos con los que la paciente contaba.

Dichos cambios también fueron vivenciados por la paciente, quien en su entrevista expresó *“Si, no soy la misma. Me ayudó bastante la verdad. Cien por ciento, porque antes no podía ni hablarlo. Sólo lloraba.”*

### **Técnica gráfica: HTP**

La administración del test HTP fue realizada el día 26/09/2011 a los 12 años de edad de la paciente. Por otro lado, el retest tenido en cuenta fue aquel realizado en la finalización de su primer tratamiento el día 23/09/2013, con 14 años de edad.

Al observar el dibujo de la casa del test, el experto manifestó ver *“Un gráfico eminentemente controlador, esta adolescente estaba implementando el control, la formación reactiva y la defensa”*. Esto puede observarse en los ladrillos que conforman la pared de la casa y las tejas que se encuentran sobre el techo. Por el contrario, en el retest desaparecen estos ladrillos por lo que el experto expresó *“La casa ya no está tan defendida. Aparece una ventana y se ve realmente la necesidad de comunicarse con los demás sin tanto miedo”*

En relación al dibujo del árbol, en el test se observa una copa punzante y agresiva. Posteriormente, se refleja un avance en donde la copa del árbol presenta una forma redondeada y, al mismo tiempo, se encuentra sobre una línea de suelo. Es así como la experta expresó que *“Se muestra más segura de sí misma y de su entorno, ahora sabe a quién recurrir, aunque a veces pueda sentir angustia. Ya no se muestra tan punzante y agresiva sino que es más agradable a su entorno”*.

Por último, el dibujo de la persona en el test demuestra una dificultad en los vínculos a partir de la posición de los brazos y manos. A pesar de parecer una joven con recursos, presenta una sonrisa forzada y cierta rigidez en su postura. Ante esto, el experto manifestó *“Se la ve muy asustada por la agresión del entorno que intenta controlar con la formación reactiva. Probablemente era una chica muy rígida y esto le generaba cierta limitación a sus recursos”*. Al mismo tiempo, expresa que la persona *“aparece con las piernas cortadas, sin poder avanzar.”* En su retest, la persona presenta sus piernas y pies, demostrando su

seguridad en el entorno y en el sostén que éste le proporciona. A su vez, el experto manifestó *“Se la ve mucho más distendida, contenta, más agradable y con una sonrisa auténtica. Se ve un mejor vínculo con los demás a partir de sus manos. Se la ve más firme y más segura de su base de sustentación, aunque a veces este entorno pueda angustiarla”*.

## **Actualidad**

Luego de 4 años de haber abandonado su tratamiento, la adolescente vuelve a frecuentar la Iglesia del Centro con el objetivo de conseguir un trabajo. Es de esta forma como una de las psicólogas del Centro la encuentra y le sugiere comenzar su tratamiento nuevamente; *“Me la empecé a cruzar un montón en la parroquia pero sucia, descuidada. Un día me mira y me dice ‘Recién ahora estoy cayendo que murió mi mamá’. Y se angustió y le dije que venga a una admisión y así empezamos a trabajar.”* Su madre falleció en el año 2017 y a partir de ese momento C comenzó a vivir sola con su hijo en la misma casa de su adolescencia.

Actualmente, sus focos de trabajo son la **relación con el padre de su hijo (I)** *“Estamos trabajando muchas cosas, la primera es que no tengo que volver con el papá de mi hijo.”* *“Porque yo a él lo amo pero no es para mí. A él le gusta drogarse, fumar porro todo el día. Y mi hijo lo ve. Es un chabón que no me ayuda en nada.”*, **la elaboración del duelo por su madre (F)** *“A mí lo que me duele es la partida de mi mamá, es reciente para mí.”*, **la responsabilidad sobre su vida y su rol materno (I)** y sus **sentimientos de angustia y soledad (G2)**. Estos últimos focos se ejemplifican en lo que su psicóloga actual manifestó durante su entrevista *“Las primeras sesiones estaba muy angustiada. Es grande pero parecía una nena. No se bañaba, no se ponía desodorante. No había cuidado en ella.”*, *“Le cuesta asumir la responsabilidad del rol materno.”*

Gracias a la ayuda del Cura de la Iglesia del Centro y su psicóloga, la joven actualmente tiene un trabajo que le permite obtener el dinero para cuidar a su hijo y mejorar las condiciones de su vivienda. Toda su vida vivió en su casa sin tener puerta ni ventana y a partir de la toma de responsabilidad sobre su situación actual, la adolescente hoy en día puede hacer la siguiente afirmación *“Hoy por hoy, puse esa ventana y esa puerta para que mi bebé no tome frío. Y hoy por hoy pude comprarle la cama a su hijo y él tiene su propia pieza. Yo estoy orgullosa de mi aunque mi familia no me lo diga.”*

Tanto su primera psicóloga como la que se encuentra actualmente en tratamiento mencionaron la importancia de la contención y el cuidado que la paciente necesita en su vida y la cual se intenta otorgar a través del tratamiento. A su vez, la adolescente *manifestó "Mi psicóloga me ayuda un montón, me da consejos. ¿Sabes qué me gusta? Que ella me mira y me escucha. Eso vale muchísimo (...) Me hace bien."* La psicóloga actual expresa que durante las sesiones, la adolescente percibe a su terapeuta desde la función materna que necesita y no posee. De igual manera, al sentir la falta de su padre biológico, con el cual nunca tuvo un vínculo, toma como función paterna al Cura de la Parroquia quien le da el apoyo, la ayuda y el afecto que tanta falta le hace en este momento de su vida.

Luego de 8 años de la primer sesión de la paciente en el Centro de Orientación Psicológica María Madre del Pueblo, la adolescente hoy en día puede hablar de los hechos significativos que marcaron su historia de vida y tiene la capacidad de elaborarlos y darles un significado. Tal como manifestó al finalizar su entrevista *"Ningún chico tuvo que haber pasado todo lo que yo pasé. Pero gracias a todo lo que pasé soy lo que soy, tengo 20 años, un trabajo y un hijo hermoso de 4 años"*.

Teniendo en cuenta la totalidad del tratamiento, los focos logrados fueron la expresión de su historia y sus sentimientos (I), la relación con sus hermanos (I), la mejora en la relación con su madre (D2) y el tomar responsabilidad frente a su vida (I).

