



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO**

**EL ROL DEL JUEGO EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA RELACIÓN
TERAPÉUTICA CON NIÑOS Y NIÑAS QUE HAN SIDO VÍCTIMAS DE
AGRESIONES SEXUALES: LA MIRADA DE SUS TERAPEUTAS**

**Tesis para optar al grado de Magister en Psicología, mención Psicología Clínica
Infanto Juvenil**

AMÉRICA PAZ NOGUE DURÁN

Claudia Capella S.

**Profesor(a) guía:
CLAUDIA MILENA CAPELLA SEPÚLVEDA**

Santiago de Chile, Julio 2022

RESUMEN

Antecedentes: La investigación en intervención con niños y niñas¹ que han sido víctimas de agresiones sexuales cobra relevancia a partir de la evidencia que existe tanto a nivel nacional como internacional en tomo al impacto negativo de las consecuencias psicológicas en sus víctimas. Investigaciones previas dan cuenta que uno de los factores que promueve la superación de las agresiones sexuales infantiles es la construcción de una relación terapéutica, la cual se ve favorecida a partir de la presencia de un terapeuta que presente una actitud lúdica, que promueva una interacción positiva, que entregue apoyo, cuidado, y que utilice el juego a lo largo del proceso psicoterapéutico donde la actividad lúdica es fundamental. **Objetivo:** Caracterizar el rol que cumple el juego, en la construcción de la relación terapéutica, en los procesos de psicoterapia con niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales. **Método:** se realizó un estudio cualitativo, de tipo exploratorio y descriptivo, que incluyó una entrevista semiestructurada a 7 terapeutas que presentaran experiencia en intervención psicoterapéutica con niños y niñas que hayan sido víctimas de agresiones sexuales. Se utilizó el análisis narrativo temático como técnica de análisis de los datos. **Resultados:** desde la perspectiva de los terapeutas el juego es significado como una herramienta que facilita la disminución de la desconfianza inicial en niños y niñas. Por otro lado, los terapeutas mencionan deben contar con recursos que posibiliten el encuentro en terapia a través del juego. A su vez, los terapeutas describen la importancia de contar con características personales que inviten a jugar, siendo fundamental el sostener tanto al niño como al juego en sesión, así como estar pendientes de sus propias resonancias. Finalmente, niños y niñas presentan características distintas, por lo tanto, los terapeutas deben adecuarse a cada una de ellas para favorecer la construcción de la relación terapéutica. **Conclusión:** El uso del juego, en el proceso de construcción de la relación terapéutica, es considerado como una herramienta fundamental para los terapeutas ya que es considerado un puente que les permite acceder al mundo interno de los niños que han sido víctimas de agresiones sexuales y disminuir la sensación de desconfianza inicial con la que llegan a la psicoterapia.

¹ De aquí en adelante cada vez que se señale la palabra "niño" o "niños" nos estaremos refiriendo tanto al género femenino como masculino, salvo que se deba precisar en alguna diferencia de género para dar cuenta de algún elemento distintivo entre ambos. En esos casos, se hablará de "niños" y "niñas". Se utilizará la palabra "niños y niñas" solo en los títulos y subtítulos de ésta investigación.

Los terapeutas no solo deben poseer ciertas cualidades para desarrollar el juego en la terapia, sino que también conocer las características de cada niño con el que trabajan, para lograr el encuentro entre ambos y construir la relación terapéutica.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a los niños y niñas que formaron parte de esta investigación a través de la voz de sus terapeutas. Su presencia, a partir de los relatos, posibilitó el hacerlos visibles en este estudio. Espero en algún momento poder escucharlos de manera directa.

Agradecer a los y las terapeutas que de manera generosa se expusieron, e incluso confiaron experiencias sumamente íntimas y decidoras del motivo por el cual trabajan con esta temática a través del juego.

También manifestar mi profundo agradecimiento a las profesoras y profesores de éste Magister que me acompañaron en este proceso de crecimiento y aprendizaje, sobre todo a la profesora Claudia Capella que con entusiasmo y paciencia me guió no solo en este estudio, sino que también me impulsó a continuar en el área de la investigación, sobre todo con niños y niñas que han superado experiencias de malos tratos.

Finalmente , agradecer al Proyecto Fondecyt N° 1200627 denominado *"Proceso de cambio psicoterapéutico en niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales: hacia un modelo comprensivo de la influencia de factores de los adultos responsables , las intervenciones , y la relación terapéutica "*, donde estuvo incerta mi investigación , y que a través de su equipo logré alcanzar un mayor perfeccionamiento de este estudio , y contribuir en la mejora de las intervenciones con niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales.

ÍNDICE

	Pág.
I. Introducción.....	1
II. Marco teórico.....	9
1. Conceptualización de las agresiones sexuales desde una perspectiva constructivista evolutiva.....	9
2. Intervención en trauma y agresiones sexuales.....	13
3. Investigación en intervención con niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales infantiles en Chile.....	18
3.1. La investigación en intervención en tiempos de COVID-19.....	20
4. El juego en terapia.....	21
4.1. El juego desde una mirada constructivista-evolutiva.....	23
4.2. Los factores curativos del juego.....	25
4.3. El terapeuta que utiliza el juego.....	26
4.4. Intervención con juego en casos de trauma y agresiones sexuales.....	28
5. Conceptos de relación terapéutica y alianza terapéutica con niños y niñas.....	30
5.1. Relación terapéutica.....	31
5.2. Alianza terapéutica infantil.....	33
5.3. Relación terapéutica en casos de trauma y agresiones sexuales desde una perspectiva teórico - clínica.....	34
III. Objetivos.....	37
IV. Marco metodológico.....	38
1. Enfoque Metodológico.....	38
2. Diseño y tipo de estudio.....	38
3. Participantes.....	39
3.1. Selección de los participantes.....	39
3.2. Caracterización de la muestra.....	42
4. Técnica de producción de datos.....	44
4.1. Procedimiento de producción de datos.....	45

