



CIENCIAS
BIOMÉDICAS

UNIVERSIDAD AUSTRAL
FACULTAD DE CIENCIAS BIOMÉDICAS
CARRERA DE PSICOLOGÍA
5º AÑO

Trabajo de Integración Final

“Intervenciones clínicas en niños de 8 a 11 años de poblaciones vulnerables”

Directoras: Dra. Patricia Ovejas & Lic. Albertina Feeney

Coordinadora: Dra. Lucía Alba-Ferrara

Alumna: Sofía Castelli

Índice

2

Introducción	4
Capítulo 1: Marco Teórico	5
1.1. Vulnerabilidad y Pobreza	5
1.2. Villa 1-11-14 y Abordaje del Centro	6
1.3. Logoterapia	7
1.4. Psicoterapia Psicoanalítica	9
1.4.1. Activación yoica	9
1.4.2. Relación Terapéutica	9
1.4.3. Focalización	10
1.5. Niñez	11
1.6. Evaluación de Cambio en Niños	12
Capítulo 2: Hipótesis y Objetivos	13
Capítulo 3: Metodología de Investigación	14
3.1. Participantes	14
3.2. Metodología	15
Capítulo 4: Resultados	17
4.1. Eficacia del tratamiento por focos	17
4.2. Cambios en la persona por medio del gráfico H-T-P	17
4.3. Estudio de Caso	19
Capítulo 5: Discusión	22
5.1. Efectividad del Tratamiento	23
5.2. Cambio terapéutico	25
5.3. Integración de teorías	27
5.4. Limitaciones y Futuras Líneas	29
Capítulo 6: Conclusión	31
Referencias Bibliográficas	32
Anexos	35

Introducción y objetivos: El presente estudio tiene como objetivo evaluar la eficacia del tratamiento por focos en psicoterapias donde se integra la teoría de Viktor Frankl y la de Héctor Fiorini, así como explorar cambios en la persona, evaluados mediante la técnica proyectiva gráfica H-T-P, en niños de 8 a 11 años, que asisten al Centro de Orientación Psicológica María Madre del Pueblo, ubicado en una villa de emergencia de CABA, e ilustrar esta integración mediante un estudio de caso. **Métodos:** Se tomó una muestra de 50 niños que iniciaron tratamiento entre 2014 y 2019. Se clasificaron por ejes temáticos a los focos problemáticos planteados al inicio de la terapia y se computó cuáles fueron resueltos y cuáles no lograron resolverse al momento del fin del tratamiento. Las variables del H-T-P, fueron revisadas por un experto en técnicas proyectivas como avance, permanencia y retroceso en los retest con respecto a los test al inicio de tratamiento de 16 pacientes. El estudio de caso, se basó en la búsqueda de categorías centrales dentro de entrevistas realizadas a un paciente y a dos de sus terapeutas. **Resultados:** La prueba de Wilcoxon reveló que, a partir de la psicoterapia, hubo mejoras significativas en los focos “problemas en la dinámica familiar madre-hijo”, “problemas escolares por conducta”, “síntomas asociados a las emociones”, “orientación a padres” y “otros”. No se encontraron cambios significativos en los focos “adicciones”; “violencia de género”, “violencia intrafamiliar”, “abuso”, “problemas en la dinámica familiar de pareja”, “problemas en la dinámica familiar padre-hijo”, “problemas escolares por aprendizaje”, “duelos”, y “síntomas asociados a la regresión. En cuanto a la revisión de la técnica H-T-P, se vio que los pacientes presentaron cambios favorables en las relaciones interpersonales, la autoestima y la fortaleza yoica. **Conclusión:** La investigación empleada mostró cómo la integración de la logoterapia y la psicoterapia psicoanalítica resultó eficaz para el logro de mejoras en temáticas que la población demanda, tales como sintomatología emocional, problemas de conducta en la escuela, dificultades en la relación madre e hijo, orientación a padres y otros, que implica una mirada más puntual. También favoreció el modo de relacionarse con otros, la autoestima y la fortaleza del yo. El caso reforzó los resultados y ayudó a ejemplificar cómo trabaja el Centro de Orientación Psicológica María Madre del Pueblo.

Palabras clave: Psicoterapias focalizadas, vulnerabilidad, logoterapia, técnicas proyectivas.

Las intervenciones clínicas realizadas en contextos de vulnerabilidad resultan una nueva puerta de la psicoterapia, que se abre para alcanzar y abarcar a más personas. Esta investigación se enfoca en la propuesta psicoterapéutica que ofrece el Centro de Orientación Psicológica María Madre del Pueblo, ubicado en la Villa 1-11-14 de Bajo Flores (CABA); propuesta que integra dos escuelas: por un lado la logoterapia de Viktor Frankl que brinda el marco antropológico y filosófico con el que se aborda a cada individuo, y por otro la psicoterapia psicoanalítica desarrollada por Héctor Fiorini, que proporciona el método de focalización con el cual se trabaja. Dicha integración, señala la Dra. Patricia Ovejas (2013), quien es la coordinadora general del centro, ayuda a brindar una tarea adaptada a la realidad con la que se trabaja, que está marcada por la vulnerabilidad. Sus ejes fundamentales de trabajo son el respeto por la cultura del paciente, que incluye no solamente el bagaje cultural que trae la persona y su familia, sino también los valores, las tradiciones, los ritos religiosos y los roles familiares; para comprender al orientado desde su historia personal y familiar; y la idea de que las entrevistas terapéuticas se vuelven encuentros existenciales entre dos personas, terapeuta y paciente, quienes desde el diálogo pueden construir los diversos focos de trabajo. El encuentro promueve el desarrollo de la palabra y el juego en los niños, para poder realizar las intervenciones frente a ese otro ser único e irreplicable que se presenta a la consulta con sus problemáticas y sufrimientos.

1.1. Vulnerabilidad y Pobreza

La vulnerabilidad, refiere a una situación de dependencia que dificulta o imposibilita la autodeterminación de personas o grupos sociales, así como la elección libre de ideales de vida (León Correa, 2011). En esta línea, existirían dos niveles de vulnerabilidad: el primero se relaciona con la libertad no absoluta de los seres humanos; y el segundo con el hecho de no tener cubiertas las necesidades básicas. Al hablar de necesidades básicas, resulta interesante mencionar el trabajo que realizan Max Neef, Elizalde & Hopenhayn (2010) de las necesidades humanas, donde diferencian dos categorías de necesidades: las existenciales (del ser, tener, hacer y estar) y las axiológicas (subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad). Estas necesidades son interdependientes y deben ser ubicadas en una misma jerarquía, por lo que todas se vuelven igual de importantes para el desarrollo humano.

La vulnerabilidad, por su definición etimológica proviene del latín *vulnus* que significa herida, y *abilis*, que quiere decir posibilidad. Un ser humano en situación de vulnerabilidad, es alguien propenso a sufrir alguna herida o daño. Este concepto se encuentra íntimamente relacionado al de pobreza, en tanto que la pobreza puede definirse como una privación en el ejercicio de derechos (Tuñón & Poy, 2019). Esta es la mirada multidimensional que junto con la medida de los ingresos conforman las maneras de medir la pobreza en Argentina. Tuñón & Poy (2019), afirman que seis de cada diez niños, niñas y adolescentes de Argentina, están afectados por la pobreza multidimensional al encontrarse privados de al menos un derecho. Cuatro de ellos son también pobres en términos de ingresos monetarios. Las dimensiones que estos autores consideran son: el derecho a la alimentación, al saneamiento, a la vivienda digna, a la atención de salud, a la estimulación temprana y educación, y a la información. Este enfoque de derechos y perspectiva multidimensional de la pobreza, valora también lo que Tuñón (2018) considera como “dimensiones (in)visibles de la pobreza infantil” (p. 28), en el sentido de que existen dimensiones que no pueden reflejarse en las estadísticas, al permanecer en el espacio privado de los hogares. Estas son: el derecho a jugar, a no ser maltratado, a ser estimulado emocional e intelectualmente en la infancia temprana, entre otros. En este aspecto, los niños que viven en villas, tienen chances más elevadas de sufrir privaciones de sus derechos (Tuñón & Poy, 2019) y por tanto, están en condiciones de gran vulnerabilidad.

Desde esta visión ampliada de la situación de vulnerabilidad y pobreza que viven quienes habitan en las villas, se crea el Centro de Orientación Psicológica María Madre del Pueblo, con el objetivo de dar respuesta a aquellos niños que presentan dificultades sociales, cognitivas y emocionales (Ovejas, 2013).

1.2. Villa 1-11-14 y Abordaje del Centro

El Centro de Orientación Psicológica María Madre del Pueblo, punto de partida de esta investigación, se encuentra desde el año 2011 en Bajo Flores, en una de las villas más pobladas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, junto con la Villa 31 (y 31 bis), la 21-24 y la 20. Se estima que la población de la Villa 1-11-14 es de 26.965 personas, según datos del Censo de 2010 (INDEC, 2010).

Este tipo de asentamiento, fue en un primer momento concebido tanto por el estado como por los propios habitantes como un hábitat de carácter transitorio, denominado bajo el concepto de “villas de emergencia”. Con el paso del tiempo, el carácter transitorio se modificó, y hoy las villas constituyen una alternativa para acceder a residir en la ciudad, especialmente para quienes provienen de países como Bolivia, Paraguay y Perú. Su conformación también fue modificándose, en un principio las viviendas eran construidas con materiales de desecho que con el tiempo fueron mejorándose, a la vez que se incorporaron servicios públicos y equipamiento por la acción del Estado, y/o de instituciones de la sociedad civil (Di Virgilio, Marcos, & Mera, 2015).

La villa 1-11-14 surge como unificación de las villas n°1 (Medio Caño), n°11 (Bonorino), y n°14 (9 de julio), todas tienen sus inicios alrededor de 1955 en Bajo Flores. Su historia, como la de otras villas, estuvo marcada por varios intentos de erradicación. Aquí, cobraron un rol importante los Curas Villeros, denominados así por actuar y vivir dentro de las villas, defendiendo a la comunidad en estas circunstancias. Especialmente para esta villa de Bajo Flores, fue importante la labor del Padre Ricciardelli (Ovejas, 2013), tanto es así que actualmente, la villa está en proceso de ser denominada Barrio Padre Ricciardelli. La presencia de los curas villeros, continúa siendo importante dentro de las mismas y es la que motiva a la creación del centro de orientación psicológico, el centro de orientación psicopedagógico, el Hogar de Cristo para el tratamiento de adicciones y la sede del Ministerio de Justicia, entre otros proyectos.

Di Virgilio y Cols. (2015), señalan como características de la población de las villas la prevalencia alta de niños y la baja proporción de ancianos, los bajos niveles educativos y la importante presencia de población extranjera. Suelen conformar hogares numerosos y hacinados, marcados por la pobreza, dando lugar a una extrema vulnerabilidad.

Desde la propuesta del centro, no se busca dirigir la atención a todas estas características descriptas y posicionarlos en situación de víctimas; sino que, por el contrario, se pretende que puedan salir de esta posición y hacerse responsables de la propia vida, reconocer nuevos modelos, encontrar el sentido de lo doloroso, transformando experiencias traumáticas en fuentes de progreso, de perfeccionamiento, de madurez y no de frustración (Ovejas, 2013). En esto consiste para Anselm Grün (2019) la terapia, cuyo objetivo, atravesado el sufrimiento de reconocerse y aceptarse como víctima, es reconciliarse con su situación y hacerse cargo de su vida. Poder vivir la propia existencia, asumiendo la responsabilidad de las acciones hace referencia a la idea de la persona sana que describe Winnicott (1967). Él sostiene que los temores, los sentimientos conflictivos, las dudas y frustraciones de la persona, son propios del individuo sano siempre y cuando pueda asumir de forma integrada la responsabilidad de sus actos, sin tener que recurrir a una organización patológica que funcione como protector de sí mismo. Añade a su idea de salud el pasaje de la dependencia a la autonomía, la posibilidad de entablar relaciones interpersonales y de asumir una madurez acorde a la edad cronológica.

1.3. Logoterapia

La logoterapia, como psicoterapia centrada en el sentido, es la tercera escuela vienesa de psicoterapia. La primera es el psicoanálisis de Freud, y la segunda la psicología individual de Adler. En su horizonte de trabajo, tiene presente no solo la dimensión psicosomática sino además la existencia espiritual del ser humano y, en su elaboración teórica, se torna específica para problemas de tipo existencial (Pareja Herrera, 2016). Funciona de forma específica para las neurosis de tipo noógenas, caracterizadas por la frustración existencial (Ovejas, 2009b); y de forma inespecífica para el tratamiento de neurosis de transferencia e incluso de psicosis (Ovejas, 2009c). Frankl (2014) apunta a que la logoterapia complemente la imagen que la psicoterapia tiene del hombre, considerando todas sus dimensiones y lo propiamente humano.

El hombre es definido como una totalidad-en-unidad, pese a su multiplicidad, fundamentándose en la idea de hombre de santo Tomás de Aquino (Frankl, 2000; Ovejas, 2011).

