

¿Cómo citar este artículo?

Castrillón Osorio, L. C., Hidalgo Cossio, C., Carmona Villada, D. y Vásquez Lopera, C. M. (septiembre-diciembre, 2018). Evaluación de cambio en psicoterapia con niños institucionalizados. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (55), 36 - 53.

| Evaluación de cambio en psicoterapia con niños institucionalizados¹

Evaluation of change in psychotherapy with institutionalized children

Leidy Carolina Castrillón Osorio

Universidad de Antioquia
carolinacastrillono@hotmail.com

Danery Carmona Villada

Universidad de Antioquia
danecv86@gmail.com

Catalina Hidalgo Cossio

Universidad de Antioquia
cahicos04@hotmail.com

Cristina María Vásquez Lopera

Universidad de Antioquia
cristinamvasquezl@gmail.com

| Resumen

La investigación tuvo como objetivo evaluar el cambio en las dificultades psicológicas de niños institucionalizados que recibieron tratamiento psicoterapéutico durante cuatro meses. Fue un estudio de caso múltiple con un análisis intra e intercaso, en el que se usaron los datos de cuatro terapias. Se realizó una evaluación clínica pre y pos-terapia que se trianguló con la percepción de los participantes sobre los cambios terapéuticos. Los participantes fueron niños de edad escolar, sus padres y los psicoterapeutas a cargo. En los resultados, la dimensión emocional resaltó como área de común afectación y cambio positivo en los casos estudiados; si bien hubo variación de las áreas psicológicas problematizadas en cada caso, se observó disminución en la cronicidad de las dificultades reportadas y cambio positivo en la percepción del paciente sobre la interferencia de su problemática en la vida cotidiana. El acompañamiento y disposición por parte de los padres fue un factor influyente en la efectividad de los tratamientos estudiados.

Palabras clave: Cambio psicoterapéutico, Investigación en psicoterapia, Niños institucionalizados, Psicoterapia infantil.

| Abstract

The objective of the research was to evaluate the change in the psychological difficulties of institutionalized children who received psychotherapeutic treatment for four months. It was a collective case study with an intra and inter-caso analysis. In this study the data of four therapies were used. A pre and post-therapy clinical evaluation was carried out and it was triangulated

¹ El artículo presenta los resultados de una investigación científica y tecnológica que se llevó a cabo entre febrero de 2014 y mayo de 2016. El proyecto está inscrito en la línea de investigación: Psicología Clínica, del Grupo de Investigación de Psicología Dinámica de la Universidad de Antioquia.

with the participants' perception about the therapeutic changes. The participants were children of school age, their parents and the psychotherapists in charge. In the results, the emotional dimension stood out as an area of common affectation and positive change in the cases studied, although there was variation in the problematized psychological areas case by case, a decrease in the chronicity of reported difficulties was observed and positive change in the patient's perception about the interference of their problems in daily life. The support and willingness of the parents were an influential factor in the effectiveness of the psychotherapy.

Keywords: Psychotherapeutic change, Psychotherapy research, Institutionalized children, child psychotherapy.

| Introducción

La institucionalización es una forma de cuidado alternativo para atender a los niños que han sido vulnerados en sus derechos. Las causantes de esta situación son múltiples y complejas, ellas incluyen la limitada capacidad de parentalización, así como factores sociales, políticos y económicos, entre ellos: la pobreza, dificultades en el acceso a la educación o a la salud, violencia intrafamiliar, entre otros. Cuando la integridad física y psicosocial del niño está en riesgo grave, la institución funciona como un agente protector que complementa o restituye el entorno familiar. El propósito es ofrecerles un cuidado adecuado para su desarrollo, reparar el daño causado y restituir sus derechos (Durán y Valoyes, 2008; Fernández y Fernández, 2012).

Existen distintas nominaciones para esta alternativa de cuidado: acogimiento o cuidado residencial, cuidado institucional, colocación en entidades de atención, medida de abrigo, hogares de protección, entre otros. Se reconoce como una situación excepcional y debe ser temporal (United Nations Children's Fund –Unicef-, 2003), justamente por los riesgos que la misma institucionalización representa para el desarrollo físico y emocional de los niños.

En el marco de la protección a la infancia, se considera la desinstitucionalización de los niños y su paso a un cuidado de tipo familiar, la medida idónea; sin embargo, la realidad muestra un panorama que está lejos de alcanzar tal objetivo. En el informe presentado por la Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar –RELAF- (2010) se afirma que aproximadamente 8 millones de niños en todo el mundo viven en instituciones. Además, el estudio de Palumbo (2013), sobre la situación de niños, niñas y adolescentes en las instituciones de protección y cuidado de América Latina y el Caribe, refiere una cifra que podría superar los 240.000. En Colombia, específicamente, el estudio reporta cerca de 12.925 niños en protección institucional.

Lo anterior, pone en evidencia el alto número de niños que requieren de una atención institucional de calidad, no solo en términos físicos, sino también psicológicos. Al respecto, Castrillón y Vanegas (2014) señalan que la institución no es únicamente una edificación donde se cubren las necesidades físicas de los niños, sino un centro de experiencia subjetiva, con seres humanos organizadores de experiencia, quienes deben facilitar un entorno favorable como soporte, en aras de que los niños a su cargo logren el máximo posible de separación-individuación.

En esta misma línea, otros autores (Argumedo y Albornoz, 2006; Vanegas y Castrillón, 2014; Durán y Valoyes, 2008; Fernández y Fernández, 2012; Rainha, 2014; Romero, Luengo, Gómez, Sobrela y Villar, 2005) coinciden en que, si bien estas instituciones se esfuerzan por ofrecer un apoyo integral para el desarrollo de los niños, la mayoría de los centros de institucionalización presentan dificultades para atender de manera adecuada sus demandas emocionales, porque

no siempre cuentan con los recursos profesionales para intervenir, o la intervención es masificada.

Ahora bien, establecer una causalidad directa entre la institucionalización y los efectos psicológicos negativos en los niños que se encuentran acogidos por esta medida de protección, es complejo; sin embargo, está claro que es una población de alto riesgo para el desarrollo de problemas emocionales y de conducta (Romero et al., 2005).