5. Análisis de datos.....	47
V. Resultados.....	48
1. El proceso de intervención con niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales y el uso del juego en la psicoterapia.....	50
1.1. Marco comprensivo en torno a temas relevantes para la intervención.....	51
1.2. Estrategias desarrolladas según nivel de intervención.....	55
2. El proceso de construcción de la relación terapéutica.....	62
2.1. Estrategias que favorecen la construcción de la relación terapéutica.....	63
2.2. Elementos que dificultan la construcción de la relación terapéutica.....	65
2.3. El proceso de construcción de la relación terapéutica en la atención remota.....	67
3. Los participantes del proceso de construcción de la relación terapéutica a través del juego.....	68
3.1. Características de los terapeutas en el proceso de construcción de la relación terapéutica a través del juego.....	69
3.1.1. El rol del terapeuta en el proceso de intervención con niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales a través del juego.....	70
3.1.2. Cualidades y actitudes en el proceso de construcción de la relación terapéutica a través del juego.....	75
3.1.3. Aspectos personales asociados al ser terapeutas de niños y niñas víctimas de agresiones sexuales.....	78
3.2. Características de los niños y niñas en el proceso de construcción de la relación terapéutica a través del juego.....	84
3.2.1. Disposición al proceso de construcción de la relación terapéutica.....	85

3.2.2.	Diferencias individuales en el uso del juego en psicoterapia.....	86
3.3.	Indicadores que dan cuentas de la construcción de la relación terapéutica.....	88
VI.	Conclusiones y Discusión.....	90
1.	Principales resultados.....	90
2.	Aportes, limitaciones y proyecciones de la investigación.....	102
VII.	Referencias bibliográficas.....	106
VIII.	Anexos.....	117

I. INTRODUCCIÓN

La ocurrencia de agresiones sexuales en la infancia forma parte de una de las vulneraciones más graves de derechos en niños, tanto a nivel nacional como internacional y, lamentablemente, las estadísticas dan cuenta que es un fenómeno que no se encuentra lejos de desaparecer. A nivel internacional, según un meta-análisis desarrollado por Pereda et al. (2009), el 7,9% de hombres y el 19,7 % de mujeres señala haber sufrido algún tipo de agresión sexual infantil.

A nivel nacional, el 4º Estudio de Maltrato Infantil (UNICEF, 2012) revela que un 8,7% de niños señala haber vivido una experiencia de agresión sexual, cifra que es coherente con los datos aportados por el Ministerio del Interior el año 2013, quien señala que un 7,3% de los niños encuestados declararon haber sido tocados o acariciados sexualmente contra su voluntad, o haber sido obligados a tocar sexualmente o a realizar alguna actividad de contenido sexual. Por otro lado, en el año 2016, ingresaron al Ministerio Público, 15.408 víctimas por delitos de violencia sexual a niños, lo que significa la existencia de 30 víctimas diarias (ONA, 2017).

El promedio de edad de inicio de las agresiones sexuales son los 8 años (UNICEF, 2012), siendo el rango de los 7 y 11 años el más común (CAVAS, 2003; Fundación para la Confianza, 2018).

Un dato relevante es que, en la mayor parte de los casos, los agresores sexuales son parte del espacio vincular próximo de la víctima (Maffioletti y Huerta, 2011). Aproximadamente entre un 85% y 89% de los casos son parte del entorno cercano de la víctima, ya sean personas conocidas o familiares (UNICEF, 2012; CAVAS, 2003; Ministerio del Interior, 2013) y sólo un 11% a un 15% son agresores desconocidos (CAVAS, 2003; Ministerio del Interior, 2013).

Desgraciadamente estas cifras no necesariamente reflejan la real prevalencia en nuestro país, ya que la dificultad de develar por parte de los niños complejiza la tarea de contar con cifras más exactas, existiendo casos que no son denunciados, los cuales son conocidos como la “cifra negra”, la cual oscila entre el 70% y 80%. Este dato es alarmante, ya que, si lo traducimos al total de casos, podemos señalar que existen 51.360 casos que no han sido denunciados, lo que significa que 141 niños pudiesen ser víctimas de violencia sexual diariamente en nuestro país (ONA, 2018), cifra distinta a la aportada por el Ministerio público el año 2016, que dan cuenta tan solo de 30 víctimas diarias (ONA, 2018).

Según el reporte elaborado por la Oficina de Análisis Criminal de la PDI (Policía de Investigaciones, 2020), durante el año 2019 y 2020 se presenta una brusca caída en cuanto a los delitos denunciados en instancias penales, siendo consideradas las medidas de confinamiento, asociadas a la actual crisis sanitaria, una de las responsables de que no se estén denunciando las agresiones sexuales de niños, no obstante, el contexto actual ha exacerbado la violencia estructural en las familias, aumentando posiblemente los casos de agresiones sexuales y maltrato infantil (Policía de Investigaciones de Chile, 2020), pero no han llegado al Ministerio Público.

Las agresiones sexuales en la infancia pueden ser comprendidas como la combinación de distintas formas de violencia interpersonal vinculadas al área de la sexualidad de niños, apareciendo un circuito relacional que puede tomar diversas formas y agrupar una gran cantidad de conductas que aparecen en dicha interacción (Finkelhor, 2007).

En la agresión sexual existe una persona adulta que a partir de su posición de asimetría genera conductas sexuales, utilizando mecanismos de coacción en contra de un niño, sin el libre consentimiento por parte de este. A su vez, utiliza la dependencia emocional del niño para manipular y sacar provecho de la confianza depositada en él (Martínez, 1993; Echeburúa & Corral, 2006). Pese a esto, las agresiones sexuales en la infancia pueden ser definidas de diversas maneras, no existiendo una única definición (Pinto-Cortez & Guerra Vio, 2019).