El ser humano posee una dimensión física, una dimensión psíquica y una dimensión espiritual, las cuales se integran conformando una totalidad. Es uno y único en su forma de ser e irrepetible en su existencia (Frankl, 2014). Del mismo modo, el concepto logoterapéutico de hombre se basa en tres pilares: la libertad de la voluntad, la voluntad de sentido y el sentido de la vida. La libertad de la voluntad, refiere a la libertad de un ser finito, que no se encuentra exento de condicionamientos, pero que es libre de adoptar una postura ante esas condiciones y circunstancias. Especialmente por la capacidad humana de tomar distancia de la situación y de sí mismo, lo que se denomina autodistanciamiento y por la capacidad de autotranscender (Frankl, 2000). La libertad viene de la mano de la responsabilidad y es la base del ser hombre, debido a que constituye algo espiritual y no algo impulsivo (Frankl, 1988). El hombre es responsable de todo cuanto pueda hacer de sí mismo (Frankl, 2000) y el objetivo de la logoterapia es que el paciente tome conciencia de su responsabilidad (Frankl, 2014). La voluntad de sentido hace mención a los esfuerzos del hombre por encontrarle un sentido a su existencia. Esto se enlaza con el tercer pilar que es el sentido de la vida. Para Frankl, el saber que la vida tiene un sentido, constituye el motor para sobrevivir aun en las peores condiciones, y esto resulta válido para cualquier psicoterapia (Frankl, 2000; García Pintos, 2007). El sentido de la vida no se enseña ni se inventa, sino que cada persona lo descubre, por medio de los significados parciales que puede ofrecer cada situación (Pareja Herrera, 2016).

El empleo de la logoterapia en el Centro de Orientación Psicológica María Madre del Pueblo, se plasma de acuerdo a cada caso, desde su singularidad, sirviendo como terapia específica para algunos casos determinados, y como terapia inespecífica integrada a la escuela de Fiorini, para atender a quienes se acercan a solicitar atención y que presentan necesidades y patologías variadas, que se entienden desde su vivencia en las villas (Ovejas, 2013).

Por otro lado, el trabajo con la logoterapia se vive como *paideia*, esto quiere decir que el psicólogo ejerce su rol como un pedagogo que ayuda a crecer al paciente desde el lugar donde éste se detuvo, recorriendo las diversas etapas evolutivas que no maduraron en el paciente, producto de situaciones traumáticas no resueltas. Se complementa así con el psicoanálisis, para no solo generar mejoras en los síntomas, sino también para ayudar en todo momento de crecimiento y maduración (Ovejas, 2009a; 2013).

1.4. Psicoterapia Psicoanalítica

9

Tal como se ha señalado, la logoterapia de Viktor Frankl se integra con la psicoterapia psicoanalítica de Héctor Fiorini, para brindar un adecuado soporte a la labor terapéutica, diagnóstica y educativa (Ovejas, 2013).

La psicoterapia de Fiorini tiene raíces en su experiencia trabajando en clínica hospitalaria; dónde junto con el Dr. Goldemberg en el policlínico de Lanús, realizaban más de 2500 consultas al año (Fiorini, 2013). Su modelo se caracteriza por ser una psicoterapia breve y focalizada que puede ser el tratamiento de elección para algunos pacientes (Fiorini, 2008). Propone un cambio de encuadre con respecto al psicoanálisis tradicional, el cual se asienta sobre tres ejes articulados entre sí, que son la activación yoica, la relación de trabajo y la elaboración de un foco, eje por demás importante en el centro.

1.4.1. Activación yoica.

Fiorini (2008), sostiene que todo terapeuta de orientación social e institucional trabaja con el yo del paciente. El yo, es una subestructura de la personalidad que se define por sus funciones. A estas funciones Fiorini (2008), las clasifica en básicas, defensivas e integradoras. Las funciones básicas son aquellas que están dirigidas al mundo exterior, a los otros, y a aspectos del sí mismo. Para Hartmann (1950), éstas están dotadas de un cierto potencial de autonomía primaria, entendiendo a la autonomía como la posibilidad de funcionamiento yoico por fuera del área de conflictos. Las funciones defensivas son conocidas como mecanismos de defensa que tienen el propósito de neutralizar la ansiedad y que implementan recursos para mantener controlada la angustia (Ovejas, 2013). Por último están las funciones integradoras, sintéticas u organizadoras, las cuales permiten mantener en una cohesión y organización el abanico de conductas de una persona. Para la psicoterapia, se debe contar con un potencial de funciones yoicas activables, tanto en el paciente como en el terapeuta. Ovejas (2013), señala que en el centro, pese a las condiciones de vida de la villa, los consultantes tienen un amplio potencial que enriquece y facilita el trabajo.

1.4.2. Relación Terapéutica.

La terapia hace referencia a una relación de trabajo personificada entre dos individuos similares pero con roles distintos. Uno, experto sobre determinado nivel de la problemática humana, y otro, como testigo directo de esa problemática singular. En esta relación de trabajo, el terapeuta cumple un rol activo y flexible, ya que adecúa sus actitudes y recursos técnicos a las

necesidades de cada persona. Sus funciones yóicas se activan para guiar la activación de las 10 funciones del paciente, procurando un ambiente transferencial positivo para trabajar. Como efecto de esta activación, aparece en el terapeuta la empatía, la espontaneidad, la claridad en las intervenciones, la motivación, la actitud docente, la exposición de su línea de pensamiento y la creatividad, que son características que favorecen el trabajo desde la psicoterapia psicoanalítica (Ovejas, 2013).

1.4.3. Focalización.

El tratamiento por focos es lo valioso de la propuesta. El foco hace referencia a una delimitación sobre un punto de la problemática del paciente. Puede evolucionar y mutar, y en consiguiente, pueden darse psicoterapias más prolongadas en el tiempo, siguiendo una sucesión de focos (Fiorini, 2008). A la vez, el paciente puede aspirar a continuar mejorando y por tanto, extender la terapia (Braier, 2009). En el mundo existe una creciente tendencia a optar por psicoterapias breves y focalizadas, dando lugar a diversos estudios que plantean cuáles serían los alcances y beneficios de las mismas; es especialmente en Estados Unidos y Europa donde se ha avanzado en investigación y validación de esta modalidad de psicoterapia (Barreira, 2016). La misma, tal como considera Lopera (2017), se torna útil y necesaria debido a que muchas circunstancias de la vida requieren este tipo de intervención, ya sea por el deseo del paciente de trabajar un solo aspecto de su vida, algún sufrimiento intolerable o bien, ante restricciones institucionales, limitaciones de tiempo y dinero, formación y deseo del terapeuta.

En la Argentina, la implementación de las terapias con modalidad breve y focalizada, se dio en contextos institucionales que contemplaban la posibilidad de permitir el acceso a la psicoterapia a sectores de escasos recursos económicos (Barreira, 2016). Esto fue lo que motivó a Fiorini (2008) a desarrollar su modelo de psicoterapia psicoanalítica breve, donde la focalización es condición esencial de eficacia. La terapia breve focaliza síntomas y problemas y los convierte en metas definidas y limitadas. (Ovejas 2009a). Los focos sirven como mapa, en tanto que ayudan a generar, reconocer y organizar las informaciones (Jiménez, 2005). Para Fiorini (2008), abreviando los tiempos y focalizando los contenidos de tratamiento se lograría obtener pronto efectos terapéuticos y se cubriría a una población mayor, a fin de apuntar a una sociedad más sana en materia de salud mental.

La niñez es una de las etapas del ciclo vital de la persona. Las teorías del desarrollo señalan tres períodos de la niñez, que son la primera infancia, que va desde el nacimiento a los tres años; la segunda infancia, que transcurre desde los tres a los seis años; y la tercera infancia que comprende la etapa de los seis hasta los once años y que culmina con el inicio de la pubertad y adolescencia. Conforme pasa el tiempo, las personas se van desarrollando física, psicosocial y cognitivamente, dentro de los contextos familiar, socioeconómico, cultural e histórico (Papalia, Wendkos Olds & Duskin Feldman, 2009).

El período que se estudia en el presente trabajo es el correspondiente a la tercera infancia, fuertemente marcada por el inicio de la escolaridad y la socialización. Desde la teoría freudiana, este periodo se denomina latencia, debido a que, a diferencia de las etapas anteriores de la sexualidad infantil, hay una disminución de las actividades sexuales y aparecen sentimientos como el pudor y el asco, así como aspiraciones morales y estéticas (Laplanche & Pontalis, 2013).

En el desarrollo psicosocial, Erik Erikson señala ocho edades del hombre que están marcadas por una crisis potencial debido a un cambio de perspectiva. El período estudiado comprende la etapa que Erikson denomina laboriosidad versus inferioridad. El niño aprende a lograr reconocimiento produciendo cosas, desarrolla la perseverancia y se adapta a las leyes. El peligro está cuando comienza a tener sentimientos de inadecuación e inferioridad, que pueden derivar en el convencimiento de que uno jamás será bueno en algo. Por otro lado, puede aparecer una limitación de sus horizontes, considerando al trabajo como lo único que vale la pena desarrollar, sacrificando la imaginación, la fantasía y la tendencia al juego. Es por eso que esta etapa es importante debido a las implicancias que tendrá en el posterior desarrollo de la identidad. (Erikson, 1971; Erikson, 1993; Mendoza Nápoles & Maldonado Santos, 2019).

En cuanto al desarrollo cognitivo de los niños entre 8 y 11 años, estos se encuentran en el período que Jean Piaget (1984) denominó operatorio concreto. En esta etapa los niños pueden llegar a solucionar problemas por medio de operaciones mentales, pero al ser concreto se limita a situaciones particulares y del aquí y ahora. Aún falta para el desarrollo del pensamiento abstracto. El pensamiento de estos niños es lógico, en parte gracias a la capacidad de categorización. Pueden utilizar razonamientos tanto inductivos como deductivos y mejora la comprensión de las relaciones espaciales, así como la comunicación de la información espacial (Papalia y Cols. 2009).

El desarrollo evolutivo del niño se enmarca en un sistema familiar con el cual el niño interacciona y resulta mediador del entorno más amplio (López & Guaimaro, 2015). En la psicoterapia con niños, el trabajo con su familia es una variable importante que beneficia el tratamiento (Nemirovski Edlund, Thorén & Calberg, 2014). Además de la familia, hay que considerar todo el contexto económico, social y cultural en el que viven los niños (López & Guaimaro, 2015). Sin embargo, las incipientes líneas de intervención en niños, desde la logoterapia, consideran que más allá de los condicionamientos provenientes de la familia, la escuela, el contexto y la cultura, el niño tiene la capacidad de autodistanciarse y autotranscender, transformándose en un ser que puede tomar posición ante las vicisitudes de la vida (Martínez Sánchez, 2009).

1.6. Evaluación de Cambio en Niños

Para conocer cómo se da el cambio terapéutico en esta población, es menester conocer cómo se evalúa ese cambio. La evaluación de cambio de las psicoterapias focalizadas, según Braier (1984), debe centrarse en el cumplimiento de los focos planteados con el paciente. Este autor considera a su vez como puntos importantes para evaluar los resultados terapéuticos el *insight* sobre la problemática focal, la resolución del foco, la mejora en los síntomas, la conciencia de enfermedad, la autoestima, las modificaciones positivas que se realicen en las relaciones interpersonales, en el ámbito académico-laboral y en los espacios de recreación; y por último, la capacidad de pensar proyectos de vida. Del mismo modo, propone emplear técnicas para el diagnóstico y pronóstico de las terapias breves, aunadas al retest y valoración clínica del terapeuta (Braier, 1984; Gutiérrez y Ávila Espada, 2004). Para ello, es importante que el retest sea administrado pasados seis meses de la primera evaluación (Braier, 1984).

Las técnicas proyectivas ayudan a adquirir una mejor comprensión del paciente, de su personalidad y de la imagen que tiene de sí mismo (Rocher, 2009), partiendo de la subjetividad de éste, quien es objeto de estudio (Borelle & Russo, 2017). Una técnica proyectiva de gran uso en psicodiagnósticos es el H-T-P, ya que permite contemplar no solo la imagen interna que el paciente tiene de sí mismo, sino también respecto de su ambiente (Hammer, 2016). En el H-T-P el dibujo de la casa suele asociarse con la vida hogareña, el contexto familiar y las relaciones interfamiliares. Desde sus elementos se pueden realizar interpretaciones sobre el modo en que el individuo recurre a la fantasía (en el techo), sobre la fortaleza yoica (en las paredes), sobre la

interacción con el ambiente (puertas y ventanas) y las tensiones internas (chimenea con humo) (Rocher, 2009; Hammer 2016). El árbol proyecta cuestiones más inconscientes y profundas del sí mismo y, por ende, menos sensibles al cambio en los retest. Abarca signos de fortaleza yoica (representados en el tronco del árbol), contacto con la realidad (suelo), relación con el medio (ramas) y productividad y maduración (frutos) (Rocher, 2009; Hammer, 2016). El dibujo de la persona también proyecta aspectos del sí mismo pero con una profundidad menor, reflejando en sus elementos la capacidad para controlar impulsos (cuello), la capacidad de relacionarse con los demás (ojos y manos), los sentimientos de inseguridad (pies) y la actividad, flexibilidad y vitalidad (postura), entre otros (Rocher, 2009; Koppitz, 2015). Tomándolo sucesivamente a lo largo de un período de tiempo, se podrían descubrir cambios o ausencia de cambios en la actitud del niño hacia sí mismo y hacia los demás (Koppitz, 2015). No sólo estos indicadores de contenido son relevantes en los gráficos, sino también aquellos que hablan de la estructura y expresión del dibujo, como son la presión y el tamaño. La presión evalúa la energía vital y psicofísica de la persona, sumado a la afirmación y la autoconfianza. El tamaño, por su parte, contiene indicios acerca de la autoestima de la persona (Rocher, 2009; Hammer, 2016). En términos del dibujo del niño, se debe estar atento a no atribuir como cambio terapéutico a un cambio que se debe a la maduración propia del crecimiento (Koppitz, 2015).

