

UNIVERSIDAD DE PALERMO
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

**Título: ANALISIS DEL PROCESO TERAPÉUTICO SISTEMICO Y VIRTUAL
INICIAL CON NIÑOS.**

Alumno: Georgina Squaglia
Tutor: Gregorio Traverso

Buenos Aires, 9 de diciembre de 2021

Índice

1. Introducción	2
2. Objetivos	2
2.1 Objetivo general.....	2
2.2 Objetivos Específicos	2
3. Marco teórico	3
3.1 Psicoterapia sistémica	3
3.1.1 Bases de la psicoterapia sistémica.....	3
3.1.2 Terapia familiar sistémica	5
3.2 Telepsicología.....	6
3.3 Proceso terapéutico con niños.....	9
3.3.1 Sistema consultante	10
3.3.2 Demanda y derivación.....	11
3.3.3 Primera entrevista.....	13
3.3.4 Alianza terapéutica	17
3.4 Intervenciones desde el enfoque sistémico	18
3.4.1 Intervenciones desde la virtualidad	20
4. Metodología	22
4.1 Tipo de estudio.....	22
4.2 Participantes.....	22
4.3 Instrumentos.....	23
4.4 Procedimiento	24
5. Desarrollo	24
5.1 Describir qué características tiene la entrevista de admisión virtual aplicada a los padres y/o cuidadores del niño o niña por quién consultan.	25
5.2 Indagar los criterios en los que se basan los admisores para seleccionar al profesional a quien derivar el caso.	28
5.3 Describir qué características tiene la primera entrevista virtual aplicada al niño o la niña por quién se consultó.....	29
5.4 Indagar sobre posibles estrategias de intervención sistémica que utilizan los terapeutas para generar el vínculo terapéutico virtual con el niño o la niña.....	31
6. Conclusiones	34
7. Referencias Bibliográficas	37

1. Introducción

El presente trabajo es de carácter profesional. Su objetivo se enmarca en el Trabajo Final Integrador (TFI) correspondiente a la finalización de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo. Se llevó a cabo en una institución privada con orientación sistémica de la provincia de Buenos Aires. La institución mencionada se especializa en el área de salud mental, brindando a la comunidad asistencia, diagnóstico y tratamiento tanto a nivel individual, comunitario e institucional desde el modelo sistémico - conductual.

La pasantía se realizó en formato virtual durante el lapso de cuatro meses. En la práctica se participó de distintas actividades como las reuniones de supervisión del equipo y las entrevistas de admisión, entre otras acciones. Además, se hicieron entrevistas semidirigidas a los profesionales pertenecientes a dicho centro.

El tema elegido está relacionado con los primeros pasos de un proceso terapéutico virtual con niños; es decir, se pretende analizar los primeros contactos que se dan entre el profesional a cargo y el niño, como también con sus padres o cuidadores, para generar un vínculo terapéutico y dar lugar a un posterior tratamiento. Este trabajo es importante porque luego de la aparición del virus conocido como COVID – 19, muchos terapeutas tuvieron que adaptarse a las circunstancias y comenzar a brindar las terapias de manera online. Es por esto que se intenta describir las características del proceso terapéutico inicial con niños y sus posibles intervenciones.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Analizar el inicio de un proceso terapéutico virtual con niños en una institución con orientación sistémica.

2.2 Objetivos Específicos

1. Describir qué características tiene la entrevista de admisión virtual aplicada a los padres y/o cuidadores del niño o niña por quién consultan.
2. Indagar los criterios en los que se basan los admisores para seleccionar al profesional a quien derivar el caso.
3. Describir qué características tiene la primera entrevista virtual aplicada al niño o la niña por quién se consultó.

4. Indagar sobre posibles estrategias de intervención sistémica que utilizan los terapeutas para generar el vínculo terapéutico virtual con el niño o la niña.

3. Marco teórico

3.1 Psicoterapia sistémica

La psicoterapia brinda un espacio donde, mediante la comunicación entre terapeuta y pacientes o familiares, se trabaja acerca de la comunicación de estos con su contexto. Los ejes que enmarcan la vida relacional de las personas son el cognitivo, el emocional y el relacional, por ende, también enmarcan la psicoterapia (Ceberio & Linares, 2010).

El núcleo de la psicología sistémica se encuentra en la concepción según la cual la identidad se construye sólo en relación con otros. Se trata de un abordaje inclusivo que estudia los sistemas emocionales más relevantes para las personas, como la familia, las redes sociales y el entorno socioeconómico (Moreno, 2015). El inicio de este enfoque suele situarse entre los años 1952 – 1961. Comenzó con los estudios de una parte de la psiquiatría que indagaban la importancia de la familia en el origen de la esquizofrenia y otras patologías graves. Por otro lado, el referente Gregory Bateson generó un puente sólido que permitió integrar conceptualmente un grupo de teorías; sus trabajos de investigación, especialmente los relacionados con su teoría del doble vínculo, generaron una filosofía de la mente orientada a describir cómo los organismos se perciben, piensan y actúan (Wainstein, 2009).

Los terapeutas sistémicos se caracterizan por plantear objetivos a corto plazo, siendo directivos y manipuladores, introducen intervenciones que reencuadran las situaciones y, actuando desde lo pragmático, prescriben tareas que redefinen las acciones, todo esto con la finalidad de lograr el cambio (Ceberio & Linares, 2010). Según Wainstein (2006), la psicoterapia o la actividad de consultoría son formas de diálogo especializadas en contextos específicos mediante las cuales se busca de algún modo modificar la conducta humana en dirección a objetivos más o menos acordados.

3.1.1 Bases de la psicoterapia sistémica

El paradigma sistémico resulta de una integración multidisciplinaria constituida por figuras como Von Bertalanffy (1976), promotor de la Teoría general de los sistemas; el fundador de la cibernética, Wiener (1958); Bateson, ya citado; entre otros autores. Se

articulan áreas de conocimiento muy diferentes generando un lenguaje común e integrando conceptos que provienen de diferentes disciplinas (Moreno, 2015).

Von Bertalanffy (1986) hace hincapié en la concepción organísmica de la biología. Para el autor, es relevante estudiar los procesos decisivos dentro de una organización y la interacción dinámica de las partes, que permite un comportamiento diferente cuando se estudian dentro del todo o aisladas. Un sistema es un conjunto de elementos que interactúan (Von Bertalanffy, 1986). Se reconoce un sistema cuando se puede diferenciar de su entorno, de aquí la importancia del observador quien puede distinguir entre los elementos que están dentro del sistema y los que se ubican por fuera, es decir, en el entorno (Schlippe & Schweitzer, 2003). La teoría general de los sistemas propone que el comportamiento de una persona depende en gran parte de sus relaciones o su contexto (Moreno, 2015).

Watzlawick, Beavin y Jackson (1985) definen a los sistemas interpersonales como circuitos de retroalimentación, ya que las conductas de un sujeto tienen efecto sobre el accionar de otro que, a su vez, influye en la conducta del primero. Los sistemas que poseen retroalimentación son considerados complejos. La retroalimentación permite tomar en cuenta las relaciones que se establecen entre los elementos del sistema, ya que lleva la visión lineal a una circular (Ortiz Granja, 2008). Los psicólogos sistémicos ponen el énfasis en el estudio del circuito de retroalimentación que surge en los sistemas (Moreno, 2015).

Bateson y Wiener creían que la comunicación es la manera en que las personas interactúan con su entorno, es decir, una forma de intercambiar información de manera simultánea en múltiples niveles (Wainstein, 2009). A través de la comunicación se logra conceptualizar las dinámicas relacionales (Moreno, 2015). Watzlawick et al. (1985), proponen que la comunicación cuenta con ciertas propiedades a las que describen a través de los siguientes axiomas. El primero indica que es imposible no comunicar. Al igualar la conducta con la comunicación, entonces no existe la no-conducta. Segundo, la comunicación se plantea en dos niveles, uno de contenido y otro relacional, ya que impone conductas y transmite información. Dentro de estos niveles pueden darse distintas combinaciones de acuerdos o desacuerdos entre las partes. Tercero, es arbitraria la forma en que se determina la secuencia de hechos. El cuarto axioma propone que la comunicación también se da a nivel analógico o no verbal, a través de gestos, tonos de voz, entre otros, y en un nivel digital, referido al contenido que se transmite; cuenta con una sintaxis lógica y compleja. Por último, el quinto axioma plantea que las relaciones se

dan de manera complementaria o simétrica, es decir, de igual a igual o sostenidas desde las diferencias como puede pasar en la comunicación entre un padre y un hijo.

La cibernética, por su parte, estudia cómo los sistemas actúan para mantener su equilibrio. Retroalimentación, patrones de interacción de los sistemas o el concepto de homeostasis o equilibrio, son conceptos considerados dentro la cibernética de primer orden (Moreno, 2015). A partir de 1980 se empieza a mencionar la noción de cambio. Así un sistema puede cambiar su estructura hasta hacerla más próspera para sobrevivir al entorno modificado. Con esto y con el paradigma constructivista es que se comienza a hablar de la cibernética de segundo orden (Wainstein, 2009). Se da lugar a la figura del observador en la descripción de los sistemas (Moreno, 2015). Con el nuevo orden se flexibilizó el espacio terapéutico y cómo se va a intervenir, poniendo el foco tanto en el individuo como en la familia nuclear o extensa, interviniendo en los diferentes subsistemas o en la red social; para esto se toman en cuenta tres elementos: la mirada del terapeuta, el contexto donde se va a intervenir y, por último, las características del sistema con respecto al motivo de consulta y la derivación (Ceberio & Linares, 2010).

3.1.2 Terapia familiar sistémica

La terapia familiar sistémica toma como sistema familiar al conjunto de personas que se relacionan entre sí formando una unidad ante el ambiente externo. Esta diferenciación con el exterior se hace a través de límites extrasistémicos; además, posee límites intrasistémicos que relacionan y separan a los subsistemas que se forman (Ochoa de Alda, 1995). La familia es el contexto natural para crecer y recibir ayuda. Se rige por pautas de interacción propias que forman la estructura familiar, las cuales establecen el funcionamiento de cada miembro, sus conductas e interacciones; el terapeuta depende de estos para plantear las metas terapéuticas (Minuchin & Fishman, 2004). Se define a la familia como un sistema determinado por un modo de expresar las emociones combinado por las variables relacionales que subyacen al funcionamiento del sistema (Ochoa de Alda, 1995).

Wainstein (2006) sostiene que el enfoque sistémico se centra en las conexiones de las partes, dado que este aborda tanto las partes como el todo. El paradigma de la terapia familiar sistémica postula que ni las personas ni los problemas existen por sí solos, ambos están ligados a sistemas recíprocos más amplios, de los cuales el principal es la familia. En consecuencia, es necesario estudiar el funcionamiento familiar en conjunto y no solo el de la persona por quien o que consulta. De esta forma, la terapia familiar sistémica

actúa de manera preventiva, para que una vez que el síntoma se retire del consultante, no se desplace a otro miembro de la familia que lo “sustituya” generando otra conducta sintomática (Ochoa de Alda, 1995). Esto mismo afirma Moreno (2015): “la identidad se constituye sólo en relación” (p. 32).

Es importante incluir a la familia para mejorar la eficacia en los tratamientos con niños. Trabajar con los padres y los diferentes miembros de la red social que influyen en la vida del infante, son intervenciones que requieren una comprensión sistémica de los fenómenos clínicos (Walsh & Petteta Goñi, 2019). El término holon, utilizado por Koestler (1979 como se cita en Minuchin & Fishman, 2004), indica que cada parte de la familia es unidad y todo a la vez: el niño es parte de la familia nuclear, esta de la familia extensa y, a su vez, forma un todo con la comunidad. El todo está integrado por la parte, y esta por el todo. El holon parental se constituye de diferentes maneras, a veces puede dejar por fuera a unos de los padres, o incluir a una tía o un abuelo al que se le da la autoridad de cuidar y enseñar al niño o niña. Es vital que el terapeuta descifre quién cumple ese rol ya que es en vano dirigirse a una madre o un padre cuando otro es quien cumple la función (Minuchin & Fishman, 2004). El terapeuta sistémico debe poder trabajar de manera flexible y adaptarse a cada tipo de cliente, ya que las familias suelen ser diversas, presentan diferencias tanto en la cultura como en la estructura o en la etnia de sus integrantes (Stratton, 2016).