## **7. Discusión**

Los objetivos de la presente investigación fueron, en primer lugar, el análisis de la eficacia del tratamiento focalizado en los adolescentes que asisten al Centro de Orientación Psicológica María Madre del Pueblo de la Villa 1-11-14. A su vez, se exploraron los cambios psicoterapéuticos focalizados producidos por la Psicoterapia Focalizada en integración con la Logoterapia de Viktor Frankl y la Psicoterapia Psicoanalítica de Héctor Fiorini a través del análisis descriptivo de los avances, retrocesos y permanencias del test y retest de la técnica HTP. Por último, se describieron las características de un caso único con la finalidad de ejemplificar la integración de ambas corrientes psicológicas en la psicoterapia focalizada, observando los logros obtenidos a partir del tratamiento.

La hipótesis del trabajo expresa que la psicoterapia focalizada en integración con la Logoterapia de Viktor Frankl y la Psicoterapia Psicoanalítica de Héctor Fiorini resulta eficaz en el tratamiento con adolescentes en contextos vulnerables.

## 7.1 Eficacia de la Psicoterapia Focalizada

Los resultados de la presente investigación arrojaron que la psicoterapia focalizada, en integración con la Logoterapia de Viktor Frankl y la Psicoterapia Psicoanalítica de Héctor Fiorini, resulta eficaz en el tratamiento de las problemáticas que con mayor frecuencia manifiestan los adolescentes en su consulta.

La modalidad de trabajo del Centro de Orientación Psicológica María Madre del Pueblo se desarrolla a partir de la delimitación y jerarquización que el paciente realiza sobre el eje principal a trabajar (Ovejas, 2013), es decir, el punto nodal dentro de su problemática de vida (Fiorini, 2008). Dicha modalidad fue manifestada por la psicóloga del Centro en su entrevista al afirmar que en su trabajo se propone *“Tener bien planteados los focos y tenerlos bien planteados con el paciente. (...) Lo que pasa a veces es que uno como profesional ve cosas que el paciente tiene que seguir trabajando pero que el paciente no se lo plantea, entonces uno tiene que aceptar que no es el momento pero ya va a llegar”*. Los antecedentes empíricos demuestran que la psicoterapia a partir de la propia representación del problema que el adolescente manifiesta, produce una mayor motivación al tratamiento y a la generación de futuros cambios y avances (Fernández et al., 2015). Esto último pudo observarse en los resultados obtenidos en los adolescentes de la villa 1-11-14 del Bajo Flores.

De esta manera, uno de los focos propuestos por los adolescentes y en donde se observaron logros y mejoras significativas es en el foco D2 (conflictos en la dinámica familiar padres e hijos). En el análisis descriptivo del segundo objetivo, se observó que las variables que mayor cantidad de avances presentaban eran las que se encontraban en el dibujo de la casa (techo, ventanas y paredes). Teniendo en cuenta que el dibujo de la casa representa la percepción de la situación familiar y las relaciones que suceden dentro de ella (Hammer, 2016), se observa una relación entre la eficacia del foco D2 y los cambios terapéuticos que vivencia la persona y proyecta en sus dibujos.

Considerando que las problemáticas familiares forman parte de las características típicas en el desarrollo de la adolescencia donde los jóvenes comienzan a vivenciar una separación progresiva de sus padres (Aberastury, 2004), es esperable que sea uno de los focos recurrentes en los adolescentes. A su vez, teniendo en cuenta que los padres continúan

ocupando un rol de influencia en el desarrollo de sus hijos (Oliva, 2006), resulta relevante la eficacia de la Psicoterapia Focalizada en las relaciones parentales.

Por esta razón, la Psicoterapia Psicoanalítica destaca la importancia de tener en cuenta al grupo familiar en el tratamiento de cualquier persona ya que constituye uno de los aspectos que atraviesan la situación específica en la que se encuentra el paciente (Ovejas, 2013). Dicho abordaje se vio reflejado en los resultados que demuestran que la Psicoterapia Focalizada resulta eficaz en el tratamiento del foco H (Orientación a padres), permitiendo el asesoramiento y la facilitación de herramientas que contribuyan a una crianza y educación positiva (Olivia, 2006).

Además del distanciamiento afectivo hacia la familia, el adolescente vivencia constantes fluctuaciones en su propia afectividad y sentido del humor (Aberastury, 2004) donde se pueden manifestar sentimientos de culpa, humor depresivo, preocupación por el cuerpo, tentativas de suicidio, desesperanza, entre otros (Cardozo, 2009). Resulta entonces esperable que otro de los focos que con mayor recurrencia manifiesten los adolescentes sea el foco G2 (Síntomas asociados a las emociones). La Psicoterapia Focalizada demostró ser eficaz en el tratamiento de dicho foco y esto coincide con lo que Braier (1984) expresa al afirmar que la mejoría sintomática es uno de los efectos que dan cuenta de la eficacia de un tratamiento psicológico.

La Logoterapia de Viktor Frankl aporta sus conceptos para el acompañamiento del adolescente que sufre con la finalidad de que pueda asumirlo y convertirlo en una oportunidad de crecimiento y desarrollo (Ovejas, 2013). Esto pudo observarse en el estudio de caso en donde la adolescente logró expresar sus sentimientos y situaciones que la angustiaban, tal como afirmó su psicóloga “*Pudo poner el sentimiento en lo que le pasaba, pudo charlarlo y decirlo*”. La puesta en palabras, en contraposición al actuar impulsivo, formó parte de uno de los grandes logros alcanzados por la paciente luego de su tratamiento. Es así como resulta fundamental destacar que los resultados demuestran también que la Psicoterapia Focalizada resulta eficaz en el tratamiento del foco estandarizado I (Otros) dentro de los que se encuentra la expresión de la historia personal y los sentimientos.

Los resultados también expresan que la Psicoterapia Focalizada resulta eficaz en el trabajo del foco Proyecto de vida, situado dentro de la estandarización de focos I (Otros). De

esta manera, se observa como la psicoterapia con bases en la Logoterapia de Viktor Frankl y la Psicoterapia Psicoanalítica de Héctor Fiorini es eficaz para el tratamiento de tareas propias de la etapa adolescente como lo son la conciencia frente al futuro, las elecciones profesionales y la búsqueda por el sentido de vida (Griffa, 2005). Esto se relaciona con la idea de un proyecto para el futuro, efecto que menciona Braier (1984) como uno de los aspectos que dan cuenta de la eficacia de un tratamiento.