Ahora bien, el cambio terapéutico fue evaluado en un estudio realizado por Castrillón Osorio, Hidalgo Cassio, Carmona Villada & Vásquez Lopera (2018) en niños institucionalizados donde se trabajó mediante una terapia por focos. Los resultados reflejaron disminución en la sintomatología de los niños, incluso en aquellos donde esos síntomas no constituían el foco de trabajo. La sintomatología emocional también disminuyó como efecto de la psicoterapia. A su vez, se observaron cambios positivos en la percepción del paciente sobre la interferencia de sus problemas en la vida cotidiana, indicando mejoras en tanto que hay una disminución del sufrimiento.

Capítulo 2: Hipótesis y Objetivos

La hipótesis desde la cual parte la presente investigación es que el planteamiento de focos es eficaz a la hora de realizar psicoterapias en niños de 8 a 11 años pertenecientes a poblaciones vulnerables. A partir de la misma, los objetivos de esta investigación son analizar la eficacia del tratamiento por focos en psicoterapias que integran la escuela de Viktor Frankl y la escuela de

Héctor Fiorini, en niños de 8 a 11 años que asistieron al Centro de Orientación Psicológica 14
María Madre del Pueblo entre los años 2014 y 2019, por medio de las variables focos planteados, focos logrados y focos no logrados. El segundo objetivo, es explorar cambios en la persona, mediante la técnica proyectiva House-Tree-Person (H-T-P) de 16 pacientes, comparando, con un experto en técnicas proyectivas, el test al inicio del tratamiento y el retest al final del mismo. En último lugar, para iluminar lo desarrollado, se pretende describir un caso realizado en el marco de la psicoterapia por focos integrando logoterapia y psicoterapia psicoanalítica.

Capítulo 3: Metodología de Investigación

3.1. Participantes

Cincuenta niños de entre 8 y 11 años que han asistido al Centro de Orientación Psicológica María Madre del Pueblo entre los años 2014 y 2019. De la muestra total, hay 18 niñas y 32 niños. El 78% es de nacionalidad argentina, un 6% son de nacionalidad boliviana, un 2% de nacionalidad paraguaya y un 2% de nacionalidad peruana. El 12% restante corresponde a niños de los cuales se desconoce su nacionalidad. El 62% de estos niños vive en la Villa 1-11-14, un 12% en Bajo Flores, un 8% en Villa Soldati y un 10% pertenece a otras villas y asentamientos. Hay un 8% restante del que se desconoce su domicilio. En cuanto a la escolaridad, el 74% de estos niños asisten a escuela de tipo pública, un 16% asiste a escuela de otro tipo (semipública, parroquial, privada o mixta) y de un 10% no se tienen datos. De los 50 niños, 4 reciben escolaridad diferenciada (especial o de recuperación).

Del total de la muestra, se seleccionaron dieciséis casos que presentan test y retest de la técnica H-T-P integrado, para llevar a cabo el segundo objetivo.

Para realizar el estudio de caso, el equipo que trabaja en el Centro de Orientación Psicológica María Madre del Pueblo, escogió a un paciente que inició tratamiento entre los 8 y 11 años, y que continúa en tratamiento. La elección del caso particular, se enmarca en lo que Stake (1998) denomina caso instrumental, de modo que éste servirá a modo de instrumento para conocer el abordaje terapéutico que realiza el centro, desde la integración de la logoterapia y la psicoterapia psicoanalítica, que resulta el objeto de estudio de la investigación.

3.2. Metodología

Para llevar a cabo el primer objetivo, se revisaron las historias clínicas de los pacientes y se identificaron los focos trabajados a lo largo del tratamiento. Cada uno de estos focos fue codificado en logrado o no logrado hacia el fin de tratamiento, según el autorreporte de los pacientes y lo expresado en las historias clínicas por parte de los terapeutas. Luego fueron analizados por medio de la plataforma estadística SPSS, con la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas.

En la tabla 1 se puede observar la frecuencia de los focos logrados y no logrados junto con la frecuencia total de focos, mientras que en el anexo se incluye un diccionario con las definiciones de cada uno de los focos estandarizados. A su vez, por la complejidad del foco “otros”, se añade la tabla 2, con un registro de las problemáticas abordadas en dicho foco.

Tabla 1

Frecuencia de los focos estandarizados

Foco	Logrados	No Logrados	Frecuencia	%
Adicciones (A)	0	2	2	1,64
Violencia de Género (B1)	1	0	1	0,82
Violencia Intrafamiliar (B2)	2	8	10	8,20
Abuso (C)	2	3	5	4,10
Problemas en la dinámica familiar/pareja (D1)	1	1	2	1,64
Problemas en la dinámica familiar/madre-hijo (D2a)	5	6	11	9,01
Problemas en la dinámica familiar/padre-hijo (D2b)	3	7	10	8,20
Problemas escolares por aprendizaje (E1)	2	3	5	4,10
Problemas escolares por conducta (E2)	5	6	11	9,01
Duelos (F)	2	1	3	2,46
Síntomas asociados a la regresión (G1)	0	2	2	1,64
Síntomas asociados a las emociones (G2)	9	6	15	12,30
Orientación a Padres (H)	9	9	18	14,75
Otros (I)*	11	16	27	22,13
Total	51	71	122	100,0

Elaboración propia. *El foco “otros” hace referencia a aquellas temáticas particulares que se trabajan con el paciente, que no pueden incluirse en los otros focos estandarizados.

Tabla 2

Registro y frecuencia de los focos “otros”

Foco I	Frecuencia	%
Relación entre hermanos	5	18.52
Problemas de conducta en la casa	4	14.82
Agresividad	2	7.41
Bullying	2	7.41
Expresión de emociones	2	7.41
Problemas en la alimentación / el peso	2	7.41
Relaciones interpersonales	2	7.41
Abandono	1	3.70
Dificultades en la comunicación	1	3.70
Dormir solo	1	3.70
Grupo de pares de riesgo	1	3.70
Temor a crecer	1	3.70
Tolerancia a la frustración	1	3.70
Vínculo terapéutico	1	3.70
Posible alucinación	1	3.70
Total	27	100.0

Elaboración propia.

En lo que respecta al segundo objetivo, para explorar los cambios en la persona se seleccionaron 19 indicadores del test proyectivo gráfico H-T-P integrado, los cuales son: techo, ventana, puerta, paredes, tamaño y presión de la casa; tronco, ramas, frutos, línea de suelo, tamaño y presión del árbol y postura, ojos, cuello, manos, pies, tamaño y presión de la persona. Luego, la Dra. en Psicología Susana Levantini, quien tiene amplia experiencia en técnicas proyectivas, señaló el avance, permanencia o retroceso dentro del gráfico del retest, con respecto al test tomado al inicio de la psicoterapia.

Para el estudio de caso, luego de la elección del paciente, se realizó una lectura detallada de su historia clínica y se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas al paciente, a su terapeuta anterior y a su actual terapeuta. Las entrevistas fueron grabadas, previo consentimiento de los entrevistados, para luego ser transcritas y analizadas por medio de la búsqueda de categorías centrales, según los objetivos propuestos por el estudio. Las categorías seleccionadas fueron: logros y avances, focos, relación con el padre, relación con la madre, escuela y trabajo interdisciplinario. Los cuadros de las categorías centrales se encuentran incluidos en el anexo 2. A su vez, se complementó todo este estudio con una revisión profunda de la técnica proyectiva

gráfica H-T-P integrado del paciente, tomando el primer y el último test; el mismo lo realizó el mismo experto convocado para la valoración de las técnicas del segundo objetivo. En el anexo 3 se puede ver las técnicas del paciente.

17

Capítulo 4: Resultados

4.1. Eficacia del tratamiento por focos

La prueba de Wilcoxon reveló como significativos los focos “problemas en la dinámica familiar madre-hijo” ($Z = -2.236$, $p < 0.5$, $r = -0.476$), “problemas escolares por conducta” ($Z = -2.236$, $p < 0.5$, $r = -0.476$), “síntomas asociados a las emociones” ($Z = -3.000$, $p < 0.5$, $r = -0.547$), “orientación a padres” ($Z = -3.000$, $p < 0.5$, $r = -0.5$) y “otros” ($Z = -3.317$, $p < 0.5$, $r = -0.451$). No se notaron cambios significativos en los focos “adicciones”, “violencia de género”, “violencia intrafamiliar”, “abuso”, “problemas en la dinámica familiar de pareja”, “problemas en la dinámica familiar padre-hijo”, “problemas escolares por aprendizaje” y “síntomas asociados a la regresión”.

4.2. Cambios en la persona por medio del gráfico H-T-P

En cuanto a la revisión de los gráficos del H-T-P integrado, por parte de un auditor externo, las figuras 1, 2 y 3 señalan los resultados encontrados a partir de los indicadores de la casa, del árbol y de la persona respectivamente, medidos como avance, permanencia o retroceso. En cada una de estas variables, se consideraron relevantes aquellos indicadores donde el avance superaba a la permanencia y al retroceso. Estos fueron: ventana, puerta, tronco del árbol, tamaño del árbol y postura de la persona. Se destaca a su vez, que en ninguna variable primó el retroceso.

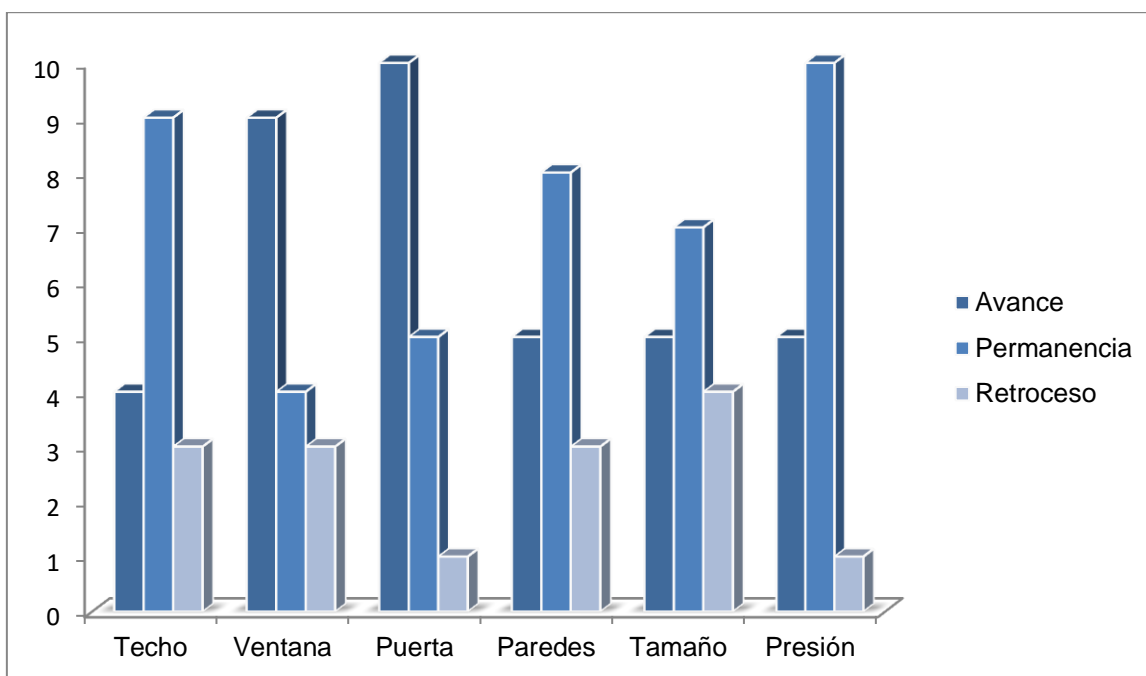


Figura 1. Indicadores de la casa en el H-T-P integrado. Elaboración propia.

