



“Rol de la familia en la psicoterapia de niños en poblaciones vulnerables: un estudio cualitativo”

CÓRDOBA, Antonella Córdoba akcordoba@mail.austral.edu.ar

OVEJAS, Patricia patriciaovejas@yahoo.com.ar

CASTELLI, Sofia sofii.castelli@hotmail.co

BELAUSTEGUI, María belaustrguimaria@gmail.com

VILLEGAS, Pilar pilu.villegas24@gmail.com

MIANO; Catalina catamiano@gmail.com

RIZZO, Milagros milirizzo95@hotmail.com

LASCANO, Claudia Emilia: clascano@austral.edu.ar

GREBE, María de la Paz mgrebe@austral.edu.ar

“Trabajo presentado en el VII Congreso Internacional, *Transformación social para el Desarrollo Humano Sostenible: compromiso personal y responsabilidad público-privada*, realizado en Campus Universitario Austral, Pilar, Buenos Aires, el 22 de septiembre de 2021”.

“Rol de la familia en la psicoterapia de niños en poblaciones vulnerables: un estudio cualitativo”

“Role of the family in the psychotherapy of children in vulnerable contexts: a qualitative study”

Córdoba, Antonella; Castelli, Sofía; Belástegui, María; Villegas, Pilar; Miano, Catalina, Rizzo, Milagros, Lascano, Claudia Emilia; Grebe, María de la Paz; Ovejas, Patricia.

RESUMEN

Abordando la necesidad de incluir al entorno familiar en la terapia de niños en poblaciones vulnerables, este trabajo tiene como objetivo general analizar el rol que cumple la familia en el tratamiento de niños en situación de vulnerabilidad según la percepción de los terapeutas y el análisis de historias clínicas, en 6 casos de la Posta Sanitaria Las Lilas en 2020. Se llevan a cabo 6 estudios de caso seleccionados de modo intencional desde un enfoque cualitativo. Éstos fueron divididos en dos grupos que fueron comparados: por un lado, casos de niños que tienen un familiar atendiéndose individualmente dentro del mismo equipo terapéutico que ellos; y, por el otro, casos de niños que no cuentan con un familiar realizando terapia individual. La recolección de datos se llevó a cabo a través de entrevistas realizadas a las psicólogas de los pacientes y del análisis de sus historias clínicas. Se encuentra que mientras más involucrado esté el cuidador principal del niño en su terapia, mayor será su adhesión al tratamiento y mejor será su avance en el trabajo terapéutico. A la vez, se demuestra que la modalidad terapéutica presentada por la Posta Sanitaria Las Lilas (que pretende incluir a los familiares del niño en el dispositivo terapéutico brindándoles tratamiento psicológico individual y trabajando el caso familiar en equipo), resulta beneficiosa para el avance y el éxito del tratamiento de 3 niños en contextos vulnerables.

Palabras clave: vulnerabilidad, psicoterapia infantil, familia.

ABSTRACT

Addressing the need to include the family environment in the therapy of children in vulnerable populations, the general objective of this study is to analyze the role of the family in the treatment of children in vulnerable situations in 6 cases of the Posta Sanitaria Las Lilas

in 2020, according to the therapists' perception and the analysis of clinical histories. 6 intentionally selected cases were studied from a qualitative approach. These were divided into two groups that were compared: on the one hand, 3 cases of children who have a family member attending individual therapy within the same therapeutic team as them; and, on the other hand, 3 cases of children who do not have a family member going to therapy. Data collection was carried out through in-depth interviews with the patients' psychologists and the analysis of their clinical histories. It is found that the more involved the child's main caregiver is in his therapy, the greater his adherence to the treatment and the better his progress in the therapeutic work. At the same time, it is shown that the therapeutic modality proposed by Posta Sanitaria Las Lilas (which aims to include the child's relatives in the therapeutic device by providing them with individual psychological treatment and working on the family case as a team) had beneficial role in the treatment of 3 children in vulnerable contexts.

Key words: vulnerability, child psychotherapy, family.

