UNIVERSIDAD AUSTRAL

FACULTAD DE CIENCIAS BIOMÉDICAS

CARRERA DE PSICOLOGÍA

5to Año

TRABAJO DE INTEGRACIÓN FINAL

"Intervenciones clínicas en Adultos de Poblaciones Vulnerables"

Supervisoras: Dra. Patricia Ovejas & Lic. Albertina Feeney

Coordinadoras de TIF: Dra. Alba Ferrara Lucía & Lic. Silvina Miceli

Colaboradores: Dra. Susana Levantini

Alumna: Agustina Sorrentino

INDICE

Resumen **3**

Introducción **4**

2.1. Centro María Madre del Pueblo 4

2.2. Logoterapia 7

2.3. Psicoterapia psicoanalítica 9

2.3.1. Evaluación de Psicoterapia Psicoanalítica. 12

2.4. Adultez 13

2.4.1. Adultez temprana. 13

2.4.2. Adultez intermedia. 14

2.4.3. Adultez tardía. 14

2.5. Concepto de Salud y H-T-P 15

3. Objetivos e Hipótesis **17**

4. Metodología **17**

4.1. Participantes 17

4.2. Instrumentos 19

5. Resultados **20**

5.1. Resultados Estadísticos 20

5.2. Resultados Descriptivos 20

5.3. Estudio de caso 22

6. Discusión **26**

6.1. La psicoterapia y un cambio en la imagen del sí mismo 29

6.2. Integración de la Logoterapia y Psicoterapia Psicoanalítica a través del estudio de caso 30

6.3. Limitaciones de la investigación y futuras líneas 31

7. Conclusión **32**

9. ANEXOS **37**

Resumen

Introducción y objetivos: Los objetivos de este proyecto son analizar la eficacia de las psicoterapias breves por focos de la escuela de Viktor Frankl y Héctor Fiorini, a través del estudio de focos planteados, focos logrados y focos no logrados en adultos que asistieron al Centro María Madre del Pueblo ubicado en la Villa 1-11-14. A su vez, se evalúan los avances, retrocesos y permanencias de 12 adultos pertenecientes al Centro María Madre del Pueblo mediante un análisis de la técnica proyectiva House, Tree, Person (HTP). Por último, se tendrá como objetivo utilizar un estudio de caso como ejemplificador de la terapia por focos, integrando la teoría de Viktor Frankl y Héctor Fiorini.

Métodos: Se seleccionaron 53 historias clínicas de pacientes adultos pertenecientes al Centro, de las cuales 12 tenían test re-test de la técnica HTP. Mediante la prueba de Wilcoxon se analizaron cuántos de los focos planteados al inicio fueron resueltos al final de la psicoterapia. Asimismo, se utilizó la técnica proyectiva gráfica HTP, para ver avances, permanencias o retrocesos, en los pacientes que asistieron al centro. A través de la búsqueda de categorías centrales se analizaron las entrevistas que formaban parte del estudio de caso.

Resultados: A partir del autoreporte de pacientes, se detectaron cambios significativos en los focos: problemas en la dinámica pareja, problemas en la dinámica padre-hijo, síntomas asociados a las emociones, violencia de género, duelo y otros. No se detectaron cambios significativos en los focos adicciones, violencia intrafamiliar y abuso. Mediante la técnica HTP se encontró que, en la mayoría de los casos, los pacientes permanecían igual antes y mientras estaban realizando psicoterapia, aunque se observaron avances importantes en función a las relaciones interpersonales, en la autoestima y en el fortalecimiento del yo. Según lo reportado en las entrevistas, se encontró que la integración de ambas teorías es eficaz debido a que los focos planteados por la paciente fueron resueltos al finalizar el tratamiento y a su vez debido a que la paciente refiere haber cambiado gracias al mismo.

Conclusión: De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación, se podría afirmar que la integración de ambas escuelas es eficaz para lograr cambios en los adultos de poblaciones vulnerables.

Palabras Clave: Adultez, Logoterapia, Psicoterapia Psicoanalítica, Pobreza y Vulnerabilidad, Villas Miseria.

Introducción

El Centro de Orientación Psicológica María Madre del Pueblo está ubicado en la villa 1.11.14 y nació como iniciativa de la Universidad Católica Argentina frente a las necesidades que percibían los curas villeros, actores importantes en la historia de las villas, debido a su rol activo para ayudar a la comunidad y para evitar que se eliminen estos barrios (Ovejas, 2013). Este centro brinda a los curas villeros la ayuda profesional necesaria para afrontar los conflictos cotidianos en los que se encuentran sumergidos los habitantes. Para llevar a cabo este proyecto, el Centro vincula, por un lado, la teoría de Viktor Frankl, denominada Logoterapia y, por otro, la Psicoterapia Psicoanalítica propuesta por Héctor Fiorini (Ovejas, 2011).

El Centro de Orientación integra ambas escuelas ya que busca lograr una atención que penetre en todas las dimensiones del ser humano. A esta idea, Ovejas (2011) agrega que debido a que el hombre es múltiple en su esencia, es necesario que se lo aborde desde múltiples miradas para lograr equilibrio y salud mental.

Muchas escuelas no se imaginan a sí mismas como una complementación y es ahí donde aparece el error, ya que como opinaba Frankl, para abordar al hombre psicoterapéuticamente, es necesario hacerlo desde cada dimensión que éste posee y con técnicas específicas para cada una de ellas**.** El tratamiento de la dimensión biológica y psicológica debe ser realizado a través del psicoanálisis, pero es necesaria la intervención en la dimensión espiritual para afianzar, completar y confirmar el tratamiento de las otras. Si no se trabaja el estrato espiritual, el hombre vuelve a enfermar (Ovejas, 2011).

2.1. Centro María Madre del Pueblo

A fines de 1930, aparecen en la Ciudad Buenos Aires, las denominadas villas miserias, que se identifican por tener un trazado irregular y un alto nivel de ocupación del suelo. Estas villas se volvieron para muchos inmigrantes, un lugar de fácil acceso para llegar a la ciudad (Di Virgilio, Marcos & Mera, 2015). Años más tarde, aparecen en estos lugares los sacerdotes, que se caracterizaban por la escucha y preocupación por los habitantes, respondiendo ante la problemática no solo espiritualmente, sino también materialmente (Ovejas 2013). Estas villas se caracterizan por ser, según Varela & Cravino (2008), barrios informales. Hay dentro de ellas, viviendas construidas con materiales precarios, inadecuados

y, es un lugar donde, por lo general, las necesidades básicas se encuentran insatisfechas (Suárez, Mitchell, Lépore, 2014). Asimismo, ONU-Hábitat alude al término barrio precario para referirse a hogares que se encuentran en un área urbana, privados de condiciones dignas como suficiente espacio, acceso a agua e instalaciones de higiene. Otra de las características asociadas a las villas, apunta a su aspecto, debido a que se accede a través de pasillos estrechos y en la mayoría de los casos, sus construcciones crecen en altura, debido a la poca disponibilidad de suelo (Suarez et al, 2014).

Todas estas características mencionadas forman parte de lo que se conoce como vulnerabilidad. Este concepto es definido como el contexto en el que se pueden encontrar las personas o los grupos, que no deja o influye en la autodeterminación y la libertad para elegir qué hacer (León Correa, 2011). La vulnerabilidad entraría en contraposición al concepto de progreso, donde según el enfoque del desarrollo humano, es comprendido como un proceso donde lo que se busca es el desarrollo completo de las capacidades humanas. Este desarrollo va a tener como objetivo principal que las personas puedan ampliar sus opciones de vida y puedan crear un ambiente que les permita gozar de una vida saludable (Tinoboras, 2018). Siguiendo con la misma línea, el concepto de calidad de vida va a remitir al concepto de bienestar y es por eso que todo factor que dificulte o actúe como obstáculo frente al pleno ejercicio de derechos, va a ser considerado un déficit en la vida de la persona.

Otro concepto importante de mencionar es el término de pobreza. Según la CONEVAL (2009), la pobreza se caracteriza por una coincidencia entre dos espacios de carencia. Por un lado, el espacio asociado a lo económico y por otro, el espacio que se refiere al desempeño de derechos. Es por eso, que una persona será pobre en la medida en que se encuentre en un hogar carente tanto en lo económico, como en derechos sociales.

Para Max-Neff (1993) es importante que la concepción de bienestar sea ampliada hasta el punto tal de incluir las necesidades psicosociales que presenta la sociedad. Lo que busca el desarrollo a escala humana, teoría desarrollada por el autor anteriormente mencionado, es que se trascienda la racionalidad económica y se comience a comprender al ser en su totalidad, como una persona que posee necesidades. Esta perspectiva entonces va a comprender la realización plena de las capacidades humanas debido a que coloca en el centro de su teoría la calidad de vida (PNUD, 2000). Desde esta perspectiva se argumenta que, si bien el bienestar económico es necesario para el logro de una buena calidad de vida, éste

debe ser tenido en cuenta como un medio para lograr el crecimiento de las capacidades y no como un fin en sí mismo (Bonfiglio, Vera, Rodriguez Espínola & Salvia, 2018).

Dentro de las villas, las temáticas más comunes se relacionan con la violencia intrafamiliar, violencia de género y las adicciones. Dentro de la violencia de género, se puede observar que existen diversos factores que son tenidos en cuenta por la mujer al momento de tomar una decisión y denunciar al agresor. Muchas veces, deciden permanecer en esa situación debido a que la sumisión de las mujeres es algo natural y cultural. Además, el hecho de denunciar maltratos y agresiones es algo relativamente nuevo que nace gracias a la creación de establecimientos especializados en brindar ayuda para este tipo de problemática y gracias al aumento de conciencia de las mujeres para evaluar la violencia de género como un hecho que viola los derechos humanos (Rico, 1996). En relación a la violencia intrafamiliar, se piensa que todo aquello que sucede dentro de una familia debe quedar resguardado y que se deben esconder aquellos hechos que ocurren dentro del sistema. Si bien esto es válido, es importante señalar que la persona debe mencionar aquellas situaciones que perjudiquen a los miembros de la familia (Grisolía Gonzales, 2006). En el caso de las adicciones, se puede ver como desde 1990 hay un enorme incremento del paco en los barrios vulnerables. Para intentar controlar esta situación, en el 2008 nace el Programa Hogar de Cristo creado por los curas villeros, que pretende abordar la problemática de las drogas. Estos hogares se encuentran cerca o dentro de las villas debido a las situaciones de vulnerabilidad que sufren las personas (Azparren, 2017).

En el Bajo Flores surgieron específicamente en 1955 tres villas: la villa n°1 (Medio Caño), la villa n°11 (Bonorino) y la n°14 (9 de Julio), aunque luego terminaron agrupándose en lo que actualmente se conoce como villa 1 11 14. (Suárez et al, 2014). Años más tarde, concretamente en el 2011, aparece en esta villa un Centro de Orientación Psicológica y Psicopedagógica que tiene como objetivo brindar ayuda a los más vulnerables, que se encuentran expuestos a la pobreza y carecen de las necesidades básicas cubiertas (Ovejas, 2013).

La idea de hombre que presenta la Logoterapia permite, no solo el trabajo de la dimensión espiritual con los pacientes, sino que también hace accesible el trabajo con los sacerdotes de la villa, quienes operan como agentes de salud, colaborando con la derivación, las intervenciones y actúan como modelos sanos a quien imitar. Después de todo, es

importante reconocerlos como parte del Centro. Las personas que viven en la villa 1 11 14 saben que el centro es un lugar para acompañarlos y fomentar su crecimiento (Ovejas, 2013).

Asimismo, en un ámbito donde las personas se encuentran al margen de las posibilidades, sin las necesidades básicas cubiertas, con su vida en riesgo y siendo discriminadas, es necesario un profesional que acompañe y consuele, que esté presente para aliviar la situación, como también para ampliar la visión que tienen ellos del problema, con el objetivo de facilitarles nuevas posibilidades y maneras de enfrentar la problemática. Es importante acompañarlos, pero sin caer en el error de tratarlos como víctimas de lo que les sucede, porque la persona no está determinada por las situaciones que le acontecen. Al tratar a la persona como víctima, no se reconoce su competencia de lucha, capacidad para ser agente de salud e identificador de oportunidades (Ovejas, 2013). Además, es importante que la persona logre salir de ese papel en el que cree estar para poder liberarse de la situación y así poder decidir sobre su vida (Grün, 2019). Siguiendo la misma línea, mientras que para muchos la pobreza es un determinante, para los integrantes del Centro es solo un factor que condiciona (Ovejas, 2013).

Por último, es importante explicitar el encuadre de trabajo dentro del Centro de Orientación, en donde hay, por un lado, un respeto por la cultura del paciente y la familia, por las tradiciones, los ritos y costumbres, ya que para comprender al paciente en su totalidad, hay que comprender de dónde viene. Por otro lado, todas las entrevistas terapéuticas son, al fin y al cabo, encuentros donde se acompaña al paciente en su búsqueda del sentido. En el encuentro se despliega lo más íntimo y subjetivo de la persona (Ovejas, 2013).

2.2. Logoterapia

Viktor Frankl fue el creador de la tercera escuela vienesa denominada Logoterapia, que se ubica detrás del psicoanálisis fundado por Freud y de la psicología individual promovida por Adler. Al concebir la Logoterapia, Frankl no solo buscó completar las ideas de la escuela psicoanalítica sino que también se propuso consumar la idea de hombre en la cual se apoyó Freud, ya que para él todas las psicoterapias poseen detrás premisas antropológicas de base (Ovejas, 2011). Asimismo, Frankl agrega que la Logoterapia se va a centrar en el significado de la existencia humana y en la búsqueda del sentido por parte del hombre (Cuellar Ospina, 2011).