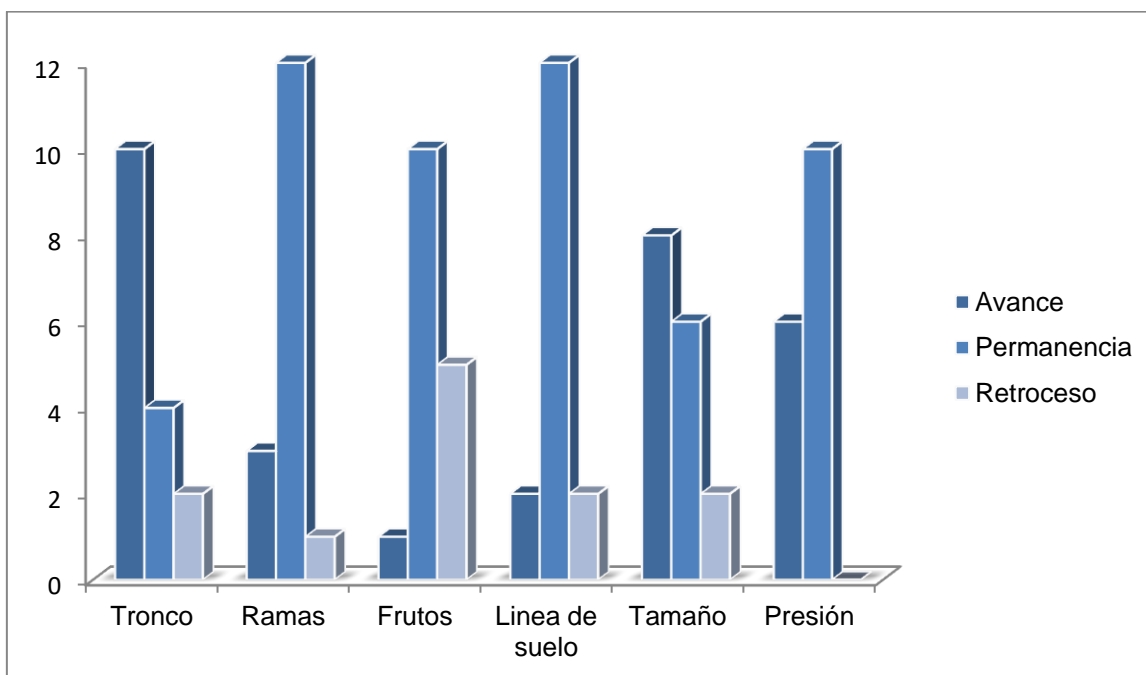


Figura 2. Indicadores del árbol en el H-T-P integrado. Elaboración propia.

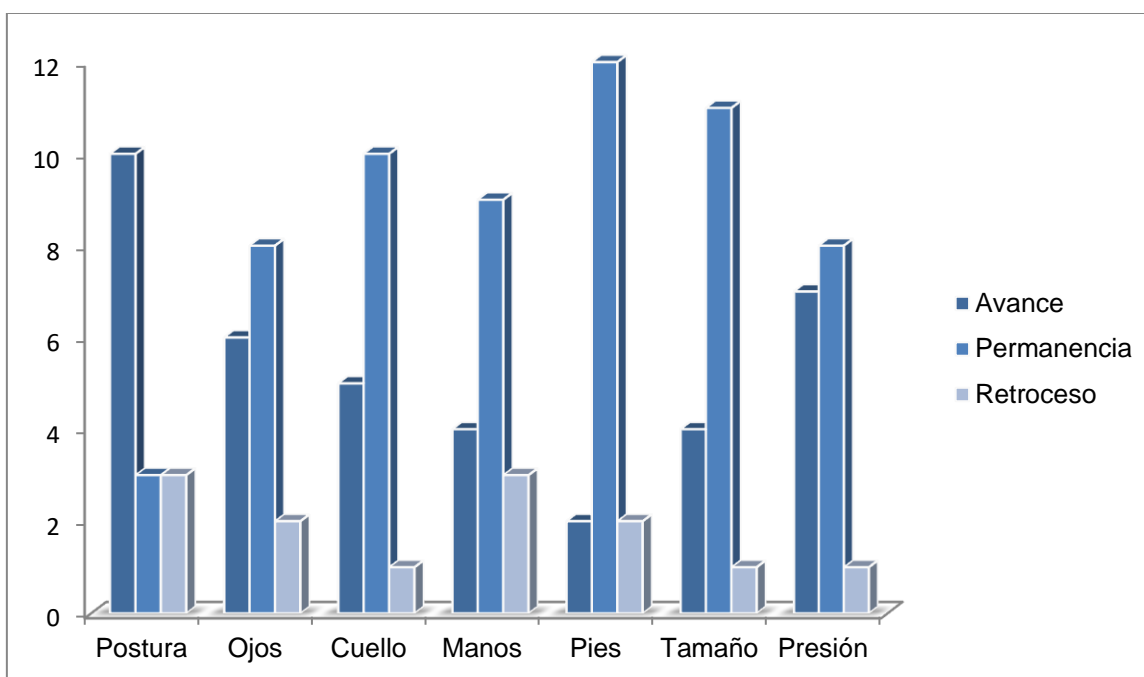


Figura 3. Indicadores de la persona en el H-T-P integrado. Elaboración propia.

4.3. Estudio de Caso

El paciente seleccionado para el estudio de caso es un chico de 15 años, que comenzó a recibir tratamiento en el Centro de Orientación Psicológica María Madre del Pueblo, durante el año 2013, a la edad de 8 años. Para proteger su identidad, en lo sucesivo se referirá a él como Aldo. Aldo es de nacionalidad paraguaya y vive en la Villa 1-11-14. Durante la admisión, la madre refiere preocupación por Aldo y por su hermano. En primer lugar, la preocupación está relacionada con la situación escolar del niño, quien presenta un leve retraso madurativo que hace que asista a una escuela diferenciada. Actualmente, asiste a un secundario de formación ocupacional, donde además de las materias clásicas, asiste al taller de cocina. Si bien fue un primer motivo de consulta, los problemas escolares no se establecieron como foco de trabajo, y aun así, se han observado logros en este aspecto. Aldo refiere: *“antes en el colegio me mandaba un montón de macanas. Ahora cambié todo. Voy y llego temprano al colegio, tengo mejor comportamiento, y mucho más”*. Su psicóloga actual comparte: *“Se soltó mucho más, ese es uno de los grandes cambios que veo, se soltó mucho más y que empezó a subir esto, el en la escuela en la que está, está en un CBO (Ciclo Básico de Formación Ocupacional) es un secundario de*

recuperación (...). En la escuela está mucho mejor. A él esto de que, a ver, tiene un leve retraso, pero le hizo bien, él está re bien en la escuela, no así el hermano.”

20

El tratamiento fue llevado a cabo durante 6 años de manera interrumpida, en momentos por alta del paciente y en otros por abandono. La problemática principal, relata la psicóloga actual, quien además fue y es psicóloga del hermano de Aldo, era la violencia que sufrían en la casa: *“el padre es alcohólico y era muy violento con la madre y muy violento con los chicos”*. Esto llevó a considerar la violencia de género como uno de los focos del tratamiento, donde se trabajó mucho con la madre. Este foco pudo lograrse, en tanto la madre realizó la denuncia a la oficina de violencia doméstica y se recluyó del hogar al padre de los chicos, en noviembre de 2016. En este momento, Aldo tenía otra psicóloga (estuvo de agosto de 2014 a junio de 2017). Ella comenta que a la madre *“le costó un montón hacer la denuncia, la violencia también sufrieron los chicos con esto de que llegaba el padre borracho, y se peleaban”*. Cuando los padres de Aldo se separan, surge un nuevo foco que es la relación de Aldo con su mamá. Su psicóloga actual comenta: *“Cuando la mamá se separa, Aldo siente mucho enojo hacia la mamá, mucho. Era como “por qué lo dejaste a papá”, no entendía él. Estaba acostumbrado a que sea así, que la relación sea violenta y que el padre sea violento con él.”* La relación empeora cuando, en julio de 2017, meten presa a la madre de Aldo. *“Aldo durante todo el año pasado estuvo enojado con la madre, no quería saber nada pero porque Aldo necesita eso, como aferrarse a una persona.”* En ese entonces, los chicos vivían con su papá y con una amiga de la madre que empezó a salir con el padre de los chicos. La psicóloga actual comenta: *“Él se había aferrado a la novia del padre y su pensamiento era “Si estoy con ella, no puedo estar con mamá”. Entonces él se va aferrando a las personas. Tiene mucha necesidad de que alguien lo cuide.”* En la terapia se pudo ir trabajando la relación de Aldo con su madre y él mismo actualmente comenta: *“Con mi mamá me llevo bien, si me mando algo me corrige”*. Además en la entrevista menciona que todas las noches habla con ella por teléfono y que suele visitarla. La actual psicóloga mantiene el contacto con la mamá de los chicos, y recuerda: *“cuando la madre se contacta conmigo que (a Aldo) le estaba yendo mal en la escuela, llama si lo podía atender, yo este año estaba trabajando sólo con el hermano y los volví a tomar a los dos. Tengo a los dos conmigo.”*

Por otro lado, la relación de Aldo con su padre fue, durante los 6 años del tratamiento un foco importante de trabajo que no pudo lograrse. Su actual psicóloga señala que *“Aldo tenía mucho miedo al papá. Y hoy en día ya no le llevan el asunto (...) Pudo empezar a decir “no, mi papá*

tomó todo el fin de semana y no pudimos ir a ver a mi mamá””. Esto de comenzar a contar y a expresarse es considerado como otro logro terapéutico, debido a que según señala su psicóloga “era terrible tenerlo a Aldo que no hablaba, nunca decía lo que le pasaba y era un chico al que le pasaba un montón de cosas”. En este aspecto, Aldo menciona que en los momentos en que tuvo a su actual psicóloga como terapeuta “me gustaba todo, porque me podía desquitar”, y que de los encuentros salía “relajado, más seguro”.

Conjuntamente, en diversos momentos de la terapia se trabajó como foco la tolerancia a la frustración, más que nada durante los primeros años, con su anterior psicóloga, quien recuerda: “quise empezar a trabajar la tolerancia a la frustración, se frustraba tanto que me he pasado de la media hora sin hablar, o en silencio y nada, hablándole para que aflojara un poco”. Con la mejora en la capacidad de expresarse, se pudo lograr este foco.

En la actualidad, su psicóloga considera como foco a seguir trabajando “el tema del bullying, el sigue teniendo mucha vergüenza de su cuerpo, está gigante. (...) entonces creo que es algo que tiene que empezar a aceptar también su cuerpo.” Y de la misma manera el hecho de acompañarlo a crecer y a hacerse cargo de sí mismo, ya que delega mucho en el hermano menor. Al consultársele a Aldo sobre las sesiones con el hermano, él indicó preferir “(a la vez) que esté mi hermano, porque no soy de hablar mucho.”. Para su terapeuta, el próximo paso sería ir desplazando al hermano de las cuestiones que Aldo debe hacerse cargo, porque eso “va a hacer que Aldo crezca”. A su vez, considera importante cuidar tanto a Aldo como a su hermano, de los riesgos a los que están expuestos debido al entorno donde viven. Especialmente en lo relativo al consumo de sustancias, considerando también la adicción de su padre. Ante esto, la preocupación de su psicóloga radica en el hecho de que “los chicos están adolescentes, están empezando a salir. Hoy me contaron de que salen y que toman, se toman solamente un frizze, está bien... pero a mí me da miedo”. De este modo, la psicóloga actual está cumpliendo una función materna, para con Aldo y su hermano, debido a toda la situación familiar que viven los chicos. Trabajo que se realiza en conjunto con la escuela, el club al que asiste Aldo y diversos actores de la parroquia, porque, tal como plantea la psicóloga actual, los chicos “al estar tan solos, estamos todos pendientes de ellos”.

Para complementar el estudio de caso, se comparó con la Dra. Susana Levantini, experta en técnicas proyectivas, el primer gráfico del H-T-P integrado tomado en 2013 y el último, tomado en noviembre de 2019. El retest refleja logros tanto cognitivos como emocionales con respecto a

la primera toma. En el primer test, desde el lado de lo cognitivo, Aldo no respeta la consigna de dibujar un árbol y realiza dos. Simplifica el dibujo de la casa, lo que se expresa en el techo en punta que dibuja. Esto puede, en parte, estar asociado al retraso madurativo que presenta Aldo. En cuanto a lo emocional, presenta dificultades para realizar la figura humana, lo que sugiere ausencia de figura de identificación humana. En el retest, tomado 6 años y 5 meses después, y considerando los hechos importantes en su vida que fueron detallados, se evidencian cambios cognitivos en tanto que realiza adecuadamente la consigna. La casa muestra mejores paredes que señalan un buen sostén, y el techo, bien armado, señala que el sujeto piensa mejor, lo que se entiende como una mejora con respecto al posicionamiento frente al retraso madurativo. Pese a que en el techo del retest aparece una chimenea que simboliza tensiones internas y angustia, se entiende a la angustia como algo normal en el desarrollo humano, especialmente considerando el período del ciclo vital donde se encuentra, que con 15 años corresponde a la adolescencia. La figura humana presenta grandes avances también, en tanto que logra realizar una figura donde se identifica correctamente con lo humano. Los progresos resultan entonces sintetizados en la mejora en la estructura, en la identificación y en la disponibilidad de mayores recursos, junto con la mirada a futuro y a crecer que se ve en ambos gráficos, por la edad asignada a la persona. Todo esto se entiende como logros del trabajo realizado con su psicóloga y con el centro, que pudo acompañar a él y a su familia en diversos momentos de su vida.

