



**RENOVANDO DESDE DENTRO.  
SIETE RETOS Y PROPUESTAS DE MEJORA  
DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN  
DE LA INFANCIA EN ESPAÑA**

<https://renovandodentro.wordpress.com/>

**ARTÍCULO 20 (JUNIO 2024):  
SABER QUIÉNES SOMOS:  
EL PAPEL DE LA PSICOTERAPIA  
DENTRO DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA**

**Pepa Horno Goicoechea**  
Psicóloga y Consultora en Infancia, Afectividad y Protección  
[pepa@espiralesci.es](mailto:pepa@espiralesci.es)

Correo electrónico de contacto: [renovandodesdedentro@protonmail.com](mailto:renovandodesdedentro@protonmail.com)



*Renovando desde dentro. Siete retos y propuestas de mejora del sistema de protección de la infancia en España. (2021) por <https://renovandodentro.wordpress.com/> está licenciado bajo una licencia [Creative Commons Reconocimiento-CompartirIgual 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).*



Renovando desde dentro

*Renovando desde dentro. Siete retos y propuestas de mejora del sistema de protección de la infancia en España*

<https://renovandodentro.wordpress.com/>

**Saber quiénes somos: el papel de la psicoterapia dentro del sistema de protección a la infancia**

Pepa Horno Goicoechea

## **SABER QUIÉNES SOMOS: EL PAPEL DE LA PSICOTERAPIA DENTRO DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA**

**Pepa Horno Goicoechea**

Durante todos los artículos que hemos ido publicando desde este grupo de trabajo, hemos ido abordando diferentes aspectos del sistema de protección a la infancia. Nuestro propósito ha sido siempre generar una reflexión crítica sobre el mismo, así como propuestas de mejora que sean a la par rigurosas y eficaces. En ese mismo marco, considero necesaria una reflexión sobre el papel de la psicoterapia dentro del sistema de protección.

Porque la psicoterapia tiene un cuerpo técnico común desarrollado desde la investigación clínica y los diferentes modelos psicoterapéuticos, pero debe también atender algunas especificidades según el ámbito en que se desarrolla. Por necesidad, no puede ser la misma actuación la que se desarrolle con personas con enfermedades crónicas o degenerativas, por ejemplo, que la que se realice con niños, niñas y adolescentes que han sido objeto de diferentes medidas de protección dentro del sistema de protección a la infancia.

Mi propósito en este artículo es proporcionar elementos de reflexión crítica sobre el rol de las y los profesionales de la psicología dentro del sistema de protección. Somos y debemos ser una de las piezas claves de la intervención que realiza, o pretende realizar, el sistema con los niños, niñas y adolescentes a los que atiende. Y debemos recordar siempre, pero más aún cuando trabajamos en el sistema de protección a la infancia, que toda la intervención que se realiza con el niño, niña o adolescente es terapéutica y la intervención psicoterapéutica no es más que una pequeña parte de dicha intervención. Nuestro trabajo nunca será eficaz si no lo realizamos de forma coordinada con las familias biológicas, acogedoras y adoptivas en el caso del acogimiento familiar, y con los equipos educativos y las familias biológicas y colaboradoras en el caso de acogimiento residencial. No olvidemos que el objetivo último de esa intervención debe ser aliviar el sufrimiento de estos niños, niñas y adolescentes. Y escribo este artículo en primera persona del plural desde la plena consciencia del rol que puedo ejercer yo misma en este ámbito.

### **Quiénes somos: los diferentes roles de los profesionales de la psicología dentro del sistema de protección**

Los profesionales de la psicología pueden ejercer diferentes roles dentro del sistema de protección y muchos de ellos no están relacionados con la psicoterapia. Pueden ser técnicos del sistema, con diferentes grados de responsabilidad sobre la gestión y la toma de decisiones respecto a la intervención que se realiza. Pueden estar ejerciendo roles de acompañamiento a los niños, niñas y adolescentes y sus familias, tanto dentro de los equipos educativos de acogimiento residencial



Renovando desde dentro

*Renovando desde dentro. Siete retos y propuestas de mejora del sistema de protección de la infancia en España*

<https://renovandodentro.wordpress.com/>

**Saber quiénes somos: el papel de la psicoterapia dentro del sistema de protección a la infancia**

Pepa Horno Goicoechea

como en los equipos técnicos de los programas de acogimiento familiar. Pueden estar contratados específicamente como psicólogos o psicólogas dentro de los equipos de intervención, tanto en acogimiento residencial como en acogimiento familiar, además de en los equipos de preservación familiar e intervención en riesgo medio y grave. Y por último, pueden ser parte de los equipos de intervención psicoterapéutica creados en varias comunidades autónomas para atender de forma individualizada a los niños, niñas y adolescentes que están en acogimiento residencial, en acogimiento familiar o en programas de preservación familiar. Por lo tanto, como profesional de la psicología se pueden ejercer roles muy diversos dentro del sistema de protección a la infancia. En este artículo me parece clave detenerme en tres de ellos por la relevancia que pueden tener para la vida de los niños, niñas y adolescentes.