Al trabajar con la estructura familiar, el problema se trata en el contexto en que surgió. Otras ventajas de trabajar con los padres cuando la terapia es sugerida para los niños es que es un recurso para el cambio, ya que las relaciones son fuertes. Por otro lado, es más probable que el sistema siga el tratamiento a medida que el niño muestre una mejora en su contexto cotidiano (Stratton, 2016).

Carr (2019) presentó evidencia de meta-análisis y distintas revisiones referidas a la eficacia de las intervenciones sistémicas para familias de niños y adolescentes con problemas de salud mental como depresión, trastornos en la alimentación, conductas disruptivas, entre otros. Los resultados fueron consistentes con la importancia de la participación familiar en el tratamiento de los niños. Una familia asiste a terapia por la aparición de síntomas en unos de sus miembros, identificando al paciente como el problema. Esto indica que el síntoma puede estar sosteniendo al sistema o puede estar siendo sostenido por el sistema mismo (Minuchin, 1974/2004).

3.2 Telepsicología

En 1990 los avances en el software y el hardware de las computadoras, las comunicaciones a través de internet y el diseño web, generaron que la interacción a distancia fuera conveniente y eficiente, generando así la explotación de la comunicación en línea con fines terapéuticos (Barak, Klein & Proudfoot, 2009). El término telepsicología refiere al uso de las tecnologías de la comunicación como pueden ser el correo electrónico, telefonía móvil, webs de autoayuda, computadoras, redes sociales, blogs, entre otras opciones, con un fin terapéutico; estos servicios se pueden dar de manera oral o escrita, con cámara o sin ella (Ramos Torio et al., 2017). Cuando la comunicación se realiza en tiempo real, por teléfono o mediante videollamada, se la denomina sincrónica; cuando se produce por correo electrónico, foros de discusión o mensajes de texto, es asincrónica (Martin, Millán & Campbell, 2020).

La telepsicología, referida al uso de tecnologías interactivas en tiempo real, como videoconferencias, permite acortar la brecha significativa que existe en el acceso al cuidado; dado que las intervenciones en salud mental dependen de las conversaciones y no de los dispositivos, esto posibilita que sean de menor costo (Stewart et al., 2020). Incorporar el recurso de la psicoterapia en tiempo real a través de las videoconferencias, posibilita ampliar el contexto de trabajo, acercando a los terapeutas con los consultantes, conociendo su intimidad y su ámbito privado. Esto implica una mayor exigencia para el terapeuta ya que debe agudizar sus sentidos. A pesar de no haber encuentro físico, la escucha y la visión no tienen interrupciones generando una conexión más íntima entre ambos (Cotton, 2014).

Para los psicólogos, la terapia online es una herramienta que permite brindar servicios, adaptando el espacio terapéutico, cuando no es posible la presencialidad. La Asociación Canadiense de Psicología propuso tener en cuenta varios puntos importantes para que esta práctica sea segura: debe garantizar la confidencialidad, seguridad, eficiencia y eficacia, de la misma manera que con la atención presencial (Traverso & Salem Martínez, 2020). Según Aragón (2020^[FB1]), para llevar a cabo la práctica de la terapia online, se deben considerar las normas éticas, los requisitos legales, las políticas intra e interinstitucionales, las tecnologías disponibles y otras limitaciones externas referidas al contexto profesional particular. Ramos Torio et al. (2017), mencionan que para la correcta utilización de esta herramienta también el profesional deberá estar preparado para emergencias, es decir, pedir teléfonos de contacto de apoyo y estar al tanto de los servicios de emergencia de la zona del consultante. Deberá estar capacitado para detectar cuando ya no es suficiente la terapia online y dar lugar a la presencialidad. Antes

de comenzar la terapia se debe tener en cuenta los conocimientos del consultante sobre tecnologías. Obtener el consentimiento informado del cliente aclarando las características de la terapia, así se garantiza la confidencialidad de la información al igual que en el formato presencial. Conocer las normas que regulan la práctica de la telepsicología dentro y fuera de su jurisdicción (Ramos Torio et al., 2017).

En el caso de la virtualidad, la alianza terapéutica es fundamental para llevar a cabo las terapias (Baloa López, 2020). La psicoterapia online presenta ciertas dificultades a la hora de trabajar con niños. Los terapeutas necesitan poder ser flexibles, creativos y comprometerse para que los niños puedan mantener la atención y la permanencia. Asimismo, se necesita que los padres o cuidadores se comprometan para poder sostener el tratamiento (Traverso & Salem Martínez, 2020). Por otro lado, se toman como puntos positivos que la práctica de la telepsicología permita la inclusión de amigos, familiares y una amplia red de profesionales en la consulta, además de ahorrar tiempo y llegar a poblaciones que no tienen acceso por la lejanía o la insuficiencia de los servicios (Aragón, 2020).

Cotton (2014) considera que la terapia online es semejante a la presencial, pero sin el contacto físico. Las características de la alianza terapéutica como la empatía, la escucha y la posibilidad de estar presentes se encuentran en las dos modalidades, el objetivo terapéutico no cambia. La terapia virtual, como modalidad de tratamiento, puede tener alto impacto, siempre que no sea utilizada en pacientes que presentan trastornos severos con incapacidad mental o que necesiten mayor control y contención (Abufhele & Jeanneret, 2020).

Dentro de la psicoterapia virtual con niños es importante poner el foco en ciertas características antes y durante la sesión. Primero, pre sesión definir, la plataforma que se usará con el consultante e investigar sobre las políticas de confidencialidad para resguardar la historia del mismo. Contar con una buena señal de internet, cuanto más formalidad y menor interrupción de la teleconferencia, mejor será la calidad de atención. Preparar el lugar de trabajo de manera que esté ordenado y se asegure la privacidad necesaria Si es posible, utilizar auriculares. Acordar con los padres o cuidadores del niño previamente el momento en el que deberán estar presentes. Planificar posibles materiales que se utilizarán de soporte a las intervenciones. Segundo, durante la sesión, situarse en un lugar acogedor, silencioso, privado, neutro y luminoso; evitar fondos con fotografías personales y ubicar la pantalla a una distancia que se puedan ver las manos para incrementar la gestualidad. En la psicoterapia con niños es preferible jugar en el inicio de

la sesión, para asegurar el vínculo y que el niño se acostumbre al setting (encuadre). Preguntar si están cómodos o necesitan ir al baño ayuda a tener una sesión más tranquila con los más pequeños. Siempre chequear que el niño está atento y si el lenguaje verbal o no verbal está siendo comprendido. Intentar sostener la sesión lo más parecida a la presencial en cuanto a la distribución de la conversación con el niño y los padres (Abufhele & Jeanneret, 2020).

3.3 Proceso terapéutico con niños

Dentro de la relación terapéutica, tanto en niños como en adultos, las relaciones de apoyo suponen ciertos pasos, no consecutivos, pero sí organizadores del inicio de la relación entre los o el consultante y el consultor o terapeuta (Wainstein, 2006). Se comienza con una preentrevista que incluye el recorrido de la familia hasta llegar a la consulta. La recogida de datos suele darse en las primeras sesiones, en particular en la primera. Esta sesión es decisiva para la acomodación, que no solo se realiza entre la familia y el terapeuta, sino también entre la familia y la institución o equipo de trabajo sistémico (Ceberio & Linares, 2010). Plantear el proceso como un itinerario que debe hacerse atravesando etapas sucesivas permite al terapeuta ordenar sus objetivos y clarificar el contrato con los clientes (Cirillo, Selvini & Sorrentino, 2018).

El consultor debe experimentar la realidad como los miembros de la familia lo hacen y comprender las interacciones que dan lugar al comportamiento de las personas que conforman la familia. La coparticipación del terapeuta dentro de la estructura familiar, respetando su idiosincrasia, lo convierte en un agente de cambio que trabaja dentro de ese sistema con intervenciones específicas para esa estructura (Minuchin & Fishman, 2004). Durante el proceso terapéutico, el sistema consultante y el terapeuta se unen formando un espacio de evaluación y luego un espacio de terapia. Cada uno con sus reglas, al unirse, forman un metacontexto generando una nueva estructura específica para ese espacio que depende de los dos (Moreno, 2015).

El acto terapéutico comienza por la manera en cómo se inspecciona el conflicto y estableciendo un contrato referido a un problema que tiene solución y averiguando la causa. Si se comienza de manera correcta terminará de igual forma. El terapeuta tendrá libertad de encarar cada situación como considere necesario: la primera entrevista podrá durar media hora o varias, será en el consultorio o donde lo considere, los honorarios y las personas citadas serán elegidas por él (Haley, 1980).

Cuando se habla de problema se refiere a una construcción cognitiva sostenida por comportamientos y un contexto. Su solución implica ciertas instancias: primero su definición; luego, la búsqueda de las reglas generales para su resolución, es decir, explorar posibles acciones y descartar las que se van alejando de la meta. Todo problema implica complejidad y su resolución depende de creencias, personas, situaciones, y las complejas relaciones entre los elementos. El trabajo del consultor es reducir la complejidad (Wainstein, 2006).

Dentro del proceso terapéutico con niños, aun cuando se decida citarlo solo, será vital contar con los padres para ciertas instancias como la evaluación del problema y la apertura de la historia clínica, ya que su presencia permitirá un relato más descriptivo; además, su presencia será necesaria para el mantenimiento de la terapia e incluso para poder finalizar el proceso (Moreno, 2015).

3.3.1 Sistema consultante

Desde la perspectiva sistémica, el sistema consultante está integrado por el consultante y el consultor. El primero es alguien que está sufriendo en contra de su voluntad, que solicita al consultor su ayuda para aclarar por qué tiene ese sufrimiento; el segundo, el consultor, es quien cumple el rol de agente activo del cambio de la conducta humana (Wainstein, 2006), en este caso, cambios en la persona que consulta. El terapeuta familiar debe situarse ante el niño como ante una persona con disponibilidad y apertura empática, respeto, curiosidad e interés (Cirillo et al., 2018).

El niño es un paciente no solicitante. Aunque sea sufriente, depende de aquellos que lo cuidan. El infante no puede modificar en nada su existencia, que depende precisamente de quienes son invitados a quedarse fuera de la puerta de terapia. Si bien al principio los padres se hacen los portadores de una demanda, sienten alivio cuando son dejados afuera y entregan a su hijo para ser “arreglado” por el especialista (Cirillo et al., 2018).

Las operaciones de asociación se consideran la base de la terapia y refieren a la táctica que utiliza el consultor para situarse como líder y generar el sistema terapéutico. Si este no puede asociarse a la familia, no se producen cambios y se imposibilita lograr los objetivos terapéuticos (Minuchin, 1974/2004). Para que la terapia sea exitosa el terapeuta deberá adaptarse a las características del contexto que se presenta, pero también deberá poder aceptar sus limitaciones. Estas se refieren al estilo del terapeuta y a sus variables personales o contextuales, su etapa del ciclo vital, sus valores y creencias,

ideología política, clase social, su formación teórica o, sin ir más lejos, hasta el espacio donde se encuentra a la hora de la consulta - por ejemplo, el barrio o país (Ceberio & Linares, 2010). El primer contacto puede darse por una llamada telefónica o por correo electrónico, rara vez es personalmente. En todo caso deben fijarse algunos objetivos. Primero, dejar en claro el motivo de la solicitud. De esta manera se sabrá si es una solicitud familiar, personal o para otro. Las primeras frases son importantes y es vital anotarlas como inicio de la relación. En esta instancia el terapeuta podrá saber si es competente o no con lo que necesita el consultante. Segundo, crear un contexto de cooperación dentro de la familia para abordar el problema. Fijar el día del primer encuentro, en lo posible lo más cercano a la llamada telefónica ya que se corre riesgo de cancelación de la cita. Indagar sobre quién sabe de la demanda y quién asistirá; es importante citar al demandante y ponerlo al tanto de las siguientes citas con otros posibles miembros. Tercero, crear desde el inicio la autoridad del terapeuta, mostrar claridad y determinación. Demostrar flexibilidad, confianza y competencia para reforzar que se está para ayudar y cooperar (Cirillo et al., 2018).