Para comprender la teoría fundada por Frankl, es necesario conocer su antropología humanista, en donde el ser humano es un ser bio-psico-espiritual que forma una totalidad y unidad. Las dimensiones biológicas y psicológicas son compartidas con los animales mientras que la dimensión espiritual es lo específicamente humano (Cuellar Ospina, 2011). Frankl agrega que es inútil buscar la unidad en el plano biológico o psicológico, ya que se la debe buscar en la dimensión específicamente humana, la espiritual. Esta visión se contrapone a la idea de hombre que poseía Freud, quien se basó en Darwin, obteniendo un enfoque mecanicista, atomista y energético, en donde se pierde la libertad y la capacidad estrictamente humana de poder enfrentar las determinaciones que la vida presenta. (Ovejas, 2011)

El ser hombre, para Frankl y al contrario de Freud, es un ser que no se encuentra impulsado por los instintos, sino un ser que decide, elige y se responsabiliza por sus acciones. La postura Frankliana sostiene que el hombre, pese a los condicionamientos que le presenta la vida, tiene la capacidad y habilidad de tomar una actitud frente a ellos y decidir cómo responder (Ovejas, 2011). La predisposición psicofísica y la situación social condicionan la posición natural en que se halla una persona, pero no es lo decisivo. Lo decisivo radica en la persona espiritual, en la actitud personal que adopta frente a dicho contexto natural. Cuando se trata de actitudes, siempre es posible el cambio de actitudes existenciales (Lukas, 1998).

Para Frankl, la psicoterapia debe proporcionar al paciente los medios para reconocer los valores que están dentro del sufrimiento. Para poder aceptar estos valores, es necesario que el paciente logre encontrarle una causa, un por qué al sufrimiento, para que así, como consecuencia de este proceso, el sufrimiento deje de ser sufrimiento. Por todo esto dicho, se podría decir que el trabajo del terapeuta radica en acompañar al paciente hacia el crecimiento. (Ovejas, 2009).

Este autor admite que en el hombre está presente lo que denominó la voluntad de sentido, que alude a la búsqueda personal y propia del sentido de la vida. Si se tiene en cuenta este aspecto, se modifica y amplía el ámbito de la psicoterapia, ya que existe una nueva visión frente a los problemas y aumentan las oportunidades que la vida le plantea al paciente ya que todo actúa como una fuerza que impulsa al hombre a crecer (Ovejas, 2011)

El terapeuta debe invocar la última instancia, esa instancia que se relaciona con la capacidad de decidir, porque para obtener resultados, es necesaria la acción. Según Lukas (1998) el objetivo no es solamente que el paciente mejore su estado de salud, sino que se

apunta a un progreso de adentro hacia afuera, prosiguiendo el desarrollo. Además, el terapeuta debe cumplir el rol de facilitador, donde se presenta como una persona que a través de sus recursos terapéuticos, va a despertar en el paciente, sus recursos genuinos, para poder así recuperar el equilibrio y la responsabilidad. Esto no quiere decir que el terapeuta facilita las cosas para el paciente, sino que le proporciona los medios para lograr encontrar las respuestas. (García Pinto, 2009).

2.3. Psicoterapia psicoanalítica

Para comprender los conceptos que se encuentran dentro de la Psicoterapia Psicoanalítica, primero hay que comprender a qué nos referimos cuando hablamos de psicoterapia. Lopera Echavarría (2017) la define como aquel proceso que se encarga del tratamiento del alma, con el objetivo de aliviar el sufrimiento o de emitir una actitud ante la vida.

La Psicoterapia Psicoanalítica hace accesible el trabajo completo con el paciente y aporta más herramientas que la interpretación; además; permite acompañar y actuar junto con el paciente para lograr modificaciones en la conducta que genera el problema. El terapeuta debe mostrarse como una persona disponible, que está inserta en el proceso junto con el paciente (Ovejas, 2013). Para Gutiérrez & Ávila Espada (2014) la Psicoterapia Psicoanalítica debe utilizar métodos que le permitan, por un lado, disminuir el malestar clínico del paciente, pero también ayudarlo para que incorpore habilidades más adaptativas para afrontar la vida. Es por esto que la función del terapeuta debe ser aliviar el síntoma, pero también ofrecerle al paciente mejores capacidades y recursos. Si todo esto ocurre, se obtiene como resultado un sujeto más seguro de sí mismo y con destreza para controlar aquello que le sucede.

Para comprender la Psicoterapia Psicoanalítica creada por Fiorini, es necesario primero enmarcarla dentro de lo que se denomina psicoterapia breve. Según Lopera Echavarría (2017), estos tipos de terapias intentan trabajar con el paciente de una manera focalizada, es decir, que realizan una restricción del trabajo hacia un punto central de la vida del paciente. Este tipo de psicoterapia según García Arzeno (1997) actúa como un beneficio para una mayor cantidad de personas que debido a su situación vital y laboral, no pueden recurrir a terapias extensas como un psicoanálisis tradicional. Además, surgen por dos motivos; por un lado, para satisfacer la demanda de la población en relación a la asistencia psicológica y por otro lado, porque aparece la necesidad de poder adaptar la técnica del

psicoanálisis, para poder tratar todos los trastornos psicológicos. Es por eso, que la psicoterapia psicoanalítica, permite el trabajo con poblaciones complicadas, como por ejemplo las villas, ya que adapta el modelo clásico para tratar situaciones poco comunes (Lopera Echavarría, 2017; Fiorini, 2013).

Asimismo, Ovejas (2009), afirma que se debe recurrir a este tipo de terapia para solucionar aquellos conflictos de los pacientes que requieran ver solo su situación actual. El hecho de que su nombre contenga la palabra breve, no significa que el tiempo de tratamiento sea corto, sino que lo se busca es poder ponerle un límite al tratamiento para focalizar en aquellos síntomas o problemas que el paciente proponga. Es importante destacar que cuando se acortan los tiempos y se focalizan los problemas, se lograrían obtener resultados terapéuticos y también, se ayudaría a más personas (Barreira, 2016). Además, este tipo de terapias van a centrarse, en primer lugar, en la situación actual del paciente, en los causantes actuales de la enfermedad, crisis o descompensación, aunque esto no quiere decir que se deje de lado el pasado del paciente. Este tipo de psicoterapias también puede relacionarse con la Logoterapia, ya que la escuela anteriormente explicada, trabaja con objetivos en mente (Ovejas, 2009). Luego, es importante recalcar el hecho de que es una psicoterapia del yo, ya que busca constantemente el desarrollo de las áreas del yo libre de conflicto. Dentro de esta teoría, es necesario que el terapeuta cuente con aspectos sanos del paciente, y que no se quede únicamente con la información que éste trae, sino que consulte, intervenga, explore; ya que su postura es más orientadora en comparación con el rol del psicoanalista clásico. A su vez, esta psicoterapia breve se va a centrar en el afuera de la sesión, en la realidad que lo rodea para fortalecerlo (Fiorini, 2008).

La teoría desarrollada por Héctor Fiorini cuenta con un trípode sobre el cual se apoya tanto la teoría como la práctica. El primer pilar hace referencia a la activación yoica; el segundo eje habla de la elaboración de un foco y por último se encuentra la relación terapéutica (Ovejas, 2013).

En primer lugar, hablamos de la necesidad de activar en los pacientes las denominadas funciones yoicas que poseen ciertas cualidades como la autonomía, la fuerza y la plasticidad. Fiorini (2008) manifestó la necesidad de hacer distinciones en las funciones yoicas, ya que este concepto abarca un conjunto y es necesario diferenciarlas. Por un lado, se encuentran las funciones yoicas básicas, que se encuentran orientadas tanto al mundo externo, así como también a aspectos del sí mismo; estas funciones son: percepción, atención,

memoria, pensamiento, programación, exploración, ejecución, control y coordinación de la acción. Luego se encuentran las funciones del yo defensivas, que están orientadas a neutralizar ansiedades a través del control de impulsos y a mejorar los recursos que posee la persona para controlar y manejar la angustia (Fiorini, 2008; Ovejas, 2013). Y en último lugar, se encuentran las funciones integradoras, sintéticas y organizadoras, que se encargan de mantener una cohesión y nexo entre las funciones ya mencionadas. Según Braier (1984), es importante que la persona aumente sus funciones yoicas saludables, y para eso es importante que el terapeuta confirme conductas o pensamientos que se relacionan con un trabajo sano.

En segundo lugar se encuentra el establecimiento de un foco. En el trabajo psicoterapéutico, este concepto se relaciona con delimitar hacia un punto central la problemática del paciente. Fiorini (2008, 2013) expresó que la focalización se centra en un problema que se vive como prioridad, por lo tanto, el paciente no aparece en la consulta con todos sus problemas, sino que los jerarquiza. El foco actúa como una hipótesis central y sobre la cual va a girar el tratamiento (Ovejas, 2013). El tratamiento siempre debe ser a través de focos, para poder tener en mente una meta (Fiorini, 2008). La elaboración de un foco se va a generar a través del motivo de consulta, de la forma en la que el paciente se vaya desplegando en el encuentro, las intervenciones del terapeuta, ya que es ahí donde puede aparecer otro motivo más oculto, y por último, la elección conjunta de los aspectos que se quieran tratar en la terapia.

En último lugar del trípode, se encuentra la relación terapéutica. Esta relación va a depender tanto del paciente como del terapeuta y sus capacidades. El terapeuta va a ser quien tenga como objetivo favorecer en el paciente su capacidad para afrontar problemas, es por eso que su rol es sumamente activo y comprometido, aunque no se dedica a influir en el paciente, sino que solo muestra opciones posibles de afrontamiento (Ovejas, 2013). En otras palabras, es el paciente el encargado de tomar las decisiones, y el terapeuta actuaría como un medio para lograrlo (Lopera Echavarría, 2017).

Por último, una vez explicadas ambas teorías, Ovejas (2011) afirma que, por un lado, la teoría desarrollada por Fiorini es útil debido a los aportes realizados para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales, pero también son necesarias las contribuciones de Frankl, para poder añadirle al tratamiento el cimiento antropológico apropiado que permita trabajar la problemática filosófica que el paciente trae.

2.3.1. **Evaluación de Psicoterapia Psicoanalítica.**

Braier (1984) establece que, si bien las psicoterapias breves se han dado a conocer públicamente aún no se les puede atribuir un status teórico y que son pocas las investigaciones que se dedican a demostrar su eficacia. Es debido a esto, que los objetivos terapéuticos en estos tipos de terapias deben focalizarse en lograr erradicar el síntoma o aquella situación problemática que el paciente vive como prioridad. Además, se busca que el paciente logre enfrentar de una manera más apropiada las situaciones por las que tiene que atravesar, para así poder obtener un yo más fortalecido y consolidado. Es por todo esto que el objetivo mayor esta puesto en conseguir que el paciente mejore clínicamente hablando y pueda volver al equilibrio. (Braier, 1984; Fiorini, 2008).

Es importante que la evaluación en psicoterapia breve conste de una parte inmediata, es decir, al término del tratamiento, y también de una parte mediata, que hace referencia al seguimiento para evaluar si los resultados se conservan. Además, recomienda que la evaluación no este solo a cargo del terapeuta, sino que el paciente pueda participar activamente en el reconocimiento de sus logros (Braier, 1984). Fiorini (2008) opina que la evaluación de las psicoterapias todavía es un ámbito abierto a investigación, y hasta el momento, no se encontraron mediciones objetivas que colaboren con esta tarea. Es por esto, que los resultados acerca de la eficacia giran en torno a los profesionales, pacientes o familiares, que al fin y al cabo, a veces ven una realidad sesgada por su experiencia (Braier, 1984).

La evaluación debe realizarse teniendo en cuenta 6 aspectos: insight de la problemática, resolución de la problemática focal, mejoría sintomática, autoestima del paciente, cambios favorables en ámbitos como la pareja, las relaciones interpersonales, estudios o trabajo y por último, proyectos de vida para el futuro (Braier, 1984; Fiorini, 2008; Sifneos, 1993).

Por otro lado, Fiorini (2008) opina que la psicoterapia breve es capaz de lograr más cambios, además de la reducción del síntoma y para eso, tiene en cuenta los siguientes aspectos: modificaciones en las defensas, donde el paciente adquiere defensas para adaptativas y mayor autoconocimiento. Si bien reconoce que estas variables pueden ser indicadores de mejora en los pacientes, también admite que es muy difícil que en tiempos

definidos se logre una modificación en la personalidad de la persona. Por otra parte, si bien Gutiérrez & Ávila Espada (2014), coincide con los autores anteriormente mencionados agrega aspectos como: aceptar la propia autonomía, el estado adulto, tener habilidad para aceptar las perdidas y los cambios por los que uno va pasando y establecer relaciones maduras y acorde a la edad. Por último, Sifneos (1993) menciona los siguientes criterios: evidencias de aprendizaje, desarrollo de estrategias para resolver problemas, mejor desempeño en la actividad propia y desarrollo de actitudes útiles.

2.4. Adultez

Esta etapa aparece en la vida del ser humano luego de la adolescencia, y comienza según Papalia y Olds (1997), desde los 20 años en adelante. Una de las principales características de esta etapa reside en que la persona ya tiene desarrollada su personalidad, debido a que es un proceso que comienza en los primeros años de la persona y termina de acentuarse al final de la adolescencia (Borelle & Russo, 2017). La adultez se encuentra a su vez subdividida en tres etapas : por un lado, la adultez temprana que va desde los 20 a los 40 años, luego, la adultez intermedia que va desde los 40 a los 65 años, y por último la adultez tardía que ocurre entre los 65 años en adelante. (Papalia & Olds, 1997).

2.4.1. **Adultez temprana.**

Para autores como Griffa & Moreno (2015), esta etapa es artificial debido a que ocurre la transición hacia la verdadera responsabilidad y autonomía.