### *El profesional de la psicología dentro de la estructura del sistema*

El primero es el rol de técnico referente. Suele ser la persona responsable de todo el proceso del niño, niña o adolescente, definiendo su itinerario dentro del sistema de protección, las diferentes medidas que se asumen y los recursos a los que se le deriva. Se puede llamar técnico referente o responsable de caso, entre otras nomenclaturas. Este rol por lo general lo ocupan profesionales de la psicología o de trabajo social. Esa elección se justifica desde la necesidad de un conocimiento técnico específico para lograr que el itinerario que el sistema de protección propone para cada niño, niña y adolescente sea definido desde tres elementos clave:

- El enfoque de derechos del niño, que establece que cualquier decisión que se tome sobre la vida del niño, niña o adolescente ha de ser tomada desde su interés superior y el respeto a sus derechos humanos. Sobre este aspecto, sólo recomiendo volver a la lectura del artículo de Marta Llauradó sobre el interés superior del niño<sup>1</sup> o al de Antonio Ferrandis sobre el proceso de toma de decisiones dentro del sistema de protección<sup>2</sup>, entre algunos otros que se han publicado desde este grupo. No es necesario ser redundante.
- El conocimiento del desarrollo evolutivo del niño, niña o adolescente que garantice la cobertura de sus necesidades básicas en cada etapa del desarrollo. Es necesario lograr que los itinerarios sean individuales, adaptados a la edad, características y circunstancias de cada niño, niña y adolescente.
- El enfoque de protección integral, que establece como objetivo último de la intervención el desarrollo pleno del niño, niña o adolescente, que va más allá de impedir que sufra

1 Llauradó Miravall, M. (2024). *Artículo 18 (abril 2024): ¿De qué hablamos cuando hablamos de “el interés superior del niño”?* Más allá de las palabras. <https://renovandodentro.wordpress.com/2024/04/12/articulo-18-de-que-hablamos-cuando-hablamos-de-el-interes-superior-del-nino-mas-alla-de-las-palabras-por-marta-llaurado-miravall/>

2 Ferrandis Torres, A. (2021). *Artículo 3 (noviembre 2021): Cuidar la toma de decisiones. ¿Mantener en el hogar o separar para proteger?* <https://renovandodentro.wordpress.com/2021/11/22/articulo-3-cuidar-la-toma-de-decisiones-mantener-en-el-hogar-o-separar-para-proteger-por-antonio-ferrandis-torres/>



Renovando desde dentro

*Renovando desde dentro. Siete retos y propuestas de mejora del sistema de protección de la infancia en España*

<https://renovandodentro.wordpress.com/>

**Saber quiénes somos: el papel de la psicoterapia dentro del sistema de protección a la infancia**

Pepa Horno Goicoechea

ninguna forma de violencia. En este desarrollo pleno se contemplan aspectos claves como su protagonismo en su propio desarrollo y en la toma de decisiones que le afectan directamente. Sobre este aspecto, también Javier Romeu ha escrito en este grupo<sup>3</sup>.

Yo añadiría un cuarto elemento que debería guiar la toma de decisión de los técnicos referentes: la consciencia. Las decisiones que se toman a la hora de definir las actuaciones del sistema de protección, teniendo en cuenta que van a definir la vida de los niños, niñas y adolescentes de una forma radical, deberían ser tomadas al menos desde la consciencia. La prisa, la urgencia, la falta de plazas o de recursos, o la conflictividad o “no colaboración” de la familia no deberían ser criterios técnicos que definan las actuaciones. Sobre este criterio ya escribí en el marco de este grupo un artículo para operativizar la consciencia como criterio de toma de decisiones<sup>4</sup>.

### *El profesional de la psicología dentro de los equipos de intervención directa*

El segundo rol es el de psicólogo dentro de los recursos de atención directa, sea en acogimiento residencial, siendo parte de los equipos de atención directa, sea en acogimiento familiar, adopción o en preservación familiar, siendo parte de los equipos técnicos de acompañamiento a las familias acogedoras, adoptivas o biológicas.

Respecto a este segundo rol, hay una clave fundamental que debe definir su rol profesional. Estos profesionales no están ahí para realizar psicoterapia individual con los niños, niñas y adolescentes ni con sus familias. Están para acompañar y guiar a quienes son y han de ser sus modelos vinculares y referentes afectivos: las familias, tanto acogedoras y adoptivas como biológicas, o los equipos educativos, en el caso de los centros de protección. Su rol no es tratar de sacar tiempo para realizar sesiones individuales con los niños, niñas y adolescentes. Su rol es sostener y acompañar a los equipos y las familias y tratar de que las decisiones que estos toman tengan coherencia, rigor técnico y sean lo más ajustadas posibles a las necesidades de los niños, niñas y adolescentes y la sintomatología que presentan, derivada del sufrimiento que están viviendo.

Los profesionales de la psicoterapia que trabajan con niños, niñas y adolescentes saben que la clave de la intervención es lograr un cambio significativo en las pautas relacionales de sus modelos vinculares, que casi siempre son sus familias. Un cambio al que llegan las figuras vinculares desde su ajuste a las necesidades de cada etapa del desarrollo evolutivo, desde su propia autorregulación emocional y su consciencia y desde la comprensión adecuada de la sintomatología que presenta el niño, niña o adolescente como manifestación de su dolor.

