



**Facultad de Humanidades
Carrera de Licenciatura en Psicología
Trabajo Final de Carrera**

***“El cambio en psicoterapia desde la perspectiva del niño: una
investigación cualitativa”***

Alumna: Malenka Alejandra Areas
Matrícula: (402) 20632
Tutor: Dr. Andrés Roussos
Co-tutora: Dra. Julieta Olivera Ryberg
Año: 2017

Índice

Agradecimientos	4
Resumen	4
Introducción	5
Presentación del tema.....	5
Problemas y Preguntas de Investigación.....	6
Relevancia y justificación de la temática.....	6
Objetivos	7
Objetivo General	7
Objetivos específicos.....	7
Alcances y límites	7
Marco Teórico	8
La psicoterapia y sus posibles definiciones	8
La psicoterapia en niños	9
Conceptos de cambio en Psicoterapia	11
Variables del proceso terapéutico	12
Relación terapéutica	12
Intervenciones	13
Dibujo	14
Juego.....	15
Estado del Arte	17
Desarrollo metodológico	21
Diseño Muestral	22
Características de la muestra	23
Materiales.....	24
Materiales adicionales	25
Consentimiento informado para participantes	25
Procedimientos	25
Pasos de la presente investigación	25
Método seleccionado de análisis	26
Aspectos éticos	27
Resultados	27
Dominio Cambio	28
Dominio Valoración de la terapia	30
Dominio Relación Terapéutica.....	33
Dominio Nociones de la terapia.....	36
Dominio Características de la terapia	38
Dominio Intervenciones	38
Conclusión	41
Limitaciones y futuras investigaciones.....	43
Referencias	44

Apéndice	48
Apéndice 1	48
Apéndice 2	49
Apéndice 3	50
Apéndice 4	55

Agradecimientos

Para comenzar, quiero agradecer a mis tutores, el Dr. Andrés Roussos y la Dra. Julieta Olivera Ryberg por la paciencia y la compañía a lo largo de todo este trabajo. Tener la oportunidad de trabajar con ellos es una experiencia únicamente positiva y espero poder hacerlo por muchos años más.

También agradecer a los demás miembros del Equipo de Investigación en Psicología de la Universidad de Belgrano dirigido por el Dr. Roussos, por el apoyo, el cariño, y la formación que me siguen brindando.

A la Universidad de Belgrano y sus profesores, por darme la oportunidad de estudiar y formarme en la disciplina que elijo, y hacerlo con amor.

Por último, a mi familia y amigos, por la paciencia, la motivación, y el apoyo durante estos cuatro años.

Resumen

En la presente investigación, de carácter empírico y enfoque de análisis cualitativo, se buscó indagar sobre las nociones de los niños sobre la psicoterapia y el cambio a partir de su propio proceso psicoterapéutico. Se realizaron 10 entrevistas semi-estructuradas a niños que se encontraban realizando terapia o habían realizado un tratamiento en el último año. Se les preguntó sobre el cambio percibido y su perspectiva sobre otros elementos como: “valoración del proceso”, “características de la psicoterapia”, “relación terapéutica” e “intervenciones”. Las entrevistas fueron transcritas y analizadas con una metodología consensual. Los resultados indican que los niños perciben cambios por los tratamientos realizados, y los vinculan con algunos de los elementos mencionados.

Introducción

Presentación del tema

En el presente trabajo, se buscó describir el concepto de cambio en psicoterapia desde la perspectiva de los niños. Para ello se indagó cómo los mismos perciben el crecimiento y la reducción sintomática como consecuencia del proceso psicoterapéutico.

Para alcanzar dicho objetivo, se llevaron a cabo una serie de pasos. En primera instancia se diseñó un protocolo, que consistía en una entrevista semi-estructurada, estructurada por una serie de preguntas que buscaban indagar sobre la temática de cambio en psicoterapia. La misma se administró a 10 niños que hubieran recibido psicoterapia en la Ciudad de Buenos Aires y el área metropolitana que la rodea, y que su proceso terapéutico hubiese finalizado dentro del último año. Las entrevistas fueron transcriptas y analizadas a través del método cualitativo consensual desarrollado por Hill, Thompson y Williams (1997).

“La psicoterapia es un conjunto amplio y diversificado de procedimientos psicológicos destinados a brindar ayuda a las personas cuyo sufrimiento tiene origen en un padecimiento innecesario o discordante con las expectativas correspondientes a la evolución, dentro de un marco cultural determinado” (Fernández- Álvarez, 2011). Lo distintivo de la psicoterapia de otras formas de intervención es que se vale de recursos psicológicos para mejorar estas condiciones de padecimiento. Desde sus inicios, la misma abarcó tratamientos de personas con diversas patologías y de diversos grupos etarios, entre ellos, los niños.

Freud (1909) fue uno de los primeros en realizar aportes en esta población cuando presentó “Análisis de la fobia de un niño de cinco años (Caso “Juanito”)”. Más tarde, el estudio de la aplicación de esta teoría continuaría desarrollándose en la práctica con autores como Melanie Klein, Anna Freud, Donald Winnicott, entre otros. Con la expansión del campo, comenzó a diversificarse su oferta, así como los desarrollos teóricos de distintas perspectivas. Los propósitos terapéuticos fueron también transformándose, pudiéndose establecer la promoción del cambio, para mejorar la calidad de vida, como uno de los objetivos principales del tratamiento en la actualidad (Fernández-Álvarez, 2011).

Roussos (2013) considera que el cambio psicoterapéutico está relacionado a un crecimiento que surge a lo largo de un tratamiento. El investigador, explica que no hay un acuerdo explícito de la definición del término, y que en investigación se suele recurrir a otros conceptos relacionados para referirse a la temática.

La estructura del trabajo consiste inicialmente en la presentación de un marco teórico, donde se desarrollan los principales conceptos en relación a la temática y el desarrollo del estado del arte, donde encontramos las últimas investigaciones en psicoterapia en niños y cambio. Luego, se presenta el desarrollo metodológico y los procedimientos llevados a cabo por la tesista para

realizar el trabajo de campo. Por último, encontramos los resultados y las conclusiones en relación a la información obtenida.

Problemas y Preguntas de Investigación

En la literatura es posible encontrar investigaciones sobre la percepción de la psicoterapia que adultos poseen de su experiencia como pacientes durante su infancia (Diamond y Lev-Wiesel, 2016), o sobre las distintas intervenciones que se utilizan en la clínica con niños como el juego (Landreth, 2012), o el dibujo (Drake y Winner, 2012). La principal problemática por la cual resulta relevante recabar información en torno al tema presentado está dada por la escasa información que puede encontrarse sobre la perspectiva del paciente sobre el cambio en la psicoterapia en la población de infantes. Teniendo en cuenta el carácter interpersonal de la psicoterapia y la existencia de distintos puntos de vista para el análisis de la percepción del cambio, consideramos que sería fundamental interrogarse: ¿Cuáles son las nociones de cambio que poseen los niños?, ¿Qué cambios perciben?, ¿Cómo es la concepción que poseen los niños de la psicoterapia? ¿Cuáles son las variables del tratamiento que llevan a este constructo?

Relevancia y justificación de la temática

Considerando lo mencionado en el apartado anterior y que el cambio en psicoterapia es una temática de gran relevancia ya que se considera uno de los propósitos principales de un tratamiento, resulta importante recabar información sobre el mismo para el beneficio y la mejora adaptativa de la psicoterapia a las necesidades de cada paciente. Considerando que el proceso terapéutico presenta un carácter interpersonal, existen distintos puntos de vista, de igual relevancia, para el análisis del mismo. Indagando en esta temática se podrían ampliar las concepciones del cambio en torno a cada perspectiva. Dado que no es posible adaptar de forma directa las investigaciones que se realizan en adultos al campo de los niños, consideramos que es necesario realizar nuevos aportes. Estos elementos podrían aportar conocimientos sobre la eficacia del tratamiento, y favorecerían la orientación del mismo. Como plantea Laurenceau, Hayes, y Feldman (2007) el estudio y la medición del cambio, nos da la oportunidad de observar el estado de evolución de los pacientes durante y posteriormente a una intervención. Es por ello que consideramos que investigar la percepción del niño tanto de su terapia como de los cambios que de esta surgen un asunto primordial.

Objetivos

Objetivo General

- Indagar la autopercepción de los niños sobre el cambio psicoterapéutico y su experiencia en psicoterapia.

Objetivos específicos

- Explorar las nociones que los niños poseen sobre la psicoterapia en general.
- Indagar los factores que los niños valoran sobre su terapia.
- Explorar los cambios que los niños perciben en sí mismos a partir de la psicoterapia.
- Indagar sobre los factores que los niños destacan de su relación con el psicoterapeuta.
- Indagar las construcciones de los niños entorno a las actividades realizadas durante el tratamiento.

Alcances y límites

La siguiente tesina incluye un recorrido a lo largo de los distintos trabajos existentes sobre la temática del cambio en psicoterapia desde la perspectiva del paciente enfocándose en los niños como población. Para realizar un aporte a la evidencia existente sobre la temática se buscó indagar sobre la construcción que estos poseen sobre la psicoterapia y el cambio que esta produce. Como es propio de las investigaciones cualitativas, los resultados obtenidos no tienen como objetivo poder generalizarse, sino comprender fenómenos desde distintas perspectivas abarcando su complejidad (Vasilachis de Gialdino, 2006). Se prevé que no será posible definir con precisión las concepciones de cambio que aparezcan, ya que probablemente se encuentren divergencias según la edad de los participantes y su subjetividad.

Marco Teórico

El siguiente apartado busca recorrer los conceptos principales que se presentan en los objetivos de la presente tesina. Los conceptos incluyen la definición de psicoterapia, los distintos constructos que este concepto adopta; su aplicación en los niños como población, y las características que la diferencian del enfoque en adultos. También se conceptualiza el cambio y las variables del proceso terapéutico en donde se incluyen la relación terapéutica y las intervenciones más comunes en niños. Es necesario destacar que se busca ofrecer una breve visión trans-teórica de los distintos fenómenos, ya que un recorrido exhaustivo excedería los objetivos de la tesina.

La psicoterapia y sus posibles definiciones

A continuación, se presenta una breve revisión de distintos constructos del concepto de psicoterapia con el objetivo de permitir una apreciación de la ubicación teórica de la investigación y la información que en ella se obtuvo. El recorrido apunta a establecer puntos en común entre las orientaciones, buscando una definición trans-teórica. Definir la psicoterapia es una tarea compleja, ya que, a pesar de ser una práctica aceptada, existen distintas formas de concebirla.

La American Psychological Association (APA, 2013) considera a la psicoterapia como un tratamiento de colaboración, basado en la relación y el diálogo, proporcionando un ambiente de apoyo que permite hablar abiertamente con alguien objetivo, neutral e imparcial.

Por su parte, Fernández- Álvarez (2011, p.13) conceptualiza a la psicoterapia como “un conjunto amplio y diversificado de procedimientos psicológicos destinados a brindar ayuda a las personas cuyo sufrimiento tiene origen en un padecimiento innecesario o discordante con las expectativas correspondientes a la evolución, dentro de un marco cultural determinado”. Lo distintivo de la psicoterapia de otras formas de intervención es que se vale de recursos psicológicos para mejorar estas condiciones de padecimiento (Fernández- Álvarez, 2011).

Por otro lado, Wampold (2010, p. 3) se diferencia de las anteriores definiciones afirmando que la psicoterapia es “un tratamiento principalmente interpersonal que se basa en principios psicológicos e integra un terapeuta entrenado y un cliente que presenta un trastorno mental, un problema o una queja; se presupone que el terapeuta considera que la terapia podrá remediar dicho trastorno, problema o queja; e implica una adaptación o individualización para el cliente en particular o su trastorno, problema o queja”. El autor se ubica por fuera de los debates y resalta una de las mayores características de la psicoterapia, que es su carácter interpersonal (Wampold, 2010). También contempla qué prácticas pueden ser incluidas en el tratamiento sin dejar por fuera otros tipos de intervenciones. A su vez, no sólo incluye trastornos mentales como las únicas razones para la consulta, sino que contempla la posibilidad de que el paciente acuda

con otro problema o queja. El autor aclara que el terapeuta debe considerar que el trastorno, problema o queja del paciente puede ser resuelto mediante la realización del tratamiento, y por último indica la necesidad de adaptar los mismos a cada consultante en particular.

Como se observa en las definiciones presentadas, existen distintas formas de construir el concepto de psicoterapia, dando relevancia a diversos elementos del proceso terapéutico. La complejidad de esta disciplina ha llevado a lo largo de la historia a debates debido a la gran cantidad de prácticas que la atraviesan. Pero pueden observarse ciertos elementos comunes como “la relación”, “el diálogo”, “el apoyo”, que muestran complementariedad. Más allá de los distintos posicionamientos teóricos o los elementos que se destaquen en cada definición, se puede observar una cuestión basal relacionada con la búsqueda de apoyo, una relación profesional y un objetivo/problema/sufrimiento.

La psicoterapia en niños

Para abordar la psicoterapia en niños es necesario definir qué se entiende por niño. La Real Academia Española (2014) define al niño como aquel que está en la niñez, significando este segundo término el período de la vida humana que se extiende desde el nacimiento hasta la pubertad. Existen distintos puntos de vista para definir a un niño, las concepciones podrían ser tanto legales, como según la evolución psicoafectiva, el desarrollo físico o la cultura, entre otras.

Si consideramos las conceptualizaciones de Piaget y Inhelder (1971) entre los 6 y 12 es cuando se constituyen los sistemas de operaciones lógicas y espacio-temporales. La organización de los agrupamientos operatorios produce un acto de descentración completa del pensamiento: el niño puede seguir transformaciones posibles y coordinar los puntos de vistas diferentes en sistema de reciprocidades (Piaget y Inhelder, 1971). Esta definición es clave ya que implica un período que, a diferencia de los años preescolares, la etapa desde el inicio de la escolaridad hasta la pubertad es de una clara orientación centrífuga, que lleva a la construcción de la realidad exterior a través del conocimiento (Wallon, 1979).