Según Schaie (1977-1978) en esta etapa ocurre lo que él denominó etapa de logros en donde las personas van a adquirir conocimientos que se relacionen con sus intereses y los objetivos para su vida. Asimismo, también está presente el pensamiento postformal, que se especifica por ser un pensamiento flexible, abierto y que puede entrelazar los objetivo (elementos lógicos) y lo subjetivo (elementos basados en la propia experiencia). En adición, este tipo de pensamiento no posee polarización, en donde las cosas son correctas o incorrectas, lógicas o emocionales, y el adulto logra comprender que los conceptos pueden mezclarse e integrarse. (Papalia & Olds, 1997).

Según los estadios del desarrollo psico-social, teoría desarrollada por Erikson, el adulto joven se encuentra en la etapa denominada intimidad vs aislamiento. Durante este momento del ciclo, es importante que las personas pueden establecer relaciones que se

caractericen por el compromiso y la estabilidad, para no caer en lo que Erikson (2011) definió como la patología básica potencial de la juventud.

2.4.2. **Adultez intermedia.**

Esta etapa se conoce como la edad adulta propiamente dicha o la edad madura. A su vez, es según Griffa & Moreno (2015) un período de realizaciones aunque también comienzan los planteos acerca de las decisiones ya tomadas.

En relación al desarrollo intelectual, las personas en edad adulta intermedia pueden seguir adquiriendo conocimientos y desarrollar habilidades, ya que científicamente se cree que el funcionamiento intelectual disminuye a partir de los 60 años (Papalia & Olds, 1997). Asimismo, presentan gran capacidad para solucionar problemas cotidianos, ya que pueden integrar sus conocimientos con la experiencia.

Luego, en lo que respecta al desarrollo psico-social de Erikson, los adultos que atraviesan este período se encuentran en la etapa conocida como generatividad vs estancamiento. Esta generatividad abarca según Erikson (2011) el interés de los adultos maduros por orientar y auxiliar a la generación que le sigue a establecerse. En relación al estancamiento, lo que sucede hace alusión a que las personas que no logran participar, se sienten inactivas (Papalia & Olds, 1997).

En adición, es relevante mencionar lo que designa crisis de la mitad de la vida en donde se realiza una observación y evaluación de la vida personal ya acontecida. Además, el adulto comienza a sentir el peso del pasado y de lo ya experimentado, como también la decadencia en cuanto a lo físico e intelectual (Griffa & Moreno, 2015).

2.4.3. **Adultez tardía.**

Esta etapa se caracteriza por la restricción y el centrar foco de la atención en lo esencial (Griffa &Moreno, 2015). Según Erikson (2011) los adultos pertenecientes a esta etapa deben atravesar la crisis final denominada integridad vs desesperación. Esta crisis refiere por un lado la necesidad del adulto de integrar su vida con coherencia y aceptación y del otro lado, se encuentra la desesperanza, en donde el adulto siente la urgencia de aprovechar el tiempo que le queda para realizar las cosas de una manera diferente. A su vez, siente que el tiempo no le alcanza y eso le genera desesperación. La virtud que se desarrolla

es la sabiduría, que se define como aceptar lo que uno ha pasado sin arrepentirse de lo que fue o de lo que podría haber sido (Papalia & Olds, 1997).

2.5. Concepto de Salud y H-T-P

La técnica House, Tree, Person (HTP) se ubica dentro de lo que se denomina técnica proyectiva gráfica. Este tipo de técnica se utiliza para obtener un conocimiento completo de la personalidad de una persona. En las técnicas proyectivas gráficas, donde se le indica a la persona que dibuje sobre un papel, lo que sucede es que la persona proyecta diferentes aspectos o características de uno mismo de manera inconciente (Rocher, 2009).

Existen dos variables dentro de esta técnica, que se pueden aplicar tanto al dibujo de la casa, como al del árbol o a la persona y tiene que ver con el tamaño y la presión del dibujo. Por un lado, el tamaño tiene que ver con la autoestima de la persona y la existencia o no de un ajuste realista al medio. Por otro lado, la presión del dibujo se relaciona con la energía que tiene el individuo y la presión normal se asocia a personas que confían en sí mismos y presentan un yo fortalecido. (Rocher, 2009; Hammer, 2016).

Según Rocher (2009) la casa está relacionada con el lugar donde la persona vive, se asocia con la vida hogareña y el vínculo intrafamiliar, por lo tanto se busca evaluar como son las relaciones familiares y que visión tiene el paciente de su familia. Dentro de la casa, se puede apreciar el techo que se relaciona con el área de fantasía del yo. Las paredes, hacen mención a la fortaleza que posee la persona, por lo tanto actúan como sostén de la personalidad. Y por último, la puerta indica la comunicación que tiene la persona con el medio externo, mientras que las ventanas serían un modo secundario de relación con el ambiente.

En relación al árbol, Hammer (1980) postula que refleja los sentimientos más profundos de la persona. Además, se relaciona con lo más primitivo e inconciente de la personalidad. Dentro del árbol, las variables que se pueden encontrar son, el tronco que simboliza la fuerza del yo, y al igual que las paredes en la casa, se relaciona con un sostén de la personalidad. Las ramas revelan el vínculo con el exterior, los anhelos y la habilidad de la persona para lograr satisfacerse del ambiente. Los frutos se relacionan con el rendimiento y el ser productivo y por último, el suelo hace referencia a la relación que mantiene la persona con la realidad (Rocher, 2009).

Por otro lado, la persona refleja un autorretrato, ya que estaría representando a la persona misma. En este dibujo, se pueden ver aspectos menos profundos de la personalidad

pero se pueden ver temáticas como: capacidad para controlar impulsos, capacidad de relacionarse con los demás o los conflictos internos. En conclusión, la persona representa el concepto que se tiene sobre uno mismo o aquello en lo que la persona desea convertirse. Koppitz (2015) recalcó dentro del gráfico de la persona 30 ítems que se relacionan con lo evolutivo, algunos de éstos son: cabeza, ojos, nariz, boca, cuello, cuerpo, brazos y piernas bidimensionales, manos, pies, etc. Estos ítems evolutivos son esperables luego de los 12 años y van apareciendo a medida que la persona avanza en edad y maduración. Los ojos se relacionan con el contacto y la comunicación con el mundo. El cuello tiene que ver con la capacidad de la persona para controlar sus impulsos. Asimismo, las manos indican la relación de la persona con los demás. Luego, los pies firmes indican seguridad y confianza en uno mismo (Rocher, 2009).

Debido a que el HTP revela información acerca de la personalidad de la persona, Braier (1984) recomienda utilizar el psicodiagnóstico como otro de las maneras para evaluar la efectividad de la psicoterapia. Para este autor es importante realizar un retest luego de que hayan transcurrido los 6 meses desde la aplicación del test, ya que a partir de ese tiempo, se pueden observar modificaciones en la persona. Al poder realizar una comparación entre el test y retest, se pueden evaluar tanto los avances como los retrocesos o permanencias que presentan las personas durante el proceso psicoterapéutico. Se entiende por avance aquellos cambios positivos que se pueden ver en una persona que se encuentra en tratamiento (Rogers, 1986). Para Cáceres, Fernández, & Sarthueza (1990) los retrocesos se ven como cambios negativos que se observan en la persona, y por último, las permanencias hacen referencia a la estabilidad de aspectos de la persona antes y luego del proceso psicoterapéutico.

Una vez obtenidos los resultados de las técnicas proyectivas gráficas, se debe continuar con un análisis holístico de la persona. Según Borelle & Russo (2017) es importante que la interpretación de las técnicas sea integrada con todo el material clínico de la persona, para poder así, obtener un diagnóstico completo teniendo en cuenta aquello que se repite a lo largo de todo el diagnostico, como también las coincidencias entre las técnicas y las diferencia.

Estas modificaciones que se pueden observar en las personas, ya sean cambios o retrocesos, pueden o no tender hacia la salud. Según Winnicott (1967) la salud no es equivalente a comodidad y tampoco se relaciona con la falta de enfermedad, miedos, incertidumbres o fracasos, ya que todo esto también forma parte de la vida de una persona sana. Lo importante es que la persona sea capaz de vivir su propia vida y hacerse responsable de sus decisiones. Para este autor, el trauma se relaciona con un hecho que rompe la

continuidad de la existencia de la persona, por lo tanto, lo que se busca, es que la persona recupere el equilibrio y su personalidad individual.

3. Objetivos e Hipótesis

Los objetivos de esta investigación son analizar la eficacia del trabajo por focos en psicoterapias breves integrando la escuela de Viktor Frankl y Héctor Fiorini a través del análisis de focos planteados, focos logrados y focos no logrados en pacientes adultos que asistieron al Centro María Madre del Pueblo ubicado en la Villa 1-11-14 desde el año 2011 hasta el 2019. También se evalúan los avances, retrocesos y permanencias de 12 adultos pertenecientes al Centro María Madre del Pueblo mediante un análisis longitudinal de la técnica proyectiva House, Tree, Person (HTP). A su vez, se tendrá como objetivo utilizar un caso de estudio para ejemplificar la terapia por focos integrando la teoría de Viktor Frankl y Héctor Fiorini.

A nivel general, se hipotetiza que el planteamiento de focos integrando la logoterapia y la psicoterapia psicoanalítica es eficaz a la hora de realizar psicoterapias breves en adultos que viven en poblaciones vulnerables.

4. Metodología

4.1. Participantes

Para realizar la investigación se recolectaron un total de 330 historias clínicas pertenecientes a aquellos pacientes que acudieron al Centro de Orientación. Para reducir la muestra fue necesario realizar una selección de los pacientes adultos (mayores de 21) que habían concurrido al Centro entre los años 2011 y 2019. De los 330 pacientes, 79 son adultos.

Luego, se elaboró un relevamiento para identificar aquellos pacientes adultos que habían realizado un tratamiento anterior al 2011 y aquellos que no habían iniciado tratamiento debido a diferentes cuestiones. De éstos 79 pacientes, 53 inician tratamiento, 12 presentan test y retest de la técnica proyectiva HTP y los 26 restantes fueron descartados de la muestra por no iniciar tratamiento.

Una vez obtenida la muestra final de adultos se registró que en relación a la nacionalidad, 37% son de Bolivia, 28% de Argentina; 6% de Paraguay, 4% de Perú, y el 25% restante no presentaba datos acerca de su país de origen.

En cuanto a los focos más recurrentes, los resultados fueron los siguientes: en primer lugar se encuentra el foco planteado como otros (I) que abarca toda aquella temática que no fue especificada en los focos anteriores. Luego se encuentran los problemas en la dinámica familiar hijos/padres (D2). Después le sigue el foco designado como problemas en la dinámica familiar/pareja (D1). Seguidamente se hallan los focos denominados como síntomas asociados a las emociones (G2) como pueden ser la angustia, depresión, ira, entre otros y seguido se encuentra el foco denominado violencia de género (B1). Posteriormente, se encuentra el foco de duelos (F), seguido por el foco de abuso (C). Ulteriormente, se encuentra el foco de violencia intrafamiliar (B2), las adicciones (A) y la orientación a padres (H). Para finalizar, no se registraron consultas con respecto a los siguientes focos: problemas escolares por aprendizaje (E1), problemas escolares por conducta (E2) y síntomas asociados a la regresión (G1) (ver figura 1) (ver Anexo 1 donde se explica la definición de cada foco).

Figura 1. Elaboración propia a través de la lectura de Historias Clínicas pertenecientes al Centro María Madre del Pueblo.

El estudio de caso fue seleccionado por la coordinadora del centro y las psicólogas del mismo, debido a que actúa como modelo de lo que es la integración de la Logoterapia y la Psicoterapia Psicoanalítica. Se decidió utilizar un caso instrumental para poder comprender mejor como es la modalidad de trabajo. Además no solo se tiene en cuenta la opinión del paciente, sino también de sus psicólogas, por lo tanto la información obtenida será más rica en cuanto a diferentes visiones sobre un mismo hecho (Stake, 1998).

4.2. Instrumentos

Para llevar a cabo la investigación se comenzó con la lectura de historias clínicas pertenecientes a aquellas personas que iniciaron tratamiento en el Centro de Orientación Psicológica María Madre del Pueblo. Luego se realizó la prueba de Wilcoxon para evaluar cuantos de los focos planteados por los pacientes al inicio del tratamiento habían sido resueltos al final de la psicoterapia.

Para el segundo objetivo se utilizó la técnica proyectiva HTP y para su análisis, se eligieron 18 variables (Ver tabla 1). Estas variables fueron examinadas por la Dra. Susana Levantini, experta de amplia experiencia en la clínica y en técnicas graficas proyectivas.

Tabla 1

Indicadores formales y expresivos del HTP.

Figura	**CASA**	**ÁRBOL**	**PERSONA**
	Techo	Tronco	Ojos
	Ventanas	Ramas	Cuello
	Puerta	Frutos	Presencia de manos
Indicadores	Paredes	Línea de suelo	Presencia de pies
	Presión	Presión	Presión
	Tamaño	Tamaño	Tamaño

Fuente: Elaboración propia

Para el estudio de caso, se realizaron entrevistas semiestructuradas a un adulto que inicio tratamiento en el Centro, a su primer terapeuta y a la actual. La guía de preguntas fue previamente aprobada por la coordinadora del Centro y la supervisora especialista en metodología cualitativa. Las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento de los actores y luego transcriptas. En seguida se comenzó su análisis a través de la búsqueda de categorías centrales que respondan a la pregunta de investigación. Las categorías seleccionadas fueron: motivo de consulta, logros/cambios, relación terapéutica, relación con la madre, relación con el hijo y relación con la pareja (Ver anexo 2).

5. Resultados

5.1. Resultados Estadísticos

A partir del autoreporte de pacientes, se detectaron cambios significativos en los focos: problemas en la dinámica pareja ($z = -3{,}317$, $p < 0.05$, $r = -0{,}52$), problemas en la dinámica padres-hijos ($z = -3{,}000$, $p < 0.05$, $r = -0{,}43$) , síntomas asociados a las emociones ($z = -3{,}000$, $p < 0.05$, $r = -0{,}53$), violencia de género ($z = -2{,}000$, $p < 0{,}05$, $r = - 0{,}53$), duelo ($z = -2{,}449$, $p <0{,}05$, $r = -0{,}65$) y otros ($z =- 4{,}359$, $p <0.05$, $r = -0{,}53$). No se detectaron cambios significativos en los focos adicciones ($z = -1{,}414$, $p < 0.05$, $r = -0{,}50$), violencia intrafamiliar ($z = -1{,}000$, $p < 0.05$, $r = -0{,}31$) y abuso ($z = -1{,}414$, $p < 0.05$, $r = -0{,}40$).