I. INTRODUCCIÓN

Ha sido ya demostrado que los niños expuestos a la vulnerabilidad socioeconómica son más propensos a reportar problemas emocionales y conductuales. (UNICEF, 2016b; Lackova Rebicova et al., 2019). El contexto familiar del niño tiene la capacidad de cumplir un rol de protección o bien de convertirse en un factor de riesgo frente a estas situaciones, ya que los conflictos psicológicos originados por la exposición a experiencias adversas son vividos aún con más dificultad en ausencia de apoyo familiar (Bethell et al., 2017). En estas poblaciones, los profesionales de salud mental se encuentran con que en la terapia infantil no es suficiente tratar únicamente al niño, sino que es imprescindible trabajar con su entorno familiar. En respuesta, existen diversos estudios que abordan la importancia de incluir al cuidador en el espacio terapéutico (Bethell et al., 2017; Gleason et al., 2016; Lackova Rebicova et al., 2019). Sin embargo, no existen antecedentes que estudien dispositivos terapéuticos en los que a partir del trabajo en equipo se aborde un grupo familiar y su dinámica a través de procesos terapéuticos individuales.

El equipo de psicología de la Posta Sanitaria Las Lilas (PSLL) trabaja para dar respuesta a estas cuestiones, presentando una modalidad terapéutica que pretende incluir a los familiares del niño en el dispositivo terapéutico brindándoles tratamiento psicológico individual y trabajando el caso familiar en equipo.

En este marco, la presente investigación (ya finalizada) tuvo como objetivo general analizar el rol que cumple la familia en el tratamiento de niños en situación de vulnerabilidad según la percepción de los terapeutas y el análisis de sus historias clínicas, en 6 casos de la PSLL. Específicamente, pretendió indagar sobre el rol de la familia en el compromiso del niño con la terapia, analizar el rol de la familia en el avance de los ejes de trabajo de la terapia y explorar los beneficios de la propuesta terapéutica presentada por la PSLL.

II. DESARROLLO

Marco teórico

Rol de la familia en el desarrollo del niño

La familia es estructurante del desarrollo afectivo, cognitivo y psicosocial del niño, así como de su identidad y autoestima (Minuchin, 2001; Boyadján, 2018). En este sentido, son los padres o cuidadores quienes sostienen la existencia del niño, convirtiéndose en sus principales maestros (Gómez Arango, 2006). Así, el estilo de cada persona de acercarse al mundo y aprehenderlo se sustenta en el sistema de creencias y valores y en la cosmovisión aprendidos en el contexto familiar (Minuchin, 2001; Boyadján, 2018).

Estudiando la relación entre la funcionalidad familiar y el contexto de vulnerabilidad social, se ha encontrado que en las familias con altos niveles de estresores psicosociales es menos probable que los padres desarrollen estilos de crianza positivos, sensitivos y amables y, por ende, más probable que los niños sientan una falta de contención y seguridad en la familia (Noble et al., 2015).

Rol de la Familia en la Terapia del Niño

En la terapia infantil los motivos de consulta mayormente se relacionan con problemas en el ambiente, por lo que es imprescindible tener en cuenta la relación del niño con sus cuidadores, así como las características de su contexto (Gleason, Goldson y Yogman, 2016). Por eso, fomentar la participación activa en la terapia de quienes conforman el contexto inmediato del niño resulta beneficioso para sus resultados (Dio Bleichmar, 2005; Flesler, 2014; Di Bartolo, 2016).

Ha sido estudiado que tanto la extensión como la permanencia del cambio en un proceso terapéutico infantil casi siempre depende de la capacidad parental para cambiar y sostener el crecimiento del hijo (Novick, Novick; 2019). Asimismo, las características individuales de los padres y sus emociones respecto del tratamiento afectan al potencial progreso del paciente

(Dio Bleichmar, 2005; Gómez Arango, 2006; Novick, Novick; 2019). A la vez, se destaca la importancia de tener encuentros individuales con los padres para comprender mejor la situación del niño, sus experiencias emocionales, su evolución y sus necesidades; así como para guiarlos en la resolución de conflictos (Gómez Arango, 2006; Martínez Sánchez, 2009). También se ha estudiado que asegurarse de que los padres cuenten con un propio espacio terapéutico es un componente importante del trabajo con niños, especialmente cuando sus características y comportamientos son determinantes en la problemática del niño (Gómez Arango, 2006; Gleason et al., 2016).

Metodología

Se siguió un diseño de investigación cualitativo, que es de naturaleza exploratoria descriptiva. Esta metodología pretende profundizar en los distintos fenómenos, explorándolos desde los significados producidos por las experiencias de los participantes (Maxwell, 2012).

El método que se utilizó es el estudio de casos múltiples. Esta investigación contó, por un lado, con 3 casos de niños que tienen un familiar atendiéndose individualmente dentro del mismo equipo terapéutico que ellos; y, por el otro, 3 casos de niños que no cuentan con un familiar realizando terapia individual. Estos se analizaron en profundidad con el fin de abordar su singularidad y a su vez, poder realizar comparaciones entre los mismos.