Considerando las alarmantes cifras asociadas a la ocurrencia de las agresiones sexuales en la infancia, estudios previos han caracterizado las secuelas asociadas al sufrimiento infantil como consecuencia de haber sufrido una agresión sexual, existiendo algunos concesos.

Las principales consecuencias en estos casos están asociadas a la presencia de trastornos médicos, psicológicos, emocionales, de comportamiento, de relación, adaptación social, problemas funcionales y sexuales, y cambios neurobiológicos permanentes o muy duraderos (Maniglio, 2009; Pereda, 2010; Pereda & Gallardo, 2011). No obstante, es importante precisar que la información disponible no permite establecer un síndrome específico asociado a la experiencia de agresión sexual (Pereda, 2010), ya que otras variables también pudieran explicar la sintomatología presente en quien ha sido víctima este tipo de agresiones.

Por otro lado, el nivel de impacto de la agresión sexual en el desarrollo también estará mediado por factores previos en la vida del niño, tanto a nivel biológico, psicológico como social, los cuales podrían explicar las secuelas negativas en su vida (Maniglio, 2009).

Finalmente, una parte de la población podría no presentar secuelas asociadas a la victimización, ya que han logrado una adecuada adaptación a lo largo de su ciclo vital, pese a la adversidad que presentan, desarrollando procesos compensatorios (Cicchetti y Toth, 2005), no mostrando un daño significativo posterior.

Existen distintos tipos de ajuste en las víctimas, los cuales van a depender de la manera en que se dio la agresión sexual, elementos contextuales y situacionales, características de quien es el agresor sexual, características de la víctima (especialmente variables cognitivas), entre otras, las cuales van a explicar el nivel de impacto de la experiencia de agresión sexual y su sintomatología (Cantón y Cortés, 2015). No obstante, y pese a la existencia de procesos compensatorios, al menos un 80% de las víctimas sufren consecuencias psicológicas negativas, principalmente a corto plazo (Echeburúa & Corral, 2006).

Resulta relevante insistir en que una de las variables que va a influir en el nivel de gravedad de los problemas que puedan presentar los niños, es el momento evolutivo en el que se encuentran, ya que se ha determinado que las consecuencias también se van a expresar de distintas maneras según etapa del desarrollo (Echeburúa y De Corral, 2009; Cantón y Cortés, 2015). Es así como los niños que están en la etapa preescolar pueden mostrar estrategias de negación de lo ocurrido, ya que cuentan con recursos psicológicos más limitados. Y niños en etapa escolar tienden a presentar más sentimientos de culpa y de vergüenza ante la situación de agresión sexual (Echeburúa & Corral, 2006).

En este punto parece importante relevar la importancia del tipo de intervención que ofrecemos a los niños que han sido víctimas de agresiones sexuales, toda vez que la experiencia de agresión sexual se vive en la mayor cantidad de los casos en un espacio íntimo y en un contexto relacional, por lo tanto el encuentro en psicoterapia debe propiciar el establecimiento de una relación que otorgue condiciones de seguridad ya que podrían presentar resistencias de iniciar un proceso de terapia y hablar de sus heridas, ya que los conflictos ocurrieron con cuidadores de confianza (Gil, 2006).

Considerando los datos anteriores, y las consecuencias asociadas al impacto de haber sufrido una agresión sexual en la infancia, es que la intervención también ha sido fuente de estudio, siendo relevante dar cuenta tanto de la literatura actualizada en términos nacionales como internacionales.

Como primer elemento a destacar, es importante dar cuenta que la intervención con niños que han sido víctimas de agresiones sexuales presenta dos vías de trabajo, las cuales pueden ser desarrolladas en conjunto. Por un lado, la intervención psicosocial, incluye tanto el tratamiento psicológico, la intervención social y el aspecto legal, y por otro, la intervención psicoterapéutica se encarga de desarrollar procesos psicológicos en un espacio terapéutico, siendo el psicólogo, el especialista en la atención de los casos (Pinto-Cortez, 2011).

Por lo tanto, el abordar los casos de agresión sexual implica un trabajo multidisciplinario que integre todas las miradas, considerando a su vez los distintos sistemas comprometidos con el fenómeno de las agresiones sexuales. En el caso del trabajo psicoterapéutico, la intervención estaría situada en el nivel del sistema terapéutico, de la familia y del niño (Pinto-Cortez, 2011).

En términos de la política pública, en nuestro país contamos con Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Grave (PRM) para abordar las secuelas asociadas a experiencias de agresión sexual. Dichos programas forman parte del Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, que forma parte de la nueva institucionalidad de niñez adolescencia, y que anteriormente se conocía como Servicio Nacional de Menores (SENAME).

Los PRM consideran dentro de sus orientaciones técnicas el poder contribuir a la reparación de las secuelas asociadas al maltrato grave, incluido el de agresiones sexuales, además de interrumpir la ocurrencia de nuevas vulneraciones, favorecer la resignificación de la experiencia de maltrato grave y fortalecer los recursos tanto a nivel individual como familiar (SENAME, 2019). En este sentido, las intervenciones desarrolladas por profesionales especialistas en el área, dan cuenta de modelos específicos de intervención con población infanto-juvenil que han sido víctimas de agresiones sexuales.

Considerando lo anteriormente dicho, es relevante precisar el valor que tiene desarrollar procesos de investigación en psicoterapia, no solo porque su estudio presenta corta data (Bemales et al. 2005; Krause et al. 2006), sino que también porque es la relación terapéutica la mayormente estudiada, dentro de los factores de cambio (Krause et al., 2006), pero teniendo un desarrollo muy incipiente en la población infanto juvenil, sobre todo con niños y niñas que hayan sido víctimas de agresiones sexuales.