A través de un análisis inferencial se pudo ver la cantidad de focos logrados y no logrados en los focos con resultados significativos. En la mayoría de ellos, los focos son más logrados que no (Ver figura 2).

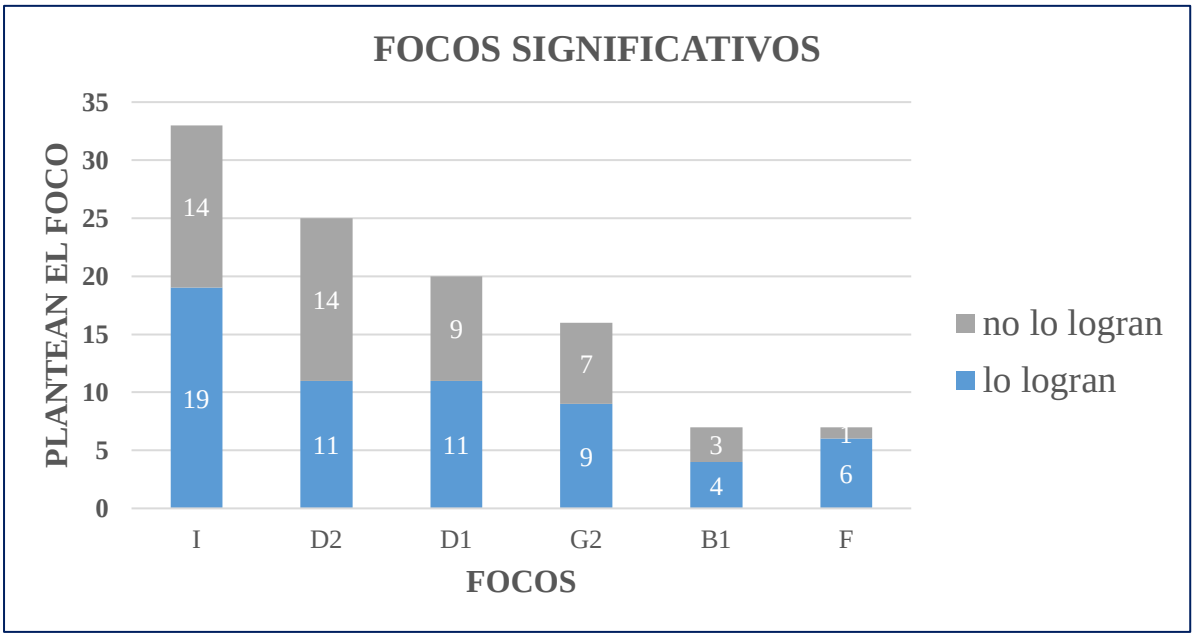


Figura 2. Elaboración propia.

5.2. Resultados Descriptivos

De acuerdo a lo evaluado por el experto en la técnica HTP, los resultados descriptivos obtenidos en relación a la casa muestran como la mayoría de los casos se encuentran

ubicados en lo que se denominó permanencia. Sin embargo, se pueden destacar los avances en las variable tamaño y presión (Ver figura 3).

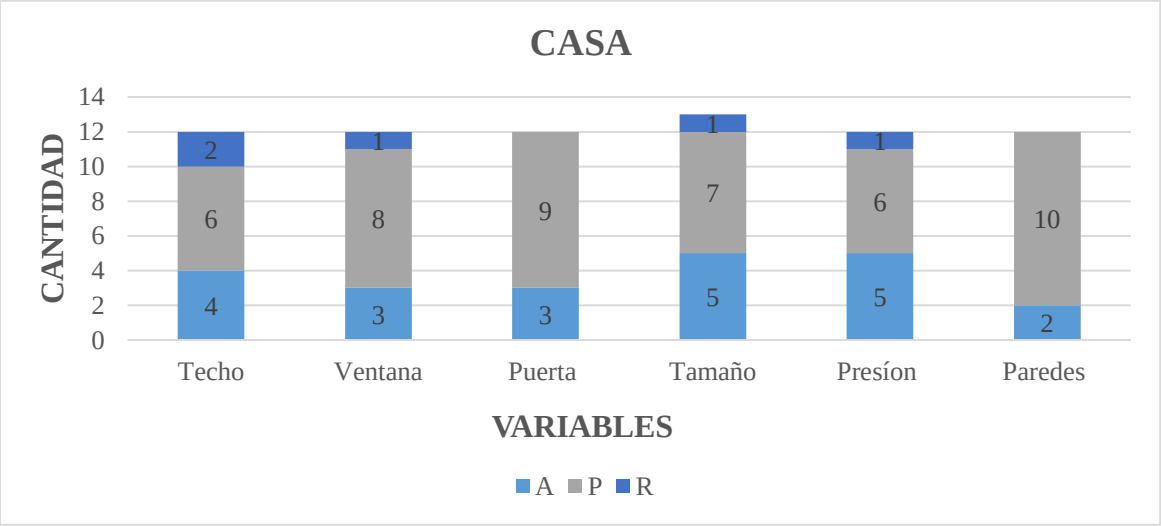


Figura 3. Elaboración propia a través del análisis de la casa de los pacientes del Centro de Orientación Psicológica realizado por la experta en Técnicas Gráficas Proyectivas

En el caso del árbol, también se puede observar que la mayoría se encuentra en la variable permanencia aunque también hubieron avances relevantes en el tronco, la presión y las ramas (ver figura 4).

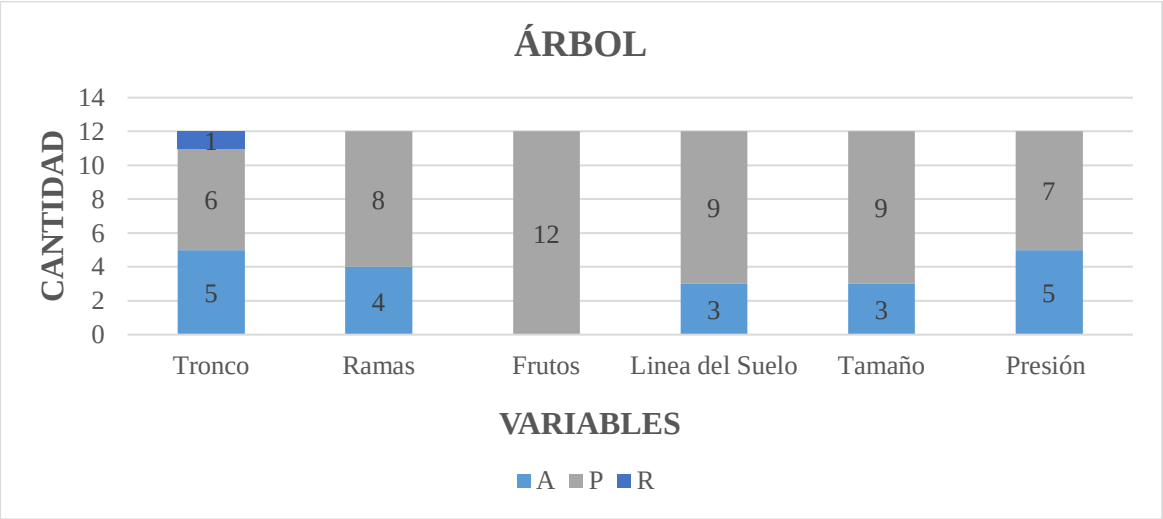


Figura 4. Elaboración propia a través del análisis del gráfico del árbol de los pacientes del Centro de Orientación Psicológica realizado por la experta en Técnicas Gráficas Proyectivas

Por último, en el caso de la persona, se repite lo mismo que en los gráficos anteriores aunque los mayores avances se encuentran en los ojos, la presencia de manos, y la presión (ver figura 5)

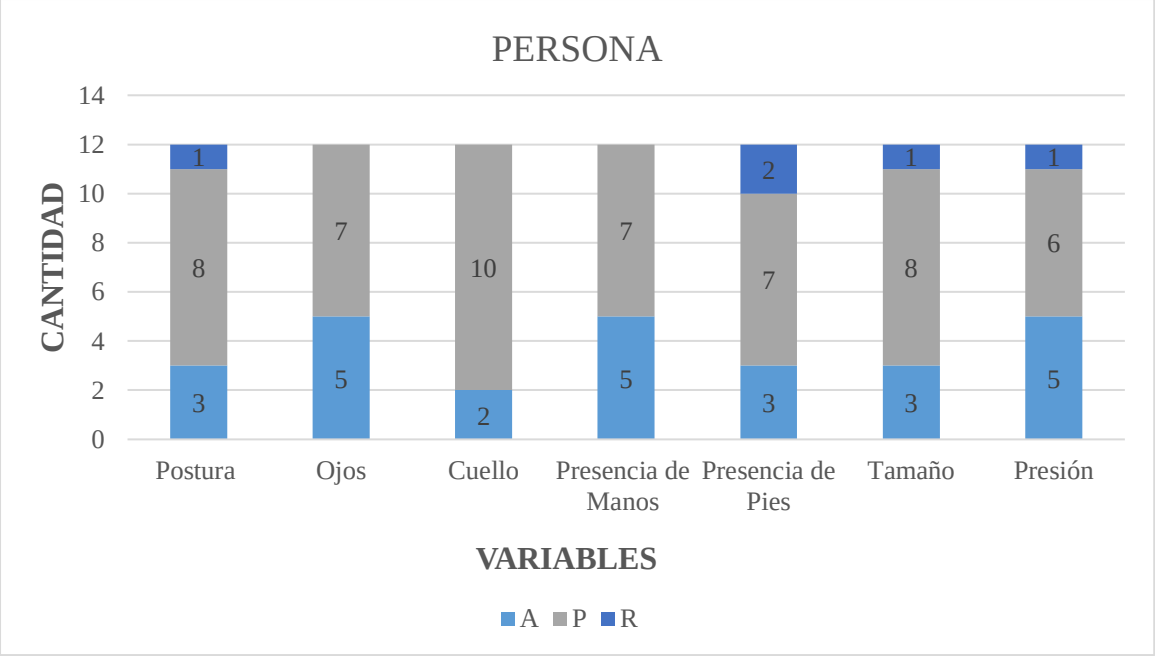


Figura 5. Elaboración propia a través del análisis de la persona de los pacientes del Centro de Orientación Psicológica realizado por la experta en Técnicas Gráficas Proyectivas

5.3. Estudio de caso

La paciente tiene 26 años y comienza tratamiento en el Centro de Orientación Psicológica María Madre del Pueblo en el año 2016 debido a que la psicóloga del hijo le recomienda arrancar un proceso terapéutico. Actualmente la psicóloga que la derivó es su psicóloga. Al hablar del motivo de consulta con A, ella refiere que *"cuando mi hijo entró a la sala de 4, la maestra me dice que necesita una psicóloga, y a raíz de esto, lo traigo acá y conozco a la psicóloga… Ahí mi hijo arranca tratamiento y después ella me dijo que yo necesitaba una psicóloga, entonces ahí conocí a mi psicóloga"*. La primer psicóloga de la paciente, refiere que el motivo fue porque ella tenía *"resistencia hacia su hijo varón, porque con su melliza, ellos nacieron producto de una violación, entonces ella sentía cierto rechazo porque consideraba que la cara del hijo le hacía acordar a la cara de la persona que la violo"*.

El primer día de tratamiento, se le administra la técnica proyectiva gráfica HTP. El dibujo fue analizado por una experta y los resultados fueron los siguientes: en la figura de la persona se puede observar como A posee una identificación masculina. Asimismo, se puede observar por la postura cierta rigidez y negación debido a que dibuja los ojos vacíos de

contenido. Por el lado de la casa, se puede ver cierto desinterés y desvalorización. En relación al árbol, no se encontraron aspectos significativos (en el anexo 3, se encuentran los gráficos)

Durante su primer tratamiento con su primer psicóloga, los focos en los cuales se centraron fueron según la psicóloga *"el tema del abuso, el tema de la relación con la madre, la relación con la pareja… y después también sobre ella, el tema de que hacer"*. La paciente concuerda en este punto ya que según ella, los temas que trabajo durante su primer tratamiento fueron terminar el secundario e inscribirse en la facultad y también la relación con su hijo. Los focos planteados por A pudieron ser resueltos a lo largo de su tratamiento, ya que tanto ella como su terapeuta notan cambios. En relación a los logros, la paciente reportó que terminó la primaria, y que gracias a la insistencia de su psicóloga también logro finalizar el secundario y hasta anotarse en la carrera auxiliar de enfermería. Durante la entrevista, la paciente refiere que en todo momento su psicóloga la apoyo en todas sus decisiones. En relación a esto, la psicóloga comentó que la paciente mejoro en varios aspectos ya que no solo arranco a estudiar una carrera, sino que también se organizó en su vida, mostrando que sabe lo que quiere como por ejemplo, *"vino muy convencida sobre que quiere, como lo quiere. Su sueño es salir del barrio, poder mudarse, y creo que lo puede lograr"*.

A mediados del tratamiento, exactamente en Noviembre, se le vuelve a tomar el HTP, y se pudo observar un gran avance en comparación con el grafico anterior. La experta sugiere que el segundo grafico muestra como la paciente realizó durante el tratamiento un "proceso de enriquecimiento en su femineidad". En la persona cambia la figura y en el retest dibuja a una mujer con mayores rasgos femeninos, por lo que se podría inferir que dibuja a la madre. A partir de este dibujo de la persona se puede ver como ella se encuentra trabajando todo lo relacionado con su parte femenina, y con el hecho de ser mujer. En función a la casa, se puede ver más organicidad e integración aunque está presente la chimenea que indica angustia. Se podría decir entonces que la paciente logra adquirir una mejor organización y se enriquece en cuenta a sus recursos.