De este modo, resulta esperable que el proyecto de vida sea uno de los focos que mayor incidencia presentan los adolescentes en su tratamiento y también resulta indicado que la psicoterapia llevada a cabo en el centro sea eficaz en el tratamiento de dicha problemática ya que, al contar con las bases de la Logoterapia de Viktor Frankl, el tratamiento se encuentra orientado hacia el futuro y hacia la búsqueda de un sentido de vida propio y singular para cada persona (Ovejas, 2011).

Por último, otro de los focos dentro de la estandarización Otros (I) que presentó mejoras significativas es aquel que trabaja sobre las relaciones de noviazgos. Al conocer que uno de los logros por alcanzar en la adolescencia tardía es la capacidad de establecer vínculos de intimidad y madurez (Griffa, 2005), es esperable que las relaciones de noviazgo sean presentadas con mayor recurrencia por los adolescentes.

Sin embargo, a partir de los resultados obtenidos, no se observaron mejoras significativas en los focos de adicciones (A), violencia intrafamiliar (B2), abuso (C) y problemas escolares por aprendizaje (E1) y conducta (E2).

La ausencia de logros significativos en la problemática del abuso podría relacionarse con el hecho de que frente a dicha situación, se necesita de la implicancia y el accionar del sistema legal, además del rol de los profesionales del Centro. A su vez, la ausencia de eficacia de la psicoterapia focalizada en dicho foco podría relacionarse con el hecho de que muchos de los adolescentes deciden no denunciar el abuso por temor a ser juzgados o tratados de mentirosos o responsables de que la situación haya ocurrido debido a sus propios deseos o seducciones hacia el agresor (García, Jiménez y Fernández, 2002).

Por otro lado, el tratamiento del foco violencia intrafamiliar podría dificultar la obtención de logros significativos debido a que el adulto agresor convocado a la psicoterapia, difícilmente concurre al tratamiento. De este modo, el cambio en el funcionamiento y la dinámica familiar podría complejizarse a partir del trabajo con un único miembro de la familia.

En cuanto al foco de adicciones, se podría considerar que la problemática no presenta logros significativos ya que el Centro de Orientación Psicológica María Madre del Pueblo no funciona como un centro de rehabilitación de adicciones o una comunidad terapéutica en donde se cuente con el equipo interdisciplinario y las intervenciones necesarias para el complejo abordaje de la problemática del consumo.

La ausencia de logros significativos en los problemas escolares por aprendizaje podría relacionarse con los altos niveles de repitencia y abandono escolar que caracteriza a los adolescentes que viven en las villas de la Ciudad de Buenos Aires. Únicamente el 28% de los jóvenes finalizó el secundario, el 24% está cursándolo y casi la mitad lo abandonó sin llegar a completarlo. Es importante destacar que, además de motivos económicos, los adolescentes de las villas refieren dejar la escuela por problemas familiares tales como embarazo o la necesidad de cuidar a un miembro de su familia (Suárez, 2014).

## **7.2 Cambios psicoterapéuticos focalizados a partir de la técnica gráfica HTP**

El análisis descriptivo llevado a cabo con la supervisión del experto, expresó que una de las variables que presenta mayores avances y cambios psicoterapéuticos es el techo de la casa. El mismo simboliza el área de la fantasía y el tiempo que la persona le dedica a ellas (Hammer, 2016). Es esperable que ésta sea un área de modificaciones y avances en la adolescencia ya que la capacidad de fantasear e intelectualizar forman parte de una de las necesidades esperadas en esta etapa del desarrollo (Aberastury, 2004).

Al mismo tiempo, las tejas en el dibujo del techo simbolizan el control sobre las fantasías y la cantidad excesiva de éstas demuestra cierta represión y control (Rocher, 2009). Esto último pudo verse en el test administrado a la paciente del estudio de caso en donde el techo se encontraba cubierto de tejas y frente al cual el experto manifestó “*esta adolescente estaba implementando el control, la formación reactiva y la defensa*”. Sin embargo, el cambio terapéutico se evidenció en su retest en donde la adolescente logró eliminar aquel control y represión, dibujando un techo con tres líneas y por lo tanto, menos defensivo.

Asimismo, la disminución de las defensas permitió la aparición del dibujo de una ventana en la casa. Dicha variable obtuvo descriptivamente mayores avances en relación a las demás variables del HTP, reflejando que los adolescentes luego de la psicoterapia focalizada, presentan mejorías en la interacción con el ambiente (Rocher, 2009).

Otra de las variables en las que se observó una mayor presencia de avances luego del proceso psicoterapéutico en el Centro de Orientación Psicológica fueron las paredes del dibujo de la casa. Éstas se encuentran relacionadas con el grado de fortaleza yoica y el sostén de la personalidad. Los avances descritos en ellas resultan esperables debido a que la modalidad de tratamiento focalizado, con bases en la Psicoterapia Psicoanalítica de Héctor Fiorini, busca el trabajo delimitado a través de la activación, concentración y orientación de las funciones yoicas de la persona (Fiorini, 2008). A partir de la cantidad de avances observados en la variable paredes, se manifiesta que los adolescentes de la villa, a pesar de vivir en un contexto de vulnerabilidad, presentan una alta capacidad para preservar sus recursos yoicos (Ovejas, 2013). Cabe destacar que la primer terapeuta del estudio de caso, al hablar de los logros obtenidos por su paciente durante el tratamiento, resaltó que la joven *“Tiene muchos recursos cognitivos y por eso lo logró. Podía y tenía la capacidad de trabajar desde este aspecto.”*

Por último, los resultados descriptivos mostraron que se presentan cambios terapéuticos focalizados en el aumento de confianza de la persona en sí misma así como en la mayor flexibilidad, seguridad y capacidad de lucha (Rocher, 2009). Estos aspectos pueden verse a partir de los avances en la variable postura del dibujo de la persona y también se ejemplifica en los cambios observables entre el test y el retest del caso clínico en donde la adolescente pasó de proyectar una personalidad rígida y con limitaciones en sus recursos, a una persona que demuestra firmeza, seguridad y mejorías en los vínculos interpersonales.

### **7.3 Integración de la Logoterapia de Viktor Frankl y la Psicoterapia Psicoanalítica de Héctor Fiorini en un caso clínico**

La psicoterapia focalizada con bases teóricas en la Logoterapia de Viktor Frankl y la Psicoterapia Psicoanalítica de Héctor Fiorini resultó satisfactoria para el caso particular de la adolescente en donde se observaron logros a partir de los focos que ella misma delimitó como cuestiones relevantes a trabajar en su tratamiento. Entre ellos se encontraron la capacidad de expresar su historia personal y sentimientos (I), la mejora en la relación con sus hermanos (I), la mejora en la relación con su madre (D2) y la toma de responsabilidad frente a su vida (I).