A su vez, se tiene conocimiento de que los procesos de investigación en psicoterapia se han centrado principalmente en recoger las observaciones y cambios experimentados por quienes forman parte de los procesos de intervención, principalmente desde la perspectiva de los pacientes, no obstante, la mirada de los terapeutas aún se encuentra en proceso de desarrollo, y más aún si se trata de conocer la fundamentación que está a la base de sus intervenciones, siendo relevante considerar la experiencia subjetiva de los terapeutas para comprender a cabalidad lo que subyace a sus intervenciones. (Krause et al. 2018).

El concepto de experiencia subjetiva presenta diversas definiciones, siendo pertinente para esta investigación ofrecer la integración que realizan Krause et al. (2018) en torno al concepto, señalando que la experiencia subjetiva “es la síntesis vivencial del conjunto de estados mentales o representaciones interiorizadas que produce una persona y que se expresa a través de procesos metacognitivos” (Grawe, 2004, como se citó en Krause et al., 2018, p.252), donde se agrega que esta “experiencia explica cómo los individuos dan sentido a su experiencia, la simbolizan y articulan a través del lenguaje como modo de expresión y de autoconocimiento, y generan así nueva experiencia que puede ser organizada narrativamente” (Greenberg, 2002, como se citó en Krause et al., 2018, p.252).

Lingiardi et al. (2018) en una búsqueda sistemática de artículos entre 1987 y 2017 dieron con evidencia relacionada con las características subjetivas del terapeuta y los resultados de las psicoterapias psicodinámicas, donde se resalta que los estilos de apego de los terapeutas, su historia interpersonal con los cuidadores y su autoconcepto podrían afectar los resultados de la psicoterapia, pero que también dependerían del uso de técnicas, la patología del paciente y la alianza terapéutica. Dicho estudio da cuenta también de que tanto las habilidades reflexivas como las características de personalidad de estos, necesitan seguir siendo abordadas.

A partir de los antecedentes anteriormente presentados se evidencia la necesidad de contar con mayor cantidad de literatura que releve la experiencia de terapeutas en el trabajo con niños que han sido víctimas de agresiones sexuales, puntualizando en el rol que cumple el

juego en el proceso de construcción de la relación terapéutica. Se cuenta con poca información respecto a las estrategias que están utilizando los terapeutas en los procesos de intervención con juego, pese a que la evidencia muestra que los niños que han sido víctimas de agresiones sexuales valoran de forma positiva que los terapeutas incluyan el juego en la terapia (Núñez, 2021; Madrid, 2018). Finalmente, falta profundizar en torno a la metodología utilizada por terapeutas para acceder al mundo interno de los niños y promover la construcción de la relación terapéutica, contando con menos información, si es que nos referimos al uso del juego para este fin.

Por otro parte, la experiencia de trabajo con juego en los dispositivos de atención ambulatoria perteneciente al actual Servicio Mejor Niñez (Ex SENAME) no ha sido estudiada hasta la fecha, solo existiendo evidencia en el trabajo con algunas técnicas específicas, pero sin considerar una mirada más amplia, sobre todo en lo que respecta a la influencia que podría tener, o no, en la construcción de la relación terapéutica.

Por tanto, en un contexto donde predomina la falta de estudios en el ámbito terapéutico de la intervención con juego, particularmente en el ámbito de las agresiones sexuales, es que adquiere relevancia la presente investigación, todo con el fin de poder contribuir a la mejora de la calidad de los procesos de intervención, relevando la experiencia de terapeutas del área, y compartiendo conocimiento y buenas prácticas en torno al trabajo con niños que han sido víctimas de agresiones sexuales.

En virtud de lo señalado, y a partir de la propia experiencia en el trabajo clínico con niños que han sido víctimas de agresiones sexuales, es que emerge la presente investigación, formulándose la siguiente pregunta:

¿Cuál es el rol que cumple el juego, en la construcción de la relación terapéutica, en los procesos de psicoterapia, con niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales?

Con esta investigación se espera aportar nuevos conocimientos acerca del juego, pero particularmente en torno al rol que ocupa en los procesos de construcción de la relación terapéutica con niños que han sido víctimas de agresiones sexuales.

En base a una metodología cualitativa, se realizó un análisis narrativo de las entrevistas desarrolladas a 7 terapeutas que se encontraban desarrollando procesos de psicoterapia con niños que habían sido víctimas de agresiones sexuales, tanto en el ámbito público como privado, construyendo ejes temáticos que orientaron el análisis de los resultados.

La presente investigación se enmarca dentro del Proyecto Fondecyt N° 1200627 “Proceso de cambio psicoterapéutico en niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales: Hacia un modelo comprensivo de la influencia de factores de los adultos responsables, las intervenciones y la relación terapéutica”

II. MARCO TEÓRICO

1. Conceptualización de las agresiones sexuales desde una perspectiva constructivista evolutiva

Revisando la literatura, es importante mencionar que la epistemología es considerada una disciplina filosófica que tiene como fin comprender cómo es que se conoce la realidad, coexistiendo al respecto dos planteamientos: el objetivismo, que establece que el conocimiento es representación directa de la realidad, y el constructivismo, que invita a entender el conocimiento como construcción de la experiencia. Por lo tanto, se va a entender el *constructivismo* desde la perspectiva de que es la persona quien activamente va a construir el conocimiento del mundo externo, siendo la realidad interpretada de distintas maneras (Feixas y Villegas, 2000; Neimeyer, 2013).

La epistemología constructivista llega a la psicología a partir de Kelly y Piaget, pese a que en principio la aceptación no fue del todo fácil, ya que la psicología estaba acostumbrada a trabajar bajo los supuestos objetivistas, no obstante, poco a poco se fue dando mayor crédito a sus postulados (Feixas y Villegas, 2000).