La técnica de recolección de datos que se utilizó fue la entrevista en profundidad a informantes clave. Además, en segundo lugar, se llevó a cabo un análisis de las historias clínicas de todos los niños que constituyen los casos.

Tabla 1.

Referencia de entrevistas administradas

	Entrevista a terapeuta del niño	Entrevista a terapeuta del cuidador
Caso Sol	Entrevista 1	Entrevista 2
Caso Dylan	Entrevista 3	Entrevista 4
Caso Alma	Entrevista 5	Entrevista 6
Caso Lucas	Entrevista 7	-
Caso Jerónimo	Entrevista 8	-
Caso Micaela	Entrevista 9	-

El análisis de datos se realizó a partir de ejes de comparación que se construyeron de forma inducta a través del análisis categórico de las entrevistas administradas y las historias clínicas. Se estudiaron los siguientes ejes: contexto y dinámica familiar, rol del cuidador principal, vínculo del niño y el cuidador, rol de la familia en la adhesión al tratamiento y en el desarrollo de los ejes de trabajo terapéutico, beneficios de que el cuidador asista a terapia individual, beneficios de que el cuidador se atienda dentro del mismo equipo terapéutico que el niño.

Respecto a las consideraciones éticas, el presente estudio contó con las firmas de los participantes en consentimientos informados que autorizan el acceso a la información de la terapia de los niños. Estos garantizan la confidencialidad de los datos y la protección de la identidad de los participantes, cuyos nombres fueron modificados.

Resultados

Presentación de casos del Grupo “A”: casos compuestos por aquellos niños que no cuentan con un familiar que asista a terapia individual.

Caso Lucas

Lucas es un niño de 10 años que comienza tratamiento psicológico por consulta de su madre (Laura) porque presenta episodios de agresividad y dificultades en el aprendizaje. La terapeuta del caso refiere que su madre es su cuidadora principal pero que en realidad no alcanza a cumplir el rol. Describe que ésta se muestra poco contenedora, que no responde a las necesidades emocionales de su hijo y que no logra ver el rol del entorno familiar en los conflictos psicológicos del niño.

Si bien Lucas muestra adhesión al tratamiento, el proceso terapéutico se ve afectado por la falta de responsabilidad de su entorno familiar con la terapia, que se traduce en múltiples ausencias y tardanzas: *“Lucas llegaba corriendo todo transpirado, diciendo “mi mamá no me levantó””* (E. 7).

El trabajo terapéutico de Lucas estuvo atravesado por dos focos principales:

- ***El vínculo con su madre.*** Se trabajó para que Lucas pueda reconocer en Laura una figura de autoridad y de contención. Para eso, la terapeuta incluyó a Laura en la terapia, realizando entrevistas en las que favoreció la comprensión de los conflictos psicológicos del niño y en las que brindó indicaciones concretas (como por ejemplo, que compartan tiempo de calidad) para beneficiar su relación. Si bien esto fue positivo

para el vínculo, la terapeuta del caso refiere que no fue suficiente para lograr el objetivo de trabajo.

- **El aprendizaje.** Se trabajó sobre las dificultades de aprendizaje del niño, ya que éste presentaba problemas escolares. La psicóloga refiere que el progreso de este eje se vio afectado por el poco involucramiento de su madre: *“ella “dio de baja” el aprendizaje de Lucas. Tratamos de ayudar, pero no hubo respuesta de su parte”* (E.7).

La terapeuta refiere que el avance en el proceso terapéutico de Lucas se vio afectado por su entorno familiar, tanto por la falta de compromiso como por la dinámica familiar disfuncional que obstaculiza su despliegue. Al profundizar en el rol de la familia en la terapia refirió: *“Lucas apunta a mejorar pero su entorno lamentablemente no lo acompaña. Es difícil generar un cambio así. Si el cuidador adulto no ayuda se pierde gran parte del tratamiento”* (E.7).

Caso Jerónimo

A través de su abuela (Ana), Jerónimo (7) inicia tratamiento por presentar discapacidad intelectual y dificultades de aprendizaje. Además, la mujer refiere tener problemas para establecer límites con su nieto.

El contexto y la historia familiar de Jerónimo se describen como conflictivos ya que, hasta sus 6 años, el niño vivió con su madre, quien presenta un diagnóstico de esquizofrenia y se describe como violenta e inestable. La historia de Jerónimo no sólo está atravesada por violencia y maltrato, sino también por negligencia y desnutrición.