Ovejas (2013) afirma que a medida que los focos de trabajo se concretan, la persona incrementa su consideración personal, su compromiso y responsabilidad. Esto puede verse en

el hecho de que no sólo se logran cumplir con varios de los focos de trabajo sino que también se observa un crecimiento personal en la adolescente junto con cambios en su personalidad, en la forma de verse a sí misma y en la manera de vincularse con el mundo y con quienes la rodean. Esto puede verse en lo que la paciente expresa en su entrevista al afirmar que gracias al Centro ella pudo crecer.

Asimismo la adolescente afirmó, haciendo referencia a su actual terapeuta, la siguiente frase: “*¿Sabes qué me gusta? Que ella me mira y me escucha. Eso vale muchísimo.*”. Dicha frase refleja uno de los motivos por los cuales se integra a la Logoterapia de Viktor Frankl en la psicoterapia focalizada en contextos de alta vulnerabilidad. La Logoterapia afirma que la verdadera cura se da a través del encuentro hombre a hombre en donde el terapeuta puede acompañar a la persona en su sufrimiento, ayudándola a que pueda asumirlo y transformarlo en una oportunidad de crecimiento y desarrollo (Ovejas, 2013). Es así como el paso por la angustia causada por los conflictos interfamiliares, logró convertirse en una oportunidad para alcanzar avances psicoterapéuticos y un crecimiento personal que le permite, hoy en día, expresar lo que le sucede, tener un trabajo y cuidar de su hijo de 4 años.

Además del encuentro con el terapeuta, el trabajo que se lleva a cabo en el Centro de Orientación Psicológica permite el encuentro con los “curas villeros” quienes trabajan en equipo con las terapeutas para ayudar y escuchar a las personas que allí se atienden (Ovejas, 2013). Esta contención acompañó a la adolescente durante toda su vida ya que como comentó en su entrevista “*Yo nací en la villa y venía siempre a buscar la comida acá. Los sacerdotes me dieron de comer, vine a catequesis, a la escuela, a la murga. Yo viví acá.*”. El apoyo del trabajo realizado por el Centro pudo observarse durante el tratamiento de la adolescente en donde, a partir de la técnica gráfica HTP, se aprecia el descubrimiento de un lugar al cual recurrir ante sus miedos y angustias.

Las terapeutas y los sacerdotes del Centro, a diferencia de una buena parte de la sociedad, no contempló a la adolescente a partir de las características de pobreza que la rodeaban, creyendo que su carencia de bienes expresaba una falta de preocupación por su propio progreso (Boivin et al., 1998). Por el contrario, se comprendió a la paciente desde una mirada que ubica a la persona como alguien no determinada por su contexto de vida sino como un individuo capaz de elegir cómo responder frente a la realidad que lo rodea (Ovejas, 2013). De esta forma, se evidencia nuevamente la importancia de la integración de la

Logoterapia ya que dicha corriente afirma que la persona no se encuentra libre de circunstancias biológicas, psicológicas y sociológicas pero sí es libre de tomar posición frente a ellas, aún en las peores condiciones (Frankl, 1996).

Durante todo el tratamiento, a partir de las verbalizaciones de la adolescente y sus terapeutas, la lectura de su historia clínica y la evaluación de la técnica HTP, se puede observar en la paciente el paso de la represión y el control hacia una mejor organización y capacidad de expresión. Los primeros mecanismos defensivos manifestado por la paciente forman parte de las funciones defensivas del yo propuestas por Héctor Fiorini. La activación de las mismas funciona como neutralizadores de la ansiedad y la angustia. Sin embargo, la ausencia de ellas, no permitirían realizar la psicoterapia focalizada ya que dichas funciones se activan y orientan el tratamiento hacia la delimitación del foco. Las mismas pudieron transformarse en funciones integradoras propuestas por Héctor Fiorini, dentro de las cuales se encuentran la capacidad de organización y síntesis (Fiorini, 2008). Dichos recursos yoicos se desarrollaron durante su tratamiento y se pueden demostrar en la elaboración final que realizó la joven en su entrevista al afirmar *“Ningún chico tuvo que haber pasado todo lo que yo pasé. Pero gracias a todo lo que pasé soy lo que soy, tengo 20 años, un trabajo y un hijo hermoso de 4 años”*.

De esta forma, se hace evidente que el trabajo con metas significativas, la integración de técnicas y el rol activo del terapeuta en el encuentro con el paciente, motivan al crecimiento de lo específicamente humano, logrando que la persona resignifique su propia historia de vida (Ovejas, 2013).

#### **7.4 Limitaciones y futuras líneas de investigación**

Una de las limitaciones encontradas durante la investigación es aquella que surge de la exploración de cambios psicoterapéuticos y avances en aspectos de la personalidad a través de una única técnica proyectiva. De esta manera, una futura línea de investigación podría centrarse en la búsqueda de convergencias de dichas características de la personalidad en otras técnicas de evaluación.

Asimismo, otra de las limitaciones se debió a que la exploración de los avances, retrocesos y permanencias del HTP, se realizó sin tener en cuenta la historia personal de cada

paciente y el contexto particular que la rodea. De esta manera, se podría desestimar situaciones específicas de la persona que podrían haber generado cambios en sus dibujos con un significado que es propio de aquel sujeto y su mundo interno.

Por otro lado, con la finalidad de ampliar la validez de la evaluación de la psicoterapia y su eficacia, podría continuarse la investigación realizando una comparación de los efectos producidos por la psicoterapia focalizada y otro tipo de corriente psicoterapéutica en contextos de vulnerabilidad.

## **8. Conclusión**

A partir de los datos obtenidos desde las diferentes metodologías de investigación, se puede afirmar que la Psicoterapia Focalizada del Centro de Orientación Psicológica María Madre del Pueblo resulta eficaz en el tratamiento con adolescentes en contextos de alta vulnerabilidad, específicamente en las problemáticas centradas en la dinámica familiar padres e hijos, en los síntomas asociados a las emociones, la orientación a padres, la capacidad de expresión de la propia historia y los sentimientos, las relaciones de noviazgo y el proyecto de vida. Esto se demuestra en las mejoras exploradas en los dibujos del HTP en donde se describieron cambios psicoterapéuticos en las relaciones familiares, el área vital de las fantasías, el fortalecimiento del yo y de la personalidad, la interacción con el ambiente y la confianza en sí mismo.