3.3.2 Demanda y derivación

Como se mencionó anteriormente, desde la perspectiva sistémica los comportamientos se analizan dentro de su red relacional, es decir, dentro de su contexto, entendiendo a este como la intersección de los sistemas en un determinado momento. Es por esto que para comprender la demanda es necesario tener en cuenta quién es el profesional o miembro de la familia que hace la derivación y quién establece el primer contacto con el terapeuta, es decir quién efectúa la solicitud (Moreno, 2015). Los terapeutas pueden recibir derivaciones de diferentes fuentes y estas deben ser reconocidas. Ya sea de la escuela, psicólogos, órdenes judiciales, psiquiatras, entre otros, el profesional debe obtener de la fuente de derivación información sobre el problema y como se intentó reducirlo. Adoptar una actitud neutra y de respeto ante la familia dará como resultado un tratamiento más efectivo (Midori Hanna & Brown, 1998).

Existen diferentes formas de demandar ayuda: puede ser el pedido de un familiar para otro familiar, de un sujeto para sí mismo, de un miembro de una pareja para ambos. Por cada pedido hay una forma de proceder. Es por esto que analizar la demanda es un mapa que sirve para evaluar qué formato será el más propicio a utilizar en la primera entrevista. Cuando el pedido es para un niño se indica un primer encuentro solo con los padres o quien tiene su tutela, quienes son los que verdaderamente piden la ayuda, incluso

si están separados (Cirillo et al., 2018). Además de los datos de la persona, es importante indagar sobre la composición familiar, por ejemplo, quienes viven juntos- Esta información servirá para realizar un genograma que permitirá generar las primeras hipótesis, aportando información sobre el pasado y el posible futuro. Incluir datos cronológicos sobre el problema permite manifestar las relaciones entre el desarrollo familiar y el historial del problema (Schlippe & Schweitzer, 2003).

Previo a la primera entrevista el/los profesionales se reúnen para analizar la información obtenida de la llamada telefónica, de esta manera se generan hipótesis sobre lo que puede estar ocurriendo para así planear qué trabajar en la sesión y cómo. A continuación, en las siguientes sesiones se analiza lo que se trabajó previamente y se vuelven a realizar hipótesis sobre lo trabajado (o no) y sobre el progreso. En caso de haber mejoras se asume que el camino tomado es el correcto; si no se buscan otras posibles causas y estrategias de abordaje (Ochoa de Alda, 1995). En la infancia, el consultor suele recibir la demanda referida a dos cuestiones: para una evaluación del desarrollo y realizar un diagnóstico, o para realizar la terapia luego de haber recibido una evaluación previa. Analizar esto permite evaluar las expectativas (Cirillo et al., 2018).

La derivación es un proceso interaccional por el cual el cliente inicia la psicoterapia. Primero surge la demanda por parte de alguien que cree que hay un problema y luego otra persona considera que este se puede solucionar a través de la terapia. En este proceso el terapeuta debe indagar sobre quién solicitó la consulta, la motivación de los padres y si la psicoterapia es apropiada para el caso (Midori Hanna & Brown, 1998).

Cuando se trata de terapia a través de la virtualidad existen ciertos criterios de exclusión que hay que tomar en cuenta a la hora de planear una primera entrevista. Por ejemplo, puede ser que la demanda sea para un paciente con una discapacidad y se encuentre solo a la hora de la comunicación online; o consultantes que presentaron planificación suicida o se encuentran ante un riesgo cierto o inminente. Las personas con consumo severo de alcohol o drogas también implican cierto riesgo ante una consulta online y, por último, los pacientes severos con trastornos de esquizofrenia, bipolaridad o deterioro cognitivo significativo son candidatos a llevar a cabo la terapia de manera presencial de ser posible (Hirsch & Durao, 2020).

Hirsch & Rosarios (1987), describen el funcionamiento de una institución privada, donde el proceso de admisión, a cargo de un profesional con experiencia, permite al terapeuta que recibe el caso hacerse una idea sobre este y contar con las sugerencias del admisor; esta posibilidad genera un orden dentro de las instituciones donde los terapeutas

trabajan en conjunto con los admisores, que conocen desde el inicio de que trata el caso supervisado, facilitando la elección de una línea terapéutica a seguir.

El formulario que se llena en las admisiones no solo contiene información sobre la estructura familiar, sino también indica sobre en qué estadio del ciclo vital se encuentran, ya que esto implica cambios y muchas veces es lo que desequilibra al sistema familiar (Minuchin & Fishman, 2004). El ciclo vital familiar es un organizador que utilizan los terapeutas sistémicos. Son ciertas etapas sucesivas por las que atraviesan todas las familias. Cuando la familia pasa de una etapa a la siguiente implica una adaptación del sistema familiar. La familia, entonces, es considerada la matriz del desarrollo del individuo y, en consecuencia, el lugar donde se ubica el inicio y el mantenimiento de sus problemas (Moreno, 2015).

La derivación será exitosa cuando logre traducir el síntoma al lenguaje psicológico y relacional. El lugar del derivante es crucial para la familia. Muchas veces la demanda es motivada por causas ligadas al ciclo vital. Cuando se trata de niños se espera que uno de los padres haga la demanda (Moreno, 2015). En el caso en que el contacto sea por un familiar, dejando de lado a los padres, será una alerta por lo inusual y se deberá prestar atención a las motivaciones del llamado (Cirillo et al., 2018).

Luego de la admisión o la pre-entrevista se da lugar al establecimiento de la relación entre los integrantes del sistema, se establece la confianza mutua y las reglas del juego, también llamado encuadre o etapa social. Una vez establecida esta relación, se buscan los motivos por los cuales se pidió ayuda (Wainstein, 2006): se fijarán los objetivos. Para el terapeuta sistémico, su objetivo básico es ayudar a la familia a construir una nueva “narrativa”, desarrollando nuevos patrones de acciones, interacciones o sentimientos (Moreno, 2015). Para los consultantes los objetivos dependerán de su motivo de consulta.

3.3.3 Primera entrevista

Cuando la demanda está dirigida hacia un problema con un menor se ofrecen dos instancias de primeras entrevistas dentro del proceso terapéutico: una con los padres del menor y otra con el menor, a solas. Muchas veces cuando se presenta un problema psicológico en los niños, los padres suelen preguntarse en qué se han equivocado. Esto es algo positivo, pero el terapeuta debe cambiar el foco de la culpa y mostrar una actitud empática que permita la reflexión de los mismos desde una perspectiva positiva respecto al crecimiento del niño. Antes de la sesión con el infante, surgen ciertos encuentros con

los cuidadores para que estos puedan describir sus preocupaciones e hipótesis sobre el problema, valorar los recursos que se tienen y apoyar a los padres en el desarrollo (Cirillo et al.,2018).

La recolección de información en la primera entrevista es importante porque va a organizar los primeros contactos entre la familia y el terapeuta. Aquí se indagará sobre ciertos puntos vitales como información sobre quién hizo la derivación; información clínica; se preguntará sobre terapias previas; información sobre el genograma y por último se indagará sobre las sesiones, es decir, quienes asistirán, fecha, hora y lugar específico (Midori Hanna & Brown, 1998).

La primera entrevista va a constar de ciertas etapas. Una etapa social donde se recibe a los familiares y se ofrece que se sienten cada uno donde se sienta cómodo. Se realiza el planteo del problema, se indaga sobre el asunto. Iniciada la sesión se da lugar a la interacción entre los miembros y se plantean los objetivos junto a la familia, teniendo en cuenta los cambios que quieren alcanzar. Por último, se fija una nueva cita (Haley, 1980). En la virtualidad, para simular los aspectos que se pierden de la terapia presencial, como la espera en el consultorio o que cada uno tome el lugar específico, puede sugerirse a los padres o al niño a entrevistar que se alisten diez minutos antes de la videollamada, propiciando un lugar privado de la casa y probando la aplicación, cámara o micrófono, entre otras cosas (Hirsch & Duraó, 2020).

Cuando la primera entrevista se realiza de manera sincrónica a través de la red, el hecho de no contar con el contacto físico implica la necesidad de plantear los objetivos de manera anticipada, posibilitando así que la alianza se establezca junto con el acuerdo de los objetivos. De esta manera se evita que el consultante abandone tempranamente el tratamiento. En la terapia presencial se va dando naturalmente con las sesiones, pero en la terapia por videollamada es necesario llegar a un acuerdo con el consultante sobre el motivo de consulta para generar una mayor adherencia al tratamiento. Si bien en la terapia cara a cara es posible preguntar directamente cuál es el motivo de consulta, en la virtualidad es vital hacerlo en la primera sesión ya que de esta manera se sabrá la severidad del caso y si el terapeuta es competente para ese tratamiento o si el sujeto necesita otro tipo de dispositivo terapéutico (Hirsch & Duraó, 2020).

Prata, Vignataro y Bullrich (2001, como se citó en Moreno, 2015) proponen una estructura básica para la primera entrevista que puede ser utilizada para diferentes ocasiones. Primero ofrecen ciertos puntos a tener en cuenta como, por ejemplo, iniciar el diálogo con el padre con quién no se ha hablado, analizar por qué y la relación que se

tiene con el derivante. Indagar sobre posibles tratamientos de otro miembro de la familia. A la hora de preguntar sobre el conflicto específico, se propone indagar sobre cuándo apareció y quién lo notó primero, si es voluntario o no, si hubo cambios en la familia que coincidan con la aparición del problema, y si tiene un origen orgánico, genético o psicológico. Luego, indagar sobre la pareja: cómo surgió, cuánto tiempo después buscaron el embarazo o si se pensó en una interrupción. Preguntar si hubo cambios respecto al antes y después de casarse o tener hijos. Indagar sobre cómo es la relación con la familia política. Respecto al niño por quién consultan, se propone preguntar sobre la relación con los padres, con quién tiene mejor relación y si hay correspondencia en los sentimientos; ¿lo encuentran parecido a otra persona de la familia? Indagar sobre si hay actitudes discriminatorias entre los miembros. También consultar si hay parejas de primera o segunda clase. Respecto al trabajo de ambos, saber si hay viajes, ausencias, o si alguno ha dejado de trabajar por los hijos. Si la respuesta es positiva, indagar si ha intentado volver a trabajar y si fue algo consensuado; qué respuesta obtuvo por parte de la familia. Es vital saber quién los ayuda en la crianza de los o él niño. Estas posibles preguntas para la primera entrevista permiten conocer el entorno con que se va a trabajar. Es importante incluir preguntas circulares y observar la devolución a cada pregunta y respuesta entre los miembros de la familia (Moreno, 2015).

Schlippe y Schweitzer (2003) plantean que cuando se pregunta también se está generando nueva información de manera implícita. Para esto se propone en la consulta sistémica la interrogación circular ya que las relaciones se manifiestan a través de las conductas, los síntomas o las formas en que se expresan los sentimientos. Es por esto que se busca que se manifiesten los significados de las relaciones, en vez de preguntar sobre las sensaciones de cada miembro de la familia. Por ejemplo, no es lo mismo preguntar a una mamá “cómo se siente” que preguntar cómo cree que se siente su marido. La respuesta genera una reacción en él hombre y así mismo en la mujer, es decir nueva información entra al sistema.