Actualmente Jerónimo y sus hermanos se encuentran a cargo de Ana, quien es la principal cuidadora de los niños. Ella es quien se encarga de la terapia de Jerónimo, a la cual responde con un gran nivel de compromiso: *“Ana me pide ayuda y me pregunta qué más puede hacer para ayudar a Jerónimo. Responde muy bien a mis indicaciones. Tener relación con ella es clave, porque si no confiara en mí o en el tratamiento ni lo traería, o pensaría que mis indicaciones no sirven y no cumpliría”* (E.8).

El trabajo terapéutico de Jerónimo tuvo dos ejes principales:

- **El vínculo con su abuela y los límites.** Con el niño, se trabajó en terapia sobre la respuesta a los límites, marcándolos a través de juegos y retándolo cuando fuese necesario. Mientras tanto, con su cuidadora, se trabajó sobre el estilo de crianza y la forma adecuada de marcarlos: *“Consistió en enseñarle a decir que no de manera firme pero sin gritar ni pegarles”* (E.8).

- **El aprendizaje.** Dado que Jerónimo presenta un gran déficit en el área verbal, se trabajó con él a través de tareas educativas, así como también se buscó desarrollar su motivación para el aprendizaje. Además, este trabajo fue acompañado por Ana: *“hizo las letras del abecedario y las pegó por la casa, y me pedía que le mande ejercicios para que hagan juntos. También pautó horarios para organizar las tareas”* (E.8). Por último, la terapeuta trabajó con Ana sobre el abordaje de la discapacidad de Jerónimo: *“se enojaba por sus limitaciones, remarcaba sus errores y lo comparaba con otros. La ayudé a entender que la discapacidad no está mal. Y que está bien exigirle, pero de cierta forma y hasta cierto punto”* (E.8).

La terapeuta destaca que el hecho de que Ana esté involucrada en la terapia y comprometida con ayudar a su nieto tiene un efecto positivo en el trabajo de los ejes, ya que los acompaña y los sostiene. *“De no ser por el compromiso y la ayuda de su abuela, el trabajo con Jerónimo hubiera sido mucho más difícil”* (E.8).

Caso Micaela

Micaela (9) comienza tratamiento a partir de que su madre (María) consulta porque su hija presenta enuresis secundaria.

El contexto familiar de la paciente se describe como conflictivo y desorganizado. La crianza de la niña estuvo marcada por un estilo parental autoritario, así como también por violencia física y verbal por parte de ambos padres. La niña vive con su mamá, con quien refiere pelearse “fuerte” constantemente.

Si bien Micaela demuestra adhesión al espacio terapéutico, su entorno familiar no la acompaña: *“Micaela venía sola porque su mamá ni se acordaba de que tenía turno”* (E.9). La terapeuta agrega que María asiste pocas veces y que esto es una limitación para el avance de la terapia, ya que al verla poco no puede hablar más allá de las cuestiones básicas.

Dentro de los focos de trabajo se encuentran los siguientes:

- **El vínculo con su madre.** El trabajo con Micaela consistió en aceptar y elaborar distintas cuestiones de su madre que le dolían, como su inestabilidad o las experiencias de violencia que habían atravesado. Por otro lado, la psicóloga refiere haber conversado con María sobre cuestiones básicas de la crianza, como los modos de comunicación y las consecuencias de la violencia física y verbal.
- **La enuresis.** Este trabajo se encuentra estrechamente relacionado con el del eje anterior, ya que la terapeuta manifiesta que la niña siente mucho enojo por todas las

situaciones que ha vivido, pero que no logra conectarse con sus emociones. Además, explica: *“cuando duerme es el único momento en el que su enojo tiene lugar, entonces larga todo lo que siente ahí”* (E.9). La psicóloga refiere que, si bien Micaela hizo un gran esfuerzo por mejorar, fue necesario hablar con sus padres para que no perjudiquen estos avances. Por un lado, se trabajó con María en que pueda dar lugar a las emociones de su hija; y, por el otro, dado que su padre solía pegarle cada vez que se hacía pis, y su madre solía gritarle, se les explicó a ambos la importancia de no castigar a la niña por los episodios.

La terapeuta refiere: *“tuve que hablar con los papás por teléfono, para que no perjudiquen todo eso que veníamos trabajando. Y para ir guiándolos para que acompañen esto”* (E9). Si bien hubo una respuesta por parte de los padres de Micaela que benefició al avance del tratamiento, la terapeuta observa ciertas limitaciones: *“hay muchas cuestiones de fondo que no pudimos trabajar. Los cambios más profundos de la estructura familiar no tuvieron lugar. Ni tampoco los cambios personales de María como mujer, que se traducirían en una mamá más sana y un mejor entorno familiar”* (E.9).