Distintos investigadores (por ejemplo, Argumedo y Albornoz, 2006; Castrillón y Vanegas, 2014; Durán y Valoyes, 2008; Fernández y Fernández, 2012; González, Ampudia y Guevara, 2012; Rainha, 2014) han señalado los efectos adversos asociados con la institucionalización, tales como: retraso en adquisición de vocabulario y de habilidades lectoras; deficiencias en el desarrollo físico, cognitivo y de apego; menor autonomía, devaluación en la representación de sí mismo y problemas emocionales, por ejemplo: sentimientos de rechazo, temor, debilidad e indefensión; afectación de la competencia social, incapacidad para responder a la demandas del medio, aislamiento y exclusión de pares; conductas desafiantes, agresivas y antisociales; altos índices de depresión; problemas de identificación sexual; sentimiento profundo de soledad e incomprensión, desarraigo, incertidumbre frente al futuro; repetición del patrón de violencia, ansiedad y problemas de comportamiento.

La necesidad de intervención psicológica dirigida a estos niños parece ser evidente; sin embargo, el conocimiento investigativo sobre el impacto de los tratamientos psicoterapéuticos, implementados con esta población, es extremadamente limitado (Glickin, 2009; Midgley et al., 2016; Wagner, 2004). Se precisan mayores esfuerzos investigativos que, además de describir las dimensiones sociales y psicológicas relacionadas con la institucionalización de los niños, aporten evidencia empírica sobre los tratamientos psicológicos dirigidos a dicha población.

Así las cosas, este artículo presenta los resultados de un estudio que tuvo como objetivo: evaluar el cambio en las dificultades psicológicas de niños institucionalizados, que recibieron tratamiento psicoterapéutico de corta duración. Para ello se realizó una evaluación clínica pre y pos-terapia, que se trianguló con la percepción de los participantes sobre los cambios terapéuticos. El estudio hizo parte de una investigación más amplia sobre *el proceso de cambio en psicoterapia con niños institucionalizados*. Aquí se reportan los resultados de una fase preliminar que permitió responder a las siguientes preguntas: ¿Cuáles cambios terapéuticos muestran los niños en sus áreas problemáticas al finalizar el tratamiento? ¿Cuáles cambios son atribuidos por los participantes al proceso psicoterapéutico?

| Metodo

Esta investigación se inscribe en el ámbito de investigación en psicoterapia, entendido como un campo específico que examina, de forma sistemática, el impacto de las intervenciones psicoterapéuticas, el proceso y sus resultados. Fue un estudio de caso múltiple en el que se consideraron los datos de cuatro terapias con niños en contexto institucional, para una evaluación clínica pre y postterapia.

Todos los casos tuvieron un abordaje psicodinámico con sesiones individuales y la participación de los familiares del niño. Cada terapia tuvo una duración de cuatro meses con frecuencia semanal.

Participante

Los participantes fueron 10 personas, discriminadas de la siguiente manera: cuatro niños institucionalizados que recibieron tratamiento psicoterapéutico, cuatro familiares que participaron en el tratamiento de sus hijos, y dos psicoterapeutas con experiencia en el área clínica infanto-juvenil; cada terapeuta encargado de dos procesos (tabla 1). En el momento de la investigación los niños se encontraban en una institución de protección, ubicada en el departamento de Antioquia (Colombia), por diversas situaciones de vulnerabilidad, tales como: pérdida o abandono de alguno de los padres, escasos recursos económicos de la familia y limitadas condiciones de cuidado por parte del núcleo familiar.

Tabla 1

Características de los participantes

Fuentes de información	Participantes	Edad	Género	Tiempo De Institucionalización	
Pacientes	Niño 1	Caso 1	11 años	Masculino	2 años
	Niño 2	Caso 2	11 años	Masculino	3 años
	Niño 3	Caso 3	11 años	Masculino	1 año y 4 meses
	Niño 4	Caso 4	11 años	Masculino	5 años
Familiar del Paciente	Familiar 1	Caso 1	37 años	Masculino	Parentesco
	Familiar 2	Caso 2	47 años	Femenino	Madre
	Familiar 3	Caso 3	46 años	Masculino	Padre
	Familiar 4	Caso 4	27 años	Femenino	Madre
Terapeutas	Terapeuta 1	Caso 1 y 3	36 años	Masculino	Enfoque Psicodinámico
	Terapeuta 2	Caso 2 y 4	31 años	Femenino	Psicodinámico

Nota: Elaboración de las autoras.

Instrumentos

Los instrumentos empleados para la recolección, sistematización y análisis de los datos se detallan a continuación:

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

El SDQ (Goodman, 1997), consiste en una prueba de tamizaje para niños y adolescentes entre los 3 y 16 años, que permite identificar trastornos de salud mental, a partir de 5 escalas referidas a: problemas conductuales, síntomas emocionales, hiperactividad, problemas con pares y conducta prosocial; cada una de estas categorías está compuesta por 5 ítems, sumando un total de 25, que incluyen tanto fortalezas como dificultades en el niño. Cada ítem puede tener una puntuación de 0, 1 o 2, y la suma de cada escala puede oscilar entre 0 y 10.

Para la calificación se suman los puntajes de las primeras 4 escalas, generando un puntaje de dificultades, que puede ir de 0 a 40. La escala prosocial se puntúa de manera separada, ya que la ausencia de conductas prosociales tiene una significación diferente a la presencia de dificultades psicológicas (Goodman, 1999).

Entrevistas diagnósticas

La entrevista diagnóstica es una técnica de evaluación para recolectar información sobre el caso a intervenir. El propósito es la adquisición de datos sobre el paciente, de su salud y sus problemas psicológicos; además, la evaluación del motivo de la consulta y la identificación de focos de intervención por parte del terapeuta. Los objetivos de las entrevistas son: establecer un diagnóstico de lo que le sucede al paciente, teniendo en cuenta una dimensión retrospectiva y anticipativa, con el fin de instaurar un pronóstico; examinar las posibilidades de ayuda; configurar una relación de trabajo que posibilite la iniciación del tratamiento; e informar al paciente las condiciones a tener en cuenta en el trabajo terapéutico (Coderch, 1990; Miró y Mitjavila, 1994).