Capítulo 5: Discusión

Conforme a los resultados que las distintas metodologías arrojaron, se vio para qué temáticas resulta efectiva la integración de la logoterapia y la psicoterapia psicoanalítica que conforma la modalidad de trabajo del Centro de Orientación Psicológica María Madre del Pueblo. A sí mismo, los gráficos mostraron evolución en diversos aspectos de la personalidad de los niños que hablan de mejoras en torno a la salud y por medio del estudio de caso, se pudo comprender mejor en qué consiste en tratamiento y abordaje que realiza el centro, a la vez de complementar la discusión sobre los resultados obtenidos.

El primero de los objetivos consistía en analizar la eficacia del tratamiento por focos, midiendo las variables focos planteados al inicio de la terapia y focos logrados y no logrados al término de la misma. Esta modalidad de análisis resulta importante debido a que autores como Braier (1984) plantean que la evaluación de las terapias focalizadas debe centrarse en el logro de la problemática que trae el paciente. La prueba de Wilcoxon demostró que la psicoterapia focalizada era efectiva para el tratamiento de los focos “síntomas asociados a las emociones”, “problemas en la dinámica familiar madre-hijo”, “orientación a padres”, “problemas escolares por conducta” y “otros”, los cuales a su vez, son los más frecuentes en los pacientes.

En cuanto al foco “síntomas asociados a las emociones”, éste resultado concuerda con los resultados arrojados por Castrillón Osorio y Cols. (2018), donde los niños disminuyeron la sintomatología emocional luego de la psicoterapia focalizada. No hay que dejar de tener en cuenta el contexto de los pacientes de la muestra que, marcado por la vulnerabilidad, son propensos a recibir privaciones en relación a la estimulación emocional e intelectual (Tuñón & Poy, 2018).

Los focos “dificultades en la relación madre-hijo” y “orientación a padres” se asocian con el involucramiento de los padres en la psicoterapia con niños, en tanto que constituyen variables que benefician el tratamiento de los mismos (Nemirovski y Cols., 2014). Siendo que la familia es la intermediaria del niño con el mundo (López & Guaimaro, 2015), los psicólogos al trabajar en conjunto con los padres pueden obtener mayores logros terapéuticos. En el estudio de caso queda ejemplificado. El niño logra mejorar la relación con su madre gracias al contacto continuo que mantiene su psicóloga con ella, incluso estando presa. Sin embargo, no ocurre lo mismo con el padre, quien no participa del tratamiento psicoterapéutico del niño, y con el cual tampoco se logra el foco de trabajo. En este sentido, hay que destacar que el foco “problemas en la relación padre hijo” fue recurrente en la muestra pero no significativo en términos de logro, lo que abre el interrogante de porqué la relación con la figura paterna presenta dichas dificultades al tratarse de modo focalizado.

En particular, acerca del foco “orientación a padres”, este se vuelve de suma importancia en esta población que muchas veces resulta propensa a sufrir privaciones de derechos (Tuñón & Poy, 2019). Los padres, como cuidadores del niño, deben asegurarse de que el niño goce

plenamente de sus derechos y en ocasiones, necesitan de una indicación por parte del terapeuta para que puedan tomar medidas que protejan a sus hijos.

Los “problemas escolares por conducta” resultaron también focos significativos según la prueba de Wilcoxon. En el estudio de caso se notaron mejoras en el comportamiento escolar del niño, atribuidos al proceso terapéutico, aun sin ser un foco pactado. Una de sus psicólogas consideraba que los aspectos emocionales podrían haber motivado los problemas escolares, lo que permite asociar que muchos problemas de conducta, pueden ser ocasionados por las necesidades emocionales de los niños. De igual modo, gran cantidad de estudios se centran en el aprendizaje y no tanto en lo comportamental, por lo que éste conforma un área a seguir investigando.

El último de los focos significativos fue el foco “otros”, que en cierto modo sugiere que la terapia al adecuarse al aspecto de la vida que la persona quiere trabajar (Lopera, 2017), resulta efectiva. Concuerda a su vez con la idea de hombre de Viktor Frankl que toma el centro, donde concibe a la persona como única e irreplicable (Frankl, 2014) y por lo tanto, sus problemáticas también lo son. Si bien en el foco “otros” se trabajaron diversas cuestiones particulares y puntuales de cada tratamiento, hubo temas que se repitieron en varios casos, como es la relación entre hermanos y los problemas de conducta en la casa. Ambas temáticas hablan en cierto sentido de la vida hogareña y no resulta menor el hecho de que los hogares de las villas están conformados por familias numerosas que viven, en muchos casos, en condiciones de hacinamiento (Di Virgilio y cols., 2015). Por lo tanto, habría que estudiar en qué medida esto puede interferir en las relaciones entre los integrantes de una familia. En sintonía con esto, se podría apreciar el foco “violencia intrafamiliar”, que si bien no fue un foco significativo, fue frecuente en la muestra y se encuentra íntimamente ligado a lo que ocurre puertas adentro del hogar y que puede resultar invisibilizado por esta misma razón (Tuñón, 2018). En el estudio de caso, se vio que en la psicoterapia se planteó el foco violencia de género, y que éste pudo lograrse en tanto que se orientó a la madre a realizar la denuncia y el organismo correspondiente actuó. Podría pensarse que el no logro de estas temáticas como la violencia de género y la violencia intrafamiliar, está asociado a la necesidad de intervención de organismos externos que actúen, y donde el lugar del centro es acompañar y complementar las medidas que estos actores tomen. No obstante, no debe descartarse, tal como se planteó, la importancia del trabajo con los padres para proteger al niño de las situaciones de violencia.

Otros focos donde no hubo diferencia significativa como para afirmar la eficacia del tratamiento, fueron los focos “adicciones”, que se asignaron a niños que tenían algún familiar que presentaba problemas por consumo de sustancias; “abuso”, “problemas escolares por aprendizaje” y “problemas en la dinámica familiar de pareja”. Así como ocurría con los focos relacionados a la violencia, la resolución de estos focos parece exigir la participación de otros agentes, como es en la Villa el Hogar de Cristo para la atención de adictos, el centro de orientación psicopedagógica para abordar y reforzar las dificultades en el aprendizaje y el acceso a la justicia, para los casos de abuso y violencia (Ovejas, 2013). En algunos tratamientos, no se logra que la persona se acerque a estos organismos, y en otros, son las instituciones las que no trabajan de la manera que el paciente necesita.

El foco “síntomas asociados a la regresión”, que aparecía únicamente en dos casos, tampoco resultó significativo. La baja frecuencia sugiere que no es una temática muy demandada por este grupo, donde los problemas en relación a la enuresis, encopresis y conductas infantiles no suelen aparecer, sino que son más propios de una etapa anterior, teniendo en cuenta la edad tomada en este estudio. El foco “duelos”, que fue tratado en tres casos y en dos logró resolverse, es el último de los no significativos. En ambos, debe continuarse investigando para comprender por qué no llegan a considerarse significativos, y si es la baja frecuencia la única explicación para los mismos.

5.2. Cambio terapéutico

La revisión de los test y retest del H-T-P integrado, ampliaron el conocimiento de cambio en los pacientes, ya no por el autorreporte como en el caso de los focos, sino por cambios internos e inconscientes. Braier (1984) es uno de los autores que considera importante el uso de los test y retest para evaluar el cambio por la psicoterapia y remarca que la diferencia entre estos, no debe ser menor a seis meses, hecho que se tiene en cuenta en el trabajo en el centro con las técnicas. Los mayores avances de los gráficos, ocurrieron en los indicadores de puerta y ventana de la casa, tronco y tamaño del árbol y postura de la persona.

La presencia de puertas y ventanas, está asociada a la interacción con el medio (Rocher, 2009), por lo que se ven mejoras en cómo los pacientes se relacionan con otros individuos. En este sentido, no se debe olvidar que la interacción de los niños con el ambiente en un primer momento se da por medio de la familia (López & Guaimaro, 2015), hasta que los niños,

mediante el inicio de la escolaridad comienzan a relacionarse con otros individuos (Laplanche & Pontalis, 2013). Esta apertura a las relaciones, señaladas en los dibujos, habla de un cambio importante en el individuo, en tanto que se acerca a lo esperado según su período del ciclo vital, y que constituye uno de los signos de salud que Winnicott (1967) plantea: madurez acorde a la edad cronológica. Se lo considera un cambio terapéutico también desde la consideración que Braier (1984) hace sobre la eficacia de las terapias focalizadas, las cuales ocasionan mejoras en las relaciones interpersonales.

Los avances en el tronco del árbol, están asociados a mejoras en la fortaleza yoica (Rocher, 2009). Esto se torna importante en el contexto donde se ejerce, porque tal como plantea Fiorini (2008), el psicólogo trabaja continuamente con el yo del paciente. Una mayor fortaleza yoica implicaría un buen uso de las funciones básicas, defensivas e integradoras del yo (Fiorini, 2008; Ovejas, 2013). La fortaleza yoica en el H-T-P integrado puede observarse tanto en el tronco del árbol como en las paredes de la casa. En el estudio de caso, si bien no se percibieron cambios en el árbol, lo que puede deberse a que es menos sensible a los cambios por la profundidad que conlleva (Hammer, 2016; Rocher, 2009), si se captaron cambios en las paredes que sostienen la casa, siendo un signo favorable de estructura.

El tamaño, contiene indicios acerca de la autoestima de la persona (Rocher, 2009; Hammer, 2016), por lo que los avances en el tamaño del árbol señalan una adecuada autoestima del sujeto, coincidiendo con Braier (1984) quien sostiene que el resultado terapéutico puede reflejarse en la mejora de la autoestima. Esto resulta importante, porque teniendo una buena autoestima como base, el individuo puede encontrarse fortalecido para adoptar una determinada postura ante las diversas circunstancias de vida a las que se debe enfrentar (Frankl, 2000).

En cuanto a la persona, se observaron progresos en la postura, lo cual sugiere que la persona, luego de la psicoterapia, mejoró en términos de actividad, flexibilidad y vitalidad (Rocher, 2009), y esto ayuda a que la persona continúe enriqueciéndose y perfeccionándose (Ovejas, 2013), aspirando a una mejor versión de sí mismo.

Aunque no hubo retrocesos que primen en los gráficos, si hubo muchos indicadores de permanencia. Estos prevalecen en techo, paredes, tamaño y presión de la casa; en ramas, frutos, línea de suelo y presión del árbol; y en ojos, cuello, manos, pies, tamaño y presión de la persona. La permanencia de los indicadores puede estar asociada, en casos de que la interpretación de los mismos sea negativa para el paciente, con que el individuo elige qué aspecto de su vida desea

trabajar (Lopera, 2017). El terapeuta puede considerar que es necesario abordar determinadas problemáticas, pero si el paciente no quiere trabajarlas y no se logra la activación de éste, dichas problemáticas no logran resolverse (Ovejas, 2013).

5.3. Integración de teorías.

La propuesta del Centro de Orientación Psicológica María Madre del Pueblo considera la integración de dos modelos teóricos para realizar el abordaje terapéutico: la logoterapia de Viktor Frankl y la psicoterapia psicoanalítica de Héctor Fiorini. Esta integración quedó plasmada en el estudio de caso, donde por un lado se pudo ver el empleo de la focalización, y por el otro la mirada y aporte de la logoterapia.

El tratamiento del paciente fue girando en torno a los focos: “otros”: tolerancia a la frustración, “violencia de género”, “problemas en la dinámica familiar madre-hijo” y “problemas en la dinámica familiar padre-hijo”. Los tres primeros focos pudieron lograrse, lo que sugiere que se produjo un cambio positivo en el paciente desde el lado del cumplimiento del foco (Braier, 1984). El último foco, permaneció sin resolverse durante los 6 años que el paciente estuvo en terapia hasta la actualidad, lo que señala dos cosas. Por un lado que las terapias focalizadas no siempre resultan ser breves; y por el otro, que el foco no es estático, sino dinámico y que va mutando conforme pasa el tiempo (Fiorini, 2008). En el caso, ese foco en un primer momento trabajaba la relación del paciente con su padre en tanto que éste era violento y el paciente le temía. Actualmente, se trabaja más el poder identificar y manejar las situaciones, conociendo cómo son las actitudes de su padre alcohólico. Es de destacar que el padre no se acerca al centro ni tampoco se encuentra en tratamiento por su adicción, lo que permite pensar que estos son condicionantes para que no se logre la resolución del foco.

La delimitación de los focos, en este contexto, se realiza desde un encuentro existencial entre paciente y terapeuta que es permitido por el aporte de la logoterapia (Ovejas, 2013). Esta escuela ve a la persona en toda su dignidad, considerando todas sus dimensiones y potencialidades, sin centrarse en las limitaciones y el centro toma no solo esto, sino también la mirada del paciente desde su singularidad (Ovejas, 2013). En este sentido, la terapia no se centró en el retraso madurativo del paciente y sus limitaciones, sino en todo lo que podía hacer y llegar a hacer. De igual modo, hubo un momento importante en la terapia en que se trabajó el tema del retraso, y fue cuando el niño tomó consciencia del mismo. La intervención de la terapeuta fue remarcarle

que el saberlo, nada cambiaba de cómo él se desenvolvía día a día con las tareas y con los demás, lo que fue un punto de crecimiento para el paciente, quien al momento de percatarse de ello, se encontraba iniciando la adolescencia.