Presentación de casos del Grupo “B”: casos de aquellos niños que tienen un familiar asistiendo a terapia individual con un profesional del mismo equipo terapéutico que el suyo.

Caso Sol

Sol (10) comienza tratamiento por consulta de su mamá (Dalma), por síntomas de depresión, ansiedad, tricotilomanía y autolesiones. Luego de la entrevista de admisión, el equipo de psicólogas ofreció a Dalma la opción de comenzar -a la vez que su hija- su propia terapia individual.

Respecto al contexto familiar de Sol, este se describe como conflictivo, ya que se manifiestan experiencias de violencia intrafamiliar y discusiones con gritos e insultos.

En cuanto al nivel de involucramiento con la terapia, Dalma mantiene un vínculo positivo y fluido con la psicóloga de su hija, que le permite contar con ella para acercarle dudas o para contarle situaciones significativas. Además, demuestra un buen nivel de compromiso, tanto con la terapia de su hija como en la individual: *“Cuando Sol no quería venir, ella le insistía en que era importante que las dos pongan de su parte para estar mejor. Además, ayudó que las pacientes compartan el horario de sus turnos, porque venían juntas”* (E.2).

En la terapia de Sol, hubo dos ejes de trabajo principales que se encuentran interrelacionados:

- **Las autolesiones y los intentos de suicidio/ el vínculo materno.** La terapeuta de la niña explica que lo que está detrás de los síntomas de la niña es un fuerte sentimiento de inseguridad por no sentirse querida ni valiosa, y que sus conductas buscan obtener cariño, atención y cuidado de parte de su mamá. Desde el trabajo con Sol, se la incentivó a expresar sus emociones en un diario, buscando poner palabras a aquellos afectos que la sobrepasaban y la llevaban a desregularse. También se realizó una “orientación a padres” con Dalma, con el objetivo de guiarla en temas propios de la crianza (límites, acuerdos, comunicación, tiempo de calidad, discusiones). Por último, a través de su terapia individual, Dalma trabajó en cuestiones personales que afectaban a su rol de madre.

La psicóloga de la niña afirma que el grado de involucramiento de Dalma le permitió sostener y acompañar los cambios producidos en el proceso terapéutico de su hija. Además, se destaca: *“De no ser por su terapia individual, Dalma probablemente no hubiera logrado los cambios más profundos, aquellos que tienen que ver con ella misma, con su propia historia y que tienen un gran impacto en su rol de madre y en el avance de Sol”* (E.1).

Por último las terapeutas del caso refieren que la modalidad de trabajo fue beneficiosa porque: (1) pudieron trabajar y supervisar el caso juntas, lo que les permitió poner en común las necesidades de cada paciente, así como también los objetivos; (2) pudieron enriquecerse mutuamente en cuanto a información del sistema familiar: *“nos permite tener más información y desde distintas fuentes, que hace que todo sea más objetivo. Eso acelera los procesos”* (E.1); (3) este modo de trabajo dio lugar a entrevistas vinculares entre las dos profesionales y las dos pacientes, en las que cada terapeuta ayudó a su paciente a transmitir lo que sentía y a comprender lo que su familiar comunicaba; (4) el compañerismo entre las terapeutas les permitió acompañarse en situaciones complejas, como cuando se enteraron de que Sol quería suicidarse y se vieron obligadas a ir a su domicilio.

Caso Dylan

El primer acercamiento de Dylan (8) a terapia fue a través de su mamá, Nadia, quien consultó explicando que ambos se habían mudado de provincia recientemente y que Dylan necesitaba ayuda en su proceso de adaptación. Iniciado el proceso terapéutico de Dylan, su psicóloga se comunicó con Nadia para proponerle la posibilidad de realizar terapia individual con otra profesional del equipo, ya que la notaba triste y apagada; a lo que ella accedió.

En cuanto al contexto familiar del niño, la terapeuta del niño describe que él es amado y estimulado, y que está sostenido emocionalmente por toda su familia.

Respecto al compromiso con la terapia, tanto Dylan como Nadia demostraron adhesión al tratamiento. En este sentido, la terapeuta del niño refiere que el hecho de que los pacientes asistan en un mismo horario a sus terapias ayuda a su motivación y compromiso con el espacio.