A lo largo de este proceso, pueden presentarse distintas dificultades que impliquen la necesidad de consulta psicoterapéutica. Algunos de los trastornos por los cuales los niños llegan a consulta pueden ser Trastorno de ansiedad por separación, Trastorno por déficit de atención, Trastornos del aprendizaje, entre otros (APA, 2014).

Como sostienen Bunge, Gomar y Mandil (2009), en la niñez no se puede afirmar que haya una variable que se presente como causa única de la psicopatología. Se entiende que el comportamiento está multideterminado por un número de factores que interactúan contribuyendo a la aparición de distintas dificultades que pueden ser de orden biológicas, genéticas, interpersonales y ambientales (Bunge et. al, 2009). Existe evidencia empírica de que la

intervención sobre el procesamiento individual de la información incide sobre las manifestaciones emocionales y comportamentales (Beck y Clark, 1997).

Las intervenciones utilizadas en psicoterapia en niños y en adultos suelen ser distintas. En la clínica con adultos las mismas se efectúan a través de la psicoeducación, la implementación de registros organizados de pensamientos, técnicas de cuestionamiento guiado inspiradas en la mayéutica socrática y la realización de “tareas para el hogar” (Bunge et. al, 2009). En cambio, en el trabajo con niños, pueden encontrarse limitaciones relacionadas a la escasa motivación para realizar el tratamiento, el desarrollo intelectual, y la capacidad de comunicación que presentan los pequeños (Bunge et. al, 2009). Esto puede observarse en aquellos niños que se encuentran en una etapa que Piaget definiría como estadio del desarrollo preoperatorio, donde el pensamiento es concreto, ilógico y egocéntrico (Piaget y Inhelder, 1971). Por otro lado, los niños que presenten un nivel de pensamiento operatorio concreto van a estar capacitados para el trabajo con ciertas intervenciones que podrían considerarse simples. En cuanto a los niños con un pensamiento de nivel operatorio formal, se dará lugar al trabajo en base a intervenciones más complejas (Bunge et. al, 2009).

Teniendo en cuenta estas condiciones, distintos autores consideran que con muchos de los niños “las palabras no son suficientes”, por lo cual se le otorga un valor a la inclusión de la acción y la experiencia en el trabajo con los mismos (Stern, 2002). El autor explica que, de esta forma, se busca que la actividad motive y estimule la comunicación, permitiendo cambiar creencias y circuitos de interacción (Stern, 2002). A su vez, brinda importancia a que la actividad sea multisensorial, incluyendo el uso de distintas modalidades tanto para recibir como para expresar información, en ambos casos, serán el juego y los dibujos los que permiten vehicular gran parte de las intervenciones (Stern, 2002).

Winnicott (1971, p.41) define la terapia como “una forma altamente especializada de juego en servicio de la comunicación con uno mismo y otros”. También agrega que “La psicoterapia tiene que ver con dos personas jugando juntas”. El autor sostiene que los niños suelen estar inmersos en el “aquí y ahora” de las interacciones espontáneas, de forma desinteresada en los objetivos de una terapia, en comparación con los adultos. Por lo cual muchas veces debería revisarse la forma en la que las terapias para adultos se adaptan a los niños. (Winnicott, 1971)

Como puede observarse en este apartado, la psicoterapia en niños implica cuestiones que la diferencian con respecto al enfoque en adultos. Cuando esta disciplina se desarrolla con infantes, es necesario tener en cuenta las características de los mismos, para lograr intervenciones acordes, y llevar a cabo un tratamiento de forma adecuada.

Conceptos de cambio en Psicoterapia

En el primer apartado de esta sección se presentaron distintas definiciones de psicoterapia. Como pudo observarse, los tratamientos psicoterapéuticos se componen por distintos elementos, y en ellos se busca que los pacientes mejoren.

A pesar de que los pacientes suelen comenzar un tratamiento con la expectativa de que algún cambio ocurra en algún aspecto de sus vidas, los autores suelen eludir la necesidad de definir el término “cambio” en psicoterapia o bien sobreentienden la naturaleza del término (Laurenceau et. al, 2007). Roussos (2013) considera al cambio psicoterapéutico como un crecimiento que ha ocurrido durante un tratamiento y señala que aún no hay un acuerdo explícito en la definición operacional del término. El autor resalta que en investigación suele recurrirse a otros términos relacionados con el cambio, tales como resultados, reducción sintomática o modificación de patrones de personalidad (Roussos, 2013).

En la literatura, se pueden encontrar distintos criterios que definen los posibles cambios que pueden aparecer mediante un tratamiento (Olivera, 2016). Dentro de aquellos que brindan definiciones trans-teóricas, Ogles (2014) señala que los resultados deseados de una psicoterapia pueden variar ampliamente, presentando un continuo que parte de la supresión de síntomas discomfortantes; incluye la resolución de conflictos intrapsíquicos que se revelan en problemáticas interpersonales; y alcanza la posibilidad de una reestructuración de la personalidad. Se puede apreciar, que el cambio en psicoterapia posee una escasa precisión en sus definiciones teóricas, y gran heterogeneidad en la operacionalización (Olivera, 2016). Esto pone en evidencia la complejidad que implica tanto entender como estudiar una cuestión basal de los distintos modelos de tratamientos, como lo es el cambio en psicoterapia (Olivera, 2016).

Prochaska y DiClemente (1986) proponen un modelo de actitudes que la gente posee frente al cambio que consiste en cinco etapas: Pre contemplación, no hay deseos de cambiar. Contemplación, se comienza a considerar la voluntad sobre el posible deseo de querer cambiar. Preparación, en esta etapa la persona se halla lista para la actuación, habiendo dado algunos pasos en pos del objetivo. Acción, se refiere al momento en que se hacen más evidentes los pasos que se toman para lograr el cambio. Y mantenimiento, el propósito en este estadio radica en sostener los cambios logrados a través de la modificación del estilo de vida y la prevención de recaídas.

La mayoría de los clientes de psicoterapia auto-referidos buscan ayuda en las fases contemplativa o de acción (Prochaska y DiClemente, 1986). Dado que los niños no suelen ir por su propia voluntad en el comienzo del tratamiento, puede que esto sea más difícil de percibir. Es por ello que es importante entender que motivo perciben los niños como causa de su asistencia al tratamiento (Kazdin y Durbin, 2012). También resulta importante prestar atención a las actitudes que estos toman en relación al cambio, el establecimiento de metas y tareas de la

terapia para comprender y explorar el proceso de la psicoterapia. Junto con la calidad de la alianza establecida al inicio de la terapia, las actitudes que los niños y los adolescentes tienen hacia el cambio parecen ser otro factor importante que afecta su actitud general hacia la terapia (Kazdin y Durbin, 2012).

Variables del proceso terapéutico

El objetivo del siguiente apartado será profundizar sobre dos elementos esenciales del proceso psicoterapéutico que luego serán abordados en la investigación empírica. El primero, será la relación terapéutica, componente que se considera importante en cualquier tratamiento psicoterapéutico (Horvath, Del Re, Flückiger, y Symonds, 2011). Por otro lado, las intervenciones, como instrumentos o modalidades a través de las cuales se trabaja en la clínica (Roussos, 2004).

Relación terapéutica

La relación terapéutica ha tenido un rol central en el tratamiento desde los comienzos de la historia de la psicoterapia. La misma fue destacada y desarrollada por autores de distintos marcos teóricos, y es considerada una de las bases fundamentales de todo tratamiento psicoterapéutico (Accurso & Garland, 2015, Bordin, 1979, Doran, 2014). Aunque su relevancia no se pone en duda, los componentes que la integran, su rol en la terapia y la forma en la que se debe trabajar sobre ella siguen siendo tema de debate tanto entre marcos teóricos como dentro de cada uno de ellos (Olivera, 2016).

Muchos cambios han aparecido a lo largo de los años en el campo de la psicoterapia, pero el énfasis en la relación terapéutica se mantiene como una fuerza estable para la literatura (Doran, 2014). A pesar de que existen distintos constructos o términos que pueden ser similares, la alianza terapéutica es el más investigado dado que puede utilizarse en diferentes marcos teóricos y cuenta con instrumentos de medición de la misma, todos ellos con altos niveles de validez y confiabilidad (Accurso & Garland, 2015).

Bordin (1979) postuló que la alianza se basa en tres aspectos: el vínculo terapéutico, el acuerdo en las metas del tratamiento y el acuerdo en las tareas que uno y otro llevarán a cabo. Sin embargo, cuando se refiere a los niños, el componente de Bordin relativo a las metas no ha sido plenamente apoyado (Zack, Castonguay y Boswell, 2007). Esto podría deberse a que a los niños y adolescentes se les atribuye un nivel menor de conciencia, agencia y motivación cuando comienzan un tratamiento, ya que suelen ser llevados a consulta por otros, y no por una iniciativa propia (Zack et. al, 2007). Los pacientes niños y adolescentes se caracterizan a menudo por considerar que no tienen problemas, no necesitan tratamiento y encontrarse en una etapa pre

contemplativa de cambio, lo cual se atribuye a la presencia de mecanismos de defensa, limitaciones debido a su estadio de desarrollo o a la falta de preocupación (Zack et. al, 2007). Es por esto que son los adultos los que tienden a identificar los problemas en la vida de los niños (Zack et. al, 2007). Otra de las explicaciones atribuidas a la falta de importancia de la formulación de objetivos puede ser que en los niños las metas y las tareas no sean consideradas substancialmente diferentes (Zack et. al, 2007).

A pesar de que al año 2011, podían encontrarse más de 7.000 estudios sobre este constructo en la psicoterapia en adultos, solo 38 examinaban la relación terapéutica y los resultados en psicoterapia en niños (Mcleod, 2011).

Accurso y Garland (2015) plantea que la falta de investigaciones se debe desafortunadamente a las limitaciones en el alcance y en la fuerza metodológica. Algunas de las razones que atribuye a la dificultad del estudio de la relación terapéutica en niños implican las múltiples relaciones que atraviesan la terapia con niños, como ser la relación entre el terapeuta y el niño, la relación entre los cuidadores y el terapeuta y las múltiples perspectivas de esas relaciones.

El bajo número de publicaciones implica una gran dificultad a la hora de afirmar la importancia de la alianza terapéutica asociada a los resultados de la psicoterapia en niños. Es por ello que no puede asegurarse que la misma sea un predictor del éxito de un tratamiento psicológico en niños (Accurso y Garland, 2015). Es Por esto que resulta de vital importancia continuar estudiando este fenómeno en niños.

Intervenciones

Las intervenciones psicoterapéuticas pueden definirse de forma genérica como toda comunicación verbal o no verbal, de carácter intencional y terapéutico realizada por el terapeuta y dirigida al paciente (Roussos, Etchebarne y Waizmann2004). A su vez, estas, son el instrumento con el que cuenta cada terapeuta para trabajar durante el tratamiento. Los distintos abordajes terapéuticos cuentan con una serie de intervenciones que prescriben y otras que proscriben (Roussos, 2004).

El objetivo de la siguiente sección es presentar una síntesis de las aproximaciones técnicas más utilizadas en niños. Principalmente se ahondará en el juego y el dibujo, como dos de las modalidades de mayor uso con esta población, sin perder de vista que existen otras formas de trabajo, como la comunicación verbal, que es común en todas las edades.

Dibujo

“El dibujo puede ser para los niños una forma de explorar su mundo externo, y de descubrir habilidades. A través del uso de los dibujos, los niños pueden comunicar ideas complejas, y mensajes que a través de su vocabulario sería difícil expresar. Desde esta producción, pueden compartir su mundo interno”

(Machioldi 2013)

Como presenta Malchiodi (2013), con el paso del tiempo fueron apareciendo las pruebas de dibujo proyectivo para estudiar las percepciones, actitudes y hasta la personalidad de los niños. A medida que el arte dentro de las terapias se fue fortaleciendo, el uso de dibujos se hizo popular para estudiar distintas variables como la inteligencia, o el estado psicológico del niño. Las expresiones artísticas dentro de la terapia pueden observarse desde distintas perspectivas según los intereses del terapeuta, muchas veces estas expresiones, tanto en el juego como en el dibujo pueden verse direccionadas en mayor o menor grado por el terapeuta (Machioldi, 2013).

Pero el dibujo no es solo una herramienta para el diagnóstico, sino que suele utilizarse como una intervención terapéutica. En la actualidad se utiliza el proceso de creatividad para mejorar el bienestar físico, mental y emocional de los niños (Machioldi, 2013). “El proceso creativo incluido en la autoexpresión artística ayuda a la gente a resolver conflictos y problemas, en las habilidades interpersonales, el control del comportamiento, reduce el estrés, aumenta la autoestima y la autoconciencia, y alcanzar el insight” (American Art Therapy Association, 2006).

Machioldi (2013), nos presenta como esta técnica puede utilizarse desde los distintos marcos teóricos, recorriendo conceptos que pueden ser influenciados por el dibujo. Nos introduce a las relaciones objetales propuestas por Melanie Klein, y propone el arte como una dimensión de interacción entre terapeuta y paciente en donde se puede crear un lugar donde se puede practicar y explorar la individualización, y separación de forma natural (Machioldi, 2013). También retoma el famoso concepto de “espacio transicional” y “objeto transicional” de Winnicott (1953). El espacio transicional es un área intermedia de experiencia donde no se distingue claramente la realidad interna de la externa (Winnicott, 1953). Tanto el arte, como el juego, se consideran espacios transicionales en donde los niños pueden construir un puente entre lo subjetivo y lo objetivo, y practicar su relación con el mundo que los rodea (Machioldi, 2013). En este sentido, el terapeuta sería quien facilita y guía la expresión creativa.

Desde una perspectiva cognitiva-conductual, Machioldi (2013) explica que las técnicas que incluyen la imaginación reducen o eliminan las cogniciones negativas. A pesar de que esta corriente tradicionalmente utiliza modalidades verbales con agentes de cambio, la imagen

aparece como un complemento que permite la oportunidad de la comunicación visual, ofreciendo la oportunidad de desarrollar herramientas relacionadas a la creatividad para lograr el cambio, no solamente durante las sesiones, sino también como tareas inter-sesión (Machioldi, 2013).