En el Centro de Orientación Psicológica se realizan cierres con los pacientes en tres ocasiones: cuando el paciente recibe el alta, luego cuando finaliza el año y, por último, cuando el profesional o el paciente van a abandonar el trabajo terapéutico. En el caso de la paciente, la terapeuta se iba a ir del Centro, por lo tanto realizó un cierre con ella, y le pidió que enumere aquellos aspectos donde ella sentía que había mejorado por el tratamiento. Si bien esta información no fue dicha en las entrevistas, quedó registrada en la historia clínica de

la paciente. Según la paciente, ella mejoró en los siguientes aspectos: logro ponerle límites a la madre y a su pareja, aprendió a comunicarse y a reorganizarse, entendiendo que no puede hacer todo ya que uno tiene límites. Además comento que logro aprender a tratar a su hijo y que uno puede lograr aquello que se proponga.

La paciente finaliza el tratamiento con su primera psicóloga en Julio de 2017, debido a que por cuestiones personales, la profesional debió dejar de trabajar en el Centro. Ella no había recibido el alta, por lo tanto su tratamiento debía continuar con otro profesional. Sin embargo, se presenta nuevamente en el centro un año después, en abril del 2018. Frente a esto, se le pregunta a la psicóloga actual si sabía el motivo por el cual no había vuelto antes y dijo *"ella no sentía que necesitaba tratamiento. En ese tiempo, arranco a estudiar, y cuando volvió, su demanda era su hijo… se acercó para que su hijo vuelva a tratamiento y ahí ella empezó conmigo"*. El hecho de que la psicóloga actual haya sido anteriormente la psicóloga de su, su hijo, no molestó ni incomodó a la paciente en ninguno aspecto, ya que ella refiere que *"ahora tengo más confianza que antes, además ella sabe más sobre todo. Me siento mejor con ella, porque ella trató a mi hijo y yo veo cambios en él, entonces sé que ella me va a ayudar a mí, porque me conoce"*.

Los focos que trabaja con su nueva psicóloga, que continúa siendo su psicóloga actualmente son 3 principalmente: el vínculo con la madre, el vínculo con el hijo y el vínculo con pareja. En relación a la madre, la paciente afirma que el tratamiento la ayudó mucho a mejorar su vínculo con la madre. Esto se puede mostrar a través de frases como *"yo antes le tenía miedo a mi mamá, ella manejaba mi vida, mis horarios, y ahora esto ya no pasa, ya no me interesa lo que me diga. Yo sé que ella me ayuda, que quiere que me reciba pero hay momentos pero hay momentos que le digo lo que pienso y ya no me guardo nada. Con mi mamá he cambiado mucho, ahora le puedo decir que no a las cosas que me dice, o que no voy a hacer tal cosa. Antes no le podía decir nada porque siempre se enojaba o agarraba y me pegaba"* o *"yo creo que hasta hoy en día, ella es más madre de lo que era antes, porque ahora siento que tengo relación. Mi mamá me abraza ahora. Yo ahora veo a mi mamá y digo "ella aguanto muchas cosas y sigue"*. Al hablar del vínculo con la madre, la psicóloga actual no ahonda mucho en el tema, sino que sólo dice *"sigue siendo conflictiva, va y viene. La madre está para ella, cuida a los hijos, y tiene buen vínculo, pelean un montón también. El tema es que al vivir juntas, chocan mucho"*.

En lo que respecta a la relación con su hijo, la paciente menciona que cambió a lo largo del tratamiento, ya que en un principio ella dejaba de lado a su hijo, y esto lo menciona en la entrevista de la siguiente manera: *"(…)a mi hijo yo lo dejaba de lado y sólo estaba con mi hija, el varón me daba lo mismo, entonces ella me preguntó por qué, y yo le conté que en la cara de mi hijo, aunque no me acuerdo bien, me imagino a la persona que me violó, y como es hombre, me cuesta. A mí me costó darle la teta, jugar con él, atenderlo cuando lloraba"*. Si bien durante el tratamiento con la segunda psicóloga, la relación de la paciente con su hijo mejoró significativamente, actualmente se encuentran trabajando la culpa que tiene ella por el leve retraso que tiene su hijo. En la entrevista con la psicóloga, esto queda demostrado de la siguiente manera *"ella fue abusada, no recuerda el abuso en sí, pero se acuerda que estaba en un boliche y que al otro día despertó en un hotel y después quedo embarazada. Ella por mucho tiempo rechazó a su hijo por eso, entonces ella siente que es la culpable de lo que le pasa al hijo, que tiene un leve retraso"*. Además, agrega que *"a ella nunca le costó asumir que tiene un conflicto en la vinculación con su hijo. Le cuesta mucho cambiar, eso sí, le cuesta ver al hijo como un chico que tiene un leve retraso, ahora él tiene un certificado de discapacidad y él no la tiene, sólo tiene una dificultad para aprender, pero nada que lo incapacite. Se trabajó mucho esto, que su hijo tenga un certificado, no quiere decir que sea tonto y que no puede"*.

En cuanto a su pareja, la paciente manifestó en la entrevista, que él es 20 años mayor y que hubo un tiempo cuando pensó en separarse, pero la separación sólo duro una semana, además que estuvo a punto de engañarlo pero por respeto no lo hizo. Asimismo, cuando habla de él dice frases como *"parece que yo no le importo, que le da igual si me cuido, si me peino, si me baño, ni me mira. (…) a mí me faltan cosas que él no hace. (…) también a veces pienso que como yo nunca tuve una familia completa, quiero darles eso a mis hijos"*. En relación a esto, la psicóloga comenta que actualmente ella empezó a querer ser mirada como mujer, no como la esposa de o la madre de, entonces eso a ella le cuesta un montón porque le genera culpa.

Para finalizar, en relación a los aspectos en los que la paciente mejoró, la profesional refiere que los mayores cambios los hizo con la psicóloga anterior, debido a que con ella pudo terminar la primaria, la secundaria, arrancar una carrera y que este año, en diciembre, se recibe pero que también mejoró en aspectos como comenzar a replantearse las cosas, a saber que hay algo más allá que el marido, la relación con su hijo, y comenzar a ser ella antes que nadie. Además la misma paciente refiere que ahora puede hablar de lo que le paso en su

pasado, pudo tener una pareja cuando antes no podía ni acercarse a un hombre. Siguiendo la misma línea, ahora logra pensar antes de actuar, por lo tanto mejoró en el control de sus impulsos y también en el hecho de comparar a sus hijos, ya que ahora entendió que son diferentes. La paciente refiere que se lleva diferentes cosas de sus terapeutas: *"la tengo muy presente a mi primer psicóloga, y es distinta a la de ahora, con la anterior era todo vos podes, dale que podes, y ahora es más no sos más la madre ni esposa de, sino que sos vos. Ella siempre me dice, antes de hacer las cosas pensá. Cuando ella me empezó a hablar así, a mí me quedo mucho".*

6. Discusión

Los objetivos de este estudio eran analizar la eficacia del trabajo por focos en psicoterapias breves integrando la escuela de Viktor Frankl y Héctor Fiorini a través del estudio de focos planteados, focos logrados y focos no logrados en pacientes adultos que asistieron al Centro María Madre del Pueblo ubicado en la Villa 1-11-14 desde el año 2011 hasta el 2019. También, evaluar los avances, retrocesos y permanencias de 12 adultos pertenecientes al Centro María Madre del Pueblo mediante un análisis de la técnica proyectiva House, Tree, Person (HTP) y por último, realizar un estudio de caso como ejemplificador de la terapia por focos integrando la teoría de Viktor Frankl y Héctor Fiorini. La hipótesis planteada indicaba que el planteamiento de focos integrando la logoterapia y la psicoterapia psicoanalítica es eficaz a la hora de realizar psicoterapias breves en adultos que viven en poblaciones vulnerables.

En relación al primer objetivo, los focos significativos fueron aquellos en los cuales hay más logrados que no logrados, por lo tanto, se podría ver una correlación con lo que dice Braier (1984), ya que uno de los primeros aspectos a tener en cuenta a la hora de evaluar la psicoterapia breve tiene que ver con que se solucione en la vida del paciente la problemática que él desea trabajar. Este punto también se relacionaría con el hecho de que los focos significativos son también los focos más recurrentes en la población de adultos, por lo tanto, se observaría que al centrar la problemática hacia un punto nodal, la eficacia del tratamiento aumenta, ya que todo se concentra en un aspecto de su vida (Fiorini, 2008).

Según los resultados, se vio que la integración de la Logoterapia con la Psicoterapia Psicoanalítica es eficaz para los siguientes focos: problemas en la dinámica de pareja (D1),

problemas en la dinámica padres/hijos (D2), síntomas asociados a las emociones (G2), violencia de género (B1), duelos (F) y otros (I) como organización, finalización del secundario, posibilidad de mudarse o ideas suicidas.

Braier (1984), Fiorini (2008) y Sifneos (1993) opinaban que la evaluación de la psicoterapia debía incluir mejoras en torno a las relaciones interpersonales y esto se puede observar a través del logro del foco D2 y D1, donde gracias a la psicoterapia empleada por el centro, las personas mejoran significativamente sus relaciones familiares y también las de pareja. Siguiendo la misma línea, a través de los avances en las ramas, los ojos y la presencia de manos, se puede ver como la persona mejora notablemente en función al vínculo con el medio, ya que estos indicadores se relacionan con la comunicación con el mundo externo (Rocher, 2009).

El hecho de que haya logros en la problemática vinculada a la relación de pareja se relaciona con la etapa psicosocial de Erikson por la que pasan los adultos, denominada, intimidad vs aislamiento, donde lo que se espera es que la persona logre entablar con un otro un vínculo maduro y estable (Erikson, 2011). Esto también se vincula con el estudio de caso, donde se puede observar como la paciente, quien tiene 26 años, está atravesando esta etapa psicosocial definida por Erikson, ya que uno de los focos que se encuentra trabajando actualmente tiene que ver con la relación con su pareja y con lo que ella espera de otro.

A través de los resultados autoreportados por los pacientes, también se pudo observar que hubo una mejora en relación a la disminución de los síntomas asociados a las emociones. Esto se relaciona con una parte del trípode que explica Fiorini (2008) en su teoría, y tiene que ver con la activación de funciones yoicas en el pacientes. Estas funciones se encuentran clasificadas y este foco (G2) entraría en relación con las denominadas funciones yoicas defensivas que se encargan de controlar los impulsos así como también de dominar la angustia. Asimismo, en este foco también se pueden ver los aportes de la Logoterapia ya que se busca que la persona logre encontrarle un sentido al sufrimiento, para así poder trascender y prosperar en la vida (Ovejas, 2011). El tema del sufrimiento también se vincula con los focos significativos F (duelos) e ideación suicida (I), ya que es importante que la persona logre transformar el sufrimiento en algo que le permita crecer, utilizándolo como un trampolín. Además, otra de las formas para evaluar el éxito de la psicoterapia se relaciona con poder ver en el paciente la capacidad para aceptar las pérdidas así como también desarrollar modos de actuar útiles, por lo tanto, si la persona logra aprender a sobrellevar esa

situación que la aqueja, va a poder encarar la vida de otra manera (Gutiérrez & Ávila Espada, 2014; Sifneos, 1993).

En el caso de la violencia de género (B1) también se pudieron observar cambios importantes, ya que antes, no era bien visto que la mujer denuncie públicamente hechos que se relacionan con la vida privada, pero debido al gran movimiento que se generó actualmente en torno a esto, muchas mujeres deciden exponer su situación, para intentar producir un cambio en sus vidas y poder así mejorar y hacer respetar sus derechos (Rico, 1996). Si bien en torno a la violencia de género se puede ver un logro, no así con la violencia intrafamiliar, debido a que no obtuvo un resultado significativo. Eso se relaciona con el hecho de que muchas veces, se cree que las cosas que suceden en una familia deben quedarse puertas adentro y se debe respetar la intimidad (Grisolía Gonzales, 2006). Si bien esto es cierto, también esto podría relacionarse con el hecho de que para una persona debe ser más difícil contar que la violencia ocurre a nivel familiar, ya que queda expuesta toda la familia en el hecho y además, debe percibirse como una situación humillante donde la persona no sabe cómo actuar frente al problema.

Los focos finalización del secundario (I) o mudanza de la villa (I) también se relacionan con lo expresado por Braier (1984) y Sifneo (1993). Estos autores mencionan que otro indicador importante para tener en cuenta la efectividad de la terapia se vincula con la posibilidad de ver en el paciente alguna acción que demuestre que tiene algún proyecto de vida. Esto es muy importante teniendo en cuenta la población con la que se realizó la investigación, ya que muchas veces, debido a la situación de vulnerabilidad en la se encuentran, muchos deciden verse como víctimas y no quieren salir de esa posición. Al trabajar en la terapia que su situación los condiciona y no los determina, muchos de ellos logran proponerse objetivos o metas que tienen que ver con proyectar hacia un futuro y con querer mejorar la situación en la que se encuentran. Estos dos focos se ven claramente en el estudio de caso seleccionado para la investigación, ya que justamente trabaja durante su tratamiento la finalización del primario y secundario y también empezar a proyectar su vida fuera de la villa. En el caso, la paciente, logra cumplir la primer meta, debido a que no solo finalizó el secundario, sino que también comenzó una carrera terciaria y está a punto de recibirse. Todo esto podría vincularse con la voluntad de sentido, concepto desarrollado por Frankl. Para este autor es importante que la persona pueda encontrar el sentido de vida, ya que éste va a ser el motor que lo guie para adelante (Ovejas, 2011).