Mientras avanza la sesión, se observa el estado de ánimo de los entrevistados, la relación entre ellos, si se muestran en desacuerdo, si alguno asistió sin querer hacerlo, si están en la misma sintonía sobre el locus del problema. Luego de esta etapa social, se da lugar a preguntar sobre qué los trajo hasta ahí comenzando con la etapa de terapia. En lo posible conviene plantear preguntas ambiguas y abiertas dando lugar a que expongan las diferentes perspectivas (Haley, 1980).

Cuando el paciente es un niño, se lo recibirá en un contexto acogedor y cordial, brindando claridad y respeto. La actitud más sencilla que el terapeuta puede tomar es, desde el inicio, mostrarse como conocedor de sus padres e informado de lo que le acontece. La sesión se dividirá en dos, una parte para conocerse, preguntar al menor cómo ve el problema y otros aspectos sobre la vida familiar; en la segunda parte del encuentro, podrán utilizarse materiales de juego que permitan profundizar (Cirillo et al.,2018). Haley (1980) propone tener a mano títeres o diferentes juegos para que el infante pueda comunicarse a través de estos. Los juguetes permiten que haya acción en el consultorio en vez de hablar sobre esta, y si los padres están presentes, permite ver la interacción entre padres e hijo.

El primer encuentro con un niño en el espacio terapéutico exige cierto análisis previo resultante de la entrevista con sus padres o cuidadores. Cuando se necesita una evaluación de las competencias cognitivas del niño, se le explicará, con palabras que él pueda comprender, la preocupación de sus padres y la necesidad de su compromiso. Es necesario ser claros sobre el objetivo del encuentro. Debe pedírsele al niño que realice tareas adecuadas para su edad, por ejemplo, hacer un dibujo y darle color, construir una torre con bloques o realizar juegos de rol. A través del juego se puede evaluar déficit en el desarrollo. Además, permite al niño describir a su familia y sus intereses. En el caso de necesidad de certificados es necesario realizar una batería de test que puede aplicarse en próximas sesiones. Cuando el niño se maneja verbalmente, es oportuno dar lugar a su punto de vista y a su evaluación del problema. Cuando se está frente a un déficit del desarrollo, puede brindarse acompañamiento para que el niño comprenda de qué se trata (Cirillo, et al.,2018).

La evaluación inicial es un proceso que se puede dar de manera implícita o explícita por parte del terapeuta dejando que la familia se exprese, en todos los casos esta evaluación intenta buscar que es lo que mejor se adapta al consultante. Influye en el contrato terapéutico y en las expectativas que surgen por parte del terapeuta y de la familia (Midori Hanna & Brown, 1998). La primera entrevista debe concluir con una nueva cita a la cual puede invitarse a otro miembro de la familia que sea relevante incluir al proceso terapéutico y además puede darse cierta tarea para hacer en casa con el objetivo de enlazar al familiar a la próxima sesión (Haley, 1980).

3.3.4 Alianza terapéutica

Según Alicia Moreno e Isabel Fernández, la alianza terapéutica sirve de soporte a las intervenciones a lo largo del tratamiento y será decisiva en el contacto inicial con la familia para conseguir su implicancia y la del niño en la terapia. Se entiende por alianza a las relaciones construidas bajo el compromiso mutuo (Moreno, 2015). Las particularidades del terapeuta van a indicar el tipo de intervención a utilizar. La posición del profesional es multidimensional, combina las habilidades y las conductas propias y las adapta para forjar la relación terapéutica que va a generar la eficacia del tratamiento (Midori Hanna & Brown, 1998).

Por parte del terapeuta, además de su estilo, se ofrece una escucha empática y connotaciones positivas, entre otras técnicas. Asimismo, la relación construida dentro del espacio terapéutico difiere de una relación de amistad o familiar, ya que esta se da dentro de un encuadre específico. Más allá del contrato terapéutico que se establece en este espacio, la alianza permite que el problema que presenta el consultante resuene en el terapeuta. La resonancia implica que entre el paciente y el terapeuta haya puntos en común permitiendo la relación (Ortiz Granja, 2008).

Minuchin (2004) utiliza los términos unión y acomodación para describir el trabajo del terapeuta para aliarse a una familia. La unión refiere a las acciones que el terapeuta lleva a cabo para relacionarse con la familia y la acomodación se establece ante las adaptaciones que el terapeuta realiza para unirse a la estructura familiar. Si el terapeuta no logra incluirse en la familia será imposible el cambio.

El terapeuta desde el primer contacto implementará un espacio precedido por el respeto, la confianza y la colaboración permitiendo así la motivación para continuar con el tratamiento y establecer objetivos a cumplir (Moreno 2015). Friedlander, Escudero y Heatherington (2009) proponen un modelo de alianza que se presenta en todas las terapias de familia y parejas. Es un programa llamado SOATIF que evalúa diferentes puntos que se presentan en todas las alianzas terapéuticas, estos son: Construcción de objetivos en conjunto, las personas se involucran en el proceso terapéutico de manera responsable y aceptan el cambio como posible cuando comprenden que los objetivos se construyen junto al terapeuta. La conexión emocional con el consultor, confiando en que este va a poder ayudarlo, sintiéndose importante para el terapeuta que trabaja desde la confianza, el respeto y el sentido de pertenencia. La sensación de seguridad dentro del sistema, dando lugar a la flexibilidad. Por último, se da el sentimiento de compartir una meta con la

familia, trabajando de manera solidaria para mejorar las relaciones y valorando el tiempo que pasan en terapia.

En telepsicología la alianza terapéutica muestra la misma efectividad para resolver los objetivos que de forma presencial. Bordin definió este concepto en 1979 a través de tres pilares: el acuerdo mutuo de los objetivos entre consultante y consultor, la definición de tareas a cumplir durante el tratamiento, y la calidad emocional y de confianza que se genera en el vínculo terapéutico (Hirsch & Durao, 2020).

3.4 Intervenciones desde el enfoque sistémico

Se entiende por intervención a aquellas conductas que surgen como estrategias deliberadas mediante la cual se eligen ciertos datos y se busca influir en cierta dirección (Wainstein, 2006). Dentro de la terapia sistémica es posible intervenir en tres dimensiones: las emociones, las conductas y las construcciones de la realidad.

Los recursos técnicos para favorecer el cambio de cómo los consultantes abordan al síntoma suelen ser variados, como redefiniciones, tareas directas, rituales, connotaciones positivas, el uso de metáforas y paradojas, etc. Dentro de una entrevista sistémica, frecuentemente, se dejan para los últimos minutos, luego de alguna pausa (Ochoa de Alda, 1995). Las intervenciones suelen tenerse a mano como “una caja de herramientas”. En ella es importante, además de los mencionados, agregar la interrogación circular (Schlippe & Schweitzer, 2003), y, como intervención sistémica primordial, la reformulación no puede faltar (Traverso & Salem Martinez, 2020).

La reformulación, intervención cognitiva por excelencia, refiere a la propuesta que hace el consultor a la familia para comprender su historia desde una forma diferente y reorganizarla generando una nueva perspectiva (Ceberio & Linares, 2010). Los sistémicos ponen el énfasis en la forma en que las personas perciben los problemas. Si se logra el reencuadre significa que el consultante posibilitó la construcción de nuevos significados y, en consecuencia, el cambio (Wainstein, 2006). Para lograr una nueva interpretación de los problemas, el terapeuta cuenta con distintas herramientas como las metáforas, que permiten fortalecer ciertos significados a través de objetos, imágenes, relatos reales o ficciones dando lugar a nuevas alternativas. Asimismo, las connotaciones positivas también son útiles, puesto que reflexionan sobre qué función tiene el síntoma dentro del sistema (Moreno, 2015).

En la misma línea de intervención, se pueden utilizar las ya mencionadas preguntas circulares con el objetivo de ubicar el problema dentro de la dinámica

relacional. La técnica de la silla vacía permite mantener un diálogo con una persona que se encuentra ausente con el fin de lograr nuevas significaciones. Para esto es importante que el consultante se exprese en primera persona y ubicarse de forma que el terapeuta salga de la escena y pueda dirigirse al sujeto en cuestión. Otra opción es utilizar la técnica del cuento, aquí el terapeuta puede contar una historia teniendo en cuenta la forma de hablar del consultante, el tono de voz, las pausas, o también puede ser contado por el paciente dando vida a cada personaje (Bermudez & Brik, 2010).

Wainstein (2006) señala que las intervenciones estratégicas contribuyen a que el consultante afronte los problemas de una forma distinta. Para esto, el inicio del proceso terapéutico, con la primera entrevista y sus etapas, es una intervención en sí misma: como no se puede no comunicar, tampoco se puede no intervenir. Dentro de la categoría de intervenciones estratégicas se encuentran las denominadas pragmáticas, que influyen en el comportamiento. Se pueden implementar dentro de la sesión o dar directivas para realizar entre sesiones, como tarea para el hogar. Estas prescripciones pueden ser paradójales o directivas, las primeras refieren a pedir que se haga algo con la expectativa de que no se cumpla, desviando el síntoma (Ceberio & Linares, 2010). Schlippe & Schweitzer (2003) llaman a las directivas, propuestas de acción y funcionan en tres niveles: pedir que se haga más de algo, dejar de hacerlo, o intentar un camino nuevo. La prescripción del síntoma permite al sujeto sostener a propósito aquello que hace de manera involuntaria. De esta manera el sujeto toma el control y el problema deja de ser un síntoma negativo (Wainstein, 2006).

Existen ciertas intervenciones que se pueden aplicar poniendo el foco en la solución del problema y no en la causa. Algunos ejemplos de estas son: la técnica del milagro, que consiste en guiar al cliente para que pueda decir cómo se daría cuenta que el problema se solucionó; otra técnica es la utilización de una escala que mida diferentes cosas como el grado de enojo o de tristeza - con los niños se pueden utilizar gráficos como el termómetro de las emociones (Wainstein, 2006). Otra técnica utilizada es la del ritual, la cual permite de manera simbólica culminar una etapa. De una manera concreta y aguda el consultante puede concretar lo que está sucediendo. Para realizar esta técnica se puede incluir la escritura, el uso de objetos transicionales o recetas que impliquen hacer una acción cierta cantidad de veces cada cierto tiempo (Schlippe & Schweitzer 2003).

Las intervenciones emocionales implican que el terapeuta tenga plena conciencia de sus emociones para poder redirigir la relación con la familia o ajustar la forma en que se comunican. Dar cuenta de la comunicación no verbal, los gestos, la respiración, la

postura del cliente permite corroborar la coherencia entre lo que se dice y se muestra. El clima emocional de la sesión puede guiarse en función de lo que se necesite para el proceso. Por ejemplo, el terapeuta puede mostrar sus propias emociones para generar algo en el otro. En el caso en que el clima sea tenso entre los consultantes, puede utilizar un ejercicio que implique que nadie puede hablar ni suponer por el otro. Cuando se trata de niños generar un clima de juegos permite que se relajen al igual que cuando se utiliza el humor (Moreno, 2015). La técnica de la escultura o cualquiera que implique la utilización del cuerpo, son ideales para provocar emociones. Esta herramienta consiste en pedirle al cliente que haga como si su cuerpo o el de uno de sus familiares es un montón de barro, y debe escenificar algo y describir cómo se siente. Este ejercicio puede generar resistencia por parte de los participantes ya que puede darles vergüenza o sentir que es en vano, pero es importante que el terapeuta se muestre convencido de su utilidad (Bermudez & Brik, 2010).