Con una perspectiva similar, Drake y Winner (2012) plantean que el dibujo se considera una de las actividades de placer que los niños suelen utilizar para contrarrestar estados de ánimo negativos. Teniendo en cuenta la forma en la que los niños se ven absorbidos por esta actividad, las autoras sostienen que muchas veces esto los ayuda a regular sus emociones (Drake y Winner, 2012). El aprender a regular y expresar las emociones es una cuestión clave en el desarrollo del niño, a través de este aprendizaje los mismos suelen responder con más auto eficacia al ambiente (Drake y Winner, 2012). Hoy en día, el arte se reconoce como una modalidad de juego y está integrado en las sesiones, no solo desde una condición de distracción sino también como una condición de desahogo. Las autoras (Drake y Winner, 2012) investigaron cómo los efectos del dibujo en la regulación emocional desde estas dos condiciones mejoraron el estado anímico.

Juego

“Los niños deben ser entendidos desde una perspectiva del desarrollo. No son adultos en miniatura. Su mundo es de realidades concretas, y sus experiencias suelen comunicarse a través del juego. A diferencia de los adultos, cuyo medio natural de comunicación es la verbalización, el medio natural de comunicación de los niños es el juego y la actividad”. (Landreth, 2012)

Como plantea Landreth (2012), el juego tiene una importancia universal en el desarrollo natural de los niños. Esto es algo espontáneo, que no se enseña, y que surge voluntariamente como disfrute (Landreth, 2012). El autor retoma distintas posturas que el juego puede tener como una forma de aprendizaje, una forma de estructurar experiencias y sentimientos, entre otras. Afirma que los niños pueden tener dificultades en describir de forma verbal cómo sus experiencias los afectan y los hacen sentir, por lo tanto, el juego aparece como una acción con significado, en donde pueden sortear estas dificultades (Landreth, 2012).

Por su parte, Bunge et. al (2009) explican que el juego es una conducta innata, que forma parte de las funciones evolutivas de adaptación y supervivencia. Los autores afirman que este posee propiedades terapéuticas en sí mismo y no es solo un medio terapéutico idea que también sostiene Winnicott (1971), quien afirma que es bueno recordar siempre que el juego es por sí mismo una terapia.

Aguilar y Espada del Valle (2002), desde un posicionamiento cognitivo-conductual presentan una clasificación del juego. Por un lado, encontramos el juego estructurado, el cual se caracteriza

por poseer reglas, normas e instrucciones que están preestablecidas (Aguilar y Espada del valle, 2002). Esto incluye los juegos de mesas, que pueden tener o no fines terapéuticos. Los propósitos del uso de los mismos pueden ser muy diversos: por ejemplo, para iniciar una actividad cuando hay resistencia, como distractor, como actividad reforzante, para analizar problemas y posibles soluciones. También puede servir para exigir constancia, estrategias, y hasta picardía, y de esta forma modelar conductas de cooperación y hasta tolerancia a la frustración (Aguilar y Espada del Valle, 2002).

En segundo lugar, tenemos el juego no estructurado, que se caracteriza por no ser directivo. Para esto, se utiliza un ambiente con muchos juguetes y se le da lugar al niño a elegir. Este juego puede utilizarse para diagnóstico, o para que el terapeuta pueda reorientar temas de conflicto que el niño presente, de esta forma, se pueden entender relaciones o aspectos del pensamiento (Aguilar y Espada del Valle, 2002).

Tanto un tipo de juego como otro, explica Bunge et. al (2009), pueden irse alternando dentro de la psicoterapia con niños, considerando el desarrollo del motivo de consulta y la alianza terapéutica, de acuerdo a la disposición de niño y la situación que el mismo atraviesa.

Retomando a Landreth (2012) el juego en la terapia implica una demanda de actividad física en donde los niños descargan energía, se preparan para asuntos de la vida, logran objetivos y relevan frustraciones. Es un medio de intercambio y resulta importante que los terapeutas puedan comunicarse en el medio en que sus pacientes se sienten cómodos (Landreth, 2012).

Por otro lado, Winnicott (1971 p. 38), sostiene que “la terapia se da en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta.” Y explica que cuando el juego no es posible, es tarea de terapeuta lograr llevar al paciente a un estado en que sea posible hacerlo. El reconocido médico psicoanalista, sostiene que todo lo que se diga sobre el jugar de los niños, rige para los adultos (Winnicott, 1971). Asimismo, sostiene que se debería esperar a que el jugar resulte tanto en el caso de los adultos como con los chicos. También explica que, desviando la atención de la secuencia del psicoanálisis, o la psicoterapia, el juego es universal, y corresponde a la salud. El autor describe una serie de relaciones vinculadas con el proceso del desarrollo del juego. Y sostiene que en la zona de superposición entre el juego del niño y de la persona, existe la posibilidad de introducir enriquecimientos. “El juego es una actividad voluntaria, motivada intrínsecamente, y auto-dirigida por el niño. Envuelve flexibilidad en la elección. Y no existen objetivos. Implica una expresión creativa, y una interacción social tanto física, como mental y emocional. (Landreth, 2012)”

Hasta aquí se han desarrollado lo que se consideran conceptos esenciales en psicoterapia en niños para este trabajo. En estas definiciones teóricas se apoya el recorrido empírico realizado en la presente investigación.

Estado del Arte

Las investigaciones en psicoterapia en niños, abarcan el estudio de las distintas variables que se presentan a lo largo de un tratamiento como la alianza terapéutica, las modalidades de intervención, entre otras. A continuación, se presentan una serie de investigaciones relacionadas a la información indagada en las entrevistas, con la intención de realizar un recorrido sobre las temáticas ya presentadas en el marco teórico.

En la literatura, no fue posible encontrar investigaciones exploratorias en las cuales se estudie la experiencia y el significado de la terapia desde la perspectiva de los niños como clientes de psicoterapia, a diferencia con los adultos. Uno de los estudios que intentó retomar esta temática es el de Diamond y Lev-Wiesel (2016) en el cual se propone entrevistar adultos que cuando eran niños habrían participado de un tipo de terapia conocido como “Terapia de Arte Expresiva” (En inglés, Expressive Art Therapy).

Para ello se seleccionaron 20 sujetos (10 hombres, y 10 mujeres), que al momento de ser entrevistados tenían entre 18 y 38 años, y que habían participado al menos un año del programa del centro “Jerusalem Expressive Therapy Center for Children”. El programa consistía en una terapia a largo plazo, no directiva. Los encuentros eran de noventa minutos semanales, en grupos de cuatro a ocho personas. De esta forma se indagó sobre las memorias que los adultos poseían cuando estaban en terapia, cómo entendían la terapia, a qué sentimientos lo asociaban, y como lo entendían en la adultez. Muchas de las respuestas de estos sujetos reflejaban que una de las dificultades más comunes que tenían de niños eran los problemas emocionales. A la hora de definir las actitudes frente a la situación de estar en terapia en la infancia, la mayoría de los participantes refirieron no tener vergüenza, ni tener problemas en aceptarlo. Sin embargo, otros mencionaron que elegían títulos diferentes para mencionarlo como reemplazar la palabra terapia por “una clase”. La minoría de los participantes admitió no haber podido aceptar el hecho de estar en terapia.

Otra cuestión destacada, es que los adultos mencionaban una falta de objetivos al comienzo del tratamiento, a pesar de que todos lo relacionaban con la posibilidad de que este generara mayor bienestar en su día a día. También resaltaban la importancia de la diversión y el juego como consideraciones claves para la motivación de las razones para ir a terapia. Lo interesante de este estudio es que logra tomar el reporte de las distintas actitudes con respecto a la participación del niño en terapia (Diamond y Lev-Wiesel, 2016)

Por otro lado, Midgley, Target y Smith (2006), también consideró importante el punto de vista del paciente infante sobre los resultados del proceso terapéutico. En su investigación se contactó con todos los adultos referidos como niños en el Centro de Anna Freud, entre los años 1952 y

1980, invitándolos por carta a participar de un estudio de seguimiento. El 42% accedió a participar, y ser entrevistados. De entre ellos se seleccionaron 27 adultos, cuyo tratamiento había sido intensivo (entre cuatro y cinco sesiones por semana). A través de una batería de entrevistas, se acudió a las memorias de la terapia en su experiencia cuando eran niños. A pesar de que muchos tuvieron la dificultad de reflexionar sobre cómo hubiese sido su vida si no hubieran acudido a análisis, en el recorrido de tema se reiteraron cuestiones como que el simple hecho de poder hablar había sido valioso, y había tenido consecuencias. También algunos participantes describieron haber podido desarrollar nuevas formas de enfrentar situaciones que al principio del proceso no lograban atravesar e incluso afirmar que enfrentaban más felizmente los problemas, pudiendo manejar sus sentimientos. Sólo se menciona el ejemplo de un participante que aseguró que el tratamiento lo perjudicó, haciéndolo sentir peor.

Lo interesante la investigación de Midgley et. al (2006) es que logra tomar el reporte de adultos que realizaron tratamientos durante su infancia, y cómo estos percibían que la misma afectó sus experiencias. Resulta importante entender que existen distintas formas de estudiar el mismo objeto. Cuando se busca comprender un objeto de estudio es necesario explorar aquellas cuestiones que lo atraviesan y componen. Cuando exploramos el cambio en psicoterapia no solo nos encontramos, como se menciona anteriormente, con que existen distintas formas de concebirlo. Si no también, con que existen distintas formas de estudiarlo.

En la investigación sobre tratamientos de niños y adolescentes se ha hecho un esfuerzo por estudiar los efectos de la terapia, resultando en los tratamientos basados en la evidencia. (Schmidt y Schimmelmann, 2015). Sin embargo, los autores sostienen que aún no es posible comprender cuáles son los mecanismos que llevan a ese cambio. Por lo antedicho consideran que es importante explicar cómo es que el efecto de la terapia ocurre, ya que ya sabemos que existe un efecto. Para lo cual recomiendan el análisis de los mediadores en psicoterapia, es decir, todas aquellas cosas que atraviesan a la misma. A su vez explican la importancia de definir el mediador que lleva a que el cambio se produzca. Teniendo en cuenta que tanto las implicaciones clínicas, como las características del tratamiento, y las decisiones que en este se toman, son vitales para saber cómo opera un tratamiento para poder identificar las variables que en este aparecen como mediadoras. También agregan que los análisis de mediadores dan la posibilidad de estudiar y plantear un tratamiento dependiendo las características particulares de sujeto (Schmidt y Schimmelmann, 2015).

En el caso de los niños estas investigaciones son extrañas ya que la mayoría de los estudios que refieren a la identificación mediadora indican aspectos relacionados a la relación entre padre-hijo. Los autores proponen que, al haber una falta de conocimiento en los mecanismos de cambio en psicoterapia con niños y adolescentes, la toma de decisiones clínicas y el desarrollo del tratamiento se ven obstaculizados. Y esto se debe a que son pocos los estudios que investigan mediadores potenciales, y los mismos se basan solo en un informante y una única dimensión por mediador. Cuando la terapia en niños incluye al menos tres informantes que serían: los padres,

el niño y el terapeuta. Generando una ausencia de información entre aquellas variables relacionadas al cambio dentro de cada tratamiento. (Schmidt y Shimmelmann, 2015)

Uno de los posibles mediadores que han sido estudiados es la Alianza terapéutica, Kazdin, y Durbin (2012) examinaron la misma en tratamientos basados en la evidencia en niños cuya referencia clínica era de comportamiento opositor, agresivo y antisocial.

Para ello utilizaron familias que se habían acercado al Yale Parenting Center y a la Child Conduct Clinic. Los participantes incluidos fueron 24 niñas y 73 niños con las características mencionadas anteriormente. Todos los casos incluidos terminaron el tratamiento, y proveyeron datos durante el curso y el final del tratamiento. Las medidas se tomaron antes del tratamiento para recabar información sobre las características de la familia y las competencias intelectuales y sociales, durante el tratamiento para estudiar la alianza terapéutica y al final para observar los cambios relacionados a la terapia. Los investigadores incorporaron a su estudio distintos informantes, tanto niños, padres como terapeutas (Kazdin y Durbin, 2012). Suponiendo que la calidad del vínculo terapéutico estaría relacionado a las mejoras terapéuticas y el final del tratamiento, se consideraron múltiples perspectivas para evaluar las características previas al tratamiento.

Los principales resultados fueron que la alianza se podía relacionar con los cambios al final del tratamiento. Cuanto mejor era la calidad de la alianza, mayores eran los cambios terapéuticos en el niño. La competencias intelectuales y sociales de los niños antes del tratamiento predecían la calidad de la alianza terapéutica. Aunque no alcanzaban para explicar la conexión entre la alianza y el cambio. Los hallazgos no podían atribuirse fácilmente a la influencia de otros dominios (desventaja socioeconómica, psicopatología de los padres y estrés, y gravedad y alcance de la disfunción infantil) que plausiblemente podrían contribuir a la alianza y al cambio terapéutico o a los efectos del evaluador entre los predictores y el resultado (Kazdin y Durbin, 2012).

Los autores sugieren que en próximas investigaciones sería importante describir los factores que contribuyen a la alianza para explicar de forma precisa qué mecanismos pueden conectar la alianza durante el tratamiento con los cambios personales. Los intentos por comprender la relación terapéutica han sido exclusivamente en tratamientos con adultos. La falta de estos desarrollos en la terapia en niños muchas veces se relaciona con los múltiples vínculos que incluye la misma (terapeuta, padres, niños). Pero esto no deja de ser sorprendente, ya que se entiende que la alianza terapéutica es crítica en un tratamiento. En las pocas investigaciones realizadas, las conclusiones son consistentes en dar cuenta que la calidad de la relación niño-terapeuta son positivamente relacionadas con el cambio terapéutico, pero también con la adherencia al tratamiento, la satisfacción y la aceptabilidad.