Se destacan dos focos de trabajo principales:

- **El desarrollo de la autonomía.** Se trabajó profundizando en las actitudes infantiles del niño (no bañarse sólo, no ayudar en casa, etc.), lo que la terapeuta asoció con una dinámica familiar de sobreprotección. Esto se trabajó con él desde un enfoque conductual, planteando listas de objetivos semanales con tareas básicas a cumplir. En simultáneo, se involucró a su mamá para que acompañe este trabajo: *“para que Dylan avanzara necesitábamos que su mamá le dé una oportunidad de hacer las cosas solo. Ella lo apabullaba, como si fuera un bebé que no puede hacer nada”* (E.3).
- **El vínculo materno.** Este eje de trabajo tuvo lugar porque Dylan comenzó a sentir la necesidad de separarse de su mamá y su sobreprotección. *“Esto tenía que trabajarse con Nadia, porque era ella quien sostenía esa dinámica”* (E.4). El trabajo con la mujer consistió en ayudarla a aceptar el crecimiento y la diferenciación de su hijo. Por otro lado, la terapia individual de Nadia fue especialmente beneficiosa en cuanto a que le permitió escuchar y priorizar sus propios deseos y dar lugar a proyectos personales, permitiendo así el desarrollo de su independencia y su autorrealización. *“Se le dio a Dylan la posibilidad de tener una mamá que no sólo es mamá, sino que es una mujer independiente y feliz”* (E.3).

La psicóloga de Nadia agrega que su terapia individual fue de suma importancia: *“en este caso, lo que complicaba su rol de madre era justamente que no se daba lugar a ella como mujer. Su propio espacio fue clave porque a raíz de los cambios en su rol como mujer pudo avanzar en su rol como mamá. Laburar sus cosas la puede hacer mejor persona, y en eso mejor mamá”* (E.4).

En cuanto a los beneficios que tuvo la modalidad de trabajo en equipo en este caso, ambas terapeutas destacan que permitió un mayor flujo de la información. *“Al principio nos costaba entender la dinámica familiar. Pero entre las dos fuimos completándonos la historia. Pudimos descubrir cuestiones de la dinámica que quizás, de no haber podido conocer desde*

la perspectiva de ambos pacientes, hubiéramos tardado mucho más en encontrar. Nos permite ayudar mejor y más rápido” (E.3).

Caso Alma

La niña (10) llega al espacio de psicología con su abuela, quien consulta por terapia para Alma y su hermano porque se encuentran atravesando un duelo por el suicidio de su madre. A partir de este suceso, el padre (Gustavo) se convirtió en su principal cuidador. Dado que él nunca había ejercido su rol de padre y que, además, tenía un importante retraso madurativo, se le recomendó iniciar terapia individual con el objetivo de “enseñarle a ser padre”.

Al conocer a la familia de Gustavo y Alma, las psicólogas se encontraron con una importante desorganización familiar que se trasladaba a cuestiones como los horarios de sueño, los de tareas escolares, la comida, la ropa, etc. Además, a nivel emocional, el entorno familiar era poco contenedor para Alma, quien se encontraba atravesando el duelo por su mamá.

Respecto a la adhesión al tratamiento, la niña se muestra involucrada con el espacio, mientras que, por otro lado, la terapia de su padre finalizó rápidamente por falta de compromiso. Sin embargo, este continuó manteniendo comunicación semanal con la terapeuta de su hija, con quien mantiene una relación de confianza. Dentro de los focos de trabajo de Alma se encuentran los siguientes:

- ***El vínculo con su papá.*** Alma y su terapeuta trabajaron en la vinculación con Gustavo: *“Fui ayudándola a conocer a su papá, a pasar más tiempo con él de a poco. Y así se fue dando la revinculación” (E.5).* Para favorecer el avance en este foco de trabajo se le explicó a Gustavo la importancia de compartir tiempo de calidad con su hija y se lo ayudó a organizar su tiempo para hacer esto posible. A la vez, la terapeuta de la niña trabajó con el padre en que pueda dar lugar a su dimensión emocional y acompañarla en el duelo. Por último, en el tiempo que tuvo de terapia, Gustavo trabajó en hacerse cargo de su rol de padre, profundizando en cuestiones internas que derivaron de la muerte de su ex-pareja y de la situación de tener que hacerse cargo de dos niños que hasta ese momento no habían sido parte de su vida.
- ***La organización de rutinas.*** Este tema se trabajó casi exclusivamente con Gustavo. La intervención de la terapeuta de Alma fue directiva, consistió en tener entrevistas para explicarle la importancia de la organización en las rutinas de los niños, indicándole específicamente qué debía hacer o comprar. *“Se trató de ayudarlo a armar un núcleo*

familiar lo más sano posible para los chicos. Es poner orden, enseñar hábitos y rutinas de la vida diaria” (E.5).