3.4.1 Intervenciones desde la virtualidad

Mediante las intervenciones el terapeuta busca la manera de crear un ambiente propicio para que el cambio suceda (Wainstein, 2006). El profesional ayuda a los miembros de la familia a ver las diferencias que existen entre sus intenciones y lo que comunican, generando un cambio en sus valores para mantener una comunicación más asertiva entre sí (Midori Hanna & Brown, 1998). Como se desarrolló a lo largo de los apartados anteriores, para lograr el cambio, primero, el terapeuta debe acoplarse a la idiosincrasia del consultante. Cotton (2014) propone que el ingrediente principal para que el cambio sea posible dentro del proceso terapéutico, ya sea de manera presencial o desde la virtualidad, es el estilo terapéutico y la relación que se genera con el cliente, es decir la alianza.

La psicología dirigida a los menores implica intervenciones online dirigidas a brindar herramientas a los niños para el manejo de sus emociones y psicoeducar a sus cuidadores sobre los problemas que sufren los niños. Estas intervenciones buscan minimizar las barreras que surgen durante el tratamiento (Wade et al., 2020). Las intervenciones en telepsicología pueden implementarse de distintas formas, ya sea mediante programas de autoayuda guiados por programas automatizados sin contacto con terapeutas, o por programas de autoayuda que sí implican un mínimo contacto con personal capacitado a través de chats, llamadas o correo electrónico. La psicoterapia asincrónica, a través de emails o casi en tiempo real mediante chats. La psicoterapia

sincrónica, por videollamada trasladando el consultorio a la pantalla. En esta última opción es importante establecer de antemano cómo será la comunicación, estas pautas pueden agregarse al consentimiento informado previo al inicio de la terapia para que el cliente entienda de que se trata (Hirsch & Durao, 2020).

La relación terapéutica con niños en la virtualidad es compleja, y requiere compromiso y adaptabilidad por parte de los terapeutas. Para lograr que el tratamiento funcione se pueden utilizar ciertas estrategias: permitir al niño que se mueva por el espacio y juegue con los participantes, invitar al menor a compartir juguetes, tener cerca objetos que sean importantes y quiera compartir con el terapeuta, y habilitar conversaciones referidas a posibles distracciones que aparezcan para generar un clima relajado y divertido. Se recomienda que ambos tengan a mano ciertos materiales que permitan llevar a cabo la sesión de una forma amena como pueden ser hojas, lápices o marcadores que posibiliten que el niño se exprese, dando lugar a trabajar sobre emociones, por ejemplo, haciendo un dibujo y mostrándolo a la cámara si no es posible compartir pantalla o la pizarra de la aplicación que se esté utilizando. Por parte del terapeuta es conveniente tener a mano juguetes, peluches que pueda mostrar a cámara y el niño note que del otro lado también hay un espacio lúdico. Es útil hacer pequeñas pausas o sesiones más cortas para ayudar a que los niños se enfoquen. Otra herramienta posible es la de compartir pantalla mostrando cuentos, videos o actividades (Burgpume & Cohn, 2020).

Vermeire & Van den Berge (2021) proponen utilizar el juego para crear una atmósfera especial que permita invitar una actitud o un estado de ánimo al espacio terapéutico. Utilizan como recurso para iniciar el vínculo con el niño el envío de un correo electrónico dirigido al mismo, comentando las pautas de la terapia, invitándolo a que participe activamente con sus juguetes preferidos y marcando posibles formas de actuar ante ciertos estados emocionales como el enojo o la vergüenza. En el correo se puede pedir que con antelación busquen un espacio cómodo y privado. También proponen que el niño tenga una tarjeta roja para mostrar siempre que se hable de un tema que él no quiera o que todavía no esté preparado. De esta forma se le demuestra que su opinión es importante en el proceso. Otro recurso útil que ofrecen los autores es el de generar una carpeta compartida entre el consultante y el terapeuta para ir poniendo fotos, conversaciones o lo que el niño considere entre sesiones. Este recurso permite seguir un hilo conductor a pesar de no contar con el contacto cara a cara que genera la terapia presencial. Además, tanto el niño como la familia pueden consultar el material en la misma sesión para volver a leer, volver a trabajar y recordar.

Actualmente, existen diferentes webs y aplicaciones dirigidas a intervenir sobre la terapia con la familia u otros consultantes y hay evidencia de la eficacia que producen (Burgpume & Cohn, 2020). Países como Estados Unidos, Holanda, España, Reino Unido, entre otros, ya brindan asistencia psicológica de manera online desde hace varios años, y cuentan con páginas web propias con las que interactúan con los clientes (Cotton, 2014). Breakthrough, WeCounsel, TalkSpace o Plus Guidance, son ejemplos de empresas que desarrollaron programas para que se realice la psicoterapia de forma online (Hirsch & Durao, 2020). También internet ofrece diferentes aplicaciones para utilizar como recursos para intervenciones online con niños. Algunos ejemplos son: para menores en edad escolar que manejan la escritura, My mood monitor - es una aplicación realizada por profesionales de la psicología que permite monitorear los estados emocionales -; o la aplicación Mobile Mood Diary que posibilita el registro de los pensamientos durante el día generando mayor compromiso en los consultantes (Cotton,2014). Jeopardy Labs es una página web donde el terapeuta puede crear juegos para usar en las sesiones. Otras opciones son los juegos que aparecen en la aplicación Zoom cuando se comparte pantalla (Burgpume & Cohn, 2020).

Hirsch y Durao (2020) proponen utilizar la cineterapia o biblioterapia, un recurso amplio que actualmente se encuentra en la red. Elegir poemas, cuentos, series, canciones o videos que se asemejen a la situación que vive el consultante permite adaptarse y que el diálogo fluya. Internet es una fuente inagotable de información que, combinada con la creatividad del terapeuta, tiene un potencial positivo para el tratamiento.

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio de tipo cualitativo y descriptivo.

4.2 Participantes

Durante el proceso se contó con las siguientes participaciones: Fernando, psicólogo sistémico y coordinador de la institución, quien se encarga de realizar las entrevistas de admisión y las posteriores derivaciones; además, se presenciaron dos entrevistas de admisión, por lo cual, participaron los respectivos padres o cuidadores y los menores por quien se consultó. Se trata de Gisela (28) y María (48), tía y abuela, respectivamente, de Sofía (8) quienes consultaron porque la niña se encontraba en una constante demanda de cariño, además de presentar problemas de aprendizaje y dificultad

para ser autónoma en cuestiones cotidianas; por otro lado, Cintia (33), mamá de Flavia (7), consultó porque la menor presenció cómo su padre ejercía violencia contra ella, se encontraba angustiada y no había podido declarar ante la Oficina de Desarrollo de Protección del Niño. La participación de los menores fue de manera indirecta, a través del relato de los consultores, ya que hay que resguardar su privacidad. Los nombres son ficticios para respetar su identidad. Para realizar las admisiones, se solicitó como requisito que se hagan a menores de 10 años. Participaron también los profesionales a quienes se les derivaron los casos: Noelia, psicóloga sistémica infantil, y Marina, también psicóloga sistémica. Ambas pertenecían a la institución en la cual se hizo la práctica profesional.

4.3 Instrumentos

Se utilizó, para llevar adelante este trabajo, la observación participante de entrevistas de admisión, así como también entrevistas semidirigidas al coordinador encargado de las admisiones y derivaciones de la institución, y a los profesionales a quienes se les derivaron los casos. Además, en los casos necesarios se realizó observación no participante de las reuniones de supervisión del equipo de profesionales. Por último, se logró acceder a un encuentro virtual con profesionales donde se trabajó sobre el siguiente tema: “Psicoterapia en niños en tiempos de virtualidad”.

Para llevar a cabo la observación participante de las entrevistas de admisión, se contó previamente con un archivo que contiene la historia clínica de cada paciente en blanco y la misma se completó a lo largo de la entrevista. En los casos necesarios se pudo consultar o preguntar al mismo tiempo que el coordinador.

Por otro lado, se realizó una entrevista semidirigida al coordinador de las admisiones y derivaciones para indagar sobre los criterios que tenía en cuenta a la hora de derivar los casos a determinados profesionales y no a otros- Además se preguntó sobre la información que se les da a los futuros terapeutas. También se indagó sobre las características de las admisiones virtuales, sus etapas y cuáles eran los datos relevantes a la hora de entrevistar desde la perspectiva sistémica. La entrevista fue de carácter virtual. Respecto a las entrevistas semidirigidas a los profesionales que llevaron adelante los casos, también fueron de carácter virtual. Se tuvieron en cuenta a la hora de indagar, las características de la primera consulta virtual con el niño o niña por quién se consultó, las intervenciones sistémicas virtuales utilizadas para generar el vínculo terapéutico y el porqué de ellas.

En relación a la observación no participante de las reuniones de supervisión del equipo, se prestó vital atención cuando se hizo mención de los casos seguidos y se habló en las entrevistas semidirigidas mencionadas anteriormente sobre el porqué se hizo esa mención en la supervisión.

4.4 Procedimiento

En un primer momento se tomó contacto con el coordinador de la institución para comunicarle cuáles eran los objetivos correspondientes a este trabajo. Seguido, él fue anunciando los días y horarios pautados para las entrevistas de admisión a través de un chat de WhatsApp. Por este medio se arreglaron las dos entrevistas realizadas. El día de la admisión, cinco minutos antes del horario pautado, el coordinador hizo la llamada y se puso en tema sobre la admisión a realizar. Esta última tuvo una duración de 30 a 40 minutos y se realizó a los padres o cuidadores del niño o niña en cuestión. A lo largo de la llamada se fue completando la historia clínica, la cual, luego, se utilizó para la posterior derivación al profesional que se hizo cargo del consultante. En los casos en que se consideró necesario, luego de la entrevista con el adulto consultante, se charló cinco minutos más con el coordinador para pautar posibles motivos de consulta y áreas a trabajar.

Las supervisiones se realizaron de manera virtual, lunes por medio en el horario de 14:00 a 15:30 horas, y los jueves por medio se hicieron en el horario de 9:00 a 10:30 horas. En ellas se hizo observación no participante y se prestó vital atención a los casos de los consultantes seguidos en este trabajo.

Respecto al encuentro virtual con profesionales, el mismo tuvo lugar a través de la plataforma Zoom y duró una hora y media. En la charla, un especialista en el tema de psicoterapia con niños habló de la misma en tiempos de virtualidad. Se pudieron hacer consultas.

En otro momento, se realizó una entrevista semidirigida de una hora al coordinador de las admisiones para indagar los criterios que utilizó para realizar las derivaciones.

Por último, se realizaron dos entrevistas semidirigidas a los profesionales que recibieron las derivaciones. Estas, de carácter virtual, duraron entre una y dos horas dependiendo del caso analizado.

5. Desarrollo

5.1 Describir qué características tiene la entrevista de admisión virtual aplicada a los padres y/o cuidadores del niño o niña por quién consultan.

De lo recabado en la entrevista con el coordinador de las admisiones, se refiere que la institución brinda asistencia tanto de forma particular como a través de obras sociales. Según Midori Hanna & Brown (1998), la recolección de información en la primera entrevista es vital porque va a permitir organizar la relación entre la familia y el terapeuta. En la institución, según el entrevistado, el proceso terapéutico inicia con la demanda a cargo de un profesional o de forma espontánea por parte del o la consultante, con quién se acuerda una primera entrevista con el admisor de la institución. Como indican Midori Hanna & Brown (1998), la derivación puede llegar de distintas fuentes y es importante reconocerlas y adoptar una posición neutral y de respeto hacia la familia. Conocer esta información es vital a la hora de iniciar la admisión para comprender el contexto de trabajo (Moreno, 2015). Seguido, el día de la entrevista de admisión a la institución se harán las preguntas pertinentes a una primera entrevista y para el armado de la historia clínica y posterior derivación a un profesional idóneo, esta información dará cuenta de que se adapta mejor para el consultante (Midori Hanna & Brown, 1998). Luego de la admisión el cliente es derivado a un terapeuta, el cual recibe por parte del admisor los datos relevantes de la persona y posibles objetivos a trabajar acordes a su demanda, Hirsch & Rosarios (1987) afirman que esto permite que en la institución haya un orden y posibilita al terapeuta analizar cuál será la mejor forma de trabajo con ayuda de la visión del admisor. El trabajo del admisor es crucial para lograr un buen inicio (Moreno, 2015). La institución, según los dichos del coordinador de las admisiones, trabaja de manera presencial, pero, como consecuencia de la pandemia provocada por el virus COVID-19, cambiaron a formato online a través de la plataforma Zoom o por videollamadas de WhatsApp. En caso de no contar con estos medios, también se hacen llamadas telefónicas convencionales, como indican Ceberio & Linares (2010), el terapeuta debe ser capaz de adaptarse al contexto que se presenta.