Más allá de su gran relevancia, la relación terapéutica no es la única cuestión que puede estudiarse en asociación con el cambio en el ámbito de la psicoterapia. También se pueden explorar las diversas formas de intervención.

Drake y Winner (2012) examinaron la regulación de las emociones a través del uso del dibujo, como intervención en la psicoterapia. Estudiaron dos formas en las que el dibujo podía elevar el humor en los niños, como descarga, expresando sentimientos negativos, y como distracción, expresando algo no relacionado con sentimientos negativos. Para ello se buscó examinar la efectividad del dibujo como un regulador emocional cuando era utilizado para descargar versus para distracción. Buscando probar si los efectos encontrados estaban relacionados específicamente con la actividad creativa o generalizados a la actividad del dibujo per se. En el segundo caso, se les pedía a los niños que copiaran un dibujo. Para inducir un estado anímico negativo, se les pidió a los niños que pensarán en un evento decepcionante. Los resultados mostraron que el estado anímico mejoraba significativamente a través de la distracción y no de la descarga. Por otro lado, se demostró que el efecto es específico de la actividad del dibujo en donde la imagen es construida libremente. Cuando se utiliza una actividad de copiar, el efecto desaparece. Lo interesante de esta investigación es que explica los distintos usos que se pueden hacer de una misma modalidad de intervención, como es el dibujo. Brindando distintas perspectivas sobre los resultados que se pueden obtener del uso del mismo.

Pero no es sólo a través del dibujo que puede estudiarse el cambio en psicoterapia. Por otro lado, encontramos la investigación de Halfon, Orsucci, Schiepek, et al. (2016) sobre los cambios en los perfiles de juego. Los autores plantean que, a pesar de que existe una evidencia sustancial en que las terapias basadas en el juego producen cambios significativos, los procesos de juego específicamente dentro del tratamiento permanecen sin ser examinados. Y proponen que la tarea del juego puede ilustrar cómo el proceso psicoterapéutico es entendido. También presentan distintos perfiles de juego según las características del mismo, que pueden analizarse desde el "Children's Play Therapy Instrument (CPTI; Kernberg, Chazan & Normandin., 1998). Un instrumento psicodinámico para comprender distintos componentes del juego en niños con un diagnóstico clínico.

Los perfiles reflejan las estrategias que los niños utilizan para entender el mundo que los rodea. Los mismos incluyen unidades de la actividad del juego que pueden dividirse en cuatro clústeres continuos: "Adaptativo", "Inhibido", "Impulsivo" y "desorganizado". Este estudio propone que los niños pueden pasar de un perfil al otro de manera no lineal. Cada perfil indica un sistema complejo que incluye variables sobre niveles de relación, de desarrollo cognitivo y afectivo, y la capacidad de creatividad narrativa. Desde esta perspectiva, el perfil del juego dominara el campo de la psicoterapia hasta que el niño se encuentre preparado para avanzar a una nueva organización. Para lo cual es necesario que el sistema cambie. Estos momentos, serían clave para la introducción de nueva información en el niño (Halfon et. al, 2016).

La investigación consistió en estudiar el estado del perfil de tres niños con diagnóstico de ansiedad de separación, durante un tratamiento psicodinámico. Para ello se grabaron y tradujeron las sesiones, y se analizó la actividad de juego. Considerando que cada perfil de juego refleja una copia de las estrategias adaptativas utilizadas por los niños y revela la forma en que estos entienden su mundo interno y social. Se observaron los cambios en las distintas características del juego, y se los analizó con respecto al CPTI. (Halfon et. al, 2016)

Los resultados explican que los niños pueden expresar distintos estados mentales en el juego, que pueden capturarse en los distintos perfiles de juego, y que, durante el curso del tratamiento, los mismo pueden comenzar a modificarse en perfiles menos disfuncionales. La metodología utilizada muestra la productividad del tratamiento psicoanalítico como un sistema complejo, que toma ventaja de métodos no lineales para el estudio de actividades de juego psicoterapéuticas. Entendiendo que, si el tratamiento está siendo efectivo, el niño comienza a desarrollar perfiles menos desorganizados para enfrentar situaciones problemáticas. Y retoma estudios que relacionan el aumento en el tiempo de juego en sesión a medida que hay mejoras sintomáticas. Los autores consideran que es importante comprender los cambios en el perfil de juego, con el objetivo de seguir identificando como estos pueden observarse en el resultado de un tratamiento. (Halfon et. al, 2016).

Como pudo observarse, el campo de investigación en psicoterapia con niños abarca diversas temáticas. Los estudios recorridos incluyeron la perspectiva de adultos que habían realizado tratamientos durante su infancia, y que en su mayoría valoraron el proceso describiendo resultados positivos como consecuencia del mismo. También se encontraron distintas formas de estudiar el cambio tanto de intervenciones como el juego o el dibujo. A continuación, se desarrolla el proceso metodológico realizado en el trabajo empírico de la presente tesina.

Desarrollo metodológico

La siguiente tesina cuenta con un diseño exploratorio-descriptivo, observacional y cualitativo. Para ello se realizaron entrevistas semi-estructuradas a niños que participaron de un tratamiento psicoterapéutico y lo finalizaron en el último año y/o continúan en proceso del mismo. En ellas se indagó sobre las impresiones y percepciones de los mismos sobre el tratamiento realizado, también respondieron sobre los cambios percibidos y su vínculo tanto con el terapeuta como con la terapia. Adicionalmente se entrevistó a los padres o tutores de los niños, con el objetivo de complementar la información brindada por los sujetos. Luego, las entrevistas se transcribieron y analizaron con una metodología cualitativa basada en el consenso.

A continuación, se explican los pasos del desarrollo metodológico de la investigación. Para comenzar se describe la muestra utilizada, partiendo del modo de convocatoria, continuando con

los criterios de inclusión y exclusión definidos, y finalizando con el resumen de las características de los sujetos que participaron de la misma. Luego, se presentan el instrumento, la guía de entrevista utilizada, con cada una de sus partes: la entrevista semidirigida, el listado de preguntas cerradas y los datos sociodemográficos recolectados. Y para finalizar, se desarrolla la metodología utilizada para el análisis de la información obtenida.

Este trabajo utiliza metodología de tipo cualitativa, la misma se utiliza en investigación para captar las percepciones y representaciones ideológicas, valores, formaciones imaginarias y dominantes en un determinado grupo o clase social (Salamanca Castro & Crespo Blanco, 2007).

Diseño Muestral

La muestra utilizada en esta investigación se recolectó acorde a los criterios de modelos cualitativos. El criterio para que el niño participe fue que estuviese realizando un tratamiento psicoterapéutico o lo hubiese finalizado en el último año.

Para convocar a los participantes se utilizó un diseño de bola de nieve, el cual consiste en localizar a algunos individuos según las características determinadas para la investigación. La técnica se sirve de las redes sociales y las amistades de los sujetos, para la captación de nuevos participantes. A partir del encuentro con el primer representante, éste puede conducir a otro, y éste a un tercero, y así sucesivamente hasta conseguir una muestra suficiente (Cantoni Rabolini, 2009).

Se apuntó a conseguir heterogeneidad dentro del marco poblacional para dar cuenta de la diversidad del objeto de estudio. Aunque, no puede ni debe considerarse una muestra exhaustiva en términos de variedad de opciones, ya que el tamaño de la muestra es pequeño y algunas variables no tienen una representación significativa.

Los criterios de inclusión de la muestra para este trabajo, requirieron que el participante:

- Tuviera entre 6 y 12 años de edad
- Se ofreciera voluntariamente a participar, con autorización de los padres
- Que hubiera realizado en los últimos 12 meses o estuviera realizando un tratamiento psicoterapéutico

Se excluyeron de la muestra aquellos niños con indicios de criterios diagnósticos de trastorno mental grave. Si bien no se aplicó ninguna evaluación psicopatológica para establecer diagnósticos, se tuvo en cuenta la capacidad de los niños para poder escuchar y entender las preguntas de las entrevistas, y poder elaborar una respuesta.

Características de la muestra

De los sujetos invitados a participar hubo dos cuyos padres no respondieron el mensaje de WhatsApp, y se verificó que lo habían recibido. Otros dos niños, que habían aceptado participar, se negaron a hacerlo cuando se presentó la situación. Dos sujetos que fueron entrevistados no se incluyeron por decisión de la tesista y sus directores, ya que no podían comprender las preguntas por condición de hipoacusia. Un último sujeto, no concretó la entrevista por enfermedad, y no poderse establecer un nuevo día de encuentro.

La muestra final se compuso de 10 niños que cumplían con las condiciones de inclusión. La mitad de los niños ya habían finalizado su tratamiento, y la otra mitad aún se encontraban en proceso del mismo. Todos los niños eran de nacionalidad argentina, en donde tres vivían en la Ciudad autónoma de Buenos Aires, y siete habitaban en las proximidades de la capital. Dos de estos vivían en un hogar transitorio, y su participación fue autorizada por su tutora legal. Todos los niños se encontraban realizando sus estudios primarios básicos. Sólo dos eran mujeres, y ocho varones. Tres habían realizado anteriormente otro tratamiento psicoterapéutico. Dos llegaron al terapeuta por la obra social, a uno de los niños la terapeuta lo atendía gratuitamente, otro de los niños asistía a un organismo del estado, los demás iban particularmente. Nueve de los niños llevaron a cabo su terapia en un consultorio privado, y uno en un hospital. (Ver Tabla 1)

La mayoría de los tratamientos se llevaron a cabo en el GCBA. Dentro de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, dos de los tratamientos se realizaron en Caballito, y uno en Belgrano. Los tratamientos llevados a cabo en el conurbano se extendieron a barrios tales como Pilar, Vicente López, Ramos Mejía y Castelar.

Tabla 1. Datos Composición Sociodemográfica de la Muestra

Caso	Sexo	Edad	Barrio	Tratamiento	Sexo T.	Tiempo Trat.
E1	M	6	Caballito	En proceso	F	12 Meses
E2	F	11	Ramos Mejía	En proceso	F	1 Mes
E3	F	8	Belgrano	En proceso	F	18 Meses
E4	M	10	Ramos Mejía	En proceso	F	4 Meses

E5	M	7	Ramos Mejía	Finalizado	M	2 ½ Meses
E6	M	7	Vicente López	Finalizado	F	2 Meses
E7	M	10	Pilar	Finalizado	F	12 Meses
E8	M	7	Castelar	En proceso	F	12 Meses
E9	M	11	Vicente López	Finalizado	M	12 Meses
E10	M	9	Caballito	Finalizado	F	2 Meses

Materiales

El instrumento utilizado para recabar información fue una entrevista semi-dirigida, desarrollada por la alumna con supervisión de los directores y basada en la entrevista para adultos (Olivera, Braun, Gómez Penedo y Roussos, 2013). La misma incluyó preguntas sobre las temáticas de interés de la investigación, buscando indagar en cada una de las áreas expresadas en los objetivos específicos. Durante la administración de las entrevistas se buscó que los participantes se expresaran libremente sus pensamientos y sensaciones sobre la terapia realizada. También se recolectaron los datos socio-demográficos del participante, a partir de la participación de los padres. Se incluyeron preguntas abiertas y cerradas para ser aplicadas. En los niños, buscando indagar en áreas relacionadas con:

- Ideas relacionadas al motivo de consulta
- Percepción del cambio
- Relación con el terapeuta
- Características físicas del ambiente psicoterapéutico
- Actividades que realizaba en terapia

Las entrevistas fueron administradas por la tesista en los hogares de los niños. Todas las entrevistas fueron cara a cara y a los padres de cada participante se le otorgó, se le hizo leer y firmar un consentimiento informado en caso de estar de acuerdo con la participación en la investigación, por escrito, teniendo siempre en cuenta el asentimiento del niño para participar. Una vez concluidas las preguntas de los protocolos, se realizó la toma de los datos

sociodemográficos de los participantes, a partir de entrevistas a los padres, que incluían: edad, género, nivel educativo, y lugar de residencia.

Las entrevistas fueron audio grabadas digitalmente y presentaron una duración promedio de 15 minutos. Las mismas fueron desgrabadas para su posterior análisis. Una vez realizado esto, a cada participante se lo identificó con un número según el orden en que se realizó la entrevista. Dicha medida se tomó para preservar la confidencialidad de los datos de los participantes. A la hora de entrevistar a los niños, fue muy importante el establecimiento de un buen rapport, para lo cual se solía jugar o hablar de temas no acordes a la entrevista, antes de introducir la misma. Una de las cuestiones a tener en cuenta fue la importancia de profundizar las respuestas, re-preguntar en caso de que el participante no entendiera a que refería la pregunta, pedir ejemplos. Se intentó que existiera un flujo, que se presentara naturalmente, buscando un intercambio con los niños. No se tomaron notas durante la administración, ni se leyeron las preguntas, las cuales eran recordadas por la tesista.

Materiales adicionales

Consentimiento informado para participantes

En este documento se presenta la investigación a los padres o tutores de los niños participantes y se les aclara la participación voluntaria. También se aclaran los alcances de la confidencialidad de los datos, la posibilidad de retirar el material provisto para la investigación en cualquier momento del proceso. En el caso en que acordaran participar, se les pidió que firmen una copia del consentimiento, siempre y cuando hubiera un asentimiento previo del niño. Los consentimientos se encuentran almacenados de manera segura, en un lugar diferente del material de cada entrevista. El modelo de consentimiento informado se encuentra en el Apéndice 2.

Procedimientos

Pasos de la presente investigación

Los pasos que se llevaron a cabo incluyeron, en un primer momento, la confección de un documento con preguntas iniciales disparadoras, para la entrevista a los niños y a sus respectivos padres, considerando los objetivos del presente trabajo. Una vez efectuado el protocolo, en conjunto con la auditora, se realizó una entrevista piloto, la cual, en su posterior análisis, aportó a mejoras en el desarrollo de las entrevistas y su aplicabilidad, redactando un

protocolo final. Se realizó una entrevista a un sujeto con las mismas características de los participantes indagando sobre los puntos de interés planteados. La entrevista realizada en la prueba piloto, no fue incluida en la muestra final, debido a que se modificó el instrumento de recolección de datos.