Para los intereses del estudio estas entrevistas diagnósticas fueron usadas como material de análisis, en tanto se contrastaron y aportaron información adicional al instrumento de medición antes referenciado.

Entrevistas postterapia

Finalizada la terapia se entrevistó a cada uno de los participantes, usando el formato de entrevista semiestructurada. Este tipo de entrevista sigue el modelo de una conversación y no de un intercambio de preguntas y respuestas cerradas; se enmarca en un clima de confianza, con la habilidad del investigador para preguntar y dejar que los informantes hablen. El grado de flexibilidad de este instrumento hace que los participantes den a conocer sus puntos de vista abiertamente, y a la vez mantener la uniformidad necesaria para lograr interpretaciones que se ajusten al propósito de la investigación (Díaz, Torruco, Martínez y Varela, 2013).

| Procedimiento

Aplicación piloto del instrumento. Antes de dar apertura a los casos que conformaron la muestra, se realizó un pilotaje del Strengths and Difficulties Questionnaire -SDQ-, con el fin de identificar expresiones que fueran de difícil comprensión para los niños. El cuestionario se aplicó a un total de 105 niños que se encontraban en la institución donde se realizó el estudio, y que pertenecían al rango de edad contemplado en la investigación (7 a 11 años). Las palabras que mostraron dificultad para los niños fueron reemplazadas por otras que en ningún caso comprometían la equivalencia conceptual con el instrumento original. Este procedimiento se llevó a cabo con el fin de garantizar los datos a recoger.

Evaluación clínica pre y pos-terapia. Antes de iniciar el tratamiento y al final del mismo se aplicó Strengths and Difficulties Questionnaire -SDQ- a cada niño y a su familiar. Estos datos se calificaron siguiendo el protocolo de interpretación oficial (Youthinmind Ltd., 2016). La

información se sistematizó en una base de datos de Excel, donde se consignaron las características de cada aplicación, discriminando la fuente de información, así como las áreas psicológicas evaluadas. La organización de los datos arrojados se hizo mediante la construcción de gráficas que permitieran la observación de resultados intra e inter caso. Es de aclarar que este procedimiento no pretendía un análisis estadístico de la información, se realizó con la intencionalidad de triangular dicha información con las otras fuentes de datos incluidas en el diseño.

Evaluación diagnóstica. Los datos recogidos con el SDQ se articularon con la información diagnóstica, recabada por los terapeutas en las cuatro primeras sesiones de terapia con cada caso; un total de 16 sesiones de terapia que fueron transcritas íntegramente para su posterior análisis.

Entrevistas postterapia. Finalizada la terapia se llevaron a cabo las entrevistas individuales con cada niño, con su familiar y los terapeutas a cargo, para complementar las preguntas de seguimiento que contempla el SDQ. En total se realizaron 12 entrevistas. Para ello se construyó un guion temático que orientara la recolección de los datos y que indagara por la vivencia del proceso psicoterapéutico y los cambios percibidos por los participantes. Las entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas de forma completa. Se establecieron matrices de análisis para cada caso y la información fue sistematizada en una base de datos global. Se focalizó en los cambios del niño, reportados por él mismo, su familiar y el terapeuta; estos resultados fueron comparados con lo arrojado por el SDQ.

Todo el procedimiento metodológico estuvo amparado en las consideraciones éticas que regulan el desarrollo de la investigación con seres humanos, y que están explicitados en el Código Deontológico y Bioético de la profesión de psicología en Colombia (Congreso de la República de Colombia, 2006).

El procesamiento de la información estuvo dado inicialmente por un análisis intra-caso, de tal manera que fuera posible respetar la singularidad y profundidad de los casos, tal y como estaba planteado en el diseño; de esta manera, se pudieron establecer: i) las áreas psicológicas problemáticas en cada uno de los pacientes estudiados; y ii) los cambios al final del tratamiento en las áreas identificadas. Esta comparación intra-caso tomó la información proveniente del SDQ aplicado a cada niño y sus familiares, en combinación con los otros instrumentos empleados.

Posteriormente, se realizó un análisis general en el que se ponen de manifiesto los puntos comunes entre los casos, así como algunos aspectos discrepantes. Por la limitación de espacio se presentan a continuación los hallazgos referidos a este análisis inter-caso, dejando presente que emergen del procedimiento, uno a uno.

| Resultados

Las categorías que sirvieron de guía para el análisis de los datos fueron las siguientes: áreas problemáticas, motivo de consulta, focos de intervención, expectativas y percepción de cambio.

Evaluación y cambio en las áreas problemáticas

Los niños que hicieron parte de este estudio mostraron una amplia variedad de síntomas en distintas áreas: a nivel emocional (inhibición, aplanamiento afectivo, bajo estado de ánimo, ansiedad); en la dimensión comportamental (conductas disruptivas, bajo control de impulsos); en el área interpersonal (asilamiento, dificultades con compañeros); y a nivel escolar (desconcentración, dificultades de aprendizaje, bajo rendimiento). Las manifestaciones sintomáticas en cada caso incluían por los menos dos de las áreas mencionadas. En los niños con claros retrasos en el desarrollo, la sintomatología incluía todas las áreas.

En términos del desarrollo, los niños mostraban variación; en dos casos, el retraso maduracional estaba claramente acentuado con indicadores clínicos, tales como: retraso en el habla, control de esfínteres y dificultades para el aprendizaje. En los otros dos casos, el nivel de desarrollo presentaba un funcionamiento adecuado para la edad, pero igualmente con sintomatología clínica.

Por lo anterior, el cambio sintomático identificado en los niños fue variable; los participantes reportaron cambios referidos a las dificultades emocionales, conductuales, atencionales o interpersonales. Sin embargo, fue coincidente que los niños y los adultos (padres y terapeutas), reportaran la desaparición o disminución de los síntomas centrales y acuciantes de cada caso, como efecto del proceso psicoterapéutico.