Cirillo et al. (2018) indican que analizar la demanda es importante para elegir el formato necesario para el consultante. En el caso de los menores, en primera instancia se cita a los cuidadores. De la observación participante de una admisión, es decir la primera entrevista con la mamá de una niña de ocho años, se pudieron percibir las siguientes características. En primer lugar, la demanda fue espontánea y se realizó a través de un llamado telefónico en el cual se concertó una entrevista de admisión para la familia. En esa conversación se solicitó, como indican Hirsch & Duraó (2020), que el día de la cita

se preparen unos minutos antes, que busquen un lugar privado y se aseguren de tener batería y señal. El día de la entrevista con el admisor, realizada a través de videollamada por la aplicación de WhatsApp, el mismo le explicó a la madre de la menor que se le pedirían algunos datos de contacto por cualquier emergencia, como fueron: apellido y nombre de la niña, su edad y fecha de nacimiento, DNI, domicilio y dos teléfonos donde se podían contactar. En este caso, como no tenían comunicación con el padre, la mamá dejó el número de celular de su mamá, es decir la abuela materna de la niña. Seguido, el admisor le pidió a la mamá algunos datos sobre con quién vivían y con quién tenía relación cercana la niña. Estos datos sirven para comprender cómo es la estructura familiar y armar un genograma (Schlippe & Schweitzer, 2003). La niña vivía con su mamá de 30 años y su hermano menor de 3 años. La mamá estaba separada del padre (35 años) de la niña por violencia de género. Además, el gráfico mostraba que la niña tenía relación con su abuela materna y sus abuelos paternos. Conocer la estructura familiar también permitió ubicarlos en un momento del ciclo vital familiar y entender los desequilibrios que pudieran surgir (Minuchin, 2004). Luego de recabar los datos relevantes para comprender el contexto con el que se iba a trabajar, el admisor le dio lugar a la mamá para que cuente, a su manera, su motivo de consulta. Ella refirió que la niña se encontraba angustiada porque presenciaba cómo el padre ejercía violencia física contra ella. Según la mamá, esto le impedía declarar ante la Oficina de Desarrollo de Protección al Menor y, además, como no podía ver a su padre la niña estaba enojada con ella. Hirsch y Duraó (2020) indican que en las entrevistas online la falta de corporeidad genera la necesidad de plantear los objetivos terapéuticos de manera temprana para minimizar las posibilidades de deserción. Es por esto que, a partir del motivo de consulta manifestado por la mamá, el admisor le expresó el tratamiento sugerido: brindar un espacio donde la niña pudiera expresar sus emociones, y elaborar y hablar sobre la violencia que presenciaba, se trataba de poder generar una nueva narrativa sobre lo vivido (Moreno, 2015). Por último, se preguntó sobre las actividades que realizaba la niña y si tenía antecedentes de otros tratamientos o si tomaba alguna medicación, a lo que la madre contestó que no. La niña asistía a una escuela doble turno y por la pandemia lo hacía a través de la plataforma Zoom. Como la mamá no tenía ninguna pregunta, el admisor le dijo que la iban a contactar en cuanto él pudiera conseguir una profesional que coincidiera con el perfil.

Cirillo et al. (2018) indican que cuando el contacto viene de un familiar y no de los padres es un llamado de atención. De la observación participante de otra admisión se pudo ver una estructura similar de primera entrevista, aunque no fue dirigida hacia los

padres de la menor en cuestión, sino a la abuela paterna y la tía. La demanda también fue espontánea a través de un llamado telefónico y en este caso también se solicitó que estén preparados minutos antes a la entrevista ya que la modalidad sería online a través de videollamada. Como se analizó en el caso anterior, primero se recabaron los datos de contacto. En este caso los contactos de emergencia eran la abuela y la tía paterna de la niña quienes estaban interesadas, según sus palabras, en que ella haga terapia. Cuando se indagó sobre el genograma familiar, se tomó conocimiento de que la niña vivía con su abuela (48 años) y su tía (28 años), quien tenía una hija de 2 años. Los padres de la menor estaban separados y ambos nuevamente en pareja. El padre vivía con su novia y un hijo de un año en la casa de atrás, y su mamá vivía en otro barrio con su pareja y tres hijos más. Cuando el admisor preguntó por el motivo de consulta, la tía refirió que la niña no era autónoma, y que buscaba constantemente cariño y una figura materna, ya que trataba a su tía como a una madre. Además, la abuela mencionó que no sabía leer ni escribir a pesar de estar en tercer grado. Si bien la tía refirió no poder seguir haciéndose cargo de la niña como hasta ahora - por tener una hija propia - el admisor propuso como objetivo terapéutico - a trabajar con la futura profesional - generar un espacio donde la niña pudiera hablar sobre sus emociones, y trabajar junto a su abuela y su tía la autonomía de la niña, ya que ellas eran quienes se estaban haciendo cargo de sus cuidados. Ambas estuvieron de acuerdo. Los objetivos se plantean teniendo en cuenta lo que las consultantes quieren lograr (Haley, 1980). Seguido, se les preguntó sobre las actividades que realizaba la niña. Según su tía, solamente estaba asistiendo a la escuela con jornada simple por videollamadas cuando su maestra podía llamarla. El admisor comunicó cómo seguiría el proceso y preguntó si era posible contactar a los padres de la niña, pero su abuela dijo que el padre no se interesaba y la madre no tenía tiempo.

En resumen, como indica Cotton (2014), la terapia online es similar a la terapia presencial. El objetivo de la terapia es el mismo: brindar un espacio para el cambio (Wainstein, 2006). Si bien la demanda se puede dar a través de una llamada telefónica o por correo electrónico, luego de concertada la cita, la primera entrevista con los padres o los cuidadores del menor por quién se consulta, en esta institución, se hace con el admisor quién, a través de una videollamada que dura entre 30 a 40 minutos, busca recabar los datos relevantes sobre la demanda. Primero se piden los datos personales y de contacto por cualquier emergencia, luego se indaga sobre el genograma y se recaba información sobre la instancia del ciclo vital en la que se encuentra la familia. Seguido se escucha al demandante sobre el motivo de consulta y, en conjunto, se crea el objetivo a trabajar con

el profesional a cargo. Además, se indaga sobre las actividades y horarios y, por último, el admisor da lugar a preguntas por parte de los cuidadores; en caso de no haber les explica cómo sigue el proceso terapéutico. Es una entrevista corta, ágil, pero que busca obtener la mayor cantidad de información sobre la vida del niño para poder comprender el contexto con el que se va a trabajar. Como indica Haley (1980), el acto terapéutico inicia con la forma en cómo se estudia el problema y el terapeuta tiene la libertad de encarar cada situación como considere necesario.

5.2 Indagar los criterios en los que se basan los admisores para seleccionar al profesional a quien derivar el caso.

En la entrevista realizada al admisor de la institución se le preguntó cuáles eran los criterios en los que se basaba para derivar los casos a cierto profesional y no a otro. Considerando que con la derivación se inicia el proceso terapéutico, donde alguien demanda ayuda y otro considera que hay un problema que puede ser solucionado con la terapia (Midori Hanna & Brown, 1998). El entrevistado comentó que, generalmente, se derivan los casos teniendo en cuenta el perfil del consultante y del terapeuta. Como marcan Ceberio & Linares (2010), el estilo propio del terapeuta es clave para lograr un proceso terapéutico exitoso. El entrevistado ejemplificó que si se tratase de una persona mayor se intentaría vincularlo con un terapeuta de edad avanzada para que se sintiera cómodo. En el caso de los niños, comentó que suele preguntarles a los padres si el niño o la niña sabe que va a iniciar una terapia, y si se sentiría más cómodo con un hombre o una mujer. Otro criterio que el admisor mencionó fue por la cercanía entre los terapeutas. En la observación de una supervisión se pudo ver cómo dos terapeutas comentaban entre sí las posibles intervenciones a realizar con sus respectivos consultantes quienes eran una niña de 7 años paciente de una terapeuta que consultaba a otro quién atendía a la madre de la niña por un problema que la menor presentaba, ambos intentaron llegar a un acuerdo para no interferir en sus tratamientos; el admisor a la hora de derivar a la niña con el terapeuta tuvo en cuenta quién era el tratante de su madre y los estilos propios de cada uno, esto generó que ambos procesos fluyan de mejor manera, como marca Alicia Moreno (2015), el papel del derivante es vital a la hora de comenzar el tratamiento, de este depende su éxito.

Hirsch y Duraó (2020) plantean que en la psicoterapia existen ciertos criterios de exclusión a la hora de brindar la terapia, como ha de ser un caso donde el paciente corre un riesgo cierto o inminente por ideación suicida, por ejemplo. En la entrevista el admisor

afirmó que en el contexto de pandemia la institución recibió un caudal de demanda mayor a la cantidad de profesionales con los que se estaba trabajando. Es por este motivo que la prioridad era que el consultante inicie el tratamiento independientemente del perfil que mostraba, pero cuando la demanda se daba para un paciente en riesgo inmediatamente además de sugerir un psicólogo también derivaba al psiquiatra que trabajaba en la institución. Por ejemplo, contó que una niña se descompensó y agredió con un cuchillo a su mamá. Si bien él consideraba que debía ser internada inmediatamente, la situación de pandemia no lo permitió en ese momento, por eso se comunicó él mismo con el psiquiatra y el psicólogo para que en conjunto con la madre armen un plan de acción de manera urgente.

En la entrevista con el admisor también surgió como criterio importante a la hora de hacer una derivación desde la presencialidad la cercanía, en términos de vivienda, al consultorio del terapeuta. Este punto se vio beneficiado con la terapia online. Como planteó Cotton (2014), la psicoterapia acorta la brecha entre el consultante y el terapeuta.

En resumen, en el contexto de pandemia y aislamiento preventivo el criterio utilizado era por disponibilidad del terapeuta, pero fuera de la pandemia la prioridad a la hora de hacer la derivación del paciente al profesional es tener en cuenta el estilo terapéutico y el perfil del consultante para que ambos puedan trabajar en armonía, como así también la cercanía de ambos para generar una mayor adherencia al tratamiento. A partir de brindar el servicio de terapia de manera online este punto ya no fue necesario tenerlo en cuenta. Aragon (2020) planteó que de esta manera se aumenta la red de profesionales a sugerir y se acorta la distancia entre ambos.

5.3 Describir qué características tiene la primera entrevista virtual aplicada al niño o la niña por quién se consultó

Abufhele y Jeanneret (2020) marcan tener en cuenta ciertos puntos a la hora de iniciar una primera entrevista virtual con un niño. En la observación no participante del encuentro de profesionales, la psicóloga especificó que es importante generar un buen encuadre previo a la entrevista y durante. Para esto, ella propone pedir la colaboración de los padres para que el niño sepa con anticipación que ese día va a tener la sesión, si no, por ejemplo, puede pasar que el niño -como comentó en la charla la profesional - esté jugando a la PlayStation a la hora de la sesión y cuando la madre quiera que se conecte no habrá interés por parte de él. Si esto pasa, la profesional indicó que hay que validar el sentimiento del niño y ajustar con los padres el encuadre para el siguiente encuentro.