Desde esta perspectiva, que ve más allá de las limitaciones, se obtuvieron progresos en los indicadores de la técnica H-T-P integrado, tanto cognitivos como emocionales; y se vislumbraron cambios en la expresión emocional y en el comportamiento, reportados por el paciente y por sus terapeutas.

Los cambios producidos en los gráficos, al ser analizados considerando la historia del paciente, permiten ver que es la psicoterapia la que promueve dichos cambios. Los avances en las paredes de la casa, que indican mayor sostén, se asocian con el trabajo que viene realizando su terapeuta actual, donde ante la ausencia de la madre y ante un padre que es alcohólico, realiza una función de maternaje que apunta que el paciente se sienta contenido y pueda crecer y madurar (Ovejas, 2013). El techo con su chimenea, señala la presencia de tensiones internas (Hammer, 2016), algo que no se entiende como negativo, sino como parte de un proceso normal, que puede deberse a su período vital, que es la adolescencia, o a las situaciones que debe enfrentar día a día. Los avances en el dibujo de la persona son notables. En el primer test realiza una figura con muchos signos de agresión, con su cabello en punta, y con el nombre de “papapapa”; lo que puede entenderse como una expresión de su padre, considerando que al momento de la toma, el paciente presenciaba las situaciones de violencia ejercidas contra su madre, contra su hermano y contra él. Ahora, realiza una figura mucho más integrada, que señala una mejor identificación con lo humano. Si bien presenta ausencia de manos, que está relacionado con dificultades en la relación con el medio (Rocher, 2009; Koppitz, 2013) y que también lo muestra la ventana reforzada con rejas (Rocher, 2009; Hammer, 2016), la figura denota desde una visión holística, grandes cambios.

Siguiendo con los aportes de la logoterapia, se motiva al paciente para que pueda tomar consciencia de la responsabilidad que tiene sobre sí mismo y hacerse cargo de su propia vida (Frankl, 2000; 2014). Así, el rol de la terapeuta en este caso se centra, tal como se mencionó, en acompañarlo a crecer, teniendo en cuenta también la función materna que está llevando con el paciente y con su hermano. Al tener a ambos hermanos en terapia, colabora en poder correr del centro al hermano, quien suele facilitarle las cosas al paciente, para dejar lugar a que este despliegue todas sus potencialidades. Esto puede lograrse únicamente desde una mirada que

considere que el paciente puede tomar posición ante los condicionamientos y las limitaciones que se puedan presentar (Martínez Sánchez, 2009) y es la logoterapia la que brinda dicha mirada.

El estudio de caso instrumental, permitió contemplar cómo cada una de estas escuelas se va enriqueciendo entre sí, complementándose mutuamente y facilitando la intervención con esta población, que tal como plantea Ovejas (2013) presenta un alto potencial para transformar lo doloroso en progreso y perfeccionamiento. Eso mismo queda reflejado en el uso de gráficos que realiza el equipo, que resalta los cambios de los pacientes y que en ocasiones, se los utiliza para que éstos puedan apreciar sus propios logros. No solo los logros se ocasionan en función de los focos, el caso permitió ver cómo el paciente mejoró en el comportamiento en la escuela y en la expresión emocional, sin haberse definido como eje de trabajo.

Por último, el centro, al trabajar interdisciplinariamente con otros actores como son los curas villeros, el club del barrio, las escuelas, y cualquier otra institución que se vuelva necesaria, logra brindar una mejor atención y contención de los pacientes.

5.4. Limitaciones y Futuras Líneas

Las limitaciones descubiertas en la elaboración de este estudio, están relacionadas en su mayoría, con la ausencia de un grupo control que permita demostrar que los cambios observados en los H-T-P son ocasionados por la psicoterapia y no por otros factores, especialmente cuando por la edad de la muestra, pueden aparecer progresos debido al desarrollo madurativo (Koppitz, 2015). Pese a esto, puede verse que los cambios en los gráficos están asociados a la psicoterapia porque desde la integración de teorías que la conforman, se busca acompañar al paciente a crecer desde el punto donde quedó detenido como consecuencia de las situaciones traumáticas vividas (Ovejas, 2011a), y muchos gráficos muestran una evolución mayor a la que venía teniendo el individuo antes de iniciada la terapia, incluso en poco tiempo. También los gráficos señalan remisión de síntomas que se vuelven importantes por el contexto psicoterapéutico en que esto ocurrió. Analizar los gráficos en conjunto con la información de las historias clínicas hubiera servido de respaldo para remarcar éste progreso, así como se pudo ver en el estudio de caso, pero esto no pudo realizarse por limitaciones de tiempo. También hubiera sido fructífero para poder visualizar si el retroceso que ocurría en los indicadores de los gráficos es verdaderamente deterioro, o habla de un proceso necesario en la terapia desde la cual el sujeto puede comenzar a

progresar. Tal como plantea Winnicott (1967), la salud incluye los momentos de temor, duda y frustración; y hay ciertos indicadores que vistos de forma aislada se los considera negativos, pero que pueden ser signo de procesos por los que la persona deba transitar, especialmente considerando que se trabajan cuestiones como abuso, duelos, violencia y más.

Otra limitación encontrada, se relaciona con las variables “permanencia” de los indicadores gráficos, las cuales señalan que ese elemento del dibujo se mantiene, pero al desconocer su interpretación, no se puede distinguir si la persona mantiene alguna característica de su personalidad de forma negativa, o si bien, continúa el indicador positivo que señala la tendencia a la salud por parte de la persona. Esto a su vez se relaciona con otra limitación ligada a los focos, que es que el paciente, trabaja los aspectos que desea trabajar (Lopera, 2017). Se podrían lograr mayores avances trabajando con cuestiones que el terapeuta considera importantes, pero si el paciente no lo comparte, quedan inconclusos.

También se considera limitación el hecho de no haber podido incluir en la investigación aquellas variables como temporalidad del foco, es decir el tiempo transcurrido desde el planteo del foco hasta su resolución, el motivo de derivación, las causas de fin de tratamiento, entre otras, que hubieran ayudado a entender mejor el logro o no logro de los focos planteados con el paciente. En sintonía con esto, el tiempo transcurrido entre admisión e inicio de tratamiento, podría explicar por qué algunos tratamientos no llegan a formular focos. Si bien se cuenta con dicha información, teniendo en cuenta los fines de este estudio, se decidió dejarla para próximos trabajos que se realicen.

Todas estas, si bien son limitaciones del estudio, se configuran como futuras líneas de investigación, desde donde se puede obtener material importante acerca del abordaje que se realiza en el Centro de Orientación María Madre del Pueblo, que podría complementar los resultados de este trabajo. En particular, resultan temáticas importantes a seguir indagando el rol del hombre y la mujer dentro de esta población y en el ejercicio de las funciones parentales, las situaciones vividas en el espacio privado del hogar y la función de las instituciones con las que se trabaja.

La investigación empleada, mostró cómo al estar integradas la logoterapia y la psicoterapia psicoanalítica, conforman una adecuada modalidad de abordaje para las problemáticas que presenta la población de una villa de emergencia, que, como tal, tiene sus propias características y particularidades. No solo integrantes de la Villa 1-11-14 se ven beneficiados por el trabajo del centro, sino también habitantes de barrios y asentamientos aledaños que se acercan con sus dificultades para buscar mejorar su calidad de vida. La visión humana tomada de la logoterapia que asume el centro, se vuelve importante para trabajar con esta población, que es mirada muchas veces como víctima; pero con la logoterapia se apunta a ver más allá y ver todo lo que puede llegar a hacer cada una de las personas que se acercan, si logran asumir con responsabilidad su propia vida. De modo que las variables que atraviesan las vidas de los orientados, son vistas como condicionantes y no determinantes. La focalización resulta eficaz para el tratamiento de aquellas temáticas que al ser recurrentes, responden a una demanda de los orientados. Estas son la sintomatología emocional, los problemas de conducta en la escuela, las dificultades en la relación entre madres e hijos, las cuestiones asociadas a la orientación a padres y la atención a las problemáticas específicas de los pacientes, que se reflejan en los focos “otros”. El H-T-P integrado, como técnica proyectiva de evaluación que permite ver cambios en los pacientes, mostró a través del test y retest, que la psicoterapia puede generar modificaciones profundas en cómo el individuo se relaciona con los otros, en su autoestima y en el fortalecimiento de su personalidad; así como expresan cuando cede una determinada patología. El estudio de caso ayudó a reforzar estos resultados y a ejemplificar cómo trabaja el Centro de Orientación Psicológica María Madre del Pueblo, no solo desde el abordaje metodológico, sino también desde el trabajo interdisciplinario con otros actores e instituciones que facilitan logros en la terapia y mejoras en el paciente. Los niños que forman parte de esta investigación, muestran cómo se puede trabajar desde la psicología en un contexto de vulnerabilidad, logrando ampliar el campo de posibilidades que cada uno de estos individuos tiene en su vida.

- Barreira, I. (2016). Historia de las terapias breves y focalizadas en Argentina y su importancia para la atención primaria de la Salud. *Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 1(1), 37–57.
- Braier, E. (1984). *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Braier, E. (2009). La psicoterapia focal y breve. Rasgos Distintivos. *Intercambios, papeles de psicoanálisis*, (23), 17-21.
- Borelle, A. & Russo, S. L. (2017). *El psicodiagnóstico de niños: criterios de evaluación en las organizaciones neuróticas, psicóticas y límites*. Buenos Aires: Paidós.
- Castrillón Osorio, L. C., Hidalgo Cossio, C., Carmona Villada, D. & Vázquez Lopera, C. M. (2018). Evaluación de cambio en psicoterapia con niños institucionalizados. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (55), 35-53.
- Di Virgilio, M. M., Marcos, M., & Mera, G. (2015). Las ciudades dentro de la ciudad: características sociodemográficas y habitacionales de la Ciudad de Buenos Aires según sus tipos de hábitat. *Población de Buenos Aires*, 12(22), 33–58.
- Erikson, E. H. (1971). El ciclo de la vida: epigénesis de la identidad. En *Identidad, juventud y crisis* (pp. 78-110). Buenos Aires: Paidós.
- Erikson, E. (1993). Ocho edades del hombre. En *Infancia y Sociedad* (pp. 222–247). Argentina: Ediciones Hormé.
- Fiorini, H. (2008). *Teoría y técnicas de psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fiorini, H. (2013). Las psicoterapias psicoanalíticas Tareas Organizadoras del proceso psicoterapéutico. *Asociación de psiquiatras argentinos residentes en el país y en el exterior*, 26(52), 25–30.
- Frankl, V. E. (1988). *La presencia ignorada de Dios*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. E. (2000). *Fundamentos y aplicaciones de la Logoterapia*. Buenos Aires: San Pablo.
- Frankl, V. E. (2014). *La psicoterapia en la práctica clínica: una introducción casuística para médicos*. Barcelona: Herder.
- García Pintos, C. (2007). *Frankl por definición: consultor temático de logoterapia y análisis existencial*. Buenos Aires: San Pablo.
- Grün, A. (2019). *Víctimas y victimarios: romper las cadenas en la Iglesia, la sociedad y la familia*. Buenos Aires: Claretiana / Ágape / Bonum / Guadalupe / San Pablo.

- Gutiérrez, G. y Ávila-Espada, A. (2004). Terapia psicodinámica focal y estratégica. Objetivos, técnica y aplicaciones. En A. Ávila-Espada, B. Rojí & L. Saúl (Coords.), *Introducción a los tratamientos psicodinámicos* (pp. 399 – 437). Madrid: UNED.
- Hammer, E. F. (2016). *Test Proyectivos Gráficos* (2ª ed.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Paidós.
- Hartmann, H. (1950). Comentarios sobre la teoría psicoanalítica del yo. En *Ensayos sobre la psicología del yo* (1978) (pp. 107-130). México: Fondo de cultura económica.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2012). *Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010. Censo del Bicentenario: resultados definitivos, Serie B n° 2. Tomo 1*. Buenos Aires: INDEC.
- Jiménez, J. P. (2005). El vínculo, las intervenciones técnicas y el cambio terapéutico en terapia psicoanalítica. *Aperturas psicoanalíticas*, 20(1).
- Koppitz, E. (2015). *El dibujo de la figura humana en los niños*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Guadalupe.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (2013). *Diccionario de psicoanálisis*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Paidós.
- León Correa, F. J. (2011). Pobreza, vulnerabilidad y calidad de vida en América Latina: Retos para la bioética. *Acta bioethica*, 17(1), 19-29.
- Lopera, J. (2017). Psicoterapia psicoanalítica. *Revista CES Psicología.*, 10(1), 83-98.
- López, G. & Guiamaro, Y. (2015). El rol de la familia en los procesos de educación y desarrollo humano de los niños y niñas. *Ixaya. Revista Universitaria de Desarrollo Social*, (10), 31-55.
- Martínez Sánchez, C. (2009) Aportes a la psicoterapia con niños: orientando hacia el sentido de la vida. En S. Sáenz Valiente (Ed.), *Logoterapia en Acción. Aplicaciones prácticas* (pp. 291-332). Buenos Aires: San Pablo.
- Max Neef, M., Elizalde, A., & Hopenhayn, M. (2010). *Desarrollo a escala humana: una opción para el futuro*. Santiago: CEPAAUR.
- Mendoza Nápoles, C. A., & Maldonado Santos, E. B. (2019). Revisión de las teorías y modelos incidentes en el desarrollo. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(1), 1–24.
- Nemirovski Edlund, J., Thorén, A. & Carlberg, G. (2014). Outcome of psychodynamic child psychotherapy in routine practice. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 16(3), 228-244.