3 Romeu Soriano, F. J. (2022). *Artículo 7 (mayo 2022): De la infantoflexia a la participación infantil. Microhistorias sobre proteccionismo ilustrado.* <https://renovandodentro.wordpress.com/2022/05/23/articulo-7-de-la-infantoflexia-a-la-participacion-infantil-microhistorias-sobre-proteccionismo-ilustrado-por-f-javier-romeu-soriano/>

4 Horno Goicoechea, P. (2021). *Artículo 2 (octubre 2021): Definiendo la consciencia.* <https://renovandodentro.wordpress.com/2021/10/18/articulo-2-definiendo-la-consciencia-por-pepa-horno/>



Renovando desde dentro

*Renovando desde dentro. Siete retos y propuestas de mejora del sistema de protección de la infancia en España*

<https://renovandodentro.wordpress.com/>

**Saber quiénes somos: el papel de la psicoterapia dentro del sistema de protección a la infancia**

Pepa Horno Goicoechea

Cuando intervenimos con un niño, niña o adolescente que vive con su familia, siempre entenderemos que las sesiones de psicoterapia son una pequeña parte del proceso psicoterapéutico que en realidad se realiza a través de sus figuras vinculares. De hecho, ahí surge un límite técnico en el proceso psicoterapéutico con niños, niñas y adolescentes y es que la presencia de una figura vincular segura externa a la relación psicoterapéutica es condición imprescindible para abordar determinados aspectos del proceso psicoterapéutico. Y es no sólo un límite técnico sino ético también por la vulnerabilidad y el riesgo en el que dejamos al niño o niña si logramos su conexión interna y su consciencia del daño vivido y no garantizamos que esa noche, cuando vaya a dormir y todos sus fantasmas le invadan, habrá una persona que le acompañe. Alguien que le abrace y le diga que todo va a ir bien, que no va a estar solo y que está a salvo.

Pues ese razonamiento, que resulta evidente cuando se trabaja con niños, niñas y adolescentes que viven con sus familias, es igual de válido o más para el contexto del sistema de protección, es decir, para realizar psicoterapia con niños, niñas y adolescentes que viven en centros de protección, con familias de acogida o adoptivas o con familias biológicas en situación de riesgo moderado o grave. El proceso psicoterapéutico no es lo que ocurrirá en la hora de sesión clínica sino que la mayor parte de la intervención la vamos a desarrollar con las figuras vinculares de los niños, niñas y adolescentes, es decir, con las familias acogedoras, adoptivas o biológicas y con los educadores que hayan sido capaces de construir vínculo con ellos.

Y recordemos que por el hecho de ser parte del equipo educativo del centro no se es modelo vincular del niño, niña o adolescente, del mismo modo que ser nombrado educador o educadora tutor del niño o niña tampoco garantiza la creación del vínculo afectivo. A veces, la figura vincular va a ser otro profesional del equipo educativo. Porque la creación de un vínculo afectivo conlleva presencia y permanencia, afectividad expresa, sensibilidad y disponibilidad. Y son condiciones que no siempre los profesionales están dispuestos o preparados para ofrecer.

Pero, además, tengamos presente que para poder crear un vínculo afectivo necesitamos conocer la historia de vida de la otra persona, de hecho en el proceso de psicodiagnóstico inicial de un proceso psicoterapéutico es lo primero que vamos a recabar: datos de su historia de vida, más allá de la sintomatología actual. Esta historia de vida en el sistema de protección a la infancia implica al menos conocer el contenido del expediente de los niños, niñas y adolescentes. Sin embargo, cuántos profesionales de los equipos educativos intervienen sin haber leído esos expedientes y cuántas veces las familias acogedoras y adoptivas se quejan de la escasa información que reciben sobre la historia de vida de los niños, niñas y adolescentes. Todos sabemos que en esos expedientes sólo está una pequeña parte de su vida, pero como mínimo poder conocerla. Queremos que familias y equipos se conviertan en modelos vinculares positivos para los niños, niñas y adolescentes, y como tales, en parte de su proceso psicoterapéutico. Pero les obligamos a



Renovando desde dentro

*Renovando desde dentro. Siete retos y propuestas de mejora del sistema de protección de la infancia en España*

<https://renovandodentro.wordpress.com/>

**Saber quiénes somos: el papel de la psicoterapia dentro del sistema de protección a la infancia**

Pepa Horno Goicoechea

hacerlo sin proporcionarles la información sobre su historia de vida. Y tampoco les incorporamos en muchas ocasiones a las sesiones del proceso psicoterapéutico ni hay devolución alguna de lo que en ellas se trabaja y los avances realizados. La intervención psicoterapéutica con niños, niñas y adolescentes exige incorporar a la familia o al equipo dentro de las sesiones, realizando sesiones conjuntas o estableciendo tiempos al comienzo o al final de las sesiones.

Por lo tanto, el rol de los profesionales de la psicología que forman parte de los equipos técnicos de los centros de protección y los programas de acogimiento familiar es guiar a los equipos educativos y las familias acogedoras y adoptivas, no realizar intervención psicoterapéutica individualizada. Se trata de que garanticen la comprensión adecuada de la sintomatología que presenta el niño o niña por parte de la familia o del equipo, el rigor técnico de sus intervenciones y la coherencia de las mismas. Además, deben contribuir a crear espacios de regulación emocional de las familias y de los equipos educativos, de forma que su acompañamiento y sostén emocional permita a las figuras vinculares del niño o niña ejercer su rol como tales, que es terapéutico en sí mismo.