El último foco que demostró tener resultados efectivos tiene que ver con la organización (I) y con ayudar al paciente a organizar aspectos de su vida, como lo puede ser su vida diaria con sus hijos o la realización de diferentes tareas. Este resultado entra en concordancia con lo expuesto por García Pintos (2009) donde declara que el terapeuta debe ayudar al paciente a lograr sus metas, sin ser demasiado persuasivo en función de que hacer, pero si proporcionándole los medios para que logre aquello que se proponga.

Los focos que no mostraron ser significativos se relacionan con la temática adicción (A) y también abuso (C). Por un lado, se podría decir que era esperable que estos focos no mostraron resultados positivos ya que entran en juego variables que no se pueden controlar con la psicoterapia. La psicoterapia se encarga de tratar temas relacionados a la salud mental, por lo tanto, con las adicciones podrían actuar como un espacio contenedor durante el proceso de rehabilitación pero no se van a encargar de lograr que la persona deje la droga. Además, en el Centro de Orientación María Madre del Pueblo existe lo que se conoce como Hogar de Cristo, que se encarga de ayudar a las personas adictas (Lopera Echevarría, 2017; Camaroti et al, 2017). En el caso del abuso, no solo alcanza con que la persona lleve el tema a la sesión, sino que se necesita la ayuda de lo legal para lograr un alivio completo en la victima.

6.1. La psicoterapia y un cambio en la imagen del sí mismo

En cuanto a los resultados de la técnica proyectiva gráfica se encontró que tanto en la casa, como el árbol y la persona hay mayor prevalencia de casos en la variable permanencia. Esto se puede relacionar con el hecho de que la formación de la personalidad es un proceso que comienza en los primeros años de la vida y termina de asentarse en la adolescencia, por lo tanto el adulto ya comienza esta etapa con su personalidad establecida y es por eso que es más difícil notar cambios en cuanto a esto. Asimismo, si bien la psicoterapia breve logra modificar aspectos de la persona, como por ejemplo las relaciones con el medio, es difícil reformar la personalidad como estructura que tiende a permanecer estable durante el tiempo. Además, al trabajar con focos que los pacientes traen, es decir con problemáticas ya establecidas y que se relacionan con la vida actual del paciente, es dificultoso lograr cambios en la personalidad debido a que esto implicaría un trabajo mucho más profundo. (Borelle & Russo, 2017**;** Fiorini, 2008; Ovejas, 2009).

Si bien la mayoría de los casos se enmarca dentro de la permanencia, es importante destacar los mayores avances que tuvieron los pacientes con la psicoterapia utilizada en el Centro. Tanto en la casa, como en el árbol y la persona se pudieron ver avances importantes en relación a la presión del dibujo. Este indicador se utiliza para evaluar la energía que posee el sujeto, teniendo en cuenta que la presión normal hace referencia a una persona que se encuentra segura de sí misma y también fortalecida. Es relevante que este indicador haya mostrado avances, ya que uno de los objetivos de la psicoterapia radica en lograr que el paciente adopte mejores maneras de afrontamiento para poder adquirir un yo fuerte y resistente (Rocher, 2009; Braier, 1984; Fiorini, 2008). Lo recién mencionado se puede relacionar con el hecho de que en el árbol haya habido avances en el tronco, ya que este indicador habla del sostén de la personalidad, que se relaciona con un yo fortalecido y armado para afrontar las adversidades que le tocan vivir. A través del tronco, se puede observar como la psicoterapia ayuda a las personas a adquirir mayores recursos y capacidades.

Dentro de la casa también se encontraron avances relevantes en relación al tamaño del dibujo. Este indicador se relaciona con la autoestima de la persona y los resultados demuestran que al realizar un proceso psicoterapéutico, la persona se ajusta mejor a su realidad y logra fortalecer su autoestima, haciéndose más resistente y fuerte. Otra de las formas para evaluar la psicoterapia consistía en observar si había cambios en la autoestima del paciente, por lo tanto la psicoterapia es eficaz en cuento a este punto, ya que logra cambios positivos en relación a este punto (Hammer, 2016; Braier, 1984).

Debido a que los ítems evolutivos son esperables luego de los 12 años, es posible afirmar que los avances logrados entre el test y retest de la técnica HTP se deben a la psicoterapia, ya que el adulto llega a esta etapa de su vida completamente desarrollado madurativamente (Koppitz, 2015).

6.2. Integración de la Logoterapia y Psicoterapia Psicoanalítica a través del estudio de caso

El Centro de Orientación Psicológico ubicado en la Villa 1 11 14 trabaja integrando la Logoterapia y la Psicoterapia Psicoanalítica y mediante el estudio de caso se pudo ejemplificar este método de trabajo.

Por un lado, se pudo observar como con la paciente trabajaron a través de focos o problemáticas que ella misma traía a sesión. Si bien ella trabajó en más de una problemática, se pudo ver como la terapia fue eficaz a la hora de resolverle aquellas situaciones que ella vivía como prioritarias en su vida. Esto se relaciona con poder tener en mente una meta a la cual se quiere llegar y poner todos los esfuerzos en eso (Fiorini, 2008). Además en el estudio de caso se ve claramente el rol fundamental de la relación terapéutica, ya que gracias a ambas psicólogas, la paciente pudo afrontar sus problemáticas, ya sea con su madre, su hijo o su pareja y cambiar su conducta frente a esto. Asimismo, la relación depende de ambas partes, por lo tanto el rol activo aplica para los dos. En el caso se puede ver como si bien la psicóloga no influía directamente en la paciente, su opinión y consejo era tenido en cuenta por ella, como por ejemplo, cuando la paciente comprendió que no debía comparar a sus mellizos. Esto fue explicitado por la paciente de la siguiente manera *"yo siempre comparaba a mis hijos, me costó entender lo que me decía mi psicóloga, que ellos eran diferentes y que no debía compararlo, pero un día hice el click, dije basta y empecé a tratar de verlos como personas distintas"*. Otra de las cosas que se puede apreciar en relación a la Psicoterapia Psicoanalítica tiene que ver con realizar junto con el paciente una evaluación en función a los resultados. Esto se pudo ver con ella, ya que al finalizar su primer tratamiento, la paciente realizó el cierre enumerando todos aquellos aspectos en los que sintió que mejoro (Braier, 1984).

En relación a la Logoterapia, se observa como los terapeutas y todo el centro acompaña al paciente, realizando un trabajo que logra que la persona se responsabilice y se haga cargo de sus acciones y elecciones. En el estudio de caso se puede ver como la paciente, a lo largo del tratamiento, fue apoyada por sus terapeutas a la hora de tomar decisiones que implicaban cierta responsabilidad, como lo es terminar el primario, el secundario y comenzar una carrera (Ovejas, 2011). En este punto, también se encuentra presente el hecho de no tratarlos como víctimas de lo que les pasa, ya que al realizar esto, no se les reconoce su capacidad para ser algo mejor. En este caso, se puede ver como gracias a la insistencia y al soporte de la psicóloga, la paciente pudo salir del lugar en donde ella misma se había posicionado, y comenzar a proyectar en su vida (Ovejas, 2013).

6.3. Limitaciones de la investigación y futuras líneas

A lo largo de toda la investigación se fueron encontrando algunas limitaciones. Por un lado, se encontró que si bien el punto de vista de los pacientes o terapeutas es importante y de

suma relevancia a la hora de conocer la eficacia de la técnica empleada en el Centro Orientación Psicológica hubiese sido provechoso y valioso haber contado con alguna prueba psicométrica que se le administre al paciente en la primera entrevista, durante el tratamiento y al final del mismo, con la intención de obtener resultados más objetivos. Asimismo también hubiera sido fructífero contar con un grupo control que actúe como grupo de comparación en relación a los que si inician tratamiento. Este punto hubiera sido interesante debido a que aportaría información más rica en cuenta a si el tratamiento realmente modifica aspectos de la persona y para explorar que la persona cambia debido a la psicoterapia y no a otro motivo.

Por otro lado, en relación al segundo objetivo de la investigación, se encontró como limitación que la técnica proyectiva gráfica HTP se interpretó sin tener en cuenta todo el material del paciente por falta de tiempo. El hecho de haber analizado la técnica grafica de esa manera, a veces causa una interpretación general y que no se adapta al caso en particular. Al realizar una interpretación únicamente de la técnica, muchas veces un avance puede parecer una permanencia debido a que no se sabe la historia completa de la persona.

Para futuras investigaciones se recomienda tener en cuenta la variable temporalidad del logro para poder obtener resultados relacionados con el tiempo en el que los pacientes logran resolver los focos que se plantean.

7. Conclusión

Para concluir se podría decir que los resultados indicaron que la integración de ambas escuelas es eficaz para tratar los focos más recurrentes en la población como: problemas en la dinámica padres/hijos, problemas en la dinámica de pareja, síntomas asociados a las emociones, violencia de género, duelos y otros como finalización del secundario, ideas suicidas y organización.

Además, en torno al segundo objetivo, se observó que si bien la mayoría de los casos se encuentra dentro de las permanencias en las variables del HTP, también se pudieron destacar avances en relación al fortalecimiento del yo, las relaciones interpersonales y la autoestima. Si bien los resultados pudieron haber estado influenciados por el hecho de no haber tenido en cuenta la historia del paciente a la hora de interpretar la técnica gráfica, se

podría indicar que la psicoterapia actúa de manera efectiva a la hora de lograr cambios en las personas.

Es por todo lo anteriormente mencionado, que se podría decir que el trabajo que realiza el centro es eficaz para adultos de poblaciones vulnerables.

8. Referencias Bibliográficas

Azparren, A. L. (2017) Los dispositivos del Hogar de Cristo en las villas de la Ciudad de Buenos Aires. En A. C. Camaroti, Jones, D. & P. F. Di Leo (coords.). Entre dos mundos. Abordajes religiosos y espirituales de los consumos de drogas (pp.165-188). Buenos Aires: Teseo.

Barreira, I. (2016). Historia de las terapias breves y focalizadas en Argentina. Su importancia para la atención primaria de la salud. *Revista de Psicología y Psicopedagogía*, (1).

Borelle, A. & Russo, S. L. (2017). El psicodiagnóstico de niños: criterios de evaluación en las organizaciones neuróticas, psicóticas y límites. Buenos Aires: Paidós.

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

Cáceres, C., Fernández, I., & Sarthueza, R. (1990). Evaluación del cambio en psicoterapia: Un estudio de resultados. *Revista Teraha Psicológica*, *9* (14), 66-79.

Cravino, M. C., et al. (2008). Los mil barrios (in)formales.... Los Polvorines: Universidad General Sarmiento.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México, México DF. CONEVAL, 2009.

Di Virgilio, M. M., Marcos, M., & Mera, G. S. (2015). Las ciudades dentro de la ciudad: características sociodemográficas y habitacionales de la Ciudad de Buenos Aires según sus tipos de hábitat.

Erikson, E (2011). El ciclo vital completado. Buenos Aires: Paidos

Fiorini, H. (2008). Teoría y Técnica 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.

García Arzeno, M. E. (1997). *La psicoterapia psicoanalítica breve o focalizada.* Revista cubana de psicología, 14(1), 121-126.

García Pintos, C. (2009). Ser y ejercer, el rol del terapeuta. En S. Saenz Valiente (Ed.), *Logoterapia en acción. Aplicaciones prácticas* (pp.9-51). Buenos Aires: San Pablo

González, O. M. G. (2006). Violencia intrafamiliar: un dano incalculables consecuencias. Revista Cenipec, (25), 223-245

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.

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

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

Hammer, E. F. (2016). Test Proyectivos Gráficos (2ª ed.). 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 Echavarría, J. D. (2017). Psicoterapia psicoanalítica. *CES Psicología, 10*(1), 83-98.

Lukas, E. (1998). *Psicología Espiritual.* Buenos Aires: San Pablo

Max-Neef, M., Elizalde, A., y Hopenhayn, M. (1993). *Desarrollo a escala humana. Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones.* Editorial Nordan-Comunidad. Montevideo, Uruguay. Disponible on-line en http://www.max-neef.cl/libros/desarrollo_a_escala_humana/

Ospina Cuéllar, L (2011). *Entre voces de la calle.* Buenos Aires: San Pablo

Ovejas, P. (2009). 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. (2011). Psicoanálisis y Logoterapia. Buenos Aires: San Pablo

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

PNUD (2000). Informe sobre Desarrollo Humano. Madrid.

Papalia D.E. & Wendkos Olds S. (1997), Desarrollo Humano. Santa Fé De Bogotá: McGraw Hill, Inc.

Rico, M. N. (1996). Violencia de género: un problema de derechos humanos. Naciones Unidas. Cepal.

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

Rogers, C. (1986). Psicoterapia Centrada en el Cliente. Barcelona: Paidós.

Schaie, K. W. (1977 – 1978). Toward a stage theory of adult cognitive development. Journal of Aging and Human Development, 8 (2), 129-138.

Sifneos, P. (1993). Psicoterapia breve con provocación de angustia. B. Aires: Amorrortu.

Stake, R. E. (1998). Investigación con estudio de casos. Madrid: Ediciones Morata.

Tinoboras, C. (2018). Condiciones de vida de las personas mayores. Acceso y desigualdad en el ejercicio de derechos (2010 -2017). 1ª edición – Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Educa.

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).

9. ANEXOS

Anexo 1 – Diccionario

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(G1) SÍNTOMAS ASOCIADOS A LA REGRESIÓN: Para Laplanche & Pontalis (2013) la regresión es definida como "un retorno en sentido inverso, a partir de un punto ya alcanzado, hasta otro situado anteriormente. La mayoría de las veces se concibe como un retorno a formas anteriores del desarrollo del pensamiento, de las relaciones de objeto y de la

estructuración del comportamiento” (p.357). Incluye trastornos como encopresis, enuresis y conductas infantiles en períodos donde no deberían estar.