- Ovejas, P. (2009a). La logoterapia como fundamento para las psicoterapias breves. En S. Sáenz Valiente (Ed.), *Logoterapia en Acción. Aplicaciones prácticas* (pp. 197-211). Buenos Aires: San Pablo.
- Ovejas, P. (2009b). La logoterapia como terapia específica de las neurosis noógenas. En S. Sáenz Valiente (Ed.), *Logoterapia en Acción. Aplicaciones prácticas* (pp. 213-228). Buenos Aires: San Pablo.
- Ovejas, P. (2009c). La logoterapia como terapia inespecífica en el tratamiento de las neurosis de transferencia. En S. Sáenz Valiente (Ed.), *Logoterapia en Acción. Aplicaciones prácticas* (pp. 229-250). Buenos Aires: San Pablo.
- 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.
- Papalia, D. E., Wendkos Olds, S. & Duskin Feldman, R. (2009). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. México: Mc Grown Hill.
- Pareja Herrera, L. G. (2016). *Viktor Frankl: comunicación y resistencia*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: San Pablo.
- Piaget, J. (1984). *Psicología de la inteligencia*. Buenos Aires: Editorial Psique.
- Rocher, K. (2009). Casa, árbol, persona. Manual de interpretación del test. *Buenos Aires: Ediciones Lasra*.
- Stake, R. E. (1998). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Ediciones Morata
- Tuñón, I. (2018). Diferentes representaciones de la pobreza infantil en la Argentina (2010-2017). *Documento de investigación*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Educa.
- Tuñón, I. & Poy, S. (2019). Pobreza, derechos e infancias en la Argentina (2010-2018). *Documento de investigación*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Educa.
- Variabes demográficas seleccionadas según villa, asentamiento o Núcleo Habitacional Transitorio. (2010). Dirección general de estadística y censos sobre la base de datos del INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. [Planilla de Excel]. Disponible en <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=24200>
- Winnicott, D. (1967). El concepto de individuo sano. En *Conferencia pronunciada en la División de Psicoterapia y Psiquiatría social de la real Asociación Médico-psicológica* (Vol. 8).

Anexo 1. Diccionario de focos

(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 familiar 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 madre-hijo (D2a) o padre-hijo (D2b): 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.

36

(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. 224-226).

(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.

- 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*.
- 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.
- Ovejas, P. (2013). *La logoterapia en las villas*. Buenos Aires: San Pablo.
- Valls, J. L. (2009). *Diccionario freudiano*. Buenos Aires: GabyEdiciones.

Logros y avances	
Psicóloga actual	Ahora que logramos que otra paciente se vaya a vivir con la mamá. Son logros que a veces no se ven en todos los pacientes, eso es real, no todos le ponen la misma gana, pero cuando lo logras, eso vale la pena y motiva a seguir trabajando.
	Él era muy inhibido, recibía mucho bullying también en el club, porque era muy gordo, y súper inhibido, un nene muy metido para adentro, le costaba mucho hablar. Hoy por suerte no, ahora habla un montón, hace chistes, te carga y todo.
	... Lo que tiene de bueno Aldo es que empezó a hablar. Pudo empezar a decir “no, mi papá tomó todo el fin de semana y no pudimos ir a ver a mi mamá.”.
	Aldo tenía mucho miedo al papá. Y hoy en día ya no le llevan el asunto.
	¿En qué aspectos sentís que mejoró él? Que habla, era terrible tenerlo a Aldo que no hablaba, nunca decía lo que le pasaba y era un chico al que le pasaba un montón de cosas.
	Por suerte dice agarra y dice “no mi papá se volvió a chupar, está insoportable” te cuenta “no, tomó y se puso violento” o “lo encontramos tirado por ahí” y lo dejaron. (...) Se soltó mucho más, ese es uno de los grandes cambios que veo se soltó mucho más.
	Empezó a subir esto, el en la escuela en la que está, está en un CBO (Ciclo Básico de Formación Ocupacional) es un secundario de recuperación. (...)En la escuela está mucho mejor. A él esto de que, tiene un leve retraso, pero le hizo bien, él está re bien en la escuela, no así el hermano.
Que él empiece a asumir que sí, tiene un leve retraso, una pequeña dificultad. Y hoy lo asume, hoy lo tiene re asumido. Como que ya no le hace nada, fue ese momento	
Aldo	¿Y cómo salías de acá, de los encuentros? Relajado. Más seguro.
	¿Sentís que estás mejor cuando venís acá? A la vez sí y a la vez no. Porque a través del tiempo, cambiamos y te empiezan a gustar distintas cosas ya. Y bueno, estoy así.
	¿Sentís que te ayudó en algo el centro? Sí, en muchas cosas. Por ejemplo, antes en el colegio me mandaba un montón de cagadas. Ahora cambié todo. Voy y llego temprano al colegio, tengo mejor comportamiento, y mucho más.
Psicóloga anterior	La madre, la violencia que sufría se logró separar, le costó un montón hacer la denuncia, la violencia también sufrieron los chicos con esto de que llegaba el padre borracho, y se peleaban.
	En un momento se empezó a pensar un posible alta, ¿qué aspectos hicieron que llegue a eso? Porque podía hablar. Me contaba situaciones, creo que eso fue (...) Hablaba mucho más, logró separar y entender un poco, no sé si en ese momento estaban separados...

Focos de trabajo	
Psicóloga actual	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, es eso.
	Los primeros focos tenían que ver con esto de que él tiene un leve retraso madurativo, y me acuerdo que cuando había empezado, él empezó a tener mucho miedo porque cerca de la casa había habido un tiroteo y había entrado un tiro por la ventana de su casa, por su ventana del cuarto. Y ahí es que la mamá había pedido ayuda para esto porque Aldo estaba con mucho miedo.
	Otro de los focos principales que había era la violencia de género, el padre es alcohólico y era muy violento con la mamá y muy violento con los chicos. Había días en que el padre tomaba y se ponía muy violento con los chicos.
	El tema del bullying, el sigue teniendo mucha vergüenza de su cuerpo, está gigante. Era un petiso gordo y ahora es un gordo alto, está gigante. Entonces el otro día me llamaron de la escuela para trabajar con él que no quiere hacer natación, no quiere ir a natación porque lo cargan entonces creo que es algo que hay que seguir trabajando el tema de su cuidado (...).bueno no quiere mostrar su cuerpo entonces creo que es algo que tiene que empezar a aceptar también su cuerpo.
	Esto del hermano, que con quien más hay que trabajarlo es con el hermano, él siempre fue el padre de la casa (...). Tiene esta cosa de que siempre total esta mi hermano entonces hay que empezar lo que estamos trabajando es empezar a soltar a que con su hermano se trabajó un montón que él no es ningún padre de ninguna casa porque el hermano era eso de decirme: “no porque tenemos que irnos a anotar al hermano y a Aldo a la escuela” ¿cómo que tenemos que irnos? Tiene que ir tu papá, no vos, tengo que llevar a Aldo a que declare hace poco lo citaron a declarar a ver como estaba no sé qué, tengo que llevarlo a Aldo a... no, no lo tenes que llevarlo vos, tu papá lo tiene que llevar entonces correr al hermano va a hacer que Aldo crezca, hay que empezar a correrlos.
Aldo	¿Te acordás qué es lo que hacían con tu primera psicóloga? Sí, yo venía a hablar con ella cosas que me pasaban a mí o cosas que hacía o lo que me gustaba y etcétera.
	¿De qué cosas hablaban? De muchas cosas, de todo. De todo un poco: del colegio, cómo me iba, si me iba mal o bien.
	Con tu actual psicóloga ¿Con ella qué trabajaban, qué hacían? De todo. Pero lo que sí sé que no jugábamos mucho, era de hablar, más hablar.

	<p>¿Y ahora con ella qué trabajan con ella? Hablamos de todo. Pero a veces vengo con mi hermano y hablamos con ella los dos juntos o hace cada quince días vengo yo y cada quince días viene mi hermano. Nos turnamos, ahora nos turnamos. Y entramos yo solo y después mi hermano, él solo.</p>
	<p>¿Y antes hacían los dos juntos, que hablaban los dos juntos? Sí, y hablábamos de lo que nos pasaba en casa, del colegio, muchas cosas más.</p>
Psicóloga Anterior	<p>El trabajo que usamos es por focos, integrando el psicoanálisis</p>
	<p>¿Encontrás alguna limitación en el trabajo por focos? Sí, cuando la patología es complicada. Yo soy una persona muy obsesiva y quizás con patologías o con personas que no saben porque viene, ahí me costaba mucho. También cuando por ahí el foco, viéndolo ahora retrospectivamente, era alisado, no era tan concreto, entonces costaba más.</p>
	<p>Con Aldo trabajé su autoestima, y su relación familiar. Básicamente esas dos, tiene muy baja tolerancia a la frustración, o tenía, esperemos que ahora no.</p>
	<p>¿Te costó ir trabajando el vínculo terapéutico con él? Sí, era muy resistente. Solamente venía a jugar y cuando quizás quería como empezar a hablar un poco, se callaba. Quizás cuando quise empezar a trabajar la tolerancia a la frustración, se frustraba tanto que me he pasado de la media hora sin hablar, o en silencio y nada, hablándole para que aflojara un poco. Le cuesta mucho hablar.</p>
	<p>La problemática era la relación familiar que tenían</p>
	<p>Y una de las cosas que había que trabajar con Aldo también era eso, como era grandote, era el hijo más grande, esta necesidad que tenía de defender a su mamá en las discusiones de pareja, se metía en el medio para defender a su madre... entonces trabajar su rol de niño</p>
	<p>Los ayudamos en el sentido de poder darles un lugar de descarga, que Aldo sentí que estaba como tranquilo pero que podía expresar más sus sentimientos</p>
	<p>¿Qué focos quedaron por trabajar? Su autoestima. Trabajaría todo el tema de su relación familiar, trataría de encontrar una imagen familiar que lo contenga, el padre y la pareja del padre... la verdad es que creo que la madre con sus errores hizo todo, los amaba, los defiende a capa y espada.</p>

Relación con el Padre (D2b)	
Psicóloga actual	<p>Otro de los focos principales que había era la violencia de género, el padre es alcohólico y era muy violento con la madre y muy violento con los chicos. Había días en que el padre tomaba y se ponía muy violento con los chicos.</p>
	<p>A ver, el mayor conflicto es el padre. Es el que está suelto y la madre está presa. Sigue consumiendo, sigue tomando</p>

	<p>Trabajamos mucho con la novia del padre pero el problema era que cada vez que éste tomaba, que era, fin de semana de por medio, que desaparecía el fin de semana a tomar, la novia del padre los echaba. Y el echarlos implicaba que ellos estén en la casa, solos porque el padre estaba ebrio, en la casa en que había pasado esto, y que su hermano se vaya a las tres de la mañana a recorrer la Villa a buscar al padre y él en ese momento tenía 13 años</p>
	<p>Cuando la mamá se separa, Aldo siente mucho enojo hacia la mamá, mucho. Era como “por qué lo dejaste a papá”, no entendía él. Estaba acostumbrado a que sea así, que la relación sea violenta y que el padre sea violento con él. Aldo tenía mucho miedo al papá</p>
	<p>Ahí empiezan a ver de que: el padre tiene una causa por abuso y por violencia, o sea que, a la madre la mandan presa y los chicos quedan a cargo de un abusador, básicamente.</p>
	<p>A mí lo que ahora me preocupa que tiene que ver con el padre, a ver, el padre los fines de semana desaparece porque toma y los chicos están adolescentes, están empezando a salir. Hoy me contaron de que salen y que toman, no toman mucho, se toman solamente un frizzé, está bien... pero a mí me da miedo.</p>
Aldo	<p>¿Con quién vivís? Con mi papá y mi hermano.</p>
	<p>¿Y antes hacían los dos juntos, que hablaban los dos juntos? Sí, y hablábamos de lo que nos pasaba en casa, del colegio, muchas cosas más.</p>
	<p>¿Cómo te llevas con tu papá? Más o menos. Porque hay cosas que me la mando y después me retan y no me gusta.</p>
Psicóloga anterior	<p>Trabajaría todo el tema de su relación familiar, trataría de encontrar una imagen familiar que lo contenga, el padre y la pareja de la madre... la verdad es que creo que la madre con sus errores hizo todo, los amaba, los defiende a capa y espada.</p>

Relación con la madre (D2a)	
Psicóloga actual	<p>Con la que más se trabajaba era con la madre, por el tema de la violencia.</p>
	<p>También había varios momentos en que hacían sesiones conjuntas... Vinculares, sí. Porque pasaba esto que incluso volvió a pasar ahora llega un momento en el que no teníamos turno entonces el hermano también necesitaba venir con toda la situación de la madre presa.</p>
	<p>La madre se contactaba mucho conmigo. En este año, uno de los psicólogos no tenía turnos cuando la madre se contacta conmigo que le estaba yendo mal en la escuela, llama si lo podía atender, yo este año estaba trabajando sólo con el hermano y los volví a tomar a los dos. Tengo a los dos conmigo, que me volvió a llamar la escuela, todo.</p>
	<p>Pero es eso, yo creo que con el psicólogo... Aldo necesita en este momento una</p>