En los procesos de supervisión que realizo como parte de mi trabajo con equipos educativos de los centros de protección les recuerdo constantemente que su trabajo es terapéutico en sí mismo. Son ellos quienes mentalizan las experiencias emocionales y sensaciones corporales del niño, niña o adolescente, no el psicólogo en la sesión de psicoterapia que tiene semanal, quincenal o mensualmente en muchos casos. Es el equipo o la familia acogedora o adoptiva quien posibilita la ruptura de la disociación y la sostiene cuando llega. Son esos profesionales, esas familias, quienes desde la mirada consciente al dolor del niño, niña o adolescente posibilitan su sanación e integración. Como les trato de explicar siempre, los equipos educativos en los centros de protección no están allí sólo para educar, están para lograr que los niños y niñas duerman. Y dormir cuando traen historia de dolor y trauma es muy complicado. Pero si no logramos que el niño, niña o adolescente duerma, las sesiones de psicoterapia que realicemos no van a funcionar, como tampoco podrá rendir en la escuela, relacionarse con otros niños y niñas o afrontar la convivencia. Están ahí para cobijarlos cuando lloren o tengan miedo, para recibirles cuando vuelvan de una fuga abrazándolos, para sostener las crisis disociativas cuando lleguen. Y todo eso es parte del proceso psicoterapéutico, sólo que tiene lugar fuera de la sesión y la consulta.

Por lo tanto, este segundo rol que cubren los psicólogos y psicólogas dentro del sistema de protección es un rol en segundo plano. Un rol de acompañamiento a los equipos educativos y las familias acogedoras y adoptivas. Ese rol puede incluir, y de hecho lo hace, el trabajo de psicoeducación en formato grupal con los niños, niñas y adolescentes. Por ejemplo, se pueden trabajar temas sobre la regulación emocional, las adicciones, la conexión interna, la sexualidad y la prevención de violencia, entre muchos otros. Pero siempre entendido como psicoeducación, diferenciando la psicoeducación del trabajo específico sobre la historia de trauma que requiere un



*Renovando desde dentro. Siete retos y propuestas de mejora del sistema de protección de la infancia en España*

<https://renovandodentro.wordpress.com/>

**Saber quiénes somos: el papel de la psicoterapia dentro del sistema de protección a la infancia**

Pepa Horno Goicoechea

espacio psicoterapéutico individual y especializado. Y ese espacio de psicoterapia individual debe quedar fuera del centro y de la familia, en un formato técnico diferenciado que preserve, además, la confidencialidad del contenido tratado en dicho espacio psicoterapéutico.

### *El profesional de la psicología en la intervención psicoterapéutica individual*

Y ése es el tercer rol de los profesionales de la psicología dentro del sistema de protección: la intervención psicoterapéutica individualizada, sobre la que voy a detenerme en varios aspectos clave.

### **Cómo derivamos: criterios de derivación al proceso psicoterapéutico dentro del sistema de protección**

Antes de entrar al modelo de intervención psicoterapéutica que se desarrolla dentro del sistema de protección, es necesario detenerse por un momento en la derivación que se realiza de los niños, niñas y adolescentes a un proceso de psicoterapia. Es necesario dejar claro que la derivación de los niños, niñas y adolescentes a psicoterapia no se realiza en muchos casos por petición del propio niño o niña, sino por tres motivos generalmente:

- El criterio técnico de los profesionales que lo atienden, sean sus técnicos referentes o los equipos educativos que intervienen directamente con ese niño o niña. Entre esos criterios técnicos se incluye, lógicamente, el que el niño, niña o adolescente pida ayuda directamente, pero no es el único criterio. Existen otros criterios que tienen que ver con la angustia o dificultades que presentan las familias o los equipos técnicos y educativos para atender al niño, niña o adolescente; con las problemáticas asociadas que presenta el niño, niña o adolescente; con la edad misma del niño, niña o adolescente; o con la disponibilidad de recursos de psicoterapia especializados o sencillamente disponibles o medianamente cercanos a su domicilio, sea con su familia acogedora, con su familia biológica o en un centro de protección.
- La gravedad de la sintomatología que presenta el niño, niña o adolescente. Esa gravedad es evaluada por los profesionales que lo atienden. Por lo tanto, la formación técnica de los profesionales de los equipos educativos y técnicos se vuelve clave a la hora de la detección temprana y la derivación adecuada de los niños, niñas y adolescentes al proceso psicoterapéutico. La falta de una formación adecuada impide la identificación de los indicadores de disociación, especialmente los indicadores internalizadores en los niños, niñas y adolescentes, que son los que suponen mayor gravedad y peor pronóstico. Su



renovando desde dentro

*Renovando desde dentro. Siete retos y propuestas de mejora del sistema de protección de la infancia en España*

<https://renovandodentro.wordpress.com/>

**Saber quiénes somos: el papel de la psicoterapia dentro del sistema de protección a la infancia**

Pepa Horno Goicoechea

desconocimiento lleva a los equipos educativos muy a menudo a calificarlos erróneamente como niños, niñas y adolescentes que “han entrado bien en dinámica”.