La eficacia de la psicoterapia focalizada y la integración de ambas corrientes se logró ejemplificar en el estudio del caso clínico, concluyendo que dicha modalidad de trabajo facilitó el tratamiento de una adolescente en poblaciones vulnerables. De esta manera, se cree importante destacar la contribución que la presente investigación aporta a los Centros de promoción de la salud mental en contextos de alta vulnerabilidad, afirmando que es posible el pensamiento sobre un futuro distinto, aún en las peores condiciones de vida.

## 9. Referencias bibliográficas

Aberastury A. & Knobel M., (2004). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico.*

México: Paidós Educador.

Arenas, I. A. (2005). Resultados de psicoterapia grupal breve en estudiantes universitarios de

la quinta región: estudio exploratorio basado en instrumentos proyectivos. *Terapia*

*Psicológica*, 23(1), 37-47.

Boivin, M., Rosato, A., & Arribas, V. (2004). Constructores de otredad. *Buenos Aires:*

*Antropofagia.*

Braier, E. (1984). *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica.* Buenos Aires:

Nueva Visión

Busso, G. (2001). Vulnerabilidad social: nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI. *Seminario Internacional: Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe*, 20.

Cardozo, G., & Alderete, A. M. (2009). Adolescentes en riesgo psicosocial y

resiliencia. *Psicología desde el Caribe*, (23), 148-182.

Cravino, M.C., (2008). *Los mil barrios (in)formales. Aportes para la construcción del hábitat*

*popular del Área Metropolitana de Buenos Aires.* Los Polvorines: UNGS.

De Gialdino, V. (2006). Estrategias de investigación cualitativa. *Barcelona: Gedisa*, 42-50.

Erikson, E.H., (1968). *Identidad, Juventud y Crisis*. Buenos Aires: Paidós.

Espada, A. Á., Menchaca, M. B. R., & Gutiérrez, L. A. S. (Eds.). (2004). *Introducción a los tratamientos psicodinámicos*. Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Fernandez, O., Perez C., Gloger S., y Krause M. (2015). Importancia en los cambios iniciales en la psicoterapia con adolescentes. *Terapia psicológica*, 33(3), 247-255.

Fiorini, H. (Abril de 2013). Las Psicoterapias Psicoanalíticas. En el XXVIII Congreso Argentino de Psiquiatría. *Tareas organizadoras del proceso terapéutico*.

Fiorini, H., (2008). *Teoría y técnica de psicoterapias*, Buenos Aires: Nueva Visión.

Frankl, V., (2001), *El hombre en busca de sentido*, Barcelona: Herder.

Frankl, V., (2012). *Fundamentos y aplicaciones de la logoterapia*, Barcelona: Herder.

García, M. L. M., Jiménez, M. G., & Fernández, M. S. B. (2002). Abuso sexual infantil. Credibilidad del testimonio. *Euphoros*, (5), 37-60.

Giménez, M. N. (2003). Las' villas de emergencia 'como espacios urbanos estigmatizados. *Historia Actual Online*, (1), 7.

Giménez, M. N., & Ginóbili, M. E. (2003). Las “villas de emergencia” como espacios urbanos estigmatizados. *Historia Actual On-Line (HAOL)*, 1(1), 75–81.

Griffa, M.C. y Moreno J.E., (2015), *Claves para una psicología del desarrollo*, Buenos Aires: Lugar Editorial.

Hammer, E. F., (2016). *Test Proyectivos Gráficos* (2ª ed.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Paidós

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). (2019). Indicadores de condiciones de vida de los hogares en 31 aglomerados urbanos. Condiciones de vida vol. 3 n° 7. Segundo semestre de 2018.

Kazdin, A. E. (2003). Psychotherapy for children and adolescents. *Annual review of psychology*, 54(1), 253-276.

Koppitz, E. M., (2015). *El dibujo de la figura humana en los niños*, Ciudad de Buenos Aires, Argentina, Editorial Guadalupe.

Mazzeo, V. (2013). Una cuestión urbana: las villas en la Ciudad. *Población de Buenos Aires*, 10 (18), 73-81

Ovejas, P., (2011), *Psicoanálisis y logoterapia en el tratamiento de las neurosis de transferencia*, Buenos Aires: San Pablo.

Ovejas, P., (2013), *La logoterapia en las villas*, Buenos Aires: San Pablo.

ODSA-UCA (2019), Documento Estadístico 05/2019 “INFANCIA(S). Progresos y retrocesos en clave de desigualdad (2017-2020)”. Observatorio de la Deuda Social Argentina.

ODSA-UCA (2018), “Juventudes desiguales: Oportunidades de integración social: 2017-2025”. Observatorio de la Deuda Social Argentina. UNICEF. (2017). *Posicionamiento sobre adolescencia. Para cada adolescente una oportunidad*. Recuperado en [https://observatoriosocial.unlam.edu.ar/descargas/6\\_UNICEF.pdf](https://observatoriosocial.unlam.edu.ar/descargas/6_UNICEF.pdf)

Oliva, A. (2006). Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Anuario de psicología*, 37(3), 209-223.

Papalia, D. E., Wendkos, S., & Duskin, R. (2009). *Psicología del Desarrollo* (undécima edición ed.). México DF, México, México: MC Graw Hil-interamericana.

Paula, I., (2016). Problemas de salud mental en la adolescencia: Vulnerabilidad, riesgo y oportunidad. *Recuperado de [https://www. researchgate.net/publication/255978892\\_Problemas\\_de\\_salud\\_mental\\_en\\_la\\_adolescencia\\_Vulnerabilidad\\_riesgo\\_y\\_oportunidad](https://www.researchgate.net/publication/255978892_Problemas_de_salud_mental_en_la_adolescencia_Vulnerabilidad_riesgo_y_oportunidad)*.

Piaget, J., (1991). *Seis estudios de psicología*. España: Editorial Labor

Rocher, K. (2009). *Casa, árbol, persona. Manual de interpretación del test*. Buenos Aires: Ediciones Lasra.

Stake, R. E. (1999). *Investigación con estudio de casos* (R. Filella, trad.). Madrid: Ediciones Morata.