	<p>mamá.</p> <p>Cuando la mamá se separa, Aldo siente mucho enojo hacia la mamá, mucho. Era como “por qué lo dejaste a papá”, no entendía él. Estaba acostumbrado a que sea así, que la relación sea violenta y que el padre sea violento con él.</p> <p>Aldo era muy unido a la novia del padre. En ese momento, Aldo se atendía con el psicólogo, que no hablaba, y su hermano se atendía conmigo. El hermano estaba enojadísimo con la novia del padre y Aldo la amaba, porque lo que Aldo necesitó el año pasado y todo este año, fue una mamá. Vos pensá, la madre se encargaba de acompañarlos al colegio, preguntar cómo iban con las cosas, estarles encima y quedaron solos. Con el padre y con la novia de él, y él se a ella.</p> <p>Aldo durante todo el año pasado estuvo enojado con la madre, no quería saber nada pero porque Aldo necesita eso, como aferrarse a una persona. Él se había aferrado a la novia del padre y su pensamiento era “Si estoy con ella, no puedo estar con Mamá.” Entonces él se va aferrando a las personas. Tiene mucha necesidad de que alguien lo cuide. Entonces hay que estarle muy encima, que sienta cuidado.</p> <p>Ella no sabía qué hacer con el hijo a ella le costaba muchísimo a ver era por un lado consentirlo porque “Ay tiene un retraso” por otro lado era que ella seguía en pareja. La mamá había empezado a estudiar enfermería, estaba estudiando antes de caer presa. Estaba estudiando y el padre no se lo permitía decía hay que te arreglas para ir y la maltrataba entonces había mucho trabajo venía con Aldo pero traía lo suyo también entonces la realidad era esa, si la madre no se separaba del padre, Aldo nunca iba a estar bien</p>
Aldo	<p>¿Y con tu mamá? Bien, si me mando algo me corrige. Si me mando algo me corrige.</p> <p>¿Hace cuánto no la ves? Hace... mucho. Casi dos años.</p> <p>¿Hablás con ella por teléfono? Sí, todas las noches casi.</p>
Psicóloga anterior	<p>Sabes que no recuerdo, porque la mamá también estuvo conmigo. Cuando a la madre la meten presa no recuerdo si estaba conmigo o con quién. La verdad es que no me acuerdo si estuve primero con ella y después con Aldo o a raíz de que la meten presa empiezo a trabajar con Aldo, también pasé por el hermano.</p> <p>Esta necesidad que tenía de defender a su mamá en las discusiones de pareja, se metía en el medio para defender a su madre... entonces trabajar su rol de niño. Y trabajar familiarmente, más allá de que no se pudieron hacer entrevistas vinculares tanto, me parece que estuvo muy bueno</p>

Escuela	
Psicóloga actual	Hoy en día tenemos contacto directo con defensorías, distritos escolares, distintas escuelas dentro del barrio, una salita.
	El barrio evolucionó mucho. Hubo cambios y muy positivos. Aumentamos mucho la cantidad de horas de atención. También se incorporaron los hogares de cristo, las escuelas y el club y todo se articula con el Centro. En el medio hubo una evolución de 10 años.
	Necesitan que les vean la carpeta, que vea las cosas, cómo están en la escuela.
	La madre se contactaba mucho conmigo. En este año, el psicólogo no tenía turnos cuando la madre se contacta conmigo que le estaba yendo mal en la escuela, llaman si lo podía atender, yo este año estaba trabajando sólo con el hermano y los volví a tomar a los dos. Tengo a los dos conmigo, que me volvió a llamar la escuela, todo.
	Se soltó mucho más, ese es uno de los grandes cambios que veo, se soltó mucho más y que empezó a subir esto, el en la escuela en la que está, está en un CBO (Ciclo Básico de Formación Ocupacional) es un secundario de recuperación. Ahí que te pase el informe, ahí está el número de la escuela y todo. En la escuela está mucho mejor. A él esto de que, a ver, tiene un leve retraso, pero le hizo bien, él está re bien en la escuela, no así el hermano.
	Fue el año pasado. Tratamos que lo asuma. ¿Te cambia algo que un papel diga que tenes un retraso? ¿Dejas de ser vos porque tenés un leve retraso? ¿Cambiaron tus amigos? ¿Cambiate vos aprendiendo? ¿Cambió la escuela? ¿Cambió algo? No. Por eso, que él empiece a asumir que sí, tiene un leve retraso, una pequeña dificultad. Y hoy lo asume, hoy lo tiene re asumido
Aldo	¿Vas al colegio? Si
	¿A qué año vas? En primero
	¿Vas todo el día? Si
	¿Qué haces en el colegio? Matemática, lengua, física, tenemos taller de cocina, jardinería y repostería, esas tres cosas, y yo elegí cocina.
	¿De qué cosas hablaban? De muchas cosas, de todo. De todo un poco: del colegio, cómo me iba, si me iba mal o bien.
	¿Y cómo te iba en ese entonces? Más o menos. Hasta ahora más o menos. Tengo que levantar notas.
	¿Y antes hacían los dos juntos, que hablaban los dos juntos?

	<p>Sí, y hablábamos de lo que nos pasaba en casa, del colegio, muchas cosas más.</p> <p>¿Sentís que te ayudó en algo el centro? Sí, en muchas cosas. Por ejemplo, antes en el colegio me mandaba un montón de macanas. Ahora cambié todo. Voy y llego temprano al colegio, tengo mejor comportamiento, y mucho más.</p> <p>¿Buen alumno sos? Uh, tengo que levantar siete materias.</p> <p>¿Qué materias? Matemática, el año pasado no me costaba, me iba súper bien, tenía siempre diez, diez, diez. Y ahora... (Señala con el pulgar hacia abajo). Tengo que levantar matemática, clase de cocina, inglés que es mi materia que más me gusta pero la baje porque me dormía en clase, corte no era el mismo horario que cuando hacía primario, no resistía y bueno, me dormía en clase. Y biología e historia.</p> <p>¿A qué hora entrás? Entro a las 8:00 hasta las 16:00. Ponele, los martes, miércoles y jueves entro a las, salgo a las 16:00. Pero en horario normal entro a las 8:00 y los martes entro a las 8:00 y salgo a las 17:00. Y los días viernes entro a las 8:00 y salgo a las 15:00.</p> <p>¿Y hoy te retiraste o no fuiste? Hoy no fui porque corte iba y la seño mía se jubiló y se fue, y teníamos un solo profesor, iba a entrar a las 12:00 y salía a las 15:00. Y no daba hacer un viaje y volverme otra vez.</p> <p>¿Es muy lejos? No, es en Parque Patricios. Y salía a la 13:30 para estar acá ya...</p> <p>Siempre después del colegio ¿qué hacés? Primero cuando vengo del colegio me meto a bañar, me cambio y me pongo ropa deportiva para entrenar. Y después a mi casa.</p> <p>¿Y después de acostas a dormir o te quedas haciendo algo? No, la semana pasada tenía prueba y hay veces que no puedo dormir. O me acuesto a las 2:00, 2:30.</p> <p>¿Pero porque te quedas leyendo o te quedas jugando con el celular? No, no soy de jugar mucho. Me quedo leyendo, miro las carpetas, completo, veo si hay trabajos prácticos que tengo que entregar.</p>
<p>Psicóloga anterior</p>	<p>A ver, él iba a un colegio especial y quizás yo porque lo quería mucho, pero no notaba tanto retraso. Siento que quizás ahora pensándolo digo, quizás el retraso estaba motivado por los aspectos emocionales. Le costaba, pero quizás le costaba un poquito más que el otro, pero no para ir a un colegio especial.</p>

Trabajo interdisciplinario	
Psicóloga actual	<p>¿Y algunas dificultades en que encontraste en estos años de trabajo? SÍ, todo lo burocrático, todo lo judicial. Cuando tenés que empezar a hacer intervenciones que ya no dependen de vos y que si o si necesitas el trabajo interdisciplinario. Si del otro lado no tenes personas que quieran trabajar, nada se puede y es real. En el caso X se logró porque del otro lado encontré gente que quería trabajar, si no hubiera sido imposible, es como que boicotean el trabajo, sólo no se puede trabajar. Por eso también tomamos la decisión de que si vemos que algún paciente necesita psiquiatra y nosotros no conseguimos, se deriva a que haga tratamiento en otro lado, porque si no el psiquiatra trabaja por un lado y vos por el otro y así no vale la pena.</p>
	<p>¿Qué diferencia al Centro de Bajo Flores con otras villas? El trabajo en equipo, hay realmente equipo en Bajo Flores y hay equipo en todo. Yo creo que va pasando el tiempo y cada vez estamos más insertos en la Parroquia, no sé, tiene algo. Yo trabaje en la villa 31 y no pude.</p>
	<p>Tené la supervisión, porque la supervisión la necesitas hasta para respirar.</p>
	<p>Hablaste del trabajo interdisciplinario, ¿con que otros actores se relacionan y como trabajan con ellos? Nos relacionamos con un montón hoy en día, antes era mucho trabajo con los curas y el único actor externo era el acceso a la justicia. Hoy en día tenemos contacto directo con defensorías, distritos escolares, distintas escuelas dentro del barrio, una salita.</p>
	<p>El barrio evolucionó mucho. Hubo cambios y muy positivos. Aumentamos mucho la cantidad de horas de atención. También se incorporaron los hogares de cristo, las escuelas y el club y todo se articula con el Centro. En el medio hubo una evolución de 10 años.</p>
	<p>Él era muy inhibido, recibía mucho bullying también en el club.</p>
	<p>Tengo a los dos conmigo, que me volvió a llamar la escuela, todo.</p>
	<p>Que Aldo tuviera miedo de volver sólo de San Lorenzo porque había visto que a alguien le robaban y llamar para que lo vayan a buscar y que sea el hermano el que lo fuera a buscar, no el padre ni la novia del padre.</p>
	<p>A partir de eso es que yo hablo con la gente de desarrollo social, hay dos trabajadoras sociales, les cuento la situación y hablamos de esta preocupación que yo tengo de que los chicos estaban muy solos. Ellas ahí intervienen</p>
	<p>Durante todo el año pasado y este año, se hizo un muy buen trabajo con el club, está muy encima, entonces los chicos se van de viaje con el club.</p>
	<p>Si hace las cosas, y en la escuela, gracias a Dios, le están encima. Se lo cuida un montón.</p>

	<p>Entonces el otro día uno de los que trabaja en la parroquia lo vio a uno de los chicos en la esquina y ya le pasa por a lado y le pregunta ¿Qué haces vos en la esquina? Ya que en la esquina como que implica algo más, ¿no? Como “correte de ese lugar porque te estamos cuidando todos”. Entonces al estar tan solos, estamos todos pendientes de ellos (...) están adolescentes, no estamos libres de que terminen cayendo. Hay que estarles muy encima para que no caigan.</p>
Aldo	<p>Y ¿dónde tenían los encuentros? ¿Acá? Hay veces donde teníamos en la capilla y otras acá.</p>
	<p>Y aparte de acá, con las psicólogas, ¿haces otra cosa acá en la Parroquia? Hago deporte. Hago Básquet, Handball, Boxeo, Ajedrez, y muchas cosas más.</p>
	<p>¿Y los fines de semana? Los fines de semana por ejemplo, mañana tengo la caminata a Luján, hasta el domingo. Pero yo tengo que ir sí o sí porque los días domingo, acá en Madre del Pueblo, se hace Movimiento Infantil. Vienen chicos a jugar y hacemos de todo. Se hacen campamentos, nos vamos a Córdoba, un montón de cosas.</p>
Psicóloga anterior	<p>Al principio todo salía de nuestro bolsillo, después gracias a lo de fortalecimiento, se juntó plata para eso</p>
	<p>¿Cómo fue trabajar con otros ámbitos, por ejemplo el judicial? En el centro sí porque está todo muy ligado. Quizás ahora que trabajo con el mismo sistema pero en Quilmes, noto la diferencia. En Bajo Flores hay complicidad con los casos.</p>
	<p>¿Y con los curas villeros como era la relación? Espectacular. Siempre que necesitábamos algo nos ayudaba o viceversa. Muchos casos los traían ellos. Nos ayudamos mucho.</p>
	<p>¿Cómo te resultó el rol del club para con Aldo? Fue muy bueno. Muy muy bueno. Siempre acompañaron a los chicos. Incluso cuando la meten presa a la madre, Aldo estaba en el club. No sé si fue el de San Lorenzo o el de la Parroquia porque él estuvo jugando un tiempo al Básquet en San Lorenzo, pero siempre sirvió mucho.</p>

Anexo 3. Gráficos del paciente

Test

Edad: 8 años

Tomado el 15 de mayo de 2013



Retest

Edad: 15 años

Tomado el 1 de noviembre de 2019