Las terapeutas del caso afirman que el beneficio de la modalidad terapéutica llevada a cabo fue que, mientras la psicóloga de Alma le indicaba tareas concretas que necesitaba su hija, su espacio terapéutico individual le servía para reflexionar y trabajar sobre aquellas cuestiones personales que impedían que él pueda cumplir con el rol paterno.

En cuanto al trabajo en equipo, ambas profesionales manifiestan que a través de este dispositivo terapéutico se logró ayudar a toda la familia: *“trabajamos desde distintos puntos y con distintos pacientes para poder estructurar esta familia, este sistema que antes básicamente no existía” (E.5); “(trabajar juntas) nos permite articular el caso, lo que nos ayuda a entender mejor a cada uno y al sistema, y a poner objetivos en común y trabajar juntos para cumplirlos. No sólo los podemos ayudar mejor, sino también más rápido” (E.6).* Por último, refieren que trabajar en equipo implica que hay más confianza y fluidez en la comunicación, lo que hace todo más rápido y simple.

III. CONCLUSIONES

Rol de la familia en el compromiso del niño con la terapia

Se ha encontrado que en los casos en los que el cuidador del paciente está comprometido con la terapia, éste demuestra un mayor grado de involucración en la misma. Por el contrario, se encuentra que la falta de relación con la profesional responsable hacia la terapia por parte del cuidador se traduce en ausencias y falta de motivación en los niños.

Además, en respuesta al objetivo del estudio que pretende identificar el valor de la propuesta terapéutica planteada por la Posta Sanitaria, se encontró que la asociación positiva entre el compromiso del familiar y la adhesión terapéutica del niño se ve reflejada especialmente en aquellos casos en los que el cuidador del niño se encuentra atendido de manera individual en el mismo equipo terapéutico que él.

Rol de la familia en el avance de los ejes de trabajo de la terapia

El estudio de los casos demuestra que el impacto del cuidador en el avance de la terapia varía según qué tan comprometido se encuentra éste con el espacio terapéutico. Cuando está implicado y comprometido a ayudar al bienestar del niño, su entorno familiar tiene la capacidad de potenciar el trabajo de los ejes terapéuticos. Sin embargo, cuando el contexto familiar no acompaña lo trabajado en la terapia del niño, perjudica su avance (Flesler, 2014).

Los resultados expuestos reflejan que la comunicación fluida y regular entre los cuidadores del niño y su terapeuta es conveniente para el avance del tratamiento, en la medida en que permite a la profesional proporcionar indicaciones para que los cuidadores logren acompañar y sostener las transformaciones que en él tienen lugar. Esta orientación a los padres permite potenciar su capacidad para identificar y manejar los problemas emocionales, cognitivos y conductuales de los niños (Cates et al., 2016).

En los casos del primer grupo, el trabajo entre la profesional y el cuidador se restringe a indicaciones básicas en relación a la crianza. Este contacto entre ambos es fundamental, aunque no alcanza a abordar aquellas cuestiones personales del cuidador que, si bien son propias, guardan una relación estrecha con los conflictos vinculares con el niño y las faltas en el rol materno o paterno.

Beneficios de la modalidad terapéutica planteada: la terapia individual del cuidador

El presente estudio identifica la importancia de la atención individual de los cuidadores de los niños en cuanto que les permite trabajar en ejes personales que, de alguna manera, afectan su capacidad para cumplir el rol materno o paterno de acuerdo a como el niño lo necesita. Este hallazgo responde a la necesidad de la psicología infantil de crear dispositivos terapéuticos que, en lugar de limitar el trabajo con los padres a indicaciones concretas y momentáneas, los involucren personalmente y les permitan realizar cambios en su personalidad que impacten de manera profunda y duradera en el entorno familiar del niño.

El presente estudio expone que este trabajo con los cuidadores se vuelve particularmente importante en casos de niños en situación de vulnerabilidad, en los que los conflictos que se presentan se encuentran causados o sostenidos por dinámicas familiares conflictivas y disfuncionales.