Suárez, A. L., Mitchell, A., Lépole, E. (eds.) (2014). Las villas de la Ciudad de Buenos Aires: territorios frágiles de inclusión social [en línea]. Buenos Aires: Educa. Recuperado en <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/libros/villas-ciudad-buenos-aires.pdf>

Zavala, P. Á., Socorro, A., & Sepúlveda, C. C. (2012). Influencia de una intervención grupal para madres en el cambio psicoterapéutico de sus hijos/as víctimas de agresiones sexuales. *Revista de Psicología*, 21(2), 31-54.

## 10. Anexos

### Anexo I

#### Glosario de focos estandarizados

**(A) ADICCIÓN:** Enfermedad biológica y psicológica con síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos asociados al consumo de sustancias (DSM V, 2013). Existe en la persona un control deficitario en función de la cantidad consumida y en cuanto al deseo y tiempo invertido en el consumo. A su vez, hay un deterioro social que implica descensos en el cumplimiento de tareas y también en las actividades sociales o laborales. Por último, a nivel farmacológico, la tolerancia a la dosis aumenta, por lo tanto cada vez se necesita mayor cantidad para sentir el efecto deseado y la abstinencia es vivida como algo insoportable.

**(B1) VIOLENCIA DE GÉNERO:** Las Naciones Unidas (1993) definen la violencia contra la mujer como aquellos actos hacia la mujer que puedan resultar en daño físico, psicológico o sexual. Incluye amenazas, coacción y privación de la libertad, sean producidas en público o privado.

**(B2) VIOLENCIA INTRAFAMILIAR:** Refiere a todo acto u omisión, dentro del marco familiar, que pueda afectar la integridad física, sexual, emocional, o social de una persona. Incluye maltrato físico, psicológico, sexual y negligencia (Claramunt, 2006).

**(C) ABUSO:** Dentro de esta clasificación, abarca toda interacción sexual en la que no hay consentimiento por parte de la víctima o tal no puede ser dado. Puede ejercerse por medio de violencia física, intimidación, manipulación, soborno, amenaza de daño o abandono. También incluye situaciones donde se exige la práctica sexual a cambio de un puesto de trabajo, calificación, o manifestación de afecto (Claramunt, 2006). En caso de niños, se habla de abuso sexual infantil y constituye una severa forma de maltrato de la infancia. (UNICEF, 2016).

**(D1) PROBLEMAS EN LA DINÁMICA DE PAREJA:** Incluye cualquier inconveniente dentro de la relación de pareja que, sin llegar a la violencia de género, moviliza a la persona y puede llegar a movilizar a su familia.

**(D2) PROBLEMAS EN LA DINÁMICA FAMILIAR:** Toda dificultad afectiva, de organización o ligada a la puesta de límites que se da entre hijos y padres u otro cuidador (tíos, abuelos, o la persona que conviva con ellos). En caso de adultos, puede ser relación con respecto a sus padres o a sus hijos.

**(E1) PROBLEMAS ESCOLARES POR APRENDIZAJE:** Encubre todo el margen de situaciones escolares donde la persona no llega al nivel de contenidos esperado para aprobar las materias. Las causas están ligadas a bajo coeficiente intelectual, cualquier nivel de retraso madurativo, trastornos del aprendizaje y trastornos emocionales cristalizados o reactivos.

**(E2) PROBLEMAS ESCOLARES POR CONDUCTA:** comportamiento que genera problemas en las relaciones interpersonales dentro de la escuela. Este foco suele aparecer debido a la derivación directa de la escuela, donde se pide orientación psicológica para el paciente.

**(F) DUELO:** Según Valls (2009) el duelo es el “proceso intrapsíquico, consecutivo a la pérdida de un objeto, y por medio del cual el sujeto logra desprenderse progresivamente de dicho objeto. La existencia de un trabajo intrapsíquico de duelo viene atestiguada por la falta de interés por el mundo exterior que aparece con la pérdida del objeto: toda la energía del sujeto parece acaparada por su dolor y sus recuerdos, hasta que el yo se determina a romper su lazo con el objeto perdido” (p. 224-225-226)

**(G1) SÍNTOMAS ASOCIADOS A LA REGRESIÓN:** Para Laplanche & Pontalis (2013) la regresión es definida como “un retorno en sentido inverso, a partir de un punto ya alcanzado, hasta otro situado anteriormente. La mayoría de las veces se concibe como un retorno a formas anteriores del desarrollo del pensamiento, de las relaciones de objeto y de la estructuración del comportamiento” (p.357). Incluye trastornos como encopresis, enuresis y conductas infantiles en períodos donde no deberían estar.

**(G2) SÍNTOMAS ASOCIADOS A LAS EMOCIONES:** Sintomatología emocional, que incluye angustia, tristeza, enojo, entre otros. Puede darse por la presencia de los problemas emocionales, o por las dificultades en la expresión de las mismas.

**(H) ORIENTACIÓN A PADRES:** Acompañamiento que el profesional realiza a los cuidadores del niño, niña o adolescente, buscando guiar a las familias, promover la salud y fomentar la escolaridad de los niños (Ovejas, 2013).

**(I) OTROS:** Abarca los focos que no caben en ninguna clasificación anterior, y que refieren a situaciones puntuales que el paciente trabaja.

## Referencias bibliográficas

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª. Ed., texto rev.).

Claramunt, M.C. (2006). *Casitas quebradas: El problema de la violencia doméstica en Costa Rica*. Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia San José.

Fondo de las naciones unidas para la Infancia [UNICEF]. (2016). *Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos*. Recuperado de [https://www.unicef.org/ecuador/proteccion-AbusoSexual\\_contra\\_NNyA-2016\\_\(1\).pdf](https://www.unicef.org/ecuador/proteccion-AbusoSexual_contra_NNyA-2016_(1).pdf).

Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (2013). *Diccionario de psicoanálisis*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Paidós.