- La disponibilidad de recursos existentes dentro del sistema para atender a cada niño, niña o adolescente. Esta variable es especialmente relevante cuando se trata de niños, niñas y adolescentes que presentan alguna característica diferencial que requiere una especialización aún mayor de los profesionales que van a atenderle. Ejemplos claros pueden ser cuando presentan un problema de adicciones (dentro de ellas se incluyen realidades que van mucho más allá de las drogas y alcohol), cuando ha habido autolesiones o intentos autolíticos o cuando los profesionales tienen constancia de que han sido víctima de abuso o explotación sexual infantil. Pero este factor también se vuelve clave para poblaciones consideradas técnicamente como grupos vulnerables, no porque lo sean, sino porque la incapacidad del sistema para atender sus características individuales vulnera su derecho a la igualdad de trato y no discriminación. Hablamos de niños, niñas y adolescentes con cualquier tipo de discapacidad sensorial, física o psíquica, que no hablan la lengua oficial o de con identidades y orientaciones sexuales minoritarias, entre algunos otros.

La derivación inadecuada genera unos objetivos erróneos y no legítimos en el proceso psicoterapéutico. Objetivos no legítimos son “que el niño o niña se porte bien” o “que esté más tranquilo” o “que no tenga tantas crisis”. Son objetivos necesarios para las familias y los equipos educativos, pero quizá no son los más urgentes ni los más relevantes en la intervención psicoterapéutica. Quizá una intervención técnicamente bien enfocada tarde más tiempo en reducir las situaciones de crisis, pero permita al niño, niña o adolescente comprender qué dispara esas crisis, por qué le suceden y desculpabilizarle ayudándole a entender la relación de la crisis con los modelos de crianza en los que creció o las experiencias que ha vivido.

Una derivación adecuada y un encuadre bien formulado generan objetivos legítimos en la intervención psicoterapéutica que se irán trabajando de forma conjunta entre el profesional de la psicología y la familia biológica, acogedora o adoptiva o el equipo educativo. Objetivos legítimos como flexibilizar los mecanismos disociativos, empezando por los indicadores corporales. Y es entonces cuando comprenderemos que garantizar los cuidados básicos primarios se convierte en el primer objetivo, el más básico, el nuclear porque nos permite que los niños, niñas y adolescentes logren dormir y comer bien. Porque sólo si duermen bien podrán lograr otro tipo de procesos de mentalización, regulación emocional e introspección. Objetivos legítimos como securizar el modelo vincular del niño, niña o adolescente y trabajar la integración de su historia de vida, por muy dolorosa que sea. Y entonces comprenderemos las visitas familiares como parte de la intervención psicoterapéutica o el ser capaz de abrazar a un adolescente cuando vuelve de una fuga como parte de la intervención psicoterapéutica.



Renovando desde dentro

*Renovando desde dentro. Siete retos y propuestas de mejora del sistema de protección de la infancia en España*

<https://renovandodentro.wordpress.com/>

**Saber quiénes somos: el papel de la psicoterapia dentro del sistema de protección a la infancia**

Pepa Horno Goicoechea

### **Dónde estamos: la necesidad de salir del despacho y trabajar con los equipos educativos**

La consciencia tiene tres vertientes clave: la consciencia interna sobre el proceso interno que estamos viviendo; la consciencia sobre la persona a la que acompañamos, en este caso el niño, niña o adolescente, su historia de vida y su dolor; y la consciencia sobre el entorno donde desarrollamos la intervención.

Uno de los elementos de consciencia que como profesionales del ámbito de la psicoterapia debemos hacer es que nuestra consulta es, demasiado a menudo, un refugio para nosotros, es nuestro entorno seguro, donde nos sentimos a salvo. No es tanto el entorno óptimo para el niño, niña o adolescente sino para nosotros como psicoterapeutas.

Porque ésta es una de las diferencias clave cuando se realiza psicoterapia en el sistema de protección: es necesario buscar el entorno óptimo para el niño, niña o adolescente y por el nivel de daño y disociación que presentan los niños, niñas y adolescentes con los que trabajamos, muy pocas veces ese entorno óptimo será, al menos en su comienzo, nuestro despacho o consulta. Por eso, debemos ser capaces de flexibilizar el encuadre físico del proceso psicoterapéutico sin convertirnos necesariamente en educadores de calle. Pero sí debemos estar dispuestos a salir a la calle, caminar, ir a tirar canastas a una pista o al centro donde vive el niño, niña o adolescente durante el tiempo que sea necesario para generar el vínculo psicoterapéutico de forma que el niño, niña o adolescente pueda disminuir la sintomatología disociativa que puede dificultar el proceso psicoterapéutico. No siempre será necesario, a menudo tan sólo con introducir técnicas de trabajo corporal en la propia consulta, trabajo a través del juego, de la arteterapia etc. podemos lograrlo. Pero es necesario que contemplemos la posibilidad. Del mismo modo que, si hay un ingreso hospitalario, seamos capaces de desplazarnos al hospital y realizar allí las sesiones para mantener el vínculo psicoterapéutico.