Cirillo et al. (2018) marcan la importancia de la presencia de los cuidadores ya que la vida del infante depende de ellos en todo. Además, la psicóloga aclaró que es importante tener un lugar y un horario específicos. Por ejemplo, en la entrevista semidirigida realizada a una de las psicólogas a la que se le derivó el caso de unas de las niñas – la que había presenciado cómo su padre ejercía violencia contra su madre -, la profesional comentó que siempre se sentaba en la misma habitación y que el fondo era una pared blanca con un cuadro con unas olas, que era el mismo que estaba en su consultorio. Esto generaba cercanía en los niños que lo habían visto con anterioridad a la terapia virtual. Otro punto importante a tener en cuenta que marcó la psicóloga en la charla es que el espacio donde se ubique el menor debe poder elegirlo él, pero debe dar lugar a la intimidad y privacidad. Como indican Ramos Torio et al. (2017), así se garantizan las normas éticas y la confidencialidad igual que en la terapia presencial.

Haley (1980) describe la primera entrevista dividida en etapas. Una de ellas es la etapa social que permite al terapeuta y al consultante conocerse y distenderse. De las entrevistas realizadas a las profesionales a quienes se le derivaron los casos mencionados en el primer objetivo, ambas refirieron dividir la entrevista en dos tiempos: uno donde se da lugar al juego y a que la niña cuente lo que quiera de lo ocurrido durante la semana, y otra parte guiada por ellas donde se trabajan en profundidad los objetivos de terapia. Cirillo et al. (2018) plantean la necesidad de acercarse al niño en la primera entrevista desde un lugar donde el profesional se muestra interesado por lo que le sucede y que conoce lo que está pasando. En la entrevista semidirigida a otra de las profesionales – a ella se le derivó el caso de la niña que estaba al cuidado de su abuela y su tía paterna – la misma contó que cuando tuvo la primera entrevista con la niña, además de pedirle que se ponga auriculares para resguardar su privacidad, le preguntó a la niña si sabía por qué estaban hablando y la niña le contestó que sabía quién era, pero que no para qué o qué iban a hacer. Seguido la psicóloga le explicó que ese espacio era para que ella pudiera hablar de lo que quisiera y luego le ofreció jugar un juego con preguntas personales para conocerse mejor. Como planteó Haley (1980), a través del juego hay acción en el consultorio y se pueden ver las formas de interacción. Esta misma psicóloga, en la entrevista, contó tener a mano siempre un títere para generar un ambiente lúdico a la hora de presentarse por primera vez ante un niño, especialmente con los más pequeños.

Tanto de la observación de la charla de la profesional que se refirió a la terapia virtual con niños como de las entrevistas semidirigidas que se realizaron a las terapeutas a las que se le derivaron los casos, se pudo escuchar en las tres instancias que las

profesionales describieron la primera entrevista virtual con un menor como un momento donde se necesita ser flexible, creativo y espontáneo para poder generar un lazo con el niño. Además, todas hicieron hincapié en la importancia de marcar el encuadre respecto a la hora de las sesiones – que sea siempre la misma como en la terapia presencial – y el lugar neutro y privado por parte del profesional; el niño puede elegir desde donde hacerla, pero siempre cuidando la privacidad. También hicieron mención a la necesidad de colaboración por parte de los padres o cuidadores para anticipar al menor el día de la entrevista. Al respecto, Moreno (2015) indica que trabajar en conjunto con los padres garantiza una mejor adherencia al tratamiento. Por último, Cirillo et al. (2018) plantean la necesidad de generar un clima de respeto y cálido, un espacio lúdico y distendido donde el niño se sienta cómodo. De esta manera se genera un metacontexto entre los participantes como menciona Moreno (2015), un espacio de colaboración mutua.

5.4 Indagar sobre posibles estrategias de intervención sistémica que utilizan los terapeutas para generar el vínculo terapéutico virtual con el niño o la niña.

Para que se genere un vínculo terapéutico positivo es necesario generar una alianza terapéutica entre el consultante y el terapeuta, esta sirve de soporte a las intervenciones durante el proceso de terapia (Moreno, 2015). Hirsch y Durao (2020) plantean que para que esto suceda se necesitan tres pilares: confianza, buscar objetivos en conjunto y tareas entre sesiones. En la observación de la charla sobre terapia online con niños, la profesional comentó que para que suceda este vínculo con el menor, primero hay que establecer una relación de confianza con los padres. Para esto, ella plantea que, dependiendo de la necesidad del consultante, trabaja una sesión por medio con los padres, es decir una vez los ve a ellos y otra al niño. En la entrevista semidirigida que se realizó a la psicóloga que tomó el caso de la niña que estaba al cuidado de su abuela y su tía - ambas estaban inquietas por la autonomía de la niña-, la profesional comentó que dividía la sesión en dos partes, primero trabajaba con las adultas y en la segunda parte trabajaba con la niña diferentes cuestiones.

Respecto a la construcción de los objetivos terapéuticos en conjunto entre el niño y el terapeuta, una de las entrevistadas mencionó que para lograr esto primero generaba un espacio de confianza con la niña a través de juegos como la ruleta de preguntas personales. De esta manera ambas se iban conociendo y así la niña en la siguiente entrevista se sintió más cómoda para charlar.

Traverso y Salem Martínez (2020) indican que la reformulación es la intervención sistémica que no puede faltar. Ceberio & Linares (2010) la describen como una intervención que permite a los consultantes ver su historia desde otra perspectiva. Tanto en la observación de la charla de la profesional como en las entrevistas semidirigidas, las tres profesionales hicieron hincapié en que con los niños es vital realizar educación emocional. De esta manera ellos pueden hacer una reformulación de lo que sucede en sus vidas. Para lograr esto, la psicóloga que participó de la charla sobre terapia online con niños, comentó que realizó un dado grande, del tamaño de una pelota de fútbol, y en cada cara puso una emoción. Entonces, con los niños, jugaba a tirar el dado y trabajar la emoción que surgía en el juego. En una de las entrevistas, la psicóloga que trabajaba con la niña que había presenciado violencia hacia su madre por parte de su padre, comentó que, para elaborar este tema con la niña, le propuso hacer como si fuera una canal de YouTube y en cada sesión la niña preparaba un tema para conversar. De esta manera, según la profesional, tomó algo del interés de la niña como era ser una *youtubera* y lo utilizó a su favor para generar el vínculo con la menor y que pudiera elaborar lo que le sucedía.

Wainstein (2006) plantea que las intervenciones estratégicas permiten que el consultante vea sus problemas de forma distinta. Estas son intervenciones que pueden darse dentro o fuera de la sesión. La psicóloga entrevistada que trabajaba con la niña por la que su abuela y su tía consultaron por falta de autonomía, comentó que le propuso a la niña, en primera instancia, que junto a su abuela escriba su rutina y, a raíz de esta, la misma terapeuta ideó una nueva rutina para que la niña mejore su autonomía con horarios y tareas específicas a realizar. Schlippe y Schweitzer (2003) denominan a este tipo de intervenciones como directivas y se pueden dar en tres niveles, en este caso la profesional le solicitó a la niña que haga algo diferente de lo que habitualmente hacía para poder generar el cambio.

Otra intervención en la que las tres profesionales coincidieron fue la utilización de una caja de herramientas para que el niño tenga al alcance de la mano en la sesión, con materiales como lápices, hojas, dados o cartas, sino también como plantearon Vermeire & Van den Berge (2021) generar una carpeta virtual donde el niño pueda poner las cosas de su interés o que fueron importante durante la semana y luego compartir pantalla para mostrarle a la profesional. Este recurso lo utilizó la psicóloga encargada del encuentro, mencionado anteriormente, para trabajar con una niña que tenía vergüenza de hablar en las sesiones. En la entrevista realizada a la profesional que atendía el caso donde la demanda surgió por parte de la

abuela y la tía paterna, ella comentó que con un niño que padecía ansiedad le propuso en la primera sesión que arme una caja de zapatos, la cual podía decorar junto a su familia, y en ella durante la semana el niño ponía todo lo que él consideraba importante para mostrarle en la sesión a la profesional. Además, en el inicio de cada reunión ella le permitía al niño que le mostrase todo lo que él quisiera durante diez minutos, de esta manera el niño se anticipaba y aprendía a controlar sus tiempos.

Moreno (2015) plantea que las intervenciones emocionales implican que el terapeuta tenga plena conciencia de sus emociones y, además, que tome en cuenta lo no dicho en el consultante, sus gestos, su postura. Estos desde la virtualidad se ven acentuados, según Cotton (2010). En la observación de la charla de la profesional que habló sobre la terapia virtual con niños, la psicóloga contó que atendiendo a un niño sintió que este no estaba interesado en lo que estaba pasando en la sesión y pudo comunicárselo a él con palabras. Esto, según ella, permitió generar un vínculo más fuerte con el niño ya que él pudo decirle a la terapeuta que se aburría en las sesiones. A partir de este hecho hicieron un trato: el niño en cada sesión iba a poder elegir el juego que quisiera antes de comenzar y luego le daría el lugar a ella para trabajar lo necesario. Esta estrategia según la profesional fortaleció el vínculo terapéutico.

Burgpume y Cohn (2020) expresan que desde la telepsicología con niños se necesita estar comprometido y ser flexible. Vermeire y Van den Berge (2021) concuerdan y agregan que a través del juego es la mejor forma de generar el vínculo con el niño. Las tres profesionales mencionadas hasta este momento concuerdan con estos autores y ejemplificaron que utilizan recursos virtuales como compartir la pantalla y juntos jugar juegos en línea, escuchar canciones, hacer dibujos o jugar a los dados. Como Hirsch y Durao (2020) proponen, las profesionales utilizan fragmentos de películas, videos, cuentos online, para acercarse a los niños y trabajar diferentes temáticas. Por ejemplo, la profesional que participó de la charla, comentó que con los niños más grandes siempre le da como tarea ver la película *Intensamente* para trabajar las emociones, pero con los más pequeños comparte pantalla y juntos ven el cuento del Monstruo de los colores.

En resumen, las tres profesionales aclararon que, para poder generar un vínculo con el niño o niña desde la virtualidad, es importante utilizar la creatividad y ganar la confianza de los padres para que estos habiliten la relación con el niño. Recursos como películas, cuentos online, la famosa caja de herramientas llena de hojas, juguetes de interés del menor, lápices para tener a mano, muñecos, el juego de la oca de las emociones, mostrar fotos, que el niño pueda mostrar las partes de la casa o la mascota

que sea de su interés, compartir música con el consultante, usar el humor y el juego, todos son aliados que fueron mencionados por las tres profesionales a la hora de generar la alianza terapéutica con el niño. En palabras de la psicóloga entrevistada que estaba encargada del caso de la niña que vivía con su abuela y su tía: “que vean que te quieres divertir hace que ellos también quieran trabajar con vos”; y como indicó la profesional que estaba a cargo de la charla sobre la terapia virtual con niños: “siempre hay que tener en cuenta la particularidad del niño a la hora de implementar una estrategia”.

6. Conclusiones

El presente escrito tuvo como objetivo principal analizar el inicio de un proceso terapéutico virtual con niños en una institución con orientación sistémica. En dicha institución el comienzo de un proceso terapéutico implica ciertas instancias que se fueron analizando a través de objetivos específicos, como han de ser la primera entrevista virtual con los padres del menor, la elección del profesional que se hará cargo de la terapia, la primera entrevista virtual con el menor y, por último, generar un vínculo terapéutico con el niño a través de ciertas estrategias virtuales, todo esto con la intención de generar un ambiente propicio para que el cambio suceda como menciona Wainstein (2006).