Una vez confeccionado el protocolo definitivo se procedió a la búsqueda de la muestra, a través del método de "bola de nieve". Los participantes se contactaron vía telefónica, hablando con los tutores o padres, para coordinar el encuentro para realizar la entrevista, en la casa del niño. Se administraron un total de 12 entrevistas, durante el primer semestre del año 2017, y de las cuales 10 fueron utilizadas. Luego se transcribieron las entrevistas con el fin de analizarlas. Los datos de los participantes se codificaron, cambiando los nombres de los participantes. Tanto el trabajo de administración del instrumento, transcripción y análisis, fue realizado por la tesista.

Una vez finalizada esta primera instancia, se llevó a cabo el análisis de los datos, a partir de la construcción de dominios, ideas nucleares y categorías, tal como lo describen Hill Thompson y Nutt Williams (1977). En el siguiente apartado se desarrolla la técnica de datos utilizada.

Método seleccionado de análisis

Para analizar los datos recolectados, se utilizó una metodología de análisis cualitativa consensual, conocida como CQR (Consensual Qualitative Research) desarrollada por Hill, Thomson & Nutt-Williams (1997). Este método, si bien es cualitativo, es altamente estructurado, y propone un análisis de la información de manera grupal, siendo el objetivo principal el consenso. Los componentes que estructuran este modelo son: entrevistas semi-estructuradas con preguntas abiertas como técnicas de recolección de datos; un grupo de jueces ("grupo primario") que analiza los datos desde múltiples perspectivas; el establecimiento de consenso entre los jueces respecto del significado de los datos; la figura de un auditor que supervisa el trabajo del grupo primario; y la construcción obtenida por el consenso de (a) dominios, (b) ideas nucleares y (c) categorías para clasificar y analizar los datos. El consenso en la construcción de dominios asegura que ninguna parte del material quede por fuera de algún dominio, que los nombres reflejen el contenido, y la evaluación del tamaño de inclusión de los dominios. Esta idea busca repetirse en todo el proceso de evaluación y análisis del material. (Juan, Gomez Penedo, Etchebarne y Roussos, 2011)

En el caso de la presente tesina, los pasos se realizaron tal como se propone en este método, en el cual el grupo primario se conformó por la tesista y otra compañera estudiante de cuarto año de psicología, entrenada en esta metodología, quienes evaluaron el material en primera instancia, y luego las auditorías fueron realizadas por parte de la codirectora de la tesina. Para así arribar a las listas finales a través del consenso.

Para empezar, se desarrollaron y codificaron los dominios. Esto implicó sintetizar porciones de material analizado en áreas temáticas. Una vez que los dominios se mostraban a lo largo de las distintas entrevistas, se los daban por adecuados. Para llegar a esto, los integrantes del grupo primario, clasificaron el material por separado, para luego reunirse y llegar por consenso a la estructura definitiva de los dominios, que luego fueron revisados por la auditora. Con respecto a las ideas nucleares, segundo paso, las mismas buscaron resumir distintos elementos que pertenecían al mismo dominio, respetando el significado explícito de cada participante. Por último, se construyeron las categorías, lo cual implicó un análisis cruzado de todas las entrevistas. En estas se buscó agrupar ideas nucleares similares de los distintos casos. Para así darle estabilidad a los resultados y establecer tendencias.

Aspectos éticos

El siguiente trabajo implicó la participación voluntaria de los sujetos incluidos en la muestra. Para ello se les informó sobre las intenciones del trabajo, y la posibilidad de retirarse en cualquier momento que lo desearan.

Para garantizar la protección de los participantes, se les entregó un consentimiento informado con la información pertinente y se les pidió que lo firmaran en caso de estar de acuerdo con su participación. Este documento fue almacenado por la tesista que presenta el trabajo.

También se tuvo en cuenta la garantía de la confidencialidad de los datos de los participantes. Guardando de forma segura las entrevistas audio-grabadas. A cada participante se le asignó un número, y aquellos datos que pudieran revelar información del participante fueron editados.

Resultados

En la siguiente sección se presenta el análisis de los datos y los resultados recabados en la presente tesina. Los mismos se organizan de acuerdo a los objetivos específicos planteados en la introducción. El orden radicó en la metodología consensual basada en el modelo CQR (Hill et. al., 1997), en donde se generaron los dominios los cuales, a su vez, contienen categorías, que agrupan contenidos similares conformando un orden jerárquico.

Las preguntas diseñadas para recabar información en niños fueron nucleadas en seis grandes dominios; Valoración de la terapia, Noción de la terapia, Características de la terapia, Cambio, Relación terapéutica e Intervenciones. Estos serán desarrollados en profundidad a continuación, en diferentes apartados. En cada uno podrá encontrarse la síntesis de las categorías y su presencia en la muestra.

A lo largo del capítulo se exhiben citas textuales de los participantes. En ellas, se respetó cómo cada niño expresó y formuló su respuesta. Los datos sólo indicarán el número de entrevista, para preservar la confidencialidad.

Las categorías se seleccionaron según su frecuencia de repetición, y pueden encontrarse en los Apéndices 3 y 4. El apéndice 3 presenta el listado de aquellas con mayor frecuencia, con ejemplos las mismas. Por su parte, el Apéndice 4 presenta el listado de categorías de escasa frecuencia. Las mismas no fueron descartadas, ya que se considera que su valor puede ser novedoso, y podrían brindar un punto de vista alternativo que pueda representar aquellos individuos que no fueron parte de la muestra. La utilidad de las categorías radica en que reflejan un análisis cruzado de todas las entrevistas, brindando estabilidad a los resultados, y permitiendo establecer tendencias. De acuerdo a la clasificación de Hill, Thompson, Williams & Hess (2005) las categorías se consideran “generales” si están presentes en todas las entrevistas o en todas menos una; “típicas” si se aplican a la mitad o más de la muestra”; “variantes” si los resultados se aplican a casos por debajo de la mitad de la muestra.

Cabe destacar que las categorías no son excluyentes, esto implica que la idea que haya expresado cada participante puede encontrarse en más de un dominio y en más de una categoría. Y que los participantes pueden tener distintas respuestas que pertenezcan a distintas categorías de un mismo dominio.

Es importante señalar que, el hecho de que una categoría no aparezca en un caso, no implica que el paciente no pudiese estar de acuerdo con la misma. Si no que al tratarse de entrevistas con carácter semi-estructurado, ciertas cuestiones pueden no haber surgido espontáneamente durante estas.

Con el fin de facilitar la comprensión de cada objetivo específico, se comenzará describiendo los resultados vinculados con el dominio del cambio percibido por los niños. Dado que es el objetivo general de este trabajo y cada uno de los objetivos específicos se ve involucrado en este primero.

Dominio Cambio

Dentro de las entrevistas se realizaron preguntas específicas haciendo referencia al cambio percibido por los niños. Como, por ejemplo: “*¿Pensás que te ayudó en algo? ¿En qué pensás que te ayudo?, ¿Notas algo diferente desde que vas? ¿En donde / Como lo notas?*”.

En cuanto a las categorías dentro de este dominio, nos encontramos con que las mismas no son excluyentes. Esto implica que los niños podían percibir distintos cambios, y que la agrupación de las respuestas implicó la creación de una categoría más abarcativa y otras más específica. Asimismo, una misma respuesta puede encontrarse en distintas categorías.

La primera cuestión a destacar de las respuestas obtenidas en este dominio es que la mayoría de los niños expresó alguna mejora a causa de la psicoterapia. Esto implica que ocho de los diez niños se vieron conformes con algún aspecto que haya surgido a partir del tratamiento y sólo dos expresaron que la terapia no los ayudó en ninguna cuestión que pudieran mencionar. Estos dos casos quedaron en la categoría típica “Al niño no lo ayudo ir a terapia”.

“<P2>: ¿Y pensás que te ayudó en algo ir al psicólogo?”

<P1>: No (E6)”

En relación a las demás respuestas, se encontró de manera típica la categoría bajo el título de “El Niño atribuye mejoras a causa de la psicoterapia”, donde se incluyeron ideas relacionadas con los cambios que cada niño identificaba. Algunos ejemplos que se pudieron encontrar aquí consistían en que el niño expresara mejoras tanto en su vida escolar, como en sus conductas, sus vínculos y emociones.

“<P2>: ¿Y te ayudó?”

<P1>: Si. Osea, tenía miedo de algo, pero ella me ayudó no se en que, bueno en el miedo claro (E8)”

Por otra parte, se encontró con una frecuencia significativa que uno de los cambios que los niños más resaltaban estaba relacionado a su estado anímico. Describiendo que su terapeuta les aconsejaba, y escuchaba, particularmente, con cuestiones emocionales, como la tristeza.

“<P2>: ¿Vos pensás que te sirvió, que aprendiste algo?”

<P1>: Si, a que, si vos te aguantás la tristeza te sentís mal, y si la liberás te sentís mejor (E7)”

Este tipo de respuestas fueron incluidas en la categoría variante “El niño mejoró su estado anímico”. Por otro lado, también se destacaron las mejoras en relación a cuestiones interpersonales, que implicaban un crecimiento en la conducta con respecto a otros. Como en el siguiente ejemplo.

“<P2>: ¿Y pensás que te sirve ir a terapia?”

<P1>: Si

<P2>: ¿Para qué te sirve ir?

<P1>: Porque antes yo era muy peleadora (E3)”

Algo que pudo observarse es que los participantes reportaron mayor cantidad de cambios respecto a lo emocional y a las relaciones interpersonales. También se puede resaltar que al menos cuatro niños percibieron más de un cambio en diferentes áreas, lo cual implica una mejora global. Hay que tener en cuenta que los niños resaltan y relacionan el cambio con el vínculo con su terapeuta.

“<P2>: ¿Y qué te dice que hace que no te pelees tanto?

<P1>: Me da un consejo

<P2>: ¿Te acordás de alguno?

<P1>: Me dijo que me tenía que contener si me peleo con una amiga y después le pido perdón (E3)”

“<P2>: ¿Y nadie te ayuda con los miedos, ¿no? Como que los psicólogos tienen algo que...

<P1>: Tienen como que, en vez de psicólogos son como robots ayudadores (E8)”

A modo de síntesis, y en relación al primer objetivo específico de esta tesina, se pudo explorar que los niños son capaces de destacar distintas mejoras a partir de su paso por un tratamiento psicoterapéutico. Puede observarse que estas mejoras abarcan distintas áreas, y que el terapeuta tiene un rol activo y destacable en esto.

Dominio Valoración de la terapia

Dentro del dominio de valoración de la terapia se nuclearon factores que describen la satisfacción con la terapia, aquello que le resulta más agradable, y cuestiones apreciativas por parte del niño. Las respuestas encontradas se agruparon en seis categorías. La primera categoría, de una frecuencia típica de siete respuestas afirmativas, fue “Al niño le gustar ir a

terapia”. La misma, abarcó distintas ideas relacionadas a la facilidad o dificultad de ir a terapia, su aprecio por ir, etc.

“<P2>: ¿Y te gusta ir o te aburre?”

<P1>: No

<P2>: ¿Vas con ganas?”

<P1>: Si (E8)”

*“<P2>: ¿Te dan ganas de ir a verla a *Jaz o preferís quedarte en casa?”*

*<P1>: A *Jaz! (E3)”*

A diferencia de estas respuestas, se encontraron también respuestas que por su poca frecuencia pertenecen al listado de categorías únicas en donde los niños valoraron negativamente la facilidad de asistir al tratamiento, explicando que ir a terapia los aburría (en un caso), o que ir a terapia no les gustaba (en solo un caso también).

Otra de las cuestiones valoradas por parte de los niños, era el cambio. Dentro de este dominio encontramos dos categorías de valoración en relación al mismo, ambas con una frecuencia típica.

Por una parte, la categoría “El niño piensa que ir a terapia ayuda”, incluía respuestas relacionadas a que el proceso terapéutico implicaba una ayuda o mejora. Por otro lado, la categoría “El niño atribuye características positivas a la terapia relacionadas al cambio” en donde, de forma más específica, los niños destacaban las distintas áreas donde percibían cambios. Algunos ejemplos en relación a estas cuestiones valoradas pueden observarse a continuación.

*“<P2>: ¿No? ¿Y pensás que te sirve ir a ver a *Jaz?”*

<P1>: Si (E3)”

“<P2>: ¿Y vos porqué pensás que te gusta ir?”

<P1>: Para curarme (E4)”

Con respecto a las cuestiones que más se valoraban de la terapia, encontramos dos categorías relacionadas a las intervenciones. La primera, de frecuencia típica, “El niño atribuye características positivas a las actividades de la terapia”, incluía todas aquellas cuestiones que los niños destacaban que le gustaban realizar en cada sesión, como dibujar, hablar, compartir el tiempo con su terapeuta. La segunda, “Lo que más le gustaba al niño era jugar en terapia” de frecuencia variante.

P2>: ¿Y qué era lo que más te gustaba?

<P1>: Lo de adivinar las manchas (E10)

<P2>: ¿Y qué era lo que más te gustaba?

<P1>: No se

<P2>: ¿Preferías cuando hablaban, cuando jugaban?

<P1>: Cuando jugábamos (E9)

Por último, nos encontramos con una categoría variante, “El niño volvería a ir a terapia”. Esta respuesta surge a partir de una pregunta tanto a los niños que no habían finalizado el tratamiento, como aquellos que sí, que era si volverían a terapia. A lo cual muchos respondieron que si tuvieran algún problema / miedo / preocupación volverían a consultar. Al mismo tiempo esto se relaciona también con el próximo dominio a analizar: “Relación terapéutica”. Ya que al menos tres de los niños, destacaron que, de volver a terapia, lo harían con el mismo terapeuta y hasta llegaron afirmar que volverían a terapia tan solo para visitar a su terapeuta. En contrapartida a esto, tan solo dos niños afirmaron que no volverían a terapia, y sus respuestas pueden observarse en el Listado de Categorías únicas (Apéndice 4)

“<P2>: ¿Volverías a ir?”