Beneficios de la modalidad terapéutica planteada: el trabajo en equipo

Dentro de los beneficios que surgen del hecho de que este trabajo suceda en el marco de un equipo terapéutico, las principales categorías emergentes del análisis de los datos son las siguientes:

En primer lugar, se destaca el mayor flujo de la información. Este beneficio consiste en la posibilidad de conversar con otra terapeuta para poner en común las maneras de entender los vínculos, la dinámica familiar y los conflictos. Las terapeutas de los tres casos en los que se llevó a cabo este modo de trabajo resaltan que, de no haber podido intercambiar la

información del caso con su colega, su trabajo hubiera sido más limitado, ya que no hubieran podido comprender las familias de manera tan completa.

En segundo lugar, en el trabajo sistémico de casos en los que se intenta organizar y transformar “el todo”, se enfatiza la necesidad de que los dos procesos individuales “tiren para el mismo lado”.

El tercer beneficio distinguido es el hecho de que este dispositivo terapéutico facilita el trabajo vincular. La importancia de trabajar en este área se ve reflejada en los resultados del estudio, ya que el foco “vínculo con el cuidador” estuvo presente en cada uno de los casos. El estudio de estos demuestra que el hecho de contar con información acerca de qué necesita el niño de su cuidador, permite enfocar la terapia de él a enmendar las faltas en su rol y en cubrir las necesidades del niño.

También, se destaca especialmente el valor de las sesiones vinculares, a través de las cuales cada terapeuta ayuda a su paciente a traducir sus sentimientos para poder comunicarlos asertivamente, intentando dar lugar a nuevas formas de vincularse. Estas permiten abordar las dificultades vinculares, favorecer interacciones positivas y ayudar a los padres a comprender las necesidades de su hijo (Gomez Arango, 2006).

En cuarto lugar, se resalta que el hecho de integrar un equipo terapéutico juntas, les permite a las terapeutas trabajar en confianza y mantener comunicación fluida. El valor de esta cercanía en el vínculo se destaca particularmente en los momentos complejos de los procesos terapéuticos en los que se necesita del compañerismo de los colegas.

IV. BIBLIOGRAFÍA

Bethell, C.D., Solloway, M. R., Guinosso, S., Hassink, S., Srivastav, A., Ford, D., &

Simpson, L. A. (2017). Prioritizing Possibilities for Child and Family Health: An Agenda to Address Adverse Childhood Experiences and Foster the Social and Emotional Roots of Well-being in Pediatrics. *Academic pediatrics*, 17(7S), S36–S50.

Boyadjíán, A. (2018) *Logoterapia vincular. Integrando la logoterapia, el análisis existencial y el modelo sistémico*. Buenos Aires: San Pablo.

- Cates, C. B., Weisleder, A., & Mendelsohn, A. L. (2016). Mitigating the Effects of Family Poverty on Early Child Development through Parenting Interventions in Primary Care. *Academic pediatrics, 16*(3 Suppl), S112–S120.
- Di Bártolo, I. (2016). *El apego: cómo nuestros vínculos nos hacen quienes somos*. Buenos Aires, Argentina: Lugar editorial.
- Dio Bleichmar, E. (2005). *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Barcelona, España: Paidós.
- Flesler, A. (2014). *Niños en el análisis. Presentaciones Clínicas*. Buenos aires: Paidós.
- Gleason, M. M., Goldson, E., Yogman, M. W., & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (2016). Addressing early childhood emotional and behavioral problems. *Pediatrics, 138*(6).
- Gómez Arango, A. C. (2006). Los padres en la psicoterapia de los niños. *Pensamiento psicológico, 2*(6), 103-113.
- Lackova Rebicova, M., Dankulincova Veselska, Z., Husarova, D., Madarasova Geckova, A., van Dijk, J. P., & Reijneveld, S. A. (2019). The Number of Adverse Childhood Experiences Is Associated with Emotional and Behavioral Problems among Adolescents. *International journal of environmental research and public health, 16*(13), 2446.
- Maxwell, J. A. (2012). *Qualitative research design: An interactive approach* (Vol. 41). Sage publications.
- Minuchin, S. (2001). *Familias y terapia familiar*. Editorial Gedisa.
- Noble, K. G., Houston, S. M., Brito, N. H., Bartsch, H., Kan, E., Kuperman, J. M., ... & Sowell, E. R. (2015). Family income, parental education and brain structure in children and adolescents. *Nature neuroscience, 18*(5), 773.
- Novick, K. K., & Novick, J. (2019). *Trabajo con padres y terapia con hijos: un modelo integrador*. Herder Editorial.

UNICEF (2016b). Bienestar y pobreza en niñas, niños y adolescentes en Argentina, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Buenos Aires.