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

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

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

Referencias Bibliográficas

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

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

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

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

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

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

Anexo 2 – Categorías Centrales

ENTREVISTA CON PACIENTE

Cambios
"Yo misma noto cambio en mí, hay cosas que antes no podía hacer y ahora sí. Yo soy muy impulsiva, me pueden decir algo y si me cae mal, te puedo gritar, pelear. Me sale lo india y termino peleándome con todo el mundo. El día lunes yo voy a la práctica del hospital Álvarez y mi docente me dice "A, vaya a atender a esa señora que esta haya en silla de ruedas", la señora no tenía presencia de ser docente, ni nada, era una persona normal, incluso para mi parecía indigente, yo voy la saludo y resulta que la señora había sido docente de la UBA, era enfermera, me evaluó en 5 minutos, me hizo sentir la peor enfermera del mundo, me dijo que yo la iba a matar. Lo único que me paso por la cabeza, es que si yo reaccionaba mal, la iba a pagar yo, si digo algo, después me voy a arrepentir. Lo único que hice fue escuchar todo y quedarme callada. Entonces le deje las cosas, y me fui, porque sabía que iba a reaccionar mal. Me fui al baño y mi profesora me vio y vino atrás mío. Cuando llegue al baño, me puse a llorar y pensé que si me lo trago me hace mal a mí, y si no lloro, después trato mal a todos. Entonces llore, y antes no hacia esto, sentarme a llorar y que otros me vean."
"Gracias a Rocío, porque ella me ayuda. Ella siempre me dice, antes de hacer las cosas pensá. Cuando ella me empezó a hablar así, a mí me quedo mucho."
"No podía ni nombrar lo que me había pasado, cosa que ahora sí, pero no al público, no tengo el valor de contárselo a mi mama, a mi pareja ni a nadie, siempre lo conté acá en el centro."
"Ella me hizo entender muchas cosas, pude tener una pareja, cosa que antes no podía ni acercarme a un hombre."
"En muchas cosas he cambiado. Antes yo era, soy la madre de, o la esposa de, o la hija de. Mi mama me decía algo y yo ni dudaba, hacia cualquier cosa, le tenía miedo a mi mama porque ella me pegaba, ahora me dice algo y no le doy bola, o que me reclame y poder responderle, hoy en día ya no más"
"Yo siempre me encargo de todos, le digo que hacer, hasta que llega un momento que pienso, si a él no le importa, tampoco me va a importar a mí. Eso es algo que también tuve que cambiar y asimilar. También mi relación con mi mama, antes yo estaba muy pendiente de ella hasta que entendí que si ella no hace nada para estar mejor, yo tampoco puedo." "El ser impulsiva también."

Motivo de inicio
“Porque yo acá termine mi primaria, y cuando empecé, la profesora que yo tenía me dijo que yo necesitaba una psicóloga, que tenes que ir al psicólogo, y yo en mi cabeza decía que la psicóloga era para los locos, era una realidad. Yo con 17 años pensaba que ir al psicólogo era para locos. No le hice caso, aunque después de un tiempo, una psicóloga del centro va a donde yo hacia la primaria y nos dio una charla sobre qué es la psicología, y que la gente piensa que es para los locos, pero que no era así, y nos explicó cómo trabaja el psicólogo. Después de eso, se me acerca y me dice que quiere tener una entrevista conmigo y como me gusto y me cayó bien la persona, vine. Con ella estuve 1 año”
“Cuando mi hijo entro a sala de 4, la maestra me dice que mi hijo necesita una psicóloga, y a raíz de eso, lo traigo acá y ahí conozco a Rocío, me presento y le digo que mi hijo necesita una psicóloga y ahí arranco tratamiento mi hijo y después ella me dijo que yo necesitaba una psicóloga. Yo le daba la razón pero también sabía que no soy una persona que se adapta fácil a las personas, y conocí a Belén, que me encanto y me encantaría volver con ella pero ya no está más. Con Belén estuve mucho tiempo, y después Rocío le dio el alta a mi hijo y ahí me empezó a atender a mí, entonces mi hijo después volvió y ahora esta con Gastón.”

Focos
“trabaje mucho para terminar el secundario y para inscribirme en la facultad”
“Rocío era mas no sos más la madre ni esposa de, sino que sos vos”
“¿Cómo es la relación con tu hijo ahora? Bien, si me cuesta, me costó hasta hace un par de meses. A veces me enojo pero está bien. Rocío lo que me dijo es que como yo no me acuerdo bien que paso esa noche, me puedo imaginar cosas que no son, y que mi hijo no tiene la culpa. Yo sé que él no tiene la culpa pero siento que yo sí”
“Ella siempre me decía que yo tengo que destapar la olla”
“Para mí ya no hay solución, sigo con él, no te voy a mentir pero yo misma me dije que si aparece otra oportunidad me voy a ir porque no puedo estar con una persona así. Una vez le dije a Rocío que si esto no tenía solución, lo mejor era separarme, y hasta se lo dije a él pero él no quiere.”

Relación terapéutica
“¿Cómo fue la transición de que Rocío primero sea la psicóloga de tu hijo y después pase a ser la tuya? Medio raro, pero me siento bien con ella, no hay cosas que no me gusten. Ella es flexible, me entiende, a veces no vengo o me olvido de avisar, pero me cae re bien, aparte yo misma noto cambio en mí, hay cosas que antes no podía hacer y ahora sí.”
“Gracias a ella pude aprender muchas cosas, pude salir, que me costaba mucho”
“Al principio medio nerviosa, pero después me deje llevar.”
¿Cómo era tu relación con Belén? “Muy bien, con ella si pude hablar el tema, va solo contárselo. Todos me dicen que tengo que profundizar el tema pero todavía no puedo, supongo que algún día llegara”. ¿Cambio algo en tu relación con Rocío? Ya que antes era la psicóloga de tu hijo y ahora la tuya. “Ahora tengo mucha más confianza que antes, además ella sabe más sobre todo. Me siento mejor con ella, porque ella trato a mi hijo y yo veo cambios en él, entonces sé que ella me va a ayudar a mí, porque me conoce.”
“Llego un momento donde no quería seguir porque tenía problemas, no me sentía cómoda, había momentos donde no quería ir mas, y ella, no dale, tenes que seguir, vos podes, entonces ahí ella me dijo que tenía que seguir, pensar que estudiar, como seguir. Ella era la que me apoyaba siempre, yo decía no, y ella decía sí, y así me convencía. Pero gracias a todo lo que ella hacia hoy en día me doy cuenta que cambie, me costó mucho. Siempre me acuerdo de ella cuando tengo que hablar en público, eso me cuesta mucho, por ejemplo en exámenes orales, y ella me daba consejos sobre cómo afrontar esa situación, la tengo muy presente a Belén, y es distinta a Rocío, con Belén era todo vos podes, dale que podes, y Rocío era mas no sos más la madre ni esposa de, sino que sos vos. A Belén la tengo siempre presente, por ejemplo hoy en día, si me va mal en un examen, ya no me frustro como antes, sino que pienso, dale, vos podes, lo voy a volver a lograr y antes no lo hacía.”

Relación con el hijo
“Ella notaba que por ejemplo, a mi hijo yo lo dejaba de lado y solo estaba con mi hija, el varón me daba lo mismo, entonces ella me pregunto porque, y yo le conté que en la cara de mi hijo, aunque no me acuerdo bien, me imagino a la persona que me violo, y como es

hombre, me cuesta. A mí me costó darle la teta, jugar con él, atenderlo cuando lloraba, y esas diferencias son las que hizo que ella me recomiende ir al psicólogo”
“Bien, si me cuesta, me costó hasta hace un par de meses. A veces me enojo pero está bien”
“Yo sé que él no tiene la culpa pero siento que yo sí, hoy en día mi hijo tiene un trastorno generalizado que afecta el habla, el aprendizaje, la conducta, entonces yo siento que fue porque yo lo dejaba de lado, no le hablaba. Todos me dicen que no es así, pero lo que yo siento es otra cosa, por eso ahora trato de atenderlo más que a la hermana”

Relación con la madre
“Yo tampoco tuve una mama muy buena, era alcohólica, y tenía muchos problemas, entonces yo no podía dejar que mis hijos vivan lo que yo he vivido, porque si yo hacía eso, no sé donde estarían mis hijos.”
“Mi mama jamás me llevo a un parque, a un cine, a una obra de teatro, y yo no quiero ir a ver cosas caras, siempre busco planes que sean gratis y no me importa que sean lejos, siempre me voy todo el día con ellos a pasar el día y me encanta”
¿Sentís que el tratamiento te ayudo a cambiar tu relación con tu mamá? Sí, mucho, porque antes yo le tenía miedo a mi mamá, ella manejaba mi vida, mis horarios y ahora eso ya no pasa. Ya no me interesa lo que me diga, yo sé que ella me ayuda, que quiere que me reciba pero hay momentos que le digo lo que pienso y ya no me guardo nada. Con mi mamá he cambiado mucho, ahora le puedo decir que no a las cosas que me dice, o que no voy a hacer tal cosa. Antes no le podía decir nada porque siempre se enojaba o agarraba y me pegaba.”
“Cuando mis hijos estaban en la panza, ella seguía tomando alcohol, y yo le dije que no quería que mi hija, porque yo estaba segura que era 1 y que era mujer, que nazca con una abuela borracha, entonces le pedí que deje de tomar para que mi hija vea algo diferente, porque yo no soy así y no quiero que ella vea una familia que se grita, se pega. Cuando mis hijos nacieron, ella dejo de tomar. Yo creo que hasta hoy en día, ella es más madre de lo que era antes, porque ahora siento que tengo relación. Mi mamá me abraza ahora. Yo ahora veo a mi mamá y digo “ella aguanto muchas cosas y sigue parada”, yo estoy re orgullosa de ella ahora, está haciendo la secundaria yo trato de apoyarla en eso.”

Relación con la pareja
"¿Y con tu pareja como te llevas? Ay con mi pareja, que buena pregunta. Hubo un tiempo donde que me quise separar, me separe una semana. Últimamente me doy cuenta, va no sé, yo siento que lo quiero, pero te lo puedo decir para afuera, porque adentro mío no lo sé. Hay veces que salgo a la calle y hombres me dicen cosas, y me gusta. Estuve a punto de engañarlo, pero no me anime, pro respeto. También tengo miedo creo. Mi pareja tiene 20 años más que yo, es una diferencia grande, pero me gustan las personas grandes. Una vez hablando con una amiga, ella me dice "para mí, que vos lo ves como a un padre, es un amor maternal", y me quede con esa duda, nunca se lo pregunte a Rocío pero yo siento que lo quiero, obvio que peleamos y lo quiero matar. Yo quiero que sea más atengo conmigo, con sus hijos, no le importa nada, yo me puedo ir todo el día y nada."
"¿Alguna vez hablaste esto con él? Yo se lo dije, cuando estuve a punto de engañarlo, que me reviso el celular, no había conversaciones que me delaten, pero yo se lo dije, y ahí nos separamos, pero una semana duro. Cuando volvió, yo le dije que todo esto había pasado porque a él no le importa lo que hago, que la culpa es mitad de cada uno. Le dije también que parece que yo no le importo, que le da igual si me cuido, si me peino, si me baño, que ni me mira, entonces si viene otro y me dice que estoy linda, es obvio que algo se me va a mover. Él dice que son boludeces, pero para mí no. Rocío me dice que le diga que piense, que yo le tengo que poner todas las cartas sobre la mesa, le hice ver que hay cosas que a mí me faltan que él no hace, por ejemplo: salir juntos, una noche, nunca pasa porque siempre vuelve tarde y cansado o llega, cena y se va a dormir, y encima se va a dormir a su casa, no es que se queda a dormir conmigo, entonces esas cosas me van casando y yo se lo dije, y me dijo que iba a a cambiar, pero le duro una semana el cambio, y ahora sigue igual. Para mí ya no hay solución, sigo con él, no te voy a mentir pero yo misma me dije que si aparece otra oportunidad me voy a ir porque no puedo estar con una persona así. Una vez le dije a Rocío que si esto no tenía solución, lo mejor era separarme, y hasta se lo dije a él pero él no quiere. Lo que yo le pido no es ir a gastar plata, es ir a una plaza, quedarnos sentados tomando mate, charlando, mirando las estrellas, no sé, cosas básicas, que sea un momento de cero celulares. Él está todo el tiempo con el celular, no lo deja ni un segundo, y cuando le pregunto con quién habla, me dice nadie y se enoja. Cuando yo saco el celular, se arma un lio tremendo."
¿A vos te gustaría separarte?

Es que no lo sé, puede que si como puede que no. Cuando no estoy con él lo extraño peor también a veces veo que mis hijos se ponen triste cuando peleamos. Rocío me dice que eso es normal, que va a pasar un tiempo y que los chicos después van a estar bien, que no tengo que seguir con él por ellos. También a veces pienso que como yo nunca tuve una familia completa, quiero darles eso a mis hijos, en mi vida siempre fuimos mi mamá y yo, va yo sola, y no quiero que mis hijos no tengan eso. Ellos saben que él no es su papá porque un día yo se los conté pero lo quieren como si lo fuera. Hay cosas que él hace bien pero también hay cosas que hace mal. A veces pienso, que el día que yo falte, mis hijos con él no van a estar bien, si no se hace cargo.

ENTREVISTA CON PSICÓLOGA ACTUAL

Centro de Orientación María Madre del Pueblo
"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"
"Trabajo mucho con el foco, y cuando veo que el foco se está cumpliendo, lo marco."
"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."
"Fuimos estructurándonos más, antes no teníamos admisión y ahora sí. Y después es importante tener en cuenta que cuando arrancamos, la situación de la 1-11-14 era de altísimo riesgo y eran pocos los que entraban. Después, cuando la villa empezó a estar más tranquila y el proyecto de los curas villeros se empezó a abrir, el Centro pasó a ser algo dentro de la comunidad que implico cambios porque el nivel de derivación y el acceso de la gente aumento. El barrio evoluciono 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"

Motivo de consulta
"La derive yo. Yo era la psicóloga del hijo y se la derive a Belén porque necesitaba que trabaje el vínculo con el hijo."