<P1>: Sí

<P2>: ¿Por qué?

<P1>: Para verla (E10)”

“<P2>: ¿Y si aparece otro problema, volverías a ir a verla?”

<P1>: Si

<P2>: ¿O irías a otra persona?

*<P1>: A *Jaz (E3)”*

Como puede apreciarse, las cuestiones a las que los niños dieron valor incluyen tanto el cambio, como las actividades que se realizan en el proceso terapéutico y el vínculo con su terapeuta. Al analizar estos resultados nos encontramos con la posibilidad de englobar y cruzar la información obtenida en los distintos dominios y en las distintas entrevistas. Dándole de esta forma un orden de jerarquía, pero sin olvidar que todos los aspectos aquí indagados están relacionados. A continuación, se detallará la información obtenida en el dominio de “Relación terapéutica”.

Dominio Relación Terapéutica

Respecto a la Relación terapéutica se buscó indagar en la valoración del niño tanto en las características del vínculo terapéutico como en las del terapeuta. Este dominio fue junto al de “Intervenciones”, donde más categorías se encontraron, con 8 categorías finales.

En cuanto a las características del vínculo, la primera categoría típica fue “Había confianza entre el niño y el terapeuta”, que incluía las ideas en las que se expresaba confianza, donde destacaban poder contar sus cosas al terapeuta, otorgando un valor apreciativo a la relación.

*“<P2>: ¿Y que tiene *Jaz de especial que hace que le puedas contar las cosas?*

<P1>: Confía en mi

<P2>: Confía en vos

<P1>: Y yo confío en ella (E3)”

“<P2>: ¿Y por qué pensas que te sentías así y le podías contar cosas a él?

<P1>: Porque él era como alguien que no le decía a mi mamá lo que charlábamos ahí, era como algo más privado (E9)”

Otra particularidad que los niños destacaban del vínculo era la diversión. La categoría “El niño atribuye diversión al vínculo” incluía estas ideas y tuvo una frecuencia variante. En estos casos

los niños distinguían que sus terapeutas no le hablaban seriamente y que se divertían en terapia con ellos. Lo cual también puede relacionarse con aquellas cuestiones que se desarrollaran más adelante respecto a las actividades relacionadas en la terapia.

<P2>: ¿Por qué era divertida?

<P1>: Si, en una época había llevado unas espadas de juguete, y jugábamos espadéo

<P2>: Y te divertías entonces ¿Qué hacía ella para divertirse?

<P1>: Jugaba a lo que yo quería (E7)”

Las últimas dos categorías relacionadas a la apreciación del vínculo fueron “El niño quiere a su terapeuta”, y “El niño atribuye características positivas al vínculo”. La primera, con una frecuencia variante, fue el resultado de la pregunta ¿Quieres a tu terapeuta? A lo cual al menos cuatro niños respondieron que sí. La segunda, con una frecuencia típica, incluyó todas aquellas cuestiones de forma global que los niños destacaban del vínculo terapéutico y que clasificaban como agradable.

*<P2>: ¿Y como es *Roxi?*

<P1>: Copada

<P2>: Bueno, te llevas bien entonces

<P1>: Si (E8)

También hubo categorías únicas que por su baja frecuencia quedaron excluidas, en las cuales el niño respondió no querer al terapeuta y su explicación se relacionaba con caracterizar al mismo de forma negativa como aburridos y otras connotaciones.

Con respecto a cómo los niños describían a su terapeuta encontramos una categoría relacionada a la descripción física, “El/La terapeuta es un adulto”. Cuando se les preguntaba a los niños cómo eran sus terapeutas, resaltaban la diferencia de edad con una frecuencia típica, con algunas respuestas como “Mi terapeuta tiene la edad de mis papás”, o “Mi terapeuta es más o menos viejo”. Por otro lado, tenemos la categoría típica “El niño atribuye al terapeuta características positivas”, donde se incluían aquellas particularidades del terapeuta que los niños recalcan.

*"<P2>: ¿Y por qué sentís que le podés contar las cosas a *Clau?*

<P1>: Así nos ayuda

*<P2>: Así te ayuda ¿Y que tiene de especial *Clau?*

<P1>: Que la otra persona no te enseña, y Clau si (E1)"*

"<P2>: ¿Qué te acordás vos de cuando fuiste a ver a tu terapeuta?

<P1>: Ella era muy cariñosa conmigo (E10)"

Por último, en este dominio, encontramos dos categorías en las que se destacaron las actividades en conjunto con el terapeuta como significativas para la relación. La primera, con una frecuencia típica, "El niño le contaba sus cosas al terapeuta", incluyó los casos donde existía facilidad por parte del niño para comunicar al terapeuta las preocupaciones y la forma en que el profesional actuaba sobre esto.

"<P2>: ¿Y te hace bien entonces cuando le contas esas cosas?

<P1>: Si

<P2>: ¿Y ella que hace?

<P1>: Me escucha

<P2>: ¿Te da algún consejo?

<P1>: Si, me da consejos

<P2>: ¿Cómo cuál? ¿Te acordás alguno?

<P1>: Que no tengo que estar triste

<P2>: ¿Pero por qué no le contas a otra persona? ¿Qué tiene el psicólogo de diferencia?

<P1>: Que te cura, te hace curar (E4)"

"<P2>: ¿Y porque pensás que le podías contar a ella esas cosas?

<P1>: Osea... porque nunca iba a tener un problema con ella y en vez de decírselo a mi mama se lo decía a ella

<P2>: ¿Y porque no ibas a tener un problema con ella?

<P1>: Porque era buena onda (E7)”

La mitad de los niños expresó que podían hablar con su terapeuta, y que le contaban las cosas que hacían en el día, que les preocupaban o los problemas que tenían. Pero también, destacaron el poder jugar con su terapeuta. De esta idea surge la categoría “El niño juega con el terapeuta”, de frecuencia variante en la que los niños no solo destacaban el juego como una de las actividades más apreciadas, sino también el hecho de compartirlo con el terapeuta.

“<P2>: ¿Cuál es el que más te gusta?

<P1>: Uno de la granja

<P2>: ¿Y juegas con ella o juegas solo?

<P1>: Juego con ella (E8)”

Como puede observarse a lo largo del dominio relación terapéutica, los niños expresaron empatía respecto a sus terapeutas. No solo les atribuyeron características positivas, si no que pudieron expresar que sentían confortabilidad con ellos, y distinguían el vínculo con el terapeuta de vínculos con otras personas de su entorno. La información aquí obtenida se relaciona con el cambio, ya que una de las cuestiones destacadas del cambio era que se relacionaba con la figura del terapeuta. El próximo dominio a analizar es el de nociones de la terapia.

Dominio Nociones de la terapia

Dentro del dominio de noción de la terapia se incluye la percepción del paciente sobre su terapia, sus creencias sobre la terapia en general, y la percepción que el niño posee sobre su situación dentro del tratamiento. En el mismo encontramos 5 categorías. En primer lugar, se les preguntó a los niños porque creían que la gente iba a terapia. Lo cual brindó como respuesta la primera categoría: “El niño cree que la gente va a terapia para mejorar o solucionar problemas”.

“<P2>: ¿Vos porque pensás que va la gente a la psicóloga?

<P1>: Para ayudarlos

<P2>: ¿Con qué?

*<P1>: Por su bien, para que puedan hacer una vida, hacerla feliz
(E2)”*

Una cuestión a destacar respecto a esto, es que a pesar de que muchos niños podían explicar porque la gente iba a terapia, cuando se les preguntaba el motivo por el cual ellos realizaban el tratamiento, no todos conocían el mismo.

En relación a esta cuestión, se pudieron encontrar dos resultados. El primero, se plasmó en una categoría de frecuencia variante de cuatro respuestas, "El niño no sabe porque va a terapia", donde se incluían todas aquellas respuestas donde los niños expresaban ir a terapia porque sus padres le decían, los llevaban, o no sabían el porqué. Por otra parte, con seis respuestas y una frecuencia típica, la categoría "El niño sabe porque va a terapia", incluyó distintas respuestas las cuales referían a mejorar ciertas conductas, aliviar ciertos problemas o lograr bienestar en algún área. Esto puede relacionarse directamente con una tercera categoría que es "El niño atribuye a su terapia aprendizaje y/o mejoras". Es decir, que la noción de que la terapia está vinculada a la mejoría, no solo cuando se habla de que terceros realicen un tratamiento, si no también cuando se refieren a sí mismos.

"<P2>: ¿Y vos porque pensás que vas?"

<P1>: Para por ejemplo si vos estás enojado con tu mama, eh, vas y le decís porque estás enojado y te sentís mejor (E7)"

*"<P2>: ¿Y por qué pensás que vas a ver a *Clau?"*

<P1>: Porque tenemos que platicar, porque a veces nos sale mal algo y tenemos que hacerlo bien" (E1)

En relación a esta creencia de que la terapia tiene una relación con el aprendizaje y el bienestar, surge otra idea de gran importancia que es el rol que los niños le adjudican al terapeuta respecto a esto. Los individuos entrevistados concedían a los profesionales ciertas características que lo diferenciaban de otras personas, y que les daban la capacidad de poder ayudar. Este tipo de ideas pueden verse en el siguiente ejemplo:

"<P2>: ¿Y por qué pensás que la gente va al psicólogo?"

<P1>: Para arreglar sus problemas, si estas nervioso, si hay algo que no te gusta

<P2>: ¿Y por qué un psicólogo y no otra persona?"

<P1>: Porque los psicólogos estudian cómo hacer eso (E10)"

Hasta aquí se ha realizado un recorrido sobre la apreciación que los niños poseen de la terapia. Se incluyeron distintos elementos que hacen a un tratamiento psicoterapéutico y a la forma en que los pacientes captan los mismos. Recapitulando lo dominios analizados pudimos observar que los niños identifican mejoras en la terapia, que valoran ciertas cuestiones por encima de otras, que otorgan al vínculo con el profesional una importancia particular, y que poseen ciertas creencias sobre esta disciplina. A continuación, se desarrollarán los últimos dos dominios.

Dominio Características de la terapia

En cuanto al dominio “Características de la terapia”, el dominio se enfoca en el setting, la descripción del lugar, características físicas, modalidad de trabajo (la dinámica tanto individual como vincular). Aquí encontramos 5 categorías relacionadas al lugar donde se lleva a cabo la terapia. Los niños describieron que “La terapia es en un consultorio”, como categoría típica, y siete de los niños explicaron que era un departamento o una casa. Por fuera de esta categoría, tan solo uno de los individuos especificó que el tratamiento se llevaba a cabo en un hospital. Al preguntarse por el sitio, los niños le adjudicaban una evaluación positiva. Otra de las características que mencionaban del mismo era “En terapia hay juguetes”, lo cual fue agrupado en una categoría con frecuencia variante. Muchos de los juguetes mencionados eran juegos de mesa como el rompecabezas o el juego de la oca.

En relación a la frecuencia con la que asistían a terapia, la información fue obtenida mediante los padres. Todos ellos aclararon que la frecuencia fue semanal en un principio, y en algunos casos fue pactándose cada dos semanas. En cuanto a la dinámica del tratamiento nos encontramos con que, de manera típica, ocho de los niños aludieron entrar solos a sesión. Esto fue categorizado como “El niño entra solo a terapia”. Aunque, por otra parte, con una menor frecuencia, de tres referencias, algunos de los niños mencionaron que los padres también visitaban al terapeuta. Estas ideas se agruparon bajo la categoría “Los padres del niño ven al terapeuta”. La última categoría a resaltar en este dominio es que los niños que mencionaban que eran acompañados hasta el consultorio aclarando que era su madre quien los llevaba a terapia. El nombre designado a esta categoría fue “La mamá del niño es quien lo lleva a terapia”.

Dominio Intervenciones

En este último dominio se nuclea la participación del paciente, aquellas actividades que se realizan dentro del marco del tratamiento y cuales destaca el paciente. Aquí nos encontramos

con once categorías de distintas frecuencias. Las mismas recorren las principales modalidades de trabajo mencionadas por los niños.

Para comenzar, encontramos el dibujo en distintas categorías. De forma típica con seis respuestas, los niños mencionaron dibujar en terapia, lo cual se agrupó en la categoría “El niño dibuja en terapia”. Pero también remarcaron una diferencia entre aquellos que dibujaban lo que querían y los que dibujaban lo que su terapeuta les decía. De estas ideas surgen dos categorías, “El niño dibuja lo que quiere en Terapia”, y “El terapeuta le dice al niño que dibujar”. Ambas con frecuencia variante de cuatro respuestas cada una. Por último, se encontró una categoría de frecuencia variante “El niño no dibuja en Terapia”. La misma incluyó tres respuestas que indicaban que el niño no dibujaba durante las sesiones.

Por otro lado, nos encontramos con el juego, donde se pudieron agrupar ideas en dos categorías. La primera, con una frecuencia típica, “El niño juega en Terapia”, se compuso por aquellas respuestas en donde el niño mencionaba jugar en las sesiones. La segunda, “El niño lleva juegos a Terapia”, incluyó aquellas respuestas que implicaban llevar a sesión juegos, u objetos que el niño quisiera compartir con su terapeuta.

<P2>: ¿Y además de jugar haces otra cosa?

<P1>: A veces me muestra hojas con dibujitos y tengo que pensar que es, o si no yo traigo autitos, jugamos, tengo un lanzador, que haces una carrera a ver quién llega

<P2>: Ah vos también llevas tus juguetes

<P1>: Si (E8)”

Por último, encontramos cuatro categorías relacionadas a la comunicación verbal. La primera, “El niño habla en terapia”, de frecuencia típica incluyó aquellas respuestas donde el niño destacaba el diálogo.

<P2>: ¿Y además hablas me dijiste, de que hablan?

<P1>: No se (Riéndose), de temas familiares, del colegio

<P2>: ¿Cosas que a vos te preocupan capaz?