Es así como la teoría de Piaget se posicionó en este escenario de manera relevante, ya que logró un planteamiento constructivista desde una posición teórica, experimental y aplicada, al señalar que el conocimiento surge de la interacción entre el sujeto y el objeto (realidad), a partir de un proceso de construcción, y no puramente desde el objeto o sujeto, como se planteó anteriormente. Piaget resalta que la única manera de conocer un objeto, es a partir de la acción del individuo sobre él, y la posibilidad de transformarlo, por lo tanto, no podemos hablar de copias de la realidad, sino que de transformaciones que llevan al conocimiento (Feixas y Villegas, 2000).

La presente investigación tendrá como eje articulador los postulados de la perspectiva teórica constructivista evolutiva la cual se presenta como un enfoque que integra desde, los enfoques cognitivos, la perspectiva constructivista de Piaget en torno a los aspectos del desarrollo psicológico, junto con el enfoque evolutivo (Sepúlveda, 2020).

Por otro lado, se escoge esta perspectiva como guía de este estudio ya que se considera desde las psicoterapias constructivistas, que la persona que sufre una agresión sexual puede integrar la experiencia a su historia vital, donde pese a que están presentes elementos negativos, no va a determinar el futuro ni la visión que pueda tener la persona de sí misma (Capella, 2011), a diferencia de lo planteado por las psicoterapias que se focalizan en el trauma, las cuales pueden presentar el riesgo de ser deterministas, toda vez que la persona que sufre una agresión sexual puede ser vista como una víctima dañada, interpretando sus mecanismos adaptativos como patológicos, es decir, el foco está puesto en el daño y no en sus recursos (Martínez, 2014).

En cuanto a las definiciones que existen en torno al trauma, desde una perspectiva constructivista, se reconoce la existencia de diversos autores que presentan elementos en común y algunas discrepancias esperables. Es importante mencionar, que cuando hablemos de trauma estaremos considerando a las agresiones sexuales como evento que podría provocar una experiencia de trauma.

Sewell y Williams (2002) plantean que el trauma aparece cuando la persona no logra narrar la experiencia traumática de manera continua ni coherente, y no puede conectar el yo presente con el yo pasado, viéndose comprometida también la construcción del yo del futuro. Es decir, se establece un flujo narrativo que presenta fisuras, estableciéndose una “narrativa rota”, lo que impacta la relación que establece la persona con los otros (audiencia), ya sea a partir del propio aislamiento del mundo social o por acciones de la propia audiencia, no lográndose una co-narración, impidiendo la aparición de un nuevo sentido de la experiencia de la persona.

En este sentido, su planteamiento va en la misma línea que lo planteado por Neimeyer et al. (2006) quien señala que los eventos traumáticos irrumpen en la organización que hacen las personas respecto a su experiencia vital, promoviendo la aparición de identidades dominadas por los problemas y no permitiendo su integración. Las narrativas se ven afectadas tanto por la introducción de experiencias incoherentes con la trama anterior de la persona (desorganización de la autonarrativa), la aparición de un “yo traumático” como núcleo de las experiencias vitales de la persona, el cual se puede consolidar tanto a nivel personal como social (dominio narrativo), como por una disociación narrativa, es decir, aislar el recuerdo traumático de la conciencia como del contexto social.

Por su parte, Erbes (2004) propone pensar la definición de trauma desde una perspectiva dialéctica, donde el trauma es conceptualizado no solo como la alteración de las creencias principales que tiene la persona respecto a sí mismo, el mundo y los otros, generando un alto monto de angustia, tanto en el momento del evento como posteriormente, sino que también a partir de la idea de que la persona puede ser activa en el ejercicio de resistir a las secuelas de la experiencia traumática, relevando la capacidad que presenta para sobrellevar los efectos de éste. Ayudar a las personas a reconocer las contradicciones de las narrativas (yo traumatizado y no traumatizado) puede ser sumamente beneficioso para las personas, reconociendo que ambas narrativas son mutuamente válidas.

Finalmente, Sermpezis y Winter (2009) en sus estudios descubren que a diferencia de lo señalado por Sewell (Sewell et al., 1996, citado en Sermpezis y Winter , 2009), quien plantea que el trauma aparece cuando el evento traumático es disociado de los conceptos centrales de la persona, es decir, cuando está desconectado de los constructos de las personas, el trauma pareciera estar más elaborado que aquellos eventos que podrían ser considerados no traumáticos, ocupando una posición superior dentro de los constructos personales de la persona traumatizada.

No obstante, Capella (2017) propone, a partir de su estudio, que lo planteado por ambos autores, en torno al exceso de elaboración de la experiencia traumática como la falta de

elaboración de la experiencia, respectivamente, no son planteamientos contradictorios, y agrega que ambas narrativas desorganizadas forman parte de un desequilibrio, concepto que se basa en la propuesta de Piaget, refiriendo que la experiencia de trauma, como experiencia disruptiva, no es incorporada de manera exitosa en los esquemas previos del individuo, dado el alto monto de angustia que implica o porque el esquema previo presenta una escasa capacidad para hacer frente al problema.

Por lo tanto, desde esta perspectiva, el propósito de la psicoterapia con niños que presentan trauma es favorecer la integración del evento desorganizador en su narrativa, a partir de la construcción de representaciones alternativas de sí mismo y de la asimilación de la experiencia, desde una nueva narrativa más coherente y significativa (Neimeyer et al., 2006). El foco de la psicoterapia será conocer la vivencia subjetiva del niño, en torno al evento disruptivo, para promover la superación de la experiencia a partir de nuevos significados (Capella y Gutiérrez, 2014; Capella et al. 2015).

Dentro de los objetivos de la terapia, Capella et al. (2015) señalan que lo central es favorecer la desculpabilización de la víctima y hacer el giro hacia promover la responsabilización de la persona que ejerce la agresión sexual. Por su parte, el posibilitar que la víctima reconozca las estrategias utilizadas por el agresor, logrando comprender la asimetría relacional entre ambos, y visualizar el rol que ocupa en la dinámica abusiva de un completo sometimiento, es otro objetivo específico de trabajo, siendo ambos trabajados de manera paralela.