Al inicio del tratamiento se observó una relación entre la percepción de los padres sobre la problemática de los hijos, con el foco de intervención reportado por el terapeuta y lo arrojado por el SDQ en la evaluación de entrada, encontrándose como área más comprometida la dimensión emocional. Dentro de esta área el aspecto sobresaliente fue el sentimiento de inseguridad en los niños y las relaciones conflictivas con la familia.

Al inicio de la terapia, los padres reportaron el área emocional de sus hijos como la más alterada, en consonancia con los focos elegidos por los terapeutas. Si bien los niños hicieron referencia a esta dimensión, enfatizaron más en los síntomas de externalización, por ejemplo: problemas con compañeros, enuresis y agresividad.

En la aplicación inicial del SDQ, los niños puntuaron más elevado en la escala de problemas con compañeros, y los padres señalaron mayor dificultad de los niños en la escala de síntomas emocionales; el área de atención e hiperactividad fue percibida por niños y padres como menos problemática.

En este mismo sentido, los pacientes arrojaron una alta puntuación en la escala de conducta prosocial, lo que sugiere que, si bien los problemas con compañeros generaban malestar en ellos, los recursos prosociales indicados por la evaluación inicial fue un área de

fortaleza presente en los niños que hicieron parte de la muestra.

Independiente del motivo de consulta y de las singularidades de cada caso, la dimensión emocional fue un área común de afectación y cambio terapéutico. La figura 1 muestra una disminución considerable a este nivel, finalizado el tratamiento; todos los niños quedaron dentro de la media, tanto en el auto-reporte como en lo puntuado por los padres, resultado que es consistente con el relato de los participantes en las entrevistas postterapia.

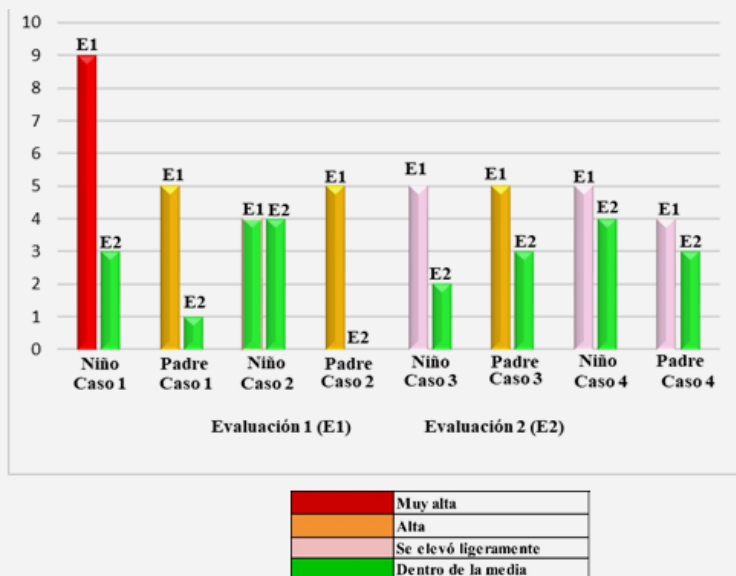


Figura 1. Percepción del cambio en los síntomas emocionales por parte de padres y niños pre y pos-terapia. Fuente: Elaboración de las autoras.

La aplicación final del SDQ indicó cambio positivo en cuanto a las áreas problemáticas inicialmente identificadas. Comparativamente hubo mayor percepción de cambio por parte de los adultos. En los niños el cambio más significativo estuvo ubicado en la dimensión emocional; los padres, además de señalar cambios positivos en dicha área, percibieron también progresos notables a nivel de la conducta y problemas con compañeros (figura 2).

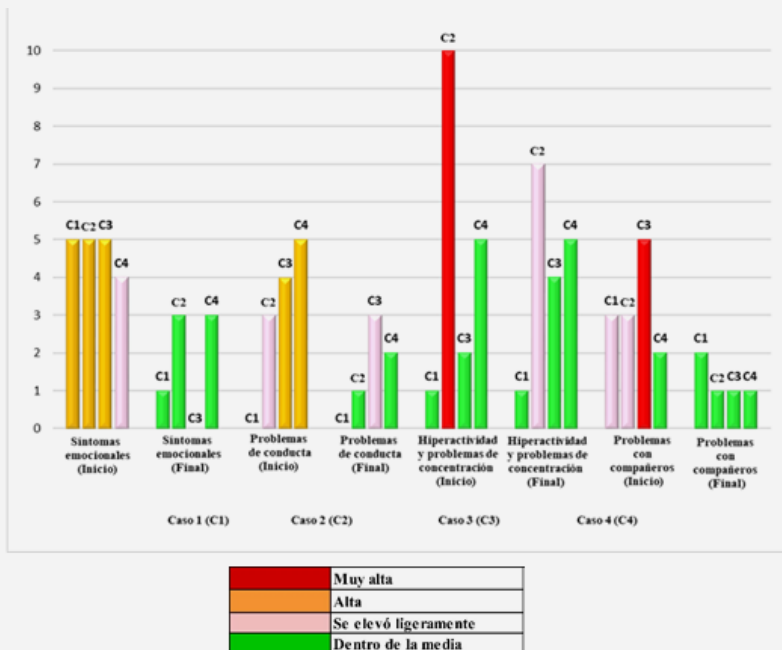


Figura 2. Aplicación pre y pos-terapia del SDQ a los padres. Fuente: Elaboración de las autoras.