Y, por supuesto, desplazarnos a los centros o a los hogares de las familias acogedoras y adoptivas o a un parque, tiene que ver también con la posibilidad de trabajar el modelaje de las intervenciones cotidianas que los equipos educativos y las familias desarrollan cuando lo consideremos necesario y no exista (como ocurre en demasiados casos) la figura del psicólogo o psicóloga dentro del equipo del centro o del programa de acogimiento familiar con quienes podamos coordinarnos para que realicen ellos esta función.

### **Cuándo estamos: los turnos de tarde y las transiciones de los niños, niñas y adolescentes**

Una de las pruebas más claras que existen dentro del sistema de que la toma de decisiones no se realiza desde el interés superior del niño, sino desde otro tipo de criterios, es cuando constatamos de forma reiterada cómo se saca del colegio a los niños, niñas y adolescentes del sistema de protección porque tienen sesión de psicoterapia o reunión con su técnico referente.



Renovando desde dentro

*Renovando desde dentro. Siete retos y propuestas de mejora del sistema de protección de la infancia en España*

<https://renovandodentro.wordpress.com/>

**Saber quiénes somos: el papel de la psicoterapia dentro del sistema de protección a la infancia**

Pepa Horno Goicoechea

Son los horarios y las condiciones laborales de los profesionales, sobre todo cuando los equipos psicoterapéuticos están constituidos por funcionarios públicos, los que determinan el horario en que pueden ir a psicoterapia. Cuando viven en sus familias van a las sesiones por las tardes y son los profesionales los que ajustan sus horarios de trabajo a las necesidades del niño, niña o adolescente. En el sistema de protección, que debería más que nadie primar las necesidades de los niños, niñas y adolescentes cuyo desarrollo pleno se ha comprometido a garantizar, se hace al contrario.

Y existen otras muchas situaciones en las que las necesidades de los niños, niñas y adolescentes quedan condicionadas a otros criterios de decisión por parte del sistema. Situaciones que suponen un riesgo para su desarrollo por ser potencialmente traumáticas o por ser vivencias de duelo. Situaciones en las que, sin embargo, de nuevo la presencia de un acompañamiento psicoterapéutico viene condicionada también a los horarios y disponibilidad del profesional. Sólo dejaré indicadas tres que me parecen especialmente relevantes.

La primera, las transiciones de los niños, niñas y adolescentes de un recurso a otro, de una medida a otra, o la entrada y salida del propio sistema, es decir, el día que se ven forzados a salir de su hogar, sus amigos, su colegio para ir a vivir a un centro o el momento en que cumplen dieciocho años y se ven fuera del sistema y sin que éste haya podido garantizar un acompañamiento emocional adecuado. Una de las habilidades básicas de la afectividad consciente como competencia profesional es saber cuidar los comienzos y los cierres de cada proceso<sup>5</sup>. Estos comienzos y cierres marcan el significado afectivo de una experiencia. Y las transiciones dentro del sistema además son en sí mismas vivencias de duelo para las que es necesario ofrecer una figura vincular al niño, niña o adolescente que le pueda acompañar y sostener emocionalmente.

La segunda serían las hospitalizaciones, sobre todo si conllevan operaciones quirúrgicas. El sistema de salud ya ha incorporado la necesidad de la presencia de una figura vincular que acompañe a cualquier niño, niña o adolescente de forma continuada durante el tiempo que dura la hospitalización. Es una medida universal, aplicable a cualquier niño, niña o adolescente. Todavía más si cabe para aquellos que vienen del sistema de protección a los que la enfermedad y la vulnerabilidad física y emocional les conecta con su historia personal de trauma y abandono. Son situaciones en las que la ausencia de su familia biológica puede adquirir un valor traumático.

Y un último ejemplo son los cierres abruptos de procesos psicoterapéuticos por cambios de profesionales de referencia, que a menudo se realizan sin permitir cierres adecuados a esos procesos o sin poderse planificar para garantizar la continuidad del proceso con otro profesional,

5 Horno, P. (2018). *La afectividad consciente como competencia profesional en Aldeas Infantiles SOS América Latina y el Caribe*. San José de Costa Rica: Aldeas Infantiles SOS. <http://www.espiralesci.es/guia-la-afectividad-consciente-como-competencia-organizacional-en-aldeas-infantiles-sos-en-america-latina-y-el-caribe-de-pepa-horno/>



renovando desde dentro

*Renovando desde dentro. Siete retos y propuestas de mejora del sistema de protección de la infancia en España*

<https://renovandodentro.wordpress.com/>

**Saber quiénes somos: el papel de la psicoterapia dentro del sistema de protección a la infancia**

Pepa Horno Goicoechea

obligando a los niños, niñas y adolescentes a comenzar de nuevo con otro profesional sin ninguna continuidad ni del proceso ni del vínculo generado. Es importante recordar que un mal cierre, o directamente la imposibilidad de realizar un cierre, se vive como un abandono. Y justamente en el sistema de protección trabajamos con niños, niñas y adolescentes con heridas profundas de abandono. Incluso cuando se realiza un buen cierre, el profesional tendrá que sostener el coste emocional que supone la vivencia de abandono por parte de muchos de los niños, niñas y adolescentes a los que atiende y sus familias. Pero nuestra responsabilidad es, al menos, haber garantizado ese cierre afectivo del proceso psicoterapéutico.