Si bien los procesos de reparación aluden en su definición a la recuperación del daño, lo cual presenta una utilidad social pero no personal (Martínez, 2014), se hace relevante colocar el énfasis en la necesidad de considerar dentro de los objetivos de la psicoterapia el poder “superar” la experiencia de agresión sexual, la cual permite que los niños puedan otorgarle un nuevo significado a la experiencia abusiva.

Es así como se busca la integración de dicha experiencia en la propia identidad e historia vital, yendo más allá de la experiencia abusiva, sus síntomas y sus efectos, en este sentido, la superación implica que no se vuelve al punto anterior, sino que se logra resignificar la experiencia y el fortalecimiento personal (Capella y Gutiérrez, 2014).

El impacto de las agresiones sexuales, desde una perspectiva cognitiva, plantea que la aparición de síntomas, y los efectos de la violencia, estarían vinculados a las percepciones y atribuciones otorgadas por los niños en cuanto a la agresión sexual (Villaruel et al., 2014). En este sentido, el modelo de las dinámicas traumatogénicas de Finkelhor & Browne (1985) sería una manera de comprender la relación entre el evento abusivo y el ajuste psicológico posterior, considerando la existencia de esquemas cognitivos en la víctima que van a influir en cómo se relacionan con el mundo.

Dichos esquemas adquieren el nombre de “Dinámicas traumatogénicas”, las cuales, como se mencionó anteriormente, van a interferir en la visión que tienen las víctimas de agresiones sexuales del mundo, de los otros y de sí mismos. Estas dinámicas son: “sexualización traumática”, “estigmatización”, “traición” y “pérdida de control o indefensión” (Finkelhor & Browne, 1985), las cuales posteriormente son ampliadas por Barudy y Dantagnan, (2009) quienes agregan a esta lista la dimensión de “rabia” y “trastorno disociativo”. Por otro lado, niños que han sufrido agresiones sexuales podrían presentar trastornos del desarrollo, de la socialización, de los procesos resilientes y la aparición de traumas infantiles (Barudy y Dantagnan, 2009).

2. Intervención en trauma y agresiones sexuales

Existen al menos cuatro estudios de meta análisis que dan cuenta de la importancia de abordar las consecuencias de las agresiones sexuales infantiles en contexto psicoterapéutico, señalando lo relevante que es abordar los casos de agresiones sexuales a partir de modelos establecidos en psicoterapia (Hetzl-Riggin et al. 2007; Harvey y Taylor, 2010; Sánchez-Meca et al. 2011; Tichelaar et al. 2020). La existencia de tratamiento parece

tener un mayor efecto sobre los problemas secundarios que la ausencia de tratamiento (Hetzel-Riggin et al. 2007).

Harvey y Taylor (2010) sugieren que la psicoterapia suele proporcionar resultados beneficiosos para intervenir en las secuelas asociadas a las agresiones sexuales en la infancia, observándose una reducción de la sintomatología y una mejora en la autoestima. No obstante, señalan que es importante considerar distintos factores que podrían moderar el resultado del tratamiento, especialmente para los resultados relacionados con trauma, donde la terapia puede ser más eficaz cuando se adapta a las necesidades individuales del niño, teniendo en cuenta además su sintomatología específica, desarrollo evolutivo, contexto y antecedentes.

Un segundo estudio de meta-análisis sugiere que para determinar cuál es el mejor tratamiento en casos de agresiones sexuales se debe considerar ciertos moderadores que van a influir en la elección del tratamiento, junto con el tipo de problema secundario (problemas de conducta, malestar psicológico, entre otros) (Hetzel-Riggin et al. 2007).

Es importante considerar la variedad heterogénea de los niños que han sufrido agresiones sexuales, siendo necesario contar también con una variedad de tratamientos que se adecúe a las necesidades particulares de cada uno (Hetzel-Riggin et al. 2007).

Para los problemas de conducta, la terapia específica para el abuso, la de apoyo y la terapia grupal muestran mayor eficacia. En los casos de malestar psicológico, la terapia cognitivo-conductual y la individual tuvieron mejores resultados. En cuanto a los problemas de auto-concepto, la terapia cognitivo-conductual, la terapia específica para el abuso, y la de grupo, destacan. No obstante, dichas dificultades también fueron más propensas a corregirse sin tratamiento. Finalmente, la terapia de juego fue concebida como el tratamiento ideal para los problemas de funcionamiento social (Hetzel-Riggin et al. 2007).

Sánchez-Meca et al. (2011), en su meta-análisis, examinan los efectos de los diferentes tratamientos para mejorar las secuelas de las agresiones sexuales en niños, donde la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es más efectiva cuando se combina con una terapia de apoyo y/o algún componente psicodinámico (por ejemplo, la terapia de juego). La mezcla de estos elementos de tratamiento permite tratar simultáneamente los sentimientos, pensamientos y comportamientos de los niños que han sido víctimas de agresiones sexuales.

Existe un importante número de estudios que da cuenta de la durabilidad de los efectos de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TF-CBT) para el tratamiento de las secuelas psicológicas de las agresiones sexuales infantiles (Cohén et al., 2005).

En cuanto a los formatos de aplicación (con componente narrativo y sin componente narrativo) la investigación da cuenta que ambos producen resultados positivos, observándose solo algunas diferencias en sus resultados, como que al existir narrativa por parte del niño en el proceso de terapia se logra reducir la ansiedad y el miedo asociada al abuso, como también disminuir la angustia de los padres. Pero que, en el caso de no existir una narrativa, de igual forma se observan efectos positivos, principalmente en las prácticas de crianza y una disminución de la sintomatología externalizante (Deblinger et al. 2011).