Conforme a la escala que evalúa la conicidad y el impacto de las dificultades en la vida del niño, tres de los cuatro casos señalaron un impacto elevado en diferentes ámbitos de su vida: relaciones con su familia y amigos, rendimiento escolar y actividades de tiempo libre. Al finalizar el tratamiento los participantes que habían registrado el impacto de estas dificultades en su vida cotidiana mostraron una disminución notable al respecto (figura 3), lo que señala un cambio en la percepción y vivencia del malestar que produce el problema tanto en el niño como en la familia. Este cambio fue atribuido directamente al tratamiento, conforme al análisis de los relatos que aportaron los participantes en las entrevistas postterapia

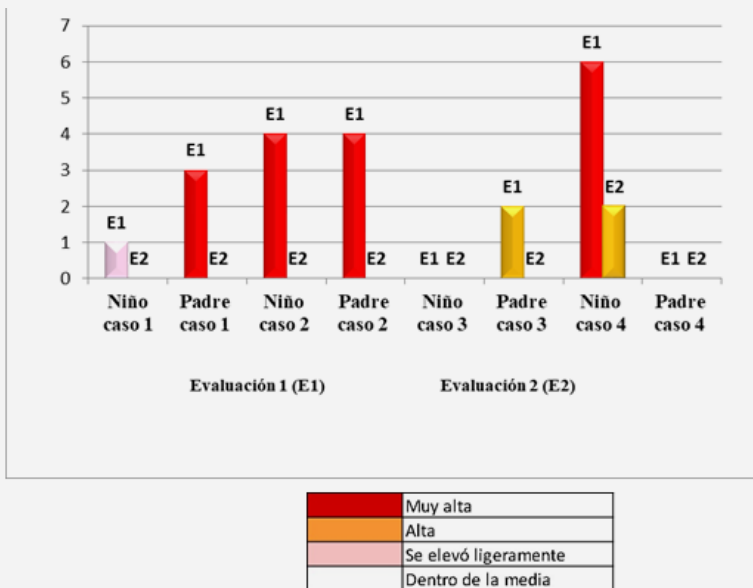


Figura 3. Percepción del impacto de las dificultades en la vida del niño por parte de padres y niños pre y pos-terapia. Fuente: Elaboración de las autoras.

En la evaluación de esta área se encontraron algunos elementos discrepantes entre los casos; por ejemplo, en el caso 4 el niño reportó un impacto elevado de sus dificultades en la vida cotidiana, mientras que la madre no reportó ninguna interferencia de ello en la vida de su hijo (ver figura 3). En consonancia con la información diagnóstica, este aspecto indicó una percepción limitada, por parte de la madre, en cuanto al reconocimiento del sufrimiento del niño, como obstáculo inicial para el trabajo terapéutico.

En el caso 3, el chico no reportó ningún impacto de sus dificultades en la vida cotidiana, pese a que aparecían alteradas las áreas: emocional, conductual e interpersonal; sin embargo, el padre del niño puntuó un impacto alto en este sentido al inicio del tratamiento, y una modificación de dicho impacto en la aplicación final (ver figura 3). Conforme al reporte suministrado por el terapeuta, el padre mostró alta disposición y participación activa en el proceso psicoterapéutico de su hijo. Teniendo en cuenta el contraste de estos casos parece que, a mayor consciencia de los padres sobre el sufrimiento del niño, mayor implicación en el proceso psicoterapéutico.

Focos de intervención y cambio

En las entrevistas finales los participantes dieron cuenta de los cambios percibidos como producto del proceso psicoterapéutico. En la tabla 2 se sintetizan los cambios, discriminando la fuente de información proveniente de las entrevistas. En este orden de ideas, se encontró una relación entre el foco trabajado por el terapeuta y los cambios reportados por los pacientes, atribuidos al proceso psicoterapéutico.

Tabla 2

Consolidado: Focos terapéuticos, sintomatología y percepción de los cambios

Niño	Foco de intervención y Sintomatología	Cambio reportado por el niño, los padres y terapeutas
Caso 1	<p><i>Focos:</i> elaboración de pérdidas familiares; regulación emocional, y temores de pérdida.</p> <p><i>Sintomatología:</i> estado depresivo, ansiedad, bajo rendimiento escolar, síntomas psicósomáticos, dificultad para adaptarse a la institución.</p> <p><i>Focos:</i> fortalecimiento del self- relación padre-hijo.</p> <p><i>Sintomatología:</i> agresividad, inseguridad, ansiedad, problemas con compañeros, dificultades de aprendizaje, retraso en el habla, problemas de lecto-escritura, impulsividad, desvalorización del sí mismo.</p>	<p>Niño: disminución en los pensamientos reiterados, relacionados con la madre y su pérdida. Mejoría en su estado de ánimo, en los sentimientos de tristeza y en el nivel de ansiedad.</p> <p>Padre: adaptación del niño en la institución, mayor expresión de los estados emocionales, disminución de la inhibición y de los síntomas depresivos, cambios positivos en el rendimiento escolar y en el estado de ánimo general, desaparición de síntomas psicósomáticos.</p> <p>Terapeuta: refiere cambios en el niño a nivel de la adaptación institucional y la capacidad de afrontamiento, desaparición de síntomas psicósomáticos y depresivos.</p>
Caso 2	<p><i>Focos:</i> habilidades interpersonales – Fortalecimiento del self</p>	<p>Niño: relación con el padre y rendimiento académico.</p> <p>Padre: relación padre- niño y área comportamental.</p> <p>Terapeuta: refiere cambio relacional del padre hacia su hijo. En el niño: mayor espontaneidad, un auto-concepto más valorizado y un fortalecimiento de la relación con el padre.</p>
Caso 3	<p><i>Focos:</i> habilidades interpersonales – Fortalecimiento del self</p>	<p>Niño: capacidad de afrontamiento de problemas: “no dejarse vencer por ellos”; cambio de actitud frente a la problemática que presentó como motivo de consulta.</p>