### **Cómo miramos: la exigencia de la actualización técnica del modelo psicoterapéutico**

De todos los retos que tiene la psicoterapia en el sistema de protección, y probablemente en este caso también fuera de él, el más acuciante es el de la actualización técnica. Es imprescindible para garantizar el rigor técnico y la eficacia de la intervención. El avance en el conocimiento de la psicología del trauma y la neurociencia de los últimos años obliga a los profesionales de la psicoterapia a realizar un cambio de mirada clave que se puede resumir de forma breve en dos saltos cualitativos.

El primero es saber ver que en la mayoría de los casos es necesario comprender los trastornos de conducta como indicadores de disociación producto de la historia de trauma que el niño, niña o adolescente ha vivido. La conducta de una persona, no sólo de los niños, niñas y adolescentes del sistema de protección, siempre es la manifestación de su dolor y de su historia de vida. Una persona puede presentar problemas de conducta por muchos motivos: ansiedad, inseguridad, baja tolerancia a la frustración... pero cuando esos problemas de conducta se convierten en una pauta rígida y continuada que se puede calificar como trastorno de conducta negativista desafiante o un trastorno de conducta pueden no ser sino respuestas de supervivencia, que fueron adaptativas y útiles para sobrevivir al peligro, pero que se vuelven desadaptativas y problemáticas en un entorno de seguridad.

Y el segundo salto es comprender el trauma y la disociación como un problema de salud mental. Los profesionales, en este caso tanto de la psicoterapia como de la psiquiatría, deben entender que la salud mental incluye todo un capítulo de trastornos resultado de vivencias traumáticas y los mecanismos disociativos que la persona puso en marcha para sobrevivir a esas vivencias. Podríamos cuestionar incluso si la mayoría de los trastornos mentales no tienen un origen traumático, pero eso no importa ahora mismo, basta con asumir que una parte de los trastornos mentales son resultado de historia de trauma y forman parte de los problemas de salud mental que deben ser abordado de forma conjunta por los profesionales de la psiquiatría y la psicoterapia. Desde este grupo, hemos escrito varios artículos sobre trauma, entre los que



renovando desde dentro

*Renovando desde dentro. Siete retos y propuestas de mejora del sistema de protección de la infancia en España*

<https://renovandodentro.wordpress.com/>

**Saber quiénes somos: el papel de la psicoterapia dentro del sistema de protección a la infancia**

Pepa Horno Goicoechea

recomiendo la lectura de éste de F. Javier Romeo<sup>6</sup>, que resume las claves que debemos conocer sobre el tema. Pero el salto es comprender que si un trastorno (o un síntoma del mismo) tiene origen traumático no significa que no sea un problema de salud mental, muy al contrario, y romper de una vez con el paradigma biologicista de la salud mental que aún impera por desgracia en muchas escalas del sistema sanitario y de protección.

Este cambio de mirada técnica supone una revolución en muchos sentidos dentro del ámbito de la salud mental, tanto para los profesionales de la psiquiatría como para los de la psicoterapia. Después hay diferentes modelos de trabajo psicoterapéuticos en los que no es éste el lugar para entrar. Pero todos ellos han de contemplar dos elementos a los que los avances de la psicología del trauma y la neurociencia nos obligan.

El primero es incorporar metodologías de trabajo corporal en el trabajo psicoterapéutico. Existe un procesamiento corporal de la experiencia traumática que queda anclado en el cuerpo, generando una memoria corporal del trauma que debemos abordar del mismo modo que abordamos las secuelas emocionales, cognitivas o sociales del trauma. Un modelo psicoterapéutico actualizado técnicamente verá siempre como imprescindible incluir técnicas de trabajo corporal en el proceso psicoterapéutico, tanto dentro de las sesiones como fuera de ellas.

Y en ese sentido, es necesario que los profesionales del ámbito de la psicoterapia cambien su perspectiva sobre la psicomotricidad, que es una técnica de trabajo esencial sobre todo en el trabajo psicoterapéutico con niños y niñas menores de ocho años. La psicomotricidad lleva camino de lograr un cuerpo técnico suficiente para ser reconocida como disciplina en sí misma desde el conocimiento existente hoy en día sobre el desarrollo sensorio motriz y neurológico del niño o niña. Pero mientras eso llega, los profesionales que realizan psicoterapia con niños y niñas del sistema de protección deben contemplarla como una de las posibles técnicas de trabajo para integrar la memoria corporal del trauma con la que carga el niño o niña, que se hace visible en su conducta y de la que él o ella, sobre todo en el caso de niños muy pequeños, puede no ser consciente.