Siguiendo esta línea, Jones & Morris (2007) abren el debate en torno a si es necesario que los niños que han sido víctimas de agresiones sexuales presenten una narrativa de su experiencia en sesión con su terapeuta, llegando a la conclusión, a partir del estudio clínico de dos casos, que el hecho de contar lo ocurrido en terapia no necesariamente forma parte de una terapia efectiva. Agregan que no es necesario volver a contar en terapia lo ocurrido ya que previamente han tenido que hacerlo no solo a su familia, sino que también en instancias judiciales. Observan finalmente que los niños cuentan lo sucedido en terapia principalmente porque no han presentado apoyo familiar y necesitan ser escuchados y validados por un externo.

Finalmente, Tichelaar et al. (2022), plantean que si bien no existe un consenso sobre las mejores prácticas de psicoterapia para niños que han sido víctimas de agresiones sexuales, sí se vislumbran ciertos enfoques y componentes del tratamiento más específicos que dan cuenta de una mayor efectividad en procesos de psicoterapia con esta población. En primer lugar, la TCC general podría ser una opción adecuada para clientes con síntomas (sub)clínicos de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).

En segundo lugar, la TCC específica para el Abuso Sexual Infantil (ASI) podría utilizarse tanto con niños en edad preescolar como con niños mayores y sus padres, y podría ser especialmente eficaz cuando se inicia luego de haber sufrido una experiencia de agresión sexual.

En tercer lugar, la TF-CBT podría ser más eficaz para niños altamente vulnerables y con secuelas de trauma.

En cuarto lugar, la terapia de grupo podría ser más eficaz para las niñas que para los niños. Por último, la Exposición Prolongada para Adolescentes (PE-A, por sus siglas en inglés) podría ser la terapia preferida para los clientes con un elevado estado de ira. En lo que respecta a los componentes eficaces del tratamiento, centrarse en la creación de una narrativa de las experiencias traumáticas de ASI del niño en la terapia parece prometedor, pero aún es un resultado preliminar si se tiene en cuenta el escaso número de estudios que examinan los componentes específicos del tratamiento.

A nivel internacional, Eliana Gil, ha desarrollado su carrera profesional durante 48 años, trabajando principalmente con víctimas de distintos tipos de agresiones, incluidas el abuso sexual, destacando en su enfoque la adecuación del tratamiento a las características lingüísticas y cognitivas de los niños, considerando su nivel de desarrollo.

Eliana Gil además reconoce la utilidad de distintos enfoques en el tratamiento de esta población, y apuesta por la integración de terapias directivas como no directivas, o la

interfaz entre terapias expresivas y terapias cognitivo conductuales (Gil, 2006). Dicho planteamiento también es coherente con los resultados encontrados en la revisión de las intervenciones en arte terapia desarrollada por Pifalo (2007), quien descubre que la combinación entre arteterapia y terapia cognitivo-conductual forma parte de un tratamiento eficaz con niños que han sufrido agresiones sexuales. Por un lado, la terapia cognitivo-conductual es capaz de establecer objetivos claros para la intervención en trauma, y por otro, el arteterapia presenta propiedades que posibilitan la consecución de dichos objetivos, de una forma organizada, eficiente y no amenazante.

Cattanach (2008), refiere que la primera etapa a desarrollar en la intervención es el establecimiento de una relación entre el niño y el terapeuta, posibilitando el desarrollo de la confianza y que se establezca un lugar seguro para a exploración. El terapeuta en esta fase también debe conocer los problemas específicos que aquejan al niño. Una segunda etapa corresponde a la exploración a través de los materiales (juguetes y objetos) dispuestos en el espacio, o a partir del juego dramático, de una manera centrada que facilite la integración, y el encontrar el sentido, de las experiencias de agresión. En esta fase se puede observar el juego repetitivo. Finalmente, la última etapa busca desarrollar una autoestima e identidad que no se encuentre entrelazada con la experiencia de agresión sexual.

En Chile, a través de M. Teresa Llanos y A. Caroline Sinclair (2001), se sistematiza la experiencia desarrollada en la atención a víctimas de agresiones sexuales durante la infancia, donde se incorporan aquellos aspectos que forman parte de las denominadas “terapias de reparación” (concepto que luego será cuestionado y modificado) y que vienen a entregar un modelo relativamente ordenado de las etapas del tratamiento. Es así como se señala que la psicoterapia debiera comenzar con que el niño logre “reconocerse como víctima”, para luego “reconocerse como sobreviviente” y finalmente “celebrar la vida”. A su vez, relevan la importancia de favorecer la construcción de un contexto terapéutico seguro y confiable.

3. Investigación en intervención con niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales infantiles en Chile

Existen investigaciones en nuestro país, que han tenido como foco principal el investigar el cambio en niños que han sido víctimas de agresiones sexuales a través de procesos psicoterapéuticos. Se cuenta con evidencia que plantea que el cambio es posible y que está mediado por ciertos factores que inciden en su ocurrencia. Las investigaciones han recabado información proveniente de las narrativas tanto de niños, niñas, adolescentes, cuidadores y terapeutas y han levantado la percepción de sus procesos de terapia respecto a la superación de las experiencias de agresiones sexuales (Capella y Gutiérrez 2014; Capella y Rodríguez 2018; Águila et al. 2016; Capella et al. 2015).

En cuanto al proceso de cambio en psicoterapia con niños que han sido víctimas de agresiones sexuales se considera relevante poder discriminar entre aquellos elementos y componentes que favorecen y dificultan el cambio psicoterapéutico.

En cuanto a los componentes de la intervención, se destaca la importancia de considerar cómo la superación de las agresiones sexuales cumple un papel importante en la experiencia vital de los padres de niños que fueron víctimas de agresiones sexuales, rescatando que la intervención debe contemplar no solo la vivencia de los niños sino que también la de los adultos a cargo, quienes también deben atravesar la experiencia de superación de la experiencia de vulneración, orientando el trabajo hacia una intervención psicosocial que contemple a todos los actores involucrados en el proceso (Dussert, et al. 2017).