<p><i>Sintomatología:</i> inestabilidad emocional, habilidades sociales inhibidas, desvalorización del sí mismo, problemas de aprendizaje, desatención.</p>	<p>Reporta progresos en la socialización con sus pares. Madre: progresos del niño a nivel interpersonal; mayores capacidades de socialización con los pares. Terapeuta: la terapeuta reporta cambios en dos dimensiones: a nivel de las relaciones con sus pares y mayor autonomía.</p>
<p><i>Focos:</i> conflicto relacional madre-niño. Elaboración pérdida del padre.</p>	<p>Niño: referencia mejorías en la relación con la madre. Frente a la evaluación del síntoma presenta contradicción; el niño expresa que la psicoterapia no generó ningún cambio a nivel de la enuresis, posteriormente expresa que la psicoterapia ayudó con sus dificultades para controlar esfínteres.</p>
<p>Caso 4 <i>Sintomatología:</i> enuresis, dificultad para acatar la norma, inhibición de estados emocionales.</p>	<p>Madre: los cambios reportados tienen que ver con la relación entre ella y su hijo, cambios a nivel comportamental y disminución de la enuresis; en este último aspecto manifiesta que las mejoras son inconsistentes. Terapeuta: resalta como producto del proceso terapéutico el abordaje acerca del padre ausente como tema que generaba tensión en la relación madre-hijo. No refiere modificación en el síntoma de enuresis.</p>

Nota: Elaboración de las autoras.

En las preguntas de seguimiento del SDQ formuladas después de la terapia, tanto padres como niños coinciden en la atribución de los cambios al proceso psicoterapéutico. En el reporte de los terapeutas, respecto a los cambios observados en sus pacientes, se puede ver en los cuatro casos una relación directa entre el foco elegido para la intervención y los cambios percibidos por los distintos participantes a lo largo del proceso (tabla 2). Lo anterior, sugiere una acertada intervención por parte del terapeuta, en tanto hubo una evaluación diagnóstica útil que permitió la elección del foco, en consonancia con las necesidades de los pacientes.

Además del trabajo clínico, los terapeutas resaltaron otros aspectos influyentes en la efectividad de estos procesos; por ejemplo, los recursos internos del niño, tales como: la disposición para el proceso de cambio, y sus capacidades creativas y resilientes. También, la permanente disponibilidad y colaboración para el tratamiento por parte de los padres. Según este punto de vista, la familia es un factor que interfiere positiva o negativamente en la psicoterapia; cuando hay constancia y compromiso de la familia, los avances en las dificultades psicológicas del niño evolucionan de forma visible.

Expectativas y cambio

En las entrevistas diagnósticas y en las entrevistas semi-estructuradas se indagó por las expectativas del paciente y su familiar frente al tratamiento.

Desde la percepción de los niños se cumplieron las expectativas iniciales, las cuales estaban referidas principalmente a la desaparición de los síntomas. Los cambios reportados por ellos guardaron coherencia con lo que deseaban al inicio del tratamiento, mostrando relación entre las dificultades motivo de consulta, las expectativas y la percepción de los logros alcanzados. Esta relación no fue tan clara en el caso 4, puesto que la expectativa del niño se alejaba del terreno psicológico y giraba en torno a una intervención más de tipo médico; sin embargo, este dato discrepante confirma que la evaluación global del tratamiento, desde la vivencia del niño, está influenciada fuertemente por el cumplimiento o no de las expectativas con las que llega el paciente al inicio del proceso psicoterapéutico.

Contrastando las respuestas dadas por los niños sobre sus expectativas de cambio, en las entrevistas diagnósticas y en la entrevista posterapia, se observó que las respuestas sugerían lo mismo en ambos momentos; las expectativas de los niños se mantuvieron a lo largo del tratamiento, lo que sugiere para el clínico la importancia de elegir el foco terapéutico, siempre en consonancia con dichas expectativas.

En cuanto a las expectativas de los padres, se encontró una falta de claridad para expresar las mismas al inicio del proceso; si bien ellos podían dar cuenta de las dificultades psicológicas de sus hijos, lo que esperaban del tratamiento fue presentado inicialmente de forma ambigua e indefinida; al finalizar el proceso fue evidente una mayor claridad para expresar estas expectativas.

Comparando las respuestas de los padres, de inicio y final, sobre este aspecto, se observó que sus respuestas no estaban referidas a lo que dijeron al inicio del tratamiento, sino a los cambios que percibieron a partir de dicho proceso. Ello indica que la valoración positiva de la terapia en los padres no está necesariamente condicionada por las expectativas que tienen al inicio del tratamiento; éstas se van moldeando de acuerdo a la evolución de la terapia, a los logros observados en el niño y a las devoluciones del terapeuta. Por tanto, las expectativas de cambio en sus hijos son verbalizadas con más claridad como efecto del proceso mismo.

| Discusión y conclusiones

Conforme a la aplicación del SDQ y las entrevistas diagnósticas, los niños que hicieron parte de la muestra presentaban claros problemas emocionales y de comportamiento. Estas dificultades son típicas de los chicos que se encuentran bajo cuidado institucional, y sirvieron como referente para poder pesquisar el cambio terapéutico al final del tratamiento.

Al inicio del proceso el área emocional fue percibida como la más problemática. Los pacientes mostraron síntomas internalizantes (depresión, ansiedad, inhibición) y/o síntomas de externalización (agresividad o conducta disruptiva); en consonancia con esto, el proceso psicoterapéutico incidió claramente en la disminución de la sintomatología emocional, independientemente de si el foco y motivo de consulta estaban referidos o no a esta dimensión.

Aunque el cambio terapéutico tuvo variación de caso a caso, la dimensión emocional fue un domino de común afectación y cambio en los casos estudiados. Lo anterior, sugiere que la dimensión emocional es particularmente sensible para el cambio en psicoterapia con niños

institucionalizados, y que el trabajo clínico que apunte en esta vía contribuye al fortalecimiento de los recursos para el manejo de la experiencia emocional en estos chicos.

También, fue coincidente que los niños y los adultos (padres y terapeutas), reportaran la desaparición o disminución de los síntomas centrales y acuciantes de cada caso, como efecto del proceso psicoterapéutico, tanto en el cuestionario de auto-reporte como en las entrevistas postterapia.