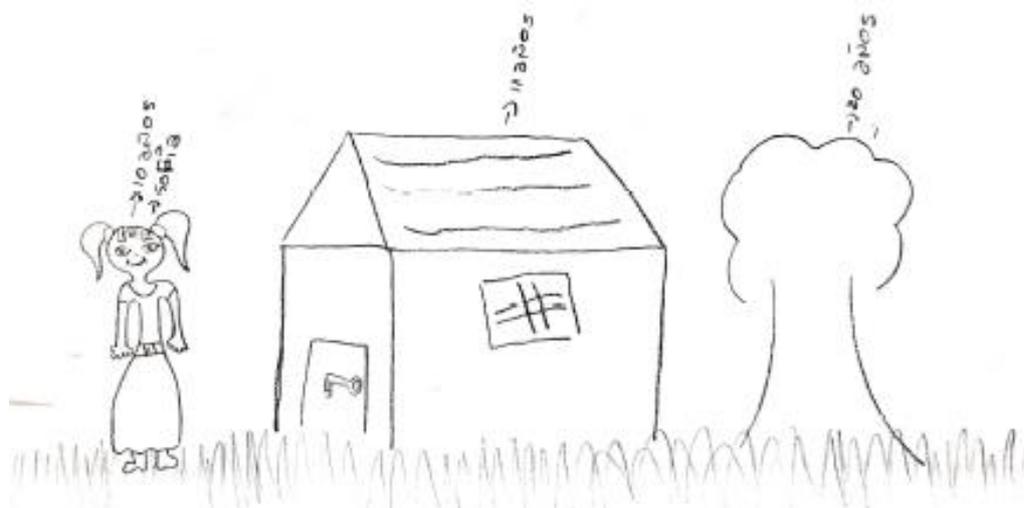
Naciones Unidas. (1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. Nueva York.

Valls, J. L. (2009). *Diccionario freudiano*. Buenos Aires: GabyEdiciones.

**Anexo II**  
**Test de la técnica gráfica House-Tree-Person (HTP)**



**Retest de la técnica gráfica House-Tree-Person (HTP)**



## Anexo III

### Análisis de categorías centrales

Relación con la madre	
<b>Paciente</b>	"Yo nunca estuve de acuerdo con la pareja y con lo que ella hacía pero ella nos tenía que dar de comer y yo me tenía que quedar callada. No la juzgo en nada porque la amo".
	"No la juzgo porque es mi mamá y la amo con la vida pero yo me pongo a pensar a veces y digo ¿Por qué no tuvo más cuidado, por qué me hizo pasar eso?".
	"Mi mamá nos descuidaba, yo me sentía muy sola".
	"Mi mamá me dijo una vez que él tenía una enfermedad y yo escuché que una vez ellos hablaban y dijeron que tenían HIV, yo no sabía que era eso. A mí me preocupaba porque yo la veía sufrir mucho, le agarraban muchas convulsiones y desmayos".
	"Como mi mamá nos había descuidado mucho, nosotros no teníamos ni zapatillas".
	"Mi mamá no era tonta, sabía que nosotras escuchábamos pero ella se drogaba con el marido y al drogarse juntos hacían esas cosas que no les importábamos nosotros. Perdían la conciencia".
	"No pasó ni meses que mi mamá se junta con él. Ahí yo empecé a ver cosas de grandes que no tenía por qué ver".
"Yo antes lloraba porque yo no entendía qué es lo que mi mamá hacía, yo pensaba que él la estaba lastimando".	
<b>Terapeuta actual</b>	"Ella era la que más se peleaba con la madre pero a su vez es la que más se identifica con ella".
	"Ella era muy rival de su mamá, peleaba mucho con ella".
<b>Primer terapeuta</b>	"La relación con su mamá siempre era complicada pero ella la amaba. Y nosotras también estábamos tranquilas que la mamá siempre hizo terapia".

Focos de tratamiento	
<b>Paciente</b>	"Si, por toda esta situación. Como te conté, mi mamá conoció a su pareja y pasaban estas cosas y a mí me empezó a ir mal en la escuela. Eran muchas las cosas y llegué al psicólogo, por todas las cosas que yo vivía".
	"Estamos trabajando muchas cosas, la primera es que no tengo que volver con el papá de mi hijo".
	"A mí lo que me duele es la partida de mi mamá, es reciente para mí".
	"Toda mi vida me quedé callada".
	"Me abría pero hasta ahí nomás porque mi mamá me tenía prohibido hablar".
	"Y su foco principal es esto que ella siente, que está muy sola. Recién ahora está cayendo con la muerte de la madre".
	"Le propuse escribir".

<b>Terapeuta actual</b>	"Hablamos sobre si se acordaba por qué había venido antes y me dijo que si, por la pareja de la madre, porque su mamá estaba en una relación violenta con él".
	"Ella está hablando de lo que le pasa y cómo se siente".
	"Me la empecé a cruzar un montón en la parroquia pero sucia, con olor. Un día me mira y me dice "Recién ahora estoy cayendo que murió mi mamá". Y se angustió y le dije que venga a una admisión y así empezamos a trabajar".
	"Las primeras sesiones estaba muy angustiada. Es grande pero parecía una nena. No se bañaba, no se ponía desodorante. No había cuidado en ella".
	"Ella necesita mucho maternaje, que la cuiden. Le cuesta un montón responsabilizarse, venir y respetar sus horarios de terapia".
	"Le cuesta asumir la responsabilidad del rol materno".
<b>Primer terapeuta</b>	A ella siempre le costó mucho conectarse con sus sentimientos y las primeras sesiones siempre fueron de contar mucho sobre las cosas que a ella le estaban pasando pero sin poder conectarse. Era una función más narrativa de sus peleas, de su mamá, de su hermana, pero sin implicarse".
	"Y principalmente era trabajar esto de conectarse con sus sentimientos. Ella narra todo lo que iba pasando y era ayudarla a organizar su discurso, para que pueda verlo desde afuera también, que pueda organizarse. Ella también era muy impulsiva y se enojaba mucho, todo lo actuaba. Entonces trabajábamos que pueda poner en palabras, que pueda controlar sus impulsos. Y eso era su foco, manejar también la asertividad, que sepa cómo comunicarse".

Logros	
<b>Paciente</b>	"Mejoré en muchas cosas porque lo que pude hacer es que el pasado lo dejé atrás".
	"Si, no soy la misma. Me ayudó bastante la verdad. Cien por ciento, porque antes no podía ni hablarlo. Sólo lloraba. Ahora por suerte lo puedo hablar y me acuerdo de muchas cosas más que viví y, ningún chico tuvo que haber pasado todo lo que yo pasé. Pero gracias a todo lo que pasé soy lo que soy, tengo 20 años, un trabajo y un hijo hermoso de 4 años".
	"Hoy por hoy, puse esa ventana y esa puerta para que mi bebé no tome frío. Y hoy por hoy pude comprarle la cama a su hijo y él tiene su propia pieza. Yo estoy orgullosa de mi aunque mi familia no me lo diga".
	"Ya no me da pena. Antes él me decía si me podía quedar a dormir en mi casa y yo le decía que sí, pero ahora no. Hace poco, como le conté a mi psicóloga, lo eché. Y cuando él se fue yo decía "¿Esta soy yo?". ¡Lo eche!".
	"Yo me siento libre ahora, después de todo lo que me pasó me siento libre. Vos me revisas el celular que está sin contraseña, no tengo a otro ni nada, soy feliz".
	"Mi psicóloga me dijo que yo tenía que ponerme la puerta, la ventana. Y yo sigo sus consejos y me va bien. Yo no me pintaba, no me arreglaba el pelo.