El segundo elemento es entender la psicofarmacología como una herramienta de apoyo del proceso psicoterapéutico, no como un proceso psicoterapéutico en sí mismo. Es necesario entender que los psicofármacos no tienen poder curativo en sí mismos si no vienen acompañados de un proceso psicoterapéutico. El uso que se hace dentro del sistema de protección de la psicofarmacología daría para escribir otro texto entero, pero no podemos acabar este apartado sin indicarlo. No se puede limitar el cuidado de la salud mental de los niños, niñas y adolescentes en el

---

<sup>6</sup> Romeo Biedma, F. J. (2023). *Artículo 14 (marzo 2023): Las heridas que pasamos por alto. Doce claves sobre el trauma.* <https://renovandodentro.wordpress.com/2023/03/22/articulo-14-las-heridas-que-pasamos-por-alto-doce-claves-sobre-el-trauma-por-f-javier-romeo-biedma/>



Renovando desde dentro

*Renovando desde dentro. Siete retos y propuestas de mejora del sistema de protección de la infancia en España*

<https://renovandodentro.wordpress.com/>

**Saber quiénes somos: el papel de la psicoterapia dentro del sistema de protección a la infancia**

Pepa Horno Goicoechea

sistema de protección a la psicofarmacología ni utilizar ésta únicamente para regular su conducta. Cualquier modelo psicoterapéutico actualizado técnicamente y riguroso tenderá a utilizar la psicofarmacología como una herramienta de apoyo especialmente en situaciones de crisis. Nada más y nada menos.

### **Qué necesitamos: condiciones imprescindibles para ejercer nuestro rol con rigor profesional**

Los profesionales de la psicología en general dentro del sistema de protección y en particular aquellos que desarrollan intervención psicoterapéutica necesitamos acompañamiento técnico y sostén emocional para realizar nuestro trabajo con rigor técnico y calidez humana. El coste emocional del trabajo en el sistema de protección es evidente. Es necesario que el sistema contemple procesos de supervisión técnica y acompañamiento emocional para los profesionales de la psicología que deben brindar a su vez ese acompañamiento a las familias biológicas, acogedoras y adoptivas y a los equipos educativos para que puedan cumplir su parte del proceso psicoterapéutico: lograr la securización del modelo vincular de los niños, niñas y adolescentes siendo modelos vinculares alternativos; reducir y flexibilizar los mecanismos disociativos que los niños, niñas y adolescentes han desarrollado para poder sobrevivir, especialmente los corporales, así como incrementar su capacidad de autorregulación emocional.

Por eso merece la pena terminar este artículo haciendo referencia a qué necesitamos las y los profesionales de la psicología y la psiquiatría para lograr un proceso psicoterapéutico riguroso, cálido y eficaz.

- Rigor profesional en nuestro modelo técnico. Desarrollar nuestro trabajo con rigor técnico es un elemento de seguridad que les debemos a las personas a las que atendemos, pero también a nosotros mismos. Contar con la actualización técnica necesaria y la formación específica que requiere nuestro trabajo son condiciones imprescindibles para cualquier trabajo, pero más aún si se trabaja con personas y especialmente si estas personas vienen con historias de gran sufrimiento, como es este caso. Y esa formación inicial no sólo es necesaria en titulación académica, sino en especialización en psicología del vínculo, psicología del trauma, enfoque de derechos y psicología sistémica. Pero sobre todo es necesaria una formación específica sobre cómo funciona el sistema de protección a la infancia, cuáles son las condiciones de nuestro trabajo y también sus limitaciones. Y por eso, la formación inicial debe ser complementada con la actualización técnica y los espacios de supervisión individual a lo largo de toda la práctica profesional.
- Incluir el trabajo corporal. Uno de los retos a los que se enfrenta la psicoterapia en todos sus ámbitos es incluir el procesamiento corporal de toda experiencia junto con el procesamiento emocional y el cognitivo. Tanto en la definición rigurosa de un modelo técnico actualizado como en los espacios de trabajo personal, los profesionales de la psicoterapia deben incorporar metodologías de trabajo corporal.



Renovando desde dentro

*Renovando desde dentro. Siete retos y propuestas de mejora del sistema de protección de la infancia en España*

<https://renovandodentro.wordpress.com/>

**Saber quiénes somos: el papel de la psicoterapia dentro del sistema de protección a la infancia**

Pepa Horno Goicoechea

- Un posicionamiento correcto. Es fundamental volver al comienzo de este artículo y saber que, aunque todos seamos profesionales de la psicología, nuestro posicionamiento y funciones dentro del sistema de protección pueden ser muy diferentes. Delimitar las funciones del puesto es fundamental, como en cualquier otro trabajo.
- Trabajo personal. El trabajo como psicoterapeuta en cualquier contexto conlleva un coste emocional muy alto que ha de ser atendido<sup>7</sup>. Como profesionales debemos buscar espacios de supervisión técnica que garanticen la calidad de nuestro trabajo, pero también espacios de crecimiento personal que nos permitan sostener el dolor y la impotencia que nos genera a menudo las historias de vida de las personas con las que trabajamos y más aún si estas personas son niños, niñas y adolescentes del sistema de protección. Espacios en los que podamos integrar nuestra historia de vida personal de forma que podamos colocarnos adecuadamente dentro del proceso terapéutico y nos proporcionen la flexibilidad suficiente para poder ajustarnos a las necesidades de las personas con las que trabajamos que son, cada vez y en cada caso, únicas y diferentes.

---

7 Horno Goicoechea, P. (2023). *Artículo 15 (junio 2023): El coste emocional de trabajar en el sistema de protección*. <https://renovandodentro.wordpress.com/2023/06/01/articulo-15-el-coste-emocional-de-trabajar-en-el-sistema-de-proteccion-por-pepa-horno-goicoechea/>