Desde que Alejandra dejo su tratamiento con Belén y arranca con vos, paso un año aproximadamente, ¿alguna vez dijo por qué dejo de ir? “No, ella no sentía que necesitaba tratamiento. En ese tiempo arranco a estudiar y cuando volvió, su demanda era Ezequiel, y eso es algo que intentamos marcar un montón, cuando estamos en terapia y me habla de Ezequiel, se le marca que es su espacio, que para saber de Ezequiel debe hablar con Gastón. Por eso fue, que se acercó para que Ezequiel vuelva a tratamiento y ahí ella empezó conmigo.”

Relación con el hijo
“Ella tenía mucha culpa por él y siempre lo trato diferente. Ella sentía que Ezequiel era diferente porque ella lo había rechazado. Ella fue abusada, no recuerda el abuso en sí, pero se acuerda que estaba en un boliche y que al otro día se despertó en un hotel y después quedo embarazada. Ella por mucho tiempo rechazo a Ezequiel por eso, entonces ella siente que es la culpable de lo que le pasa al hijo, que tiene un leve retraso.”
“Incluso a Ezequiel se le dio un montón de veces el alta pero ante cada cambio de la madre, Ezequiel volvía a tratamiento. Eran cambios re positivos los de Alejandra”
“A ella nunca le costó asumir que tiene un conflicto en la vinculación con el hijo. Le cuesta mucho cambiar, eso sí, a ella le cuesta ver al hijo como un chico que tiene un leve retraso. Ahora a Ezequiel le dieron un certificado de discapacidad y él no la tiene, solo tiene un leve retraso, una dificultad para aprender pero nada que lo incapacite para aprender. Se trabajó mucho esto, que Ezequiel tenga un certificado, no quiere decir que sea tonto y que no puede. Ella siempre marco la diferencia entre él y la hermana, entonces trabaja mucho eso. Lo que más me cuesta es sacarla del tema de Ezequiel y que ella se centre en ella”

Cambios
“Alejandra durante ese tiempo empezó a avanzar un montón y a tener un montón de cambios”
“Eran cambios re positivos los de Alejandra y es algo que siempre se le marcó, que ella haya dejado de ser mama y esposa de para pasar a ser Alejandra, terminar el secundario y empezar a estudiar enfermería, que es un paso gigante que hizo con Belén, es eso, es algo importantísimo y es lógico que a los hijos esto les genere conflicto. Ella vivía para los hijos y ahora empezó a vivir para ella un poco también.”

“el haber terminado el secundario, el haber empezado a estudiar, el seguir estudiando. Yo sé que muchas veces ella dijo “no doy más, quiero dejar” y nunca dejo, ella está a punto de recibirse de enfermera. Además, empezar a replantearse las cosas, además que ella vaya y venga, empezar a replantearse la posibilidad de que hay algo más, que no solo es el marido, que a ella le están pasando cosas con otras personas y que es lo que le pasa. Ella pudo empezar a reclamarle al marido que ella quería que la miren como mujer, y pudo admitir que le gusto que un hombre la haya mirado así y le haya mandado un mensaje lindo, que se sintió bien. Al principio le costó mucho admitir eso, ella lo contaba con culpa, con vergüenza.”

Cambio en la relación (de psicóloga del hijo a su psicóloga)/Relación terapéutica
“En realidad lo que paso, fue que a Ezequiel se le da el alta, Belén se va de Bajo Flores y Alejandra tenía que seguir en tratamiento porque no tenía el alta, entonces yo la tomo y sigo trabajando con ella, hasta que dice que Ezequiel tenía que volver a tratamiento y ahí lo derivamos con Gastón. Creo que fue algo positivo porque Ezequiel necesitaba empezar a tener una figura masculina, él era todo figuras femeninas y lo que había pasado en su tratamiento, es que Ezequiel me había puesto a mi como su figura de autoridad entonces todo era “no le cuentes a Rocío” cuando en teoría debería ser “no le cuentes a mamá”, yo había tomado un lugar de mucha autoridad que ya dejo de su terapeuta, tuve un rol que no me correspondía, entonces para cortar ese rol también era importante que sea otra persona la que lo trate.”
“Alejandra siempre me genero empatía, por eso considere que estaba buenísimo motivarla, sé que se esfuerza un montón. A veces te genera bronca pero yo me siento… ya hay tanto tiempo y tanto trabajo con ella que tengo una linda relación. Ya puedo ser yo y remarcarle cuando algo no está bien, o cuando se enrosca mucho con un tema. Es una chica que notas que se esfuerza y le cuesta. Por ejemplo, le costó mucho anotar a sus hijos en una escuela de doble escolaridad, porque ella siente que los abandona y los deja solo.”

Tratamiento/focos de trabajo
“No fue muy distinto a lo que ya estábamos teniendo. Nosotras ya habíamos trabajado un montón, yo la conocía un montón a ella. Habíamos tenido muchas oportunidades de encuentro y entrevistas con ella por Ezequiel, entonces era seguir trabajando desde lo mismo al principio si estaba muy centrada en Ezequiel, después se la fue moviendo un poco de ahí,

tratando de deje de hablar tanto del hijo y que arranque a hablar de ella. Cuando se logró esto, arrancaron todos los conflictos con el marido. En este último tiempo ella se separó un montón de veces. Ella empezó a tener otros intereses de otras personas. El marido es muy grande, tiene 40 y pico y ella 24, hay mucha diferencia de edad. Alejandra empezó a querer ser mirada como una mujer, no como la esposa de y madre de, entonces esos cambios a ella le costaron un montón, porque le generaban culpa, pero es una realidad que le empezaron a gustar hombres más chicos y hoy en día esta con eso”
“El vínculo con la madre, el vínculo con Ezequiel, que sigue estando hasta ahora, y el vínculo con la pareja. Esos son los 3 focos que ella trabajó conmigo y con los cuales seguimos trabajando.”
“El foco de Ezequiel siempre estuvo, a ella nunca le costó asumir que tiene un conflicto en la vinculación con el hijo.”
“Lo que más me cuesta es sacarla del tema de Ezequiel y que ella se centre en ella.”

Relación con la madre
“Sigue siendo conflictiva, va y viene. La madre está para ella, cuida a los hijos, y tiene buen vinculo, pelean un montón también. El tema es que al vivir juntas, chocan mucho.”

<u>ENTREVISTA PRIMER PSICÓLOGA</u>

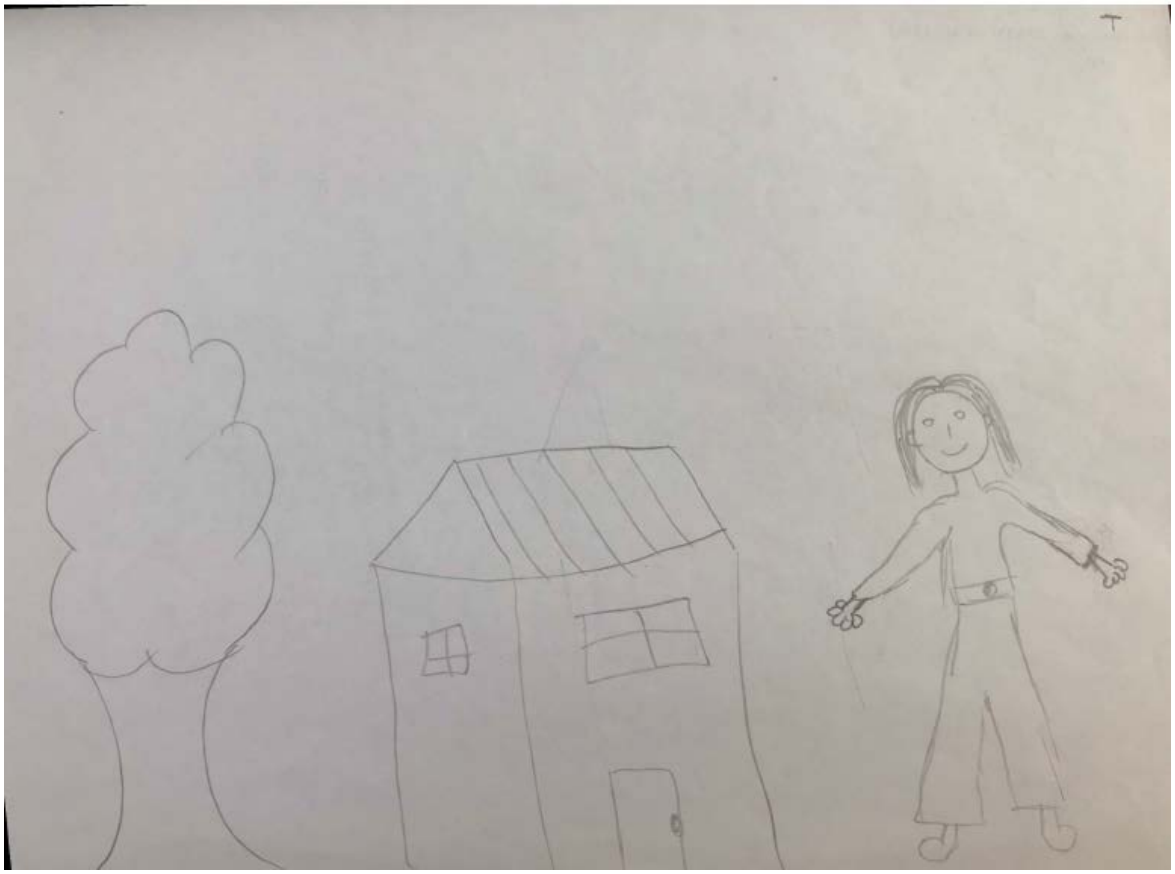
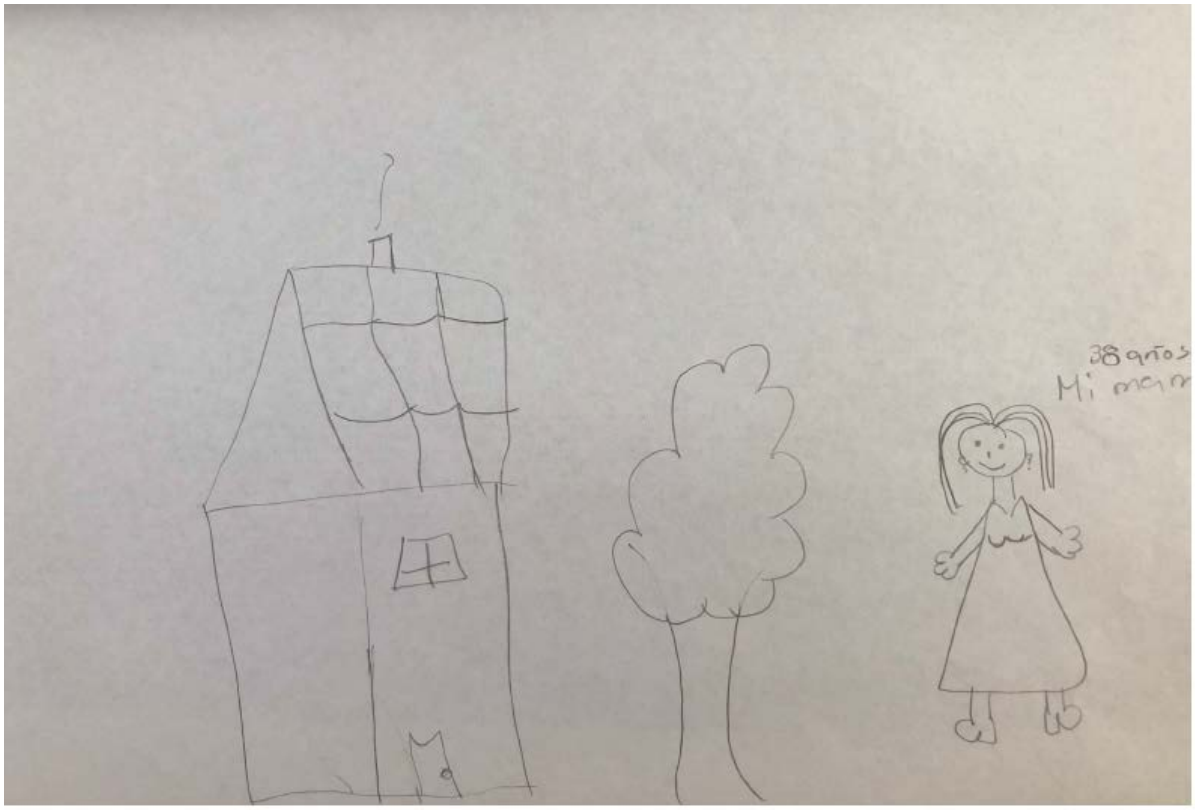
Motivo de consulta
“Me la derivo la psicóloga del hijo, por la resistencia que tenía hacia su hijo varón, porque con su melliza, ellos nacieron producto de una violación, entonces ella sentía cierto rechazo porque consideraba que la cara del hijo le hacía acordar a la cara de la persona que la violo”

Focos
“El tema del abuso, el tema de la relación con la madre, el tema de la relación con la pareja.”
“Después también sobre ella, el tema de que hacer.”
“Al principio le costó mucho la organización familiar, con los chicos y eso, y ese fue también un foco, el hecho de ayudarla a organizarse un poco.”

Cambios/Logros
“Durante mi tratamiento, estoy segura que termino la escuela y quería estudiar y trabajar y fuimos pensando las opciones, hasta que decidió para estudiar enfermería”
“termino el colegio, arranco a estudiar una carrera, se organizó en su vida. Siento que avanzo, que no se detuvo. Vino muy convencida sobre que quiere, como lo quiere. Su sueño es salir del barrio, poder mudarse, y creo que lo puede lograr”

Anexo 3 – Técnica Proyectiva Gráfica HTP

Test



Retest