	Yo estaba siempre con el pelo pajoso porque no me cuidaba, no me ocupaba de mí. Me levantaba y salía a la calle sin lavarme la cara. Y antes de ayer, cobré una plata y me hice el alisado. Me compré estos aritos y me hice el de la boca y me pinté un poco las pestañas. Cosas que antes no hacía."
<b>Terapeuta actual</b>	"Si, ella fue mejorando un montón. Pudo poner el sentimiento en lo que le pasaba, pudo charlarlo y decirlo. Y esto la ayudaba a tener mejor diálogo con la madre, la hermana, que ponga más palabra y no tanta acción. Y lo logró también porque es una chica con muchos recursos, tiene muchos recursos cognitivos y por eso lo logró".
<b>Primer terapeuta</b>	"Fue mejorando un montón. Pudo poner el sentimiento en lo que le pasaba, pudo charlarlo y decirlo. Y esto la ayudaba a tener mejor diálogo con la madre, la hermana, que ponga más palabra y no tanta acción".
	"Tiene muchos recursos cognitivos y por eso lo logró. Podía y tenía la capacidad de trabajar desde este aspecto".

Centro de Orientación Psicológica María Madre del Pueblo	
<b>Paciente</b>	"Yo viví toda la vida acá en la iglesia".
	"Y a la Iglesia agradecerle por todo porque gracias a ella yo crecí".
	"Siempre viví de la comida de acá, ellos me dieron de comer. Los padres que estaban acá hace mucho me donaban zapatillas, ropa".
	"Vos no sabes lo que es esta Iglesia, me enseñó muchas cosas".
	"Yo nací en la villa y venía siempre a buscar la comida acá. Los sacerdotes me dieron de comer, vine a catequesis, a la escuela, a la murga. Yo viví acá.".
	"Mi psicóloga me ayuda un montón, me da consejos. ¿Sabes que me gusta? Que ella me mira y me escucha. Eso vale muchísimo. Es con la única que me desahogo porque durante toda la semana estoy triste y llorando y cuando llega el viernes, le cuento a ella y ya viernes, sábado y domingo empiezo bien. Me hace bien".
	"A las psicólogas les agradezco por todo, las quiero mucho porque las conozco y me conocen hace mucho y les tengo mucho cariño".
<b>Terapeuta actual</b>	"En septiembre de hace 6 años empecé".
	"...siempre me interesó la vulnerabilidad desde chica y el trabajo con la pobreza".
	"cuando arrancamos, la situación de la 1-11-14 era de altísimo riesgo y eran pocos los que entraban. Después, cuando la villa empezó a estar más tranquila y el proyecto de los curas villeros se empezó a abrir, el Centro pasó a ser algo dentro de la comunidad que implicó cambios porque el nivel de derivación y el acceso de la gente aumentó".
	"Ella tiene muy captado que se atiende con el Centro y no con alguien específico. Es como si cumpliéramos la función materna y paterna, porque el padre Juan la ayuda mucho. Hay algo de la madre también que ella pone en el Centro y eso la sostiene también".

	"A veces uno da mucho en el trabajo y la verdad que cuando ves un avance en el paciente es gratificante, vale la pena".
<b>Primer terapeuta</b>	"Lo pienso y creo que me cambió la visión de cómo encarar una terapia. También me sirvió para cambiar el prejuicio de que las personas no cambian en situaciones tan difíciles. Y eso no sólo lo aprendí por los cambios en los pacientes sino también por las personas que asistían al Hogar de Cristo".

### Relación con el padre del hijo

<b>Paciente</b>	"Él me dejó tirada cuando yo estaba embarazada. Estuvo conmigo hasta los tres meses y se fue".
	"El papá apareció cuando mi nene tenía 3 años, dos días después de que haya cumplido los 3 años. Me mandó un Whatsapp y me dijo que quería que lleve a su hijo. Mi hijo lo conocía porque yo le mostraba las fotos de su papá, jamás le hablé mal de su papá porque yo sabía que tarde o temprano él iba a estar entre nosotros".
	"Porque yo a él lo amo pero no es para mí. A él le gusta drogarse, fumar porro todo el día. Y mi hijo lo ve. Es un chabón que no me ayuda en nada".
	"Nosotros nos habíamos juntado y duramos un año porque él comenzó a comportarse mal. Le llegaban Whatsapps de chicas, videos, fotos... Y hace poco nos separamos. Igual, estando con él yo me sentía sola porque él sólo estaba para juzgarme".
<b>Terapeuta actual</b>	"Ella empieza de a poco a contar que el novio consumía y que era violento con ella. No llegó a pegarle pero en la forma de tratarla".
	"Porque cada vez que está con él, ella se descuida y se aleja de todos".

### Modalidad de trabajo

<b>Terapeuta actual</b>	"En mi caso, me relajo bastante, no soy muy estructurada a la hora de hablar con el paciente. Siento eso, que me permito ser muy yo en las sesiones, me suelto bastante".
	"Tener bien planteados los focos y tenerlos bien planteados con el paciente"
	"Trabajo mucho con el foco, y cuando veo que el foco se está cumpliendo, lo marco".
	"Lo que pasa a veces es uno como profesional ve cosas que el paciente tiene que seguir trabajando pero que el paciente no se lo plantea, entonces uno tiene que aceptar que no es el momento del paciente pero que ya va a llegar y va a volver. (...) entonces hay que permitir la flexibilidad de que eso se hable en otro momento".
<b>Primer terapeuta</b>	"Teníamos como un protocolo para ordenarnos que era un cuadro".
	"Y ese cuadro nos ayudaba a pensar bien para qué estaba viniendo el paciente, qué focos estaba trabajando y qué logros estaba teniendo. Eso nos ayudaba a encuadrarnos y pensar bien los focos de trabajo, que siempre los hablábamos con el paciente".