Aunque se mantuvieron algunas dificultades -comportamentales, emocionales y/o interpersonales- en cada caso, ello no afectó la valoración positiva sobre el tratamiento que reportaron los participantes al finalizar el proceso, lo que indica que la efectividad de la psicoterapia no está dada sólo por la eliminación del síntoma y/o conflicto, sino también por el cambio en la percepción del problema, lo cual disminuye el malestar y por ende el impacto en la vida del paciente. En este sentido, se observó una disminución en la cronicidad de las dificultades reportadas en cada caso, y cambio positivo en la percepción del paciente sobre la interferencia de sus dificultades en la vida cotidiana.

Los efectos de un proceso psicoterapéutico incluyen la elaboración de conflictos, la resignificación de problemas o la modificación de aspectos de la personalidad; y aunque algunos elementos problemáticos no desaparezcan completamente, el paciente puede asumírselos, de tal manera que no le causen tanto sufrimiento. En este sentido, el Grupo de Trabajo OPD (2008) señala que, al evaluar el éxito de una psicoterapia, no necesariamente se debe medir el cambio en términos de disminución o supresión del conflicto patógeno; se tiene en cuenta el trabajo que hizo el paciente, ya que puede elaborar y estructurar el problema, de manera que en adelante pueda utilizarlo productivamente; es decir, incrementar alternativas para manejarlo de manera constructiva y controlada.

Conforme al reporte de los terapeutas, un factor importante que influyó en la efectividad de los tratamientos estudiados fue el acompañamiento y disposición por parte de los padres como *Red de Apoyo a la Terapia*; ello posibilitó una mayor comprensión de la problemática del niño y el avance terapéutico. Este hallazgo concuerda con la investigación de Nemirovski, Thorén & Carlberg (2014), cuando señalan que el trabajo familiar parece ser esencial para que el niño se beneficie del tratamiento.

En esta misma vía, las propuestas contemporáneas en el campo de la psicoterapia infantil vienen señalando la presencia de los padres o cuidadores como un elemento imprescindible, en tanto unidad diagnóstica y terapéutica (Dio Bleichmar, 2005; Di Bárto, 2016).

Desde este punto de vista, los padres son reconocidos como figuras que, de una u otra manera, están presentes en el proceso del niño; son el origen y fuente de su mundo interno, por lo que mantienen el tratamiento, ya sea perturbando o colaborando en el mismo (Dio Bleichmar, 2005).

Teniendo en cuenta el contexto de cuidado institucional, uno de los elementos problematizados de antemano, es la relación del niño con su familia, bien porque las limitadas capacidades parentales han contribuido a la institucionalización, o porque la misma condición pone en desventaja al niño con sus figuras de apego. En este sentido, se plantea que la adherencia al tratamiento por parte de los padres al proceso psicoterapéutico, es indicador de éxito terapéuti-

co y alienta el trabajo psicológico con la familia de estos niños, no solo como sujetos de intervención terapéutica, sino también como agentes de cambio a potenciar en beneficio de los niños. Coincidente con el reporte de los participantes, el espacio psicológico funciona como una *matriz de apoyo*; una función de contención emocional y apoyo instrumental ofrecido por el terapeuta a los padres del niño (Dio Bleichmar, 2005).

Asimismo, se encontró una clara concordancia entre el foco de intervención indicado por los terapeutas y los cambios positivos que fueron reportados al final del tratamiento por los distintos participantes. En el caso discrepante esta relación no fue tan clara; el motivo de consulta y el foco no coincidieron plenamente, y la valoración final presentó ambigüedad. Lo anterior, sugiere que, a mayor relación entre el foco de intervención, el motivo de consulta del paciente y sus expectativas, mejor valoración al tratamiento reportan los participantes.

El trabajo de focalización no es algo exclusivo del consultante o del terapeuta, se trata de una configuración que se va estableciendo a partir del compromiso de ambos; el foco de trabajo va surgiendo de la propuesta del paciente y de la capacidad de comprensión del terapeuta (Fiorini, 2008). Entre más cercano se sienta el paciente al problema que lo aqueja, más efectivo será el proceso terapéutico, pues de esta manera puede establecer conexiones entre lo que se halla inconsciente y la realidad actual (Gutiérrez y Ávila-Espada, 2004).

Contrastando las respuestas dadas por los niños sobre sus expectativas de cambio al inicio y al final de la terapia, se observó que la evaluación global del tratamiento, desde la vivencia del niño, está influenciada fuertemente por el cumplimiento o no de las expectativas que tiene al inicio del proceso psicoterapéutico; este hallazgo coincide con la investigación de Carlberg, Thorén, Billström & Odhammar (2009), donde afirman que existe una clara relación entre las expectativas de los niños sobre terapia y los resultados obtenidos.

En el caso de los familiares el hallazgo fue distinto. Al comparar las respuestas de los padres, al inicio y final de la psicoterapia, sobre las expectativas de cambio, se observó que la respuesta final estaba condicionada por los cambios percibidos en el niño durante el proceso; sus respuestas no estaban referidas a lo que dijeron al inicio del tratamiento, sino a los cambios que percibieron a partir de dicho proceso. Ello indica que la valoración positiva en los padres sobre el proceso de cambio en sus hijos, no está necesariamente condicionada por las expectativas que tienen al inicio del proceso; éstas se van moldeando de acuerdo a la evolución del tratamiento, a los logros observados en el niño y a las devoluciones del terapeuta.

Algunas de las características atribuidas a los niños institucionalizados hacen referencia a: conductas desafiantes, agresivas y antisociales (Fernández y Fernández, 2012); problemas de comportamiento, así como perturbaciones de hiperactividad y déficit de atención (Frias, Fraijo y Cuamba, 2008; Rainha, 2014). En los casos de esta investigación, los resultados del SDQ señalaron las dificultades atencionales y los problemas de hiperactividad como aspectos menos afectados, además indicaron la conducta prosocial como fortaleza de los niños participantes. Ello advierte que las características enunciadas sobre esta población no son generalizables a todos los chicos que se encuentran en un centro de acogimiento, y es un desacierto entenderlas como factores determinantes de su personalidad.