Con el primer objetivo específico planteado se intentó describir cuáles eran las características de la primera entrevista de admisión virtual aplicada a los padres o cuidadores del menor por quién se consultaba. En relación a esto se pudo ver que, independientemente del medio que se utilice - llamada telefónica o correo electrónico - y de quién haga la demanda, la admisión o primera entrevista que se hace a los padres o cuidadores del menor, se da a través de una videollamada que tiene una duración de 30 a 40 minutos con el admisor de la institución, el cual realiza una entrevista semidirigida en la que busca cierta información específica como ha de ser: datos personales y de contacto de emergencia, información para el armado del genograma y ubicación del ciclo vital familiar - como marcan Schlippe y Schweitzer (2003) -, motivo de consulta, datos relevantes sobre el pasado o el presente del niño y poder encontrar un objetivo terapéutico junto al entrevistado, ya que, como marcan Hirsch y Durao (2020), en la virtualidad el hecho de no haber corporalidad demanda plantear los objetivos de manera temprana para asegurar la adherencia al tratamiento.

En segundo lugar, se indagó sobre los criterios en los que se basa el admisor para seleccionar al profesional a quien se derivará el caso, ya que como menciona Moreno (2015) de esto dependerá el éxito de la terapia. De este objetivo se pudo encontrar como

respuesta que el principal criterio dentro del contexto de pandemia y aislamiento preventivo es la disponibilidad del terapeuta, aunque si fuera necesario -porque el consultante corre peligro - se deriva el caso al profesional pertinente, como el psiquiatra de la institución, para que trabaje en conjunto con el terapeuta seleccionado.

En cuanto al tercer objetivo, se intentó describir las características de la primera entrevista virtual con el menor por quién se consultó. En este punto se pudo encontrar como característica principal que la disposición del profesional sea flexible, espontánea y creativa. Además, se halló como cualidad importante la necesidad de generar un encuadre adecuado respecto a la hora y el lugar previamente pactado, a la predisposición de los padres para el tratamiento, al resguardo de la privacidad del menor y a generar un contexto de respeto hacia el niño que debe ser escuchado. Cirillo et al. (2018) sugieren una actitud empática, respetuosa, y como agrega Haley (1980) incluir un ambiente lúdico para que la distancia que se genera con la virtualidad pueda acortarse a través del juego y el vínculo terapéutico generado en la entrevista.

Por último, se indagó sobre las posibles estrategias de intervención sistémicas para generar el vínculo terapéutico virtual con el menor en cuestión. Este objetivo fue cumplido, ya que a través de las entrevistas y observaciones se encontró que la principal estrategia a la hora de generar una alianza virtual con un menor es utilizar la creatividad y el juego. Internet permite una gran variedad de intervenciones para que puedan acercarse tanto el niño como el terapeuta y encontrar un punto en común como bien plantean Hirsch y Durao (2020), o Burgpume y Cohn (2020).

A medida que se fue avanzando en el desarrollo del presente trabajo, se encontraron ciertas limitaciones que caben mencionar. En primer lugar, el contexto en el cual se desarrolló este TFI fue complejo por motivo de la pandemia y el aislamiento social preventivo a causa del virus COVID-19. Esta situación generó que el desarrollo de la práctica en la institución sea de manera online, quitando la posibilidad de extraer material más rico, impidiendo que se puedan presenciar más admisiones o el seguimiento de casos. Los profesionales de la institución, consultantes y los alumnos debieron adaptarse a las circunstancias acotando así las posibilidades.

Otra limitación importante fue la teórica, ya que, al momento de buscar material bibliográfico referido a las características de las entrevistas online con niños, fue difícil encontrar artículos por lo novedoso del tema. Por otro lado, cuando se buscó información sobre la derivación de casos no se encontró lo solicitado, puesto que este término suele utilizarse para cuando un profesional considera que no puede llevar a cabo

el tratamiento por motivos personales o por limitaciones metodológicas, y en el caso del presente trabajo el término fue utilizado para describir el proceso en el que el admisor de la institución elige un profesional para que se haga cargo del tratamiento en cuestión.

Respecto al aporte personal, luego de la observación y participación de procesos de admisión, una sugerencia que podría hacerse al admisor es la necesidad de aclarar, de forma taxativa en la admisión, a los padres que consultan la importancia de generar un ambiente previo a la primera sesión del niño, es decir, dejar en claro que debe respetarse el horario y que es necesario advertir previamente a los niños sobre el encuentro.

Una pregunta que surge del análisis del proceso inicial virtual con niños en esta institución, es si la misma tendría la posibilidad de realizar excepciones para los casos donde la persona corre un riesgo cierto o inminente por ideación suicida y realice el tratamiento de manera presencial tomando los recaudos pertinentes a las recomendaciones realizadas por las autoridades de salud vigentes.

Gracias a la Universidad de Palermo y a la institución se pudo ser parte de procesos de admisión y supervisión aun siendo estudiantes y esto permitió recabar información para lograr este trabajo. Además, permitió observar la importancia del perfil del terapeuta a la hora de hacer psicoterapia virtual con niños. Si bien es necesario llevar un plan de trabajo construido desde los objetivos que se plantean con los clientes, es vital que el profesional muestre una actitud empática, flexible y creativa para poder generar un vínculo terapéutico con los niños y trabajar de manera efectiva. A diferencia de otras perspectivas teóricas, la psicoterapia sistémica propone diferentes tipos de intervenciones que combinadas con las posibilidades que brinda el internet, generan un ambiente propicio para trabajar con los niños. Además, como plantean Walsh & Petteta Goñi (2019), este trabajo permitió comprender que cuando se trabaja con niños es vital trabajar con los adultos que tienen relaciones estrechas con los menores, ya que el niño solo no puede cambiar. Es por esto que, quién escribe, pretendió mostrar la importancia que tiene que los profesionales generen alianza terapéutica con los adultos a cargo para después trabajar con los menores.

Luego de lo expuesto y abordado, a criterio de quién escribe, se sugieren nuevas líneas de investigación referidas a criterios específicos a tener en cuenta a la hora de hacer una admisión y derivación de un tratamiento online para un menor. A lo largo del presente trabajo se pudo observar que los niños muchas veces no encuentran un lugar privado para llevar a cabo su sesión o que sus padres no le anticipan lo que va a suceder, de esto surge la pregunta si todos los niños pueden participar del proceso desde la virtualidad. Si bien

la psicoterapia virtual llegó para muchos terapeutas por obligación, porque el contexto actual lo requería, es importante entender que esta nueva realidad llegó para que los profesionales se planteen nuevas formas de psicoterapia y estén preparados. Los niños nacen en un contexto donde la internet y el uso de dispositivos están en su cotidianeidad, pero no así la psicoterapia, poder unir ambos puede llegar a ser útil para que los menores se interesen, es por esto que se propone seguir investigando sobre las características que debieran tener los procesos terapéuticos virtuales con niños, ya que se encuentra una gran cantidad de material referido a la telepsicología con adultos y no con niños específicamente. En la misma línea se propone que estos estudios se realicen dentro de la idiosincrasia argentina, puesto que la mayor parte de las investigaciones se dan fuera de nuestra región.

7. Referencias Bibliográficas

- Abufhele, M., & Jeanneret, V. (2020). Telepsiquiatría en niños y adolescentes: aplicación en contexto de pandemia. *Revista chilena de psiquiatría y neurología de la infancia y adolescencia*.31(1), 59-68.
- Aragon. P. (2020). Eficacia y mejores prácticas en psiquiatría y psicoterapia online. *Sociedad chilena de salud mental*. Artículo en revisión online. Recuperado de [2020-2 | SChSM \(schilesaludmental.cl\)](https://doi.org/10.29354/schilesaludmental.2020-2)
- Balao López, M. D. (2020). *Alianza terapéutica en terapia sistémica online*. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Barak, A., Klein, B., & Proudfoot, J. G. (2009). Defining Internet-Supported Therapeutic Interventions. *The Society of Behavioral Medicine*, 38(1). 4-17. doi 10.1007/s12160-009-9130-7
- Bermudéz, C., & Brik, E. (2010). *Terapia familiar sistémica: aspectos teóricos y aplicación práctica*. Madrid: Síntesis.
- Burgpume, N., & Cohn, A. S. (2020). Lessons from the Transition to Relational Telertherapy During COVID-19. *Family Process*. 59(3). 974-988. doi: <https://doi.org/10.1111/famp.12589>

- Carr, A. (2019). Family therapy and systemic interventions for child-focused problems: the current evidence base. *Journal of family therapy*. Vol 41, 153-213. doi: 10.1111/1467-6427.12226
- Ceberio, M., & Linares, J. (2010). *Ser y hacer en terapia sistémica: La construcción del estilo terapéutico*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Cirillo, S., Selvini, M., & Sorrentino, A. (2018). *Entrar en terapia: Las siete puertas de la terapia sistémica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Cotton, A. (2014), La terapia online y las relaciones humanas mediatizadas por la tecnología 3.0: Un modelo de integración entre lo real y lo virtual. *Sistemas familiares y otros sistemas humanos*. 30 (1). 40 – 64.
- Friendlander, M., Escudero, V., & Heatherington, L. (2009). *La alianza terapéutica: En la terapia familiar y de pareja*. Barcelona: Planeta.
- Haley, J. (1980), *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hirsch H., & Durao, M. (2020). *Psicoterapia online: qué es y cómo se practica*. Buenos Aires: Centro privado de psicoterapias.
- Hirsch H., & Rosarios, H. (1987). *Estrategias psicoterapéuticas institucionales: la organización del cambio*. Entre Rios: Nadir editores.
- Martin, J. N., Millán, F., & Campbell, L. F. (2020). Práctica de telepsicología: Cartilla y primeros pasos. *Innovaciones prácticas*. 5(2), 114-127. <http://dx.doi.org/10.1037/pri0000111>
- Midori Hanna, S., & Brown, J. (1998). *La práctica de la terapia de familia: Elementos claves en diferentes modelos*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Minuchin, S. (1974/2004). *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (2004). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós
- Moreno, A. (2015). *Manual de terapia sistémica: Principios y herramientas de intervención*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- Ortiz Granja, D. (2008). *La terapia familiar sistémica*. Ecuador: Abya-Yala.
- Ramos Torio, R., Aleman Deniz, J., Roman, C., Gonzalez, G., Prieto Cabras, V., Rico Ferran, C. (2017). *Guía para la práctica de la tele psicología*. España: Consejo General de la Psicología.
- Schlippe, A., & Schweitzer, J. (2003). *Manual de terapia y asesoría sistémica*. España: Herder.

- Stewart, R., Orengo-Aguayo, R., Young, J., Wallace, M., Cohen, J., Mannarino, A., & Arellano, M. (2020). Feasibility and Effectiveness of a Telehealth Service Delivery Model for Treating Childhood Posttraumatic Stress: A Community-Based, Open Pilot Trial of Trauma-Focused Cognitive–Behavioral Therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*. Vol. 30 (2), 274–289. <http://dx.doi.org/10.1037/int0000225>.
- Stratton, P. (2016). *The Evidence Base of Family Therapy and Systemic Practice*. Association for Family Therapy, UK.
- Traverso, G., & Salem Martinez, T. (2020). Telepsicología durante la pandemia. *Sistemas familiares y otros sistemas humanos*. 36 (1). 37 – 48.
- Vermeire, S., & Van den Berge, L. (2021). Widening the Screen: Playful Responses to challenges in online therapy with children and families. *Journal of Family Therapy*. 43: 329-345. doi: 10.1111/1467-6427.12326
- Von Bertalanffy, L. (1968/1986). *Teoría General de los Sistemas: Fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. México: Fondo de cultura económica.
- Wade, S. L., Gies, L.M., Fisher, A. P., Moscato, E. L., Adlam, A. R., Bardoni, A., Williams, T. (2020). Telepsicoterapia con niños y familias: Lecciones extraídas de dos décadas de investigación traslacional. *Revista de Integración de Psicoterapia*, 30(2), 332-347. <http://dx.doi.org/10.1037/int0000215>
- Walsh, S., & Petetta Goñi, S. (2019). *Evidencia y resultados en terapia familiar en el trabajo con niños*. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Wainstein, M. (2009). *Comunicación, un paradigma de la mente*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1985). *Teoría de la comunicación humana: Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.