<P1>: Si, o problemas que tuve“(E7)

De manera más específica, encontramos la categoría “El niño habla sobre su vida en Terapia”, donde los niños afirmaban conversar sobre situaciones de la vida cotidiana con su terapeuta.

<P2>: ¿Y cuando ibas a verla a Lili le contabas las cosas?*

<P1>: Si

<P2>: ¿Qué le contabas?

<P1>: Lo que hacía en el día, le contaba cosas que no me gustaban

<P2>: ¿Y que te decía?

*<P1>: No me acuerdo, en una época, le conté que cuando jugaba en la casa de mi papá dejaba las cosas ahí para después seguir y él me las guardaba, y yo las quería dejar como estaban para seguir jugando, y ella me dijo que podíamos decir que eso era una pausa y era como que no podía tocar nada”
(E10)*

Con respecto a la participación del terapeuta en la comunicación verbal, nos encontramos con dos categorías. La primera, de frecuencia variante, “El niño y el terapeuta hablan en terapia”, en donde los niños especificaban que se entablaba un diálogo en terapia. La segunda, “El terapeuta da consejos al niño”, de frecuencia típica. En esta segunda, los niños marcaban intervenciones más directivas por parte del terapeuta, que nombraban como consejos. Como puede observarse en el fragmento anterior y en el siguiente ejemplo:

*<P2>: ¿Y que te dice *Jaz que hace que no te pelees tanto?*

<P1>: Me da un consejo

<P2>: ¿Te acordás de alguno?

<P1>: Me dijo que me tenía que contener si me peleo con una amiga y después le pido perdón “(E3)

Una última cuestión a destacar, es que al preguntarse a los niños sobre la existencia de tareas para realizar entre sesión de forma típica respondieron no tener tareas. Por lo cual nos encontramos con una categoría llamada “El terapeuta no da tareas inter-sesión”, que incluyó esta idea.

Como puede observarse, las categorías del dominio pueden agruparse en tres grandes formas de intervención: el dibujo, el juego, y la comunicación verbal. A lo largo del recorrido de

los anteriores dominios, estas modalidades de trabajo fueron mencionadas tanto por su valoración, como por su relación con el vínculo terapéutico.

Al igual que en los demás apartados, se pudo observar que aquellas cuestiones resaltadas por los niños se repiten y relacionan con otras ideas. Como el cambio percibido en relación a la noción que los niños poseían sobre su terapia. Las modalidades de trabajo, y la valoración del tratamiento. Y particularmente la importancia de la palabra y la acción del terapeuta para no solo apreciar la terapia, si no también establecer un vínculo que pueda motorizar el cambio. Hasta aquí se ha desarrollado de forma descriptiva el análisis de los datos recabados.

A continuación, encontramos la interpretación de la información obtenida sobre los resultados de la investigación realizada.

Conclusión

En la presente tesina se buscó indagar sobre la temática de cambio en psicoterapia en niños. Para ello se presentaron trabajos relacionados a la temática y se entrevistaron niños buscando resaltar la importancia de la percepción del paciente sobre su proceso psicoterapéutico. A continuación, se presentan las conclusiones y resultados de los datos obtenidos.

En términos generales, los resultados muestran que la psicoterapia provocó cambios en los niños, ya que casi todos los participantes pudieron manifestar algún crecimiento o resolución de problemática. Los cambios percibidos abarcaron cuestiones conductuales, interpersonales y emocionales, entre otras. En relación a esto último, la categoría con mayor frecuencia fue la mejora en el estado anímico. Estos resultados coinciden con aquellos obtenidos por Midgley et. al (2016), donde los pacientes adultos entrevistados destacaban el poder manejar sus sentimientos como consecuencia de su paso por la terapia cuando eran niños.

El cambio es un aspecto valorado positivamente por los niños, algunas de las cuestiones que parecían agradables de ir a terapia se relacionaban con que implicaba una ayuda, una forma de solucionar problemas o aprender.

Al igual que lo observado en el estudio de Kazdin y Durbin (2012), en esta investigación aquellos niños que percibían un motivo para asistir al tratamiento, mantuvieron una actitud más participativa en relación a las tareas y la comprensión de la psicoterapia. Por el contrario, aquellos que expresaban no ir por voluntad propia, a la hora de definir su actitud en relación al cambio y a la terapia lo hacían de forma negativa.

Cabe destacar que además del cambio percibido y las actitudes de los niños los participantes señalaron la importancia del rol del terapeuta a la hora de motorizar el cambio. Por ejemplo, cuando se les preguntaba a los niños por su terapeuta, estos no solo los caracterizaban de forma

positiva, si no que afirmaban que existía una diferencia entre su terapeuta y “otras personas”. Una de las cualidades básicas que remarcaban era que sus terapeutas eran adultos. Una posible lectura de esta caracterización es que a pesar de que los terapeutas jugaban con los niños y estos los describían como divertidos, se resaltaba una diferencia en la edad, demostrando que los niños no conciben al terapeuta como un par. Otra conclusión respecto a la relación con el profesional fue que aquellos niños que destacaban positivamente al terapeuta eran los que mayores cambios atribuían a la terapia y quienes expresaban que volverían a realizar un tratamiento. Estos resultados se encuentran en consonancia con investigaciones cualitativas realizadas con adultos (Olivera et al., 2013)

En relación a la concepción de alianza terapéutica (Bordin, 1979), pudo observarse como mencionan Zack y colaboradores (2007) que los niños presentan una falta de metas respecto al tratamiento. Cuando se les preguntaba a los niños el porqué de los cambios o de realizar un tratamiento psicoterapéutico, tenían dificultad en explicar la relación entre estas cuestiones. Los mismos eran capaces de entender que la terapia servía para “mejorar”, pero no encontraban la explicación sobre cómo era que la terapia los ayudaba. Aún más, algunos niños pudieron identificar algunas razones que tienen las personas para acceder a una psicoterapia, pero no de explicar por qué ellos mismos lo hacían.

Respecto a las intervenciones utilizadas, observamos coincidencias con los estudios mencionados en el estado del arte y el marco teórico del trabajo (Landreth, 2012; Drake y Winner, 2012; Machioldi, 2013; Halfon et. al, 2016). Se encontró que el juego fue la intervención más destacada por los participantes, remarcando que era una actividad compartida con su terapeuta y que era “divertido”. Esto puede relacionarse con la idea postulada por Landreth (2012) que sostiene que el juego es un medio natural de comunicación en los infantes, como lo es la verbalización en los adultos. En cuanto a la clasificación realizada por Aguilar y Espada del Valle (2002) pudimos observar que el juego más utilizado es el estructurado, ya que los niños mencionaban juegos de mesa como el ajedrez, el juego de la oca y las damas, entre otros. El juego apareció como una actividad de intercambio, en donde los niños se sentían cómodos. Retomando a Halfon et al. (2016) a pesar de que los niños no hicieron una conexión concreta entre el juego y el cambio, calificaron al juego como una actividad propia de la terapia y describieron mejoras o actitudes más funcionales como resultado de su ejercicio. Además, al destacar aquello que más les gustaba de la terapia, el juego aparecía con frecuencia, también atribuyendo diversión al vínculo terapéutico.

Por otra parte, respecto al dibujo encontramos que los niños expresaron dibujar en terapia. Machioldi (2013) menciona que esta actividad puede verse direccionada en distintos grados por el terapeuta. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, encontramos que la misma cantidad de niños expresaron dibujar lo que ellos querían y lo que su terapeuta les decía. Por lo tanto, se concluye que el dibujo era utilizado en distintas modalidades. Adicionalmente se observó que aquellos niños que mencionaron dibujar en terapia también mencionaron mejoras en su estado

anímico. Esta cuestión concuerda con la investigación realizada por Drake y Winner (2012) en donde se estudiaron los efectos del dibujo en la regulación emocional y la mejora del estado anímico.

Limitaciones y futuras investigaciones

La presente investigación, de carácter exploratoria y cualitativa, cuenta con una serie de limitaciones a destacar. El bajo número de casos no permite la generalización de los resultados, pero sin embargo delinea una tendencia que tendría que ser luego corroborada en investigaciones cuantitativas y experimentales. Dentro de las limitaciones, también se debe tener en cuenta que a excepción de un caso, todos los niños concurrían a terapia en un ámbito privado, es decir, el lugar del tratamiento era en un consultorio privado. Esto implica que no se brinda información sobre otros tratamientos, por lo cual sería interesante a futuro poder realizar investigaciones con muestras más amplias y diversas respecto a esta característica, incluyendo niños que realicen tratamientos en hospitales públicos, por ejemplo.

Como se ha mencionado anteriormente, existen escasas investigaciones en relación al cambio en psicoterapia en niños y a la perspectiva de los mismos. Conocer las experiencias de los pacientes brinda la oportunidad a los psicoterapeutas de reflexionar sobre la práctica clínica, para así contribuir a la efectividad de la misma. Resultaría interesante a futuro trabajar con esta población indagando sobre las características del vínculo terapéutico y los factores mediadores que llevan al cambio, entre otras cuestiones. También sería importante como mencionan Schmidt y Schimmelmann (2015) realizar estudios que reconozcan a los tres informantes involucrados en la psicoterapia en niños (terapeuta, padres y niño).

A modo de cierre se puede concluir que los objetivos de la tesina pudieron ser desarrollados, encontrando que cada uno de los elementos se vincularon entre sí conformando un entramado, y no se conciben como elementos aislados del proceso psicoterapéutico. Los niños tuvieron la posibilidad de expresar sus creencias respecto a la psicoterapia, las cuestiones que más valoraban de la misma, su vínculo con el terapeuta, las actividades que realizaron en el tratamiento, y los resultados del mismo.

Referencias

- Accurso, E. C. & Garland, A. F. (2015) Child, Caregiver, and Therapist Perspectives on Therapeutic Alliance in Usual Care Child Psychotherapy. *Psychological Assessment*, Vol 27. No 1, 347-352.
- Aguilar, G. Espada del Valle, B. (2002) *Terapia de juego cognitivo-conductual*. In V. Caballo y V. Simon (Eds.). Manual de Psicología Clínica Infantil y del adolescente. Trastornos específicos. Madrid: Ediciones Pirámides.
- American Art Therapy Association (2006). Kansas art therapist provides child abuse intervention. Available from American Art Therapy Association, Inc. <http://www.arttherapy.org>.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana. ISBN 9788498358100.
- Beck, A., & Clark, D. (1997). El estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva. In I. Caro (Ed.), *Manual de Psicoterapias Cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- Bordin, E. (1979). The Generalizability of psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research and practice*. 16, 252-260.
- Bunge E., Gomar M., Mandil J., (2009), *Terapia cognitiva con niños y adolescentes: Aportes Técnicos – 2da ed.* Buenos Aires, Argentina. Akadia.
- Cantoni Rabolini, N.M (2009) Técnicas de muestreo y determinación del tamaño de la muestra en investigación cuantitativa. *Revista Argentina de Humanidades y Ciencias Sociales. Volumen 7, n° 2*
- Diamond, S., Lev-Wiesel, R. (2016). The title “therapy” and what do you do with it as a child? Recollections of being in child expressive arts group therapy. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 1-13 DOI: 10.1177/1359104516656723
- Drake, J.E. & Winner, E. (2012): How children use drawing to regulate their emotions, Cognition & Emotion, DOI:10.1080/02699931.2012.720567
- Doran, J. M. (2014). The working alliance: Where have we been, where are we going?

PsychotherapyResearch, 24, 1–18.

Fernández Álvarez, H (2011) *El campo de la psicoterapia*. En H. Fernández Álvarez (Ed) Paisajes de la psicoterapia. Buenos Aires. Polemos

Hill, C. E., Knox, Thompson, B. J. y Nutt Williams, E., y Hess, S. A. (2005). Consensual Qualitative Research: An Update. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 196-205.

Hill, C., Thompson, B., Nutt Williams, E. (1997) A Guide to Conducting Consensual Qualitative Research. [Una guía para conducir la investigación cualitativa consensual]. *The Counseling Psychology*. Vol 25 N 4, p 517-572

Halfon S, Çavdar A, Orsucci F, Schiepek GK, Andreassi S, Giuliani A and de Felice G (2016) The Non-linear Trajectory of Change in Play Profiles of Three Children in Psychodynamic Play Therapy. *Front. Psychol.* 7:1494. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01494

Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., y Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)*, 48(1), 9-16. doi: 10.1037/a0022186.

Kazdin, A. E., & Durbin, K.A. (2012). Predictors of child-therapist Alliance in cognitive-behavioral treatment of children referred for oppositional and antisocial behavior. *Psychotherapy*, 49, 202-217. DOI: 10.1037/a0027933

Kernberg, P. F., Chazan, S. E., and Normandin, L. (1998). The children's play therapy instrument (CPTI): description, development, and reliability studies. *J. Psychother. Pract. Res.* 7, 196–207.

Klein, M (1964). Contributions to psychoanalysis. New York: McGraw-Hill

Martín Crespo Blanco, M. C; Salamanca Castro, A.B (2007) *El muestreo en la investigación cualitativa*. Fecha de acceso 2013: 2 de octubre. [En red] Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es>

Landreth, G. L. (2012). *Play therapy: The art of the relationship*. New York, NY: Routledge.

Laurenceau, J.-P., Hayes, A. M., y Feldman, G. C. (2007). Some methodological and statistical issues

in the study of change processes in psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 27(6), 682–95.

Malchiodi, C. (2003). *Handbook of art therapy*. New York, NY: Guildford Publications, Inc.

McLeod, B. D. (2011). Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: A meta-analysis.

Clinical Psychology Review, 31, 603- 616. <http://dx.doi.Org/10.1016/j.cpr.2011.02.001>

Midgley, N., Target, M., Smith, J. (2006). The outcome of child psychoanalysis from the patient's point of view: a qualitative analysis of a long-term follow-up study. *Psychology and psychotherapy*, 79 (2), 257-269

Ogles, B. M. (2014). Measuring Change in Psychotherapy Research. En M. J. Lambert Bergin and Garfield's *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (pp 134-166). New Jersey: John Wiley y Sons.