En los antecedentes sobre las características de niños institucionalizados, los autores hacen mayor referencia a las carencias, dificultades y aspectos conflictivos (Argumedo y Albornoz,

2006; Vanegas y Castrillón, 2014; Durán y Valoyes, 2008; Fernández y Fernández, 2012; González et al., 2012; Rainha, 2014); sin embargo, también es importante investigar acerca de sus potencialidades y fortalezas, con el fin de llevar a cabo intervenciones que fomenten la preservación y potencialización de estas áreas libres de conflicto.

| Referencias

- Argumedo, D. y Albornoz, C. (2006). Calidad de la amistad en niños de 8 a 10 años de una institución pública. *Revista de Psicología*, 24(1), 81-107. Recuperado de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/766/736>
- Carlberg, G, Thorén, A, Billström, S. & Odhammar, F. (2009). Children's expectations and experiences of psychodynamic child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 35, 175-193.
- Castrillón, L. y Vanegas, J. (septiembre-marzo, 2014). El vínculo reparador entre los niños deprivados y las instituciones de protección social. *Revista Vanguardia Psicológica*, 4(2), 108-121. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815166>
- Coderch, J. (1990). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona, España: Herder.
- Congreso de la República de Colombia. (2006). *Ley 1090*, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones.
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M. y Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162-167. Recuperado de http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/V2Num03/09_MI_LA%20_ENTREVISTA.pdf
- Di Bártolo, I. (2016). *El apego: Cómo nuestros vínculos nos hacen quienes somos*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Dio Bleichmar, E. (2005). *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Barcelona, España: Paidós.
- Durán, E. y Valoyes, E. (2008). Situación de los derechos de la infancia de niños y niñas que han perdido el cuidado de sus padres o están en riesgo de perderlo. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 7(2), 761-783.
- Fernández, M. y Fernández, A. (julio-septiembre, 2012). Problemas de comportamiento y competencias psicosociales en niños y adolescentes institucionalizados. *Universitas Psychologica*, 12(3), 797-810.
- Fiorini, H. (2008). *Teorías y técnica de psicoterapias*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.

- Frías, M., Fraijo, B. y Cuamba, N. (2008). Problemas de conducta en niños víctimas de violencia familiar: reporte de profesores. *Estudios de Psicología*, 13(1), 3-11. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26113101>
- Glicklen, M. (2009). Evidence-Based Practice with Children and Adolescents Coping with Abuse and Neglect. En M. Glicklen (Dir.), *Evidence-Based Practice with Emotionally Troubled Children and Adolescents* (pp. 299-316). Amsterdam, Netherlands: Academic Press/Elsevier.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586.
- Goodman R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(5), 791-801.
- González C., Ampudia, A. y Guevara, Y. (2012). Programa de intervención para el desarrollo de habilidades sociales en niños institucionalizados. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(2), 43-52. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v15n2/v15n2a05.pdf>
- Gutiérrez, G. y Ávila-Espada, A. (2004). Terapia psicodinámica focal y estratégica. Objetivos, técnica y aplicaciones. En A. Ávila-Espada, B. Rojí y L. Saúl (Coords.), *Introducción a los tratamientos psicodinámicos* (pp. 399 - 437). Madrid, España: UNED.
- Grupo de Trabajo OPD. (2008). *Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2). Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Barcelona, España: Herder.
- Midgley, N., Wellsted, D., Fearon, P., Wyatt, S., Wood, S., Besser, S. & Irvine, K. (2016). *Herts and Minds: Mentalization-Based Treatment (MBT) for children in foster care*. Recuperado de <https://www.annafreud.org/what-we-do/research-policy/research-themes/testing-what-treatment-works-best/herts-and-minds-mentalization-based-treatment-mbt-for-children-in-foster-care/>
- Miró, M. y Mitjavila, M. (1994). La psicoterapia psicoanalítica en la infancia y la adolescencia. En A. Ávila-Espada, y J. Poch (Eds.), *Manual de técnicas de psicoterapia* (pp. 493-521). Madrid, España: Siglo Veintiuno Editores
- Nemirovski, J., Thorén, A. & Carlberg, G. (2014). Outcome of psychodynamic child psychotherapy in routine Practice. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 16(3), 228-244. Recuperado de http://ericastiftelsen.se/doc/EPU_13.16/uppsats_EPU1316/Nemirovski_Thoren_Carlberg_2014.pdf
- Palumno, J. (2013). *La situación de niños, niñas y adolescentes en las instituciones de protección y cuidado de América Latina y el Caribe*. Panamá: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia -Unicef.

- Rainha, E. (2014). *Trastornos del comportamiento disruptivo y déficit de atención: un estudio comparativo de los niños institucionalizados y no institucionalizados* (Tesis de doctorado). Universidad de Extremadura. Badajoz, España. Recuperado de http://dehesa.unex.es/xmlui/bitstream/handle/10662/2847/TDUEX_2015_Rainha_EM.pdf?sequence=1
- Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar- Relaf-. (2010). *Niños, niñas y adolescentes sin cuidados parentales en América latina. Contextos, causas y consecuencias de la privación del derecho a la convivencia familiar y comunitaria*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Relaf. Recuperado de <https://www.relaf.org/Documento.pdf>
- Romero, E., Luengo, M., Gómez, J., Sobrela, J. y Villar, P. (enero-diciembre, 2005). Evaluación de la psicopatía infantojuvenil: estudio en una muestra de niños institucionalizados. *Anuario de Psicología Jurídica*, 15, 23-40. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3150/315031849003.pdf>
- United Nations Children's Fund –UNICEF-. (2003). *Children in institutions: The beginning of the end? The cases of Italy, Spain, Argentina, Chile and Uruguay*. New York, United States: UNICEF.
- Vanegas, J. y Castrillón, L. (2014). Vivencia relacional y reparación psicológica de los niños institucionalizados. *Revista de Investigaciones*, 14(23), 66-77.
- Wagner, W. (2004). Evidence – Based Psychotherapies for Children and Adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 28(8), 905-907.
- Youthinmind Ltd. (2016). *Scoring the Informant-Rated Strengths and Difficulties Questionnaire*. Recuperado de <http://www.sdqinfo.com/py/sdqinfo/c0.py>