Olivera, J., Braun, M., Gómez Penedo, J. M., y Roussos, A. (2013). A qualitative investigation of former clients' perception of change, reasons for consultation, therapeutic relationship, and termination. *Psychotherapy*, 50(4), 505–516.

Olivera, J. (2016) Noción de cambio en psicoterapia desde la perspectiva de sujetos que han realizado un tratamiento psicoterapéutico. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires

Piaget, J., Inhelder, B. (1971). *Psicología del niño*. Madrid. Ed: Morata

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W. R Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors* (pp. 3–27). New York, NY: Plenum.

Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la Lengua Española*, (23° ed). Barcelona España Libros

Roussos, A., Etchebarne, I. & Waizmann, V. (2004). *Clasificación de las intervenciones en los tratamientos psicoterapéuticos psicoanalítico y cognitivo*. Documento de trabajo. Universidad de Belgrano.

Roussos, A. (2013). Introduction to special section on clients' perspective of change in psychotherapy. *Psychotherapy* 50(4), 503–4. <http://doi.org/10.1037/a0033847>

- Santiago.J.; Gómez Penedo, J.M; Etchebarne,I.Roussos, A.J. (2011) *El método de Investigación Cualitativa Consensual (Consensual Qualitative Research , CQR): una herramienta para la investigación cualitativa en psicología clínica*. Anuario de Investigaciones. Volumen XVIII. Buenos Aires. UBA.
- Schmidt S. J., &Schimmelmann B.G. (2015). Mechanisms of change in psychotherapy for children and adolescents: current state, clinical implications, and methodological and conceptual recommendations for mediation analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry, 24: 249-253*. DOI 10.1007/s00787-015-0698-0
- Stern M. (2002). *Child Friendly Therapy. Biopsychosocial innovations for children and families*.New York: W.W Norton & Company
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Wallon, H. (1979) *La evolución psicológica del niño*.Buenos Aires. Ed: Psique.
- Wampold, B. (2010). *The Basics of Psychotherapy. An Introduction to Theory and Practice*. Washington, American Psychological Association.
- Winnicott, D. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. *International journal of Psychiatry, 34, 89-97*.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. Harmondsworth, UK: Penguin.
- Zack, S. E., Castonguay, L. G., & Boswell, J. F. (2007). Youth working alliance: A core clinical construct in need of empirical maturity. *Harvard Review of Psychiatry, 15, 278–288*.

Apéndice

Apéndice 1

Entrevista Niño

- ¿Por qué vas a ver *Nombre de terapeuta?
- ¿Quién te lleva?
- ¿Entras con *la persona que mencione? ¿O solo?
- ¿Y quién te va buscar?
- ¿Qué haces cuando vas? / Indagar sobre Juego, Charlas y Dibujo.
- ¿A qué juegan? ¿Cómo jugas? ¿Juega con vos o jugas solo?
- ¿De que hablas?
- ¿Qué dibujas? ¿Lo que vos quieres o te pide que dibujes algo especial? ¿Lo hacen juntos?
- ¿Qué es lo que más te gusta de lo que hacen?
- ¿Por qué crees que hacen eso?
- ¿Te gusta ir? ¿Por qué? / ¿Por qué no?
- ¿Pensas que te ayudó en algo? ¿En qué pensas que te ayudo?
- ¿Notas algo diferente desde que vas? ¿En donde / Como lo notas?
- ¿Crees que esta bueno que eso haya cambiado?
- ¿Cómo es *Nombre del terapeuta?
- ¿Sentís que podés hablar con *él/ella?
- ¿Le podés decir las cosas que te pasan?
- ¿Te sentís bien con *él/ella? ¿Por qué?
- ¿Lo/a quieres?
- ¿Te pide que hagas cosas en tu casa para que después le cuentes?

Entrevista Padres

Datos demográficos

- Nombre de los padres
- Edad del niño
- Año escolar
- Composición familiar

Apéndice 2

Consentimiento Informado

Por favor leer esta información y firmar, si usted está de acuerdo, al pie de la página.

El presente trabajo tiene como objetivo indagar sobre la experiencia del niño sobre su proceso psicoterapéutico. Dicha información se alcanzará a través de entrevistas individuales, con la pretensión de conocer cómo fueron los tratamientos y la percepción de los mismos.

La participación consiste en acceder a una entrevista, cuya duración aproximada se estima alrededor de los 40 minutos. La misma, será audio-grabada para poder conservar la información alcanzada; pudiendo acceder a los audios, la alumna que presenta este trabajo, así como los tutores del mismo.

La información del participante se protegerá, identificándolo con un nombre clave, para que el material sea independiente de los datos personales. Estos últimos no serán difundidos, como tampoco será presentado ningún material que surja de la entrevista y que pudiera facilitar o permitir identificar su identidad.

He leído esta información y la comprendo. Entiendo que se harán preguntas sobre la experiencia en psicoterapia del niño, y que toda la información que brinde se mantendrá bajo controles de confidencialidad. Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo abandonar la investigación en cualquier momento, retirando la información presentada hasta ese momento.

Nombre del Niño:

Fecha de Nacimiento:

Firma de Padre/Madre/Tutor:

Aclaración:

Fecha:

Apéndice 3

Cambio		
Categoría	Frecuencia	Ejemplo Idea nuclear
N mejoró cuestiones interpersonales	Variante	Me ayudo ir a terapia porque ahora puedo socializar más fácil / Cuando mi papá me guardaba las cosas con las que yo quería jugar podíamos decir que era una pausa
N mejoró su estado anímico	Variante	Aprendí a que, si te aguantas la tristeza te sentís mal, y si la liberas te sentís mejor/ Me siento mejor por ir a terapia
N atribuye mejoras a causa de la terapia	Típica	Soy menos peleadora desde que voy a terapia / Me sirve hacer los trabajos para que me vaya mejor en el cole / Mi terapeuta me ayudo en los miedos / Voy a terapia para curarme

Valoración de la terapia		
Categoría	Frecuencia	Ejemplo Idea Nuclear
Lo que más le gustaba a N era jugar	Variantes	Lo que más me gusta hacer en terapia es jugar / Lo que más me gustaba era jugar al memotest / Lo que más me gustaba de ir a terapia era jugar al juego de la oca
N volvería a ir a T	Variantes	Volvería a ir a ver a Te / Volvería a ir a T / Volvería a terapia si tengo algún problema
N atribuye características positivas a la T relacionadas al cambio	Típica	Me gustaba ir para hacer bien los trabajos del cole / Pienso que me hace sentir bien / Aprendí a comportarme, a no hacer cosas malas / Pienso que aprendí en T

N atribuye características positivas a las actividades de T	Típica	Me gustaba adivinar las manchas de tinta / Me gusta cuando me pongo a dibujar / Me gustaba ir porque jugábamos juegos y hablábamos
N piensa que ir a T ayuda	Típica	Pienso que sirve ir a T / Me ayuda ir a T / Pienso que me ayuda ir a T
A N le gusta ir a T	Típica	Todo lo que hago en T me gusta /Iba contento a terapia / Prefiero ir a terapia antes de quedarme en mi casa / Me gustaba ir porque jugábamos juegos y hablábamos.

Dominio Relación Terapéutica		
Categoría	Frecuencia	Ejemplo Idea Nuclear
N atribuye diversión al vínculo	Variante	Me llevaba bien porque era divertida / Mi terapeuta a veces me hace reír
N juega con Te	Variante	Juego con mi terapeuta / Me llevaba bien porque jugábamos espadeo
N quiere a Te	Variante	Quiero a mi terapeuta
Había confianza entre N y T	Típica	Siento que le puedo contar las cosas a mi terapeuta / Confiaba en mi terapeuta
N le contaba sus cosas a Te	Típica	Le cuento todo a mi terapeuta / Le cuento a mi terapeuta cuando tengo un problema

N atribuye Características positivas al vínculo		
Te es un adulto		Mi terapeuta tiene la edad de mis papás / Mi terapeuta era más o menos viejo
N atribuye a Te características positivas		Mi terapeuta es buena porque no te habla seriamente

Dominio Características de la Terapia		
Categoría	Frecuencia	Ejemplos Idea Nuclear
En T hay juguetes	Variante	Me acuerdo que tenía rompecabezas / Mi terapeuta tenía un placard lleno de juegos/ Mi terapeuta tiene muñecos y juegos de mesa
La mamá de N lo lleva a T	Típica	Mi mamá me lleva a terapia
N entra solo a T	Típica	Entro solo a T / Siempre entro solo / Iba siempre con mamá y entraba solo
T es en un consultorio	Típica	El lugar donde iba a terapia era como un departamento / El lugar donde hacía T era como una casa chiquita / Voy a un departamento que la terapeuta lo usa como consultorio.
Los padres de N ven a Te	Variante	Mis papás fueron a hablar con mi psicóloga / Mis papás van a ver a mi Te

Dominio Noción de la terapia		
Categoría	Frecuencia	Ejemplo Idea Nuclear
N no sabe porque va a T	Variante	Voy a terapia porque me mandan / Iba porque mi mamá me decía / Yo no sabía porque iba a terapia
N atribuye a T aprendizaje / Mejoras	Variante	La gente va al psicólogo a hablar, para que las cosas salgan bien /Le diría a mis compañeros que vayan al psicólogo porque se portan mal / Pienso que me sirvió y que aprendí / Pienso que ir a T me ayuda
N cree que la gente va a T para mejorar / solucionar problemas	Típica	La gente va al psicólogo a hablar, para que las cosas salgan bien / Yo pienso que la gente va a terapia porque tiene problemas con la familia o con los amigos / Pienso que si tienes un problema vas para arreglarlo
N sabe porque va a T	Típica	Pienso que voy a mi terapeuta porque a veces hay cosas que nos salen mal y tenemos que hacerlo bien / Voy a terapia porque era muy peleadora / Voy para que cuando estás enojado con tu mamá, le decís porque estás enojado y te sentís mejor / Yo iba a terapia por que tenía miedo
N destaca el rol del terapeuta	Variante	N cree que los dibujos en terapia son para ver cómo funciona la mente / N habla con T porque lo cura/ N piensa que los Te tienen algo de magia

Dominio Intervenciones		
Categoría	Frecuencia	Ejemplo Idea Nuclear
N dibuja en T	Típica	• Además de hablar, dibujamos / Alguna vez dibuje
N dibuja lo que quiere en T	Variante	Me acuerdo que dibuje una guerra porque yo quería / Dibuje lo que yo quise
N habla sobre su vida en T	Típica	Con la terapeuta hablo de cómo me va en la escuela, en mi casa, acá / A mi

		terapeuta le cuento cosas que me pasan a mí
N juega con T	Típica	Jugábamos al ajedrez/ Jugamos al juego de la oca
N lleva juegos a T	Variante	Llevo mis juguetes a terapia / Llevo juegos en la mochila que le quiero mostrar a la terapeuta
N no dibuja en T	Variante	No me hacía dibujar / Yo no dibujaba en terapia
N y Te hablan en T	Variante	La psicóloga me deja hablar a mí, y después habla ella
Te da consejos a N	Típica	Mi terapeuta me da consejos
Te le dice a N que dibujar	Variante	Una vez mi terapeuta me hizo dibujar una nena y un varón
Te no da tareas intersesión	Típica	Mi terapeuta nunca me mando tarea para hacer en casa
N habla en T	Típica	Le contaba cosas que no me gustaban / En terapia hablábamos / Mi terapeuta me pregunta cómo fueron mis días y si tuve algún problema

Apéndice 4

Listado Categorías únicas

Valoración de la terapia

- A N le aburría T (E2)
- A N le gusta el ambiente donde hace T (E2)
- A N no le gustaba ir a T (E5)
- La diferencia de Te con otra persona es que sabe enseñar (E1)
- Lo que más me gustaba era pasar tiempo con T (E3)
- N iba a T porque lo mandaban (E6)
- N No volvería a ir a T (E5/6)
- N piensa que no lo ayudo ir a t (E6)
- A N no le aburre T (E8)
- N atribuye diversión a la T (E1)

Nociones de la terapia

- N conoce gente que va a T (E1/6)
- N cree que en los dibujos Te quiere ver a quien quiere más (E2)
- N no iba por algo en especial (E10)
- N no sabe porque la gente va a T (E5/6)
- N piensa que la gente va a T porque tiene miedo (E8)
- N piensa que T es un médico (E4)

Características de la terapia

- Hay un momento en que habla con la tutora, otro en el que N está solo con Te y otro en el que entran los dos (E2)
- La Te lleva a N a T (E4)
- La tutora de N lo lleva a T (E2)
- Los padres de N hacen T (E7)
- N habla más que su terapeuta (E3)
- N juega en T al final de la sesión (E1)
- N va caminando a T (E2)
- T es en un hospital (E2)

Cambio

- A n no lo ayudó ir a T (E5/6)

Relación terapéutica

- N lleva juegos para mostrarle a Te (E3)
- N no iría a otro Te (E3)
- Te era joven (E9)
- No hay diferencia entre Te y otra persona (E2)
- N volvería con Te de ser necesario (E3)
- N atribuye a T características negativas (E6)
- N considera a Te distinto a otras personas (E1)

Intervenciones

- N describe T como una clase (E7)
- N entro a T con su mamá (E9)
- N entra solo a T (E6/9)
- N hace ejercicios con la lengua en T (E1)
- N hace trabajos de la escuela en T (E1)
- N jugaba con la computadora en T (E5)
- N no entra con sus padres a T (E6)
- N no lleva juegos a T (E6)
- N no usa la caja de muñecos del consultorio (E3)
- N tiene curiosidad de lo que anota Te (E4)
- Te da actividades que ayudan a N (E1)
- Te escucha a N (E4)
- Te guardaba lo que armaban con N en T (E7)
- Te le hacía preguntas a N (E6)
- Te le pregunta a N por los dibujos (E2)
- Te llamó al colegio de N por problemas con los amigos (E7)