Dentro de los elementos de cambio se destaca que el proceso que el proceso de cambio se da de manera gradual, donde en principio los niños expresan sentimientos de tristeza y angustia para luego dirigirse hacia un estado de mayor bienestar emocional y psicológico (Capella, et al. 2015; Capella y Rodríguez, 2018; Capella et al. 2018). A su vez, presentan una mayor preparación para superar retos futuros, con mayor fortaleza personal y confianza en sí mismos, retomando el control de sus vidas (Capella, et al. 2015).

En cuanto al proceso de resignificación de la experiencia abusiva, como indicador de cambio en la psicoterapia, solo se logra en algunos casos, y corresponde a niños de mayor edad, que lograron desarrollar procesos de psicoterapia de al menos un año y medio de atención (Capella y Rodríguez, 2018). Otros elementos que promueven el cambio son el tener claridad del motivo de consulta por parte de los niños, la participación de un adulto responsable, y el trabajo familiar y social (Capella y Rodríguez, 2018).

El desarrollar procesos de intervención de manera gradual y progresiva también se identifica como elementos propios de la psicoterapia con niños que han sido víctimas de agresiones sexuales, identificándose tres fases en el proceso de psicoterapia: en un primer momento se debe establecer la vinculación con el espacio de terapia, la cual será la antesala para dar curso a la fase intermedia que correspondería a la resignificación de la experiencia abusiva, y terminar con la consolidación de los cambios (Águila et al. 2016).

Finalmente, se destaca la valoración positiva que presentan los niños respecto a aspectos lúdicos y relacionales en psicoterapia, los cuales son considerados como promotores del proceso de superación de la experiencia de agresión sexual, donde reportan una disminución en su malestar inicial asociado a su experiencia de agresión sexual (Madrid, 2018). Se da énfasis a la construcción de la relación terapéutica, el juego y el abordaje de la temática abusiva en sesión como factores que promueven la superación de la experiencia.

Como elementos centrales se destaca la experiencia emocional que presenta el niño con su terapeuta, basada en la confianza hacia este y el espacio terapéutico, actuando como facilitadores del proceso terapéutico, en términos de presentar una mejor disposición ante la psicoterapia y como experiencia reparadora en sí misma. Se destaca además “la forma de ser” del terapeuta como favorecedor del proceso psicoterapéutico, el cual es descrito en principio como difícil, expresando resistencias para la participación, para luego generarse mayor apertura y aceptación del espacio de terapia. A su vez se destaca que más allá de la

persona del terapeuta lo importante son las características del mismo, así como el tipo de intervención que desarrollan y las habilidades de contención que presentan (Madrid, 2018).

3.1. La investigación en intervención en tiempos de COVID-19

En este apartado se van a describir algunos estudios desarrollados en contexto COVID-19, respecto a la intervención en agresiones sexuales en dispositivos psicosociales, dependientes de los organismos colaboradores del ex SENAME, actual Mejor Niñez.

La corporación Opción, organismo que lleva tiempo interviniendo en temáticas de vulneración de derechos, desarrolló una sistematización en torno a las principales experiencias en torno al trabajo a través de plataformas online con infancia vulnerada. Se desprende de esta investigación que los profesionales no solo tuvieron que abordar los motivos de las derivaciones a sus respectivos centros, sino que también acompañar en los desafíos que implicó atravesar una pandemia, y los efectos psicosociales del confinamiento en niños, niñas y adolescentes (Astorga, 2020).

Por otro lado, Pinto-Cortez et al. (2021) realizan una investigación asociada a los significados de los profesionales que intervienen en contexto de crisis sociosanitaria de la ONG PAICABI, concluyendo que, pese a los desafíos de intervenir en un contexto de crisis, los profesionales logran desarrollar procesos de intervención a partir de su motivación, adecuada preparación, trabajo en equipo, y uso de tecnologías. El hecho de trabajar con familias que se encuentran en contexto de aislamiento, con menos recursos, y el aumento de estrés en las familias, implicó que deben estar más atentos a eventuales nuevas vulneraciones de derechos, o impedir la cronificación de experiencias de malos tratos.

4. El juego en terapia

Al abordar el juego se nos abre un amplio campo de literatura asociada a su conceptualización, no obstante, con el fin de responder a nuestra pregunta de investigación, es que se hace necesario enfocarse en la importancia que este presenta en el ejercicio clínico, particularmente, en el uso que se le da en los procesos de psicoterapia.

El juego lleva muchos años siendo reconocido como algo importante para los niños. En el siglo XVIII, Rousseau (1762/1930), señaló que era importante observar el juego de los niños, para favorecer su comprensión. En 1909 Sigmund Freud es el primero en documentar su experiencia en el trabajo psicoterapéutico, a través del juego, con un niño de 5 años (Landreth, 2018).

De aquí en adelante son distintos los autores y corrientes que abordan el juego en psicoterapia. Hug-Hellmuth (1921), Melanie Klein (1955) y Anna Freud (1946, 1965) consideraron que el juego era esencial para el desarrollo del análisis infantil. Por su parte, David Levy (1938) desarrolló un trabajo con enfoque estructurado para el trabajo con niños que han vivido situaciones de alta tensión, denominándolo terapia de la liberación.

Por otro lado, Jesse Taft y Frederick Alien (1934) desarrollan la terapia de juego de relación, la cual constituyó el tercer desarrollo significativo en la terapia de juego, y finalmente, Virginia Axline (1947) quien fue estudiante y colega de Carl Rogers, adaptó los principios de la terapia centrada en el cliente (Rogers, 1951) al trabajo con niños y niñas, denominada, terapia de juego no-directiva (Landreth, 2018).

O'Connor et al. (2015), plantean en su trabajo clínico la importancia de contar con una definición respecto a lo que se entenderá por terapia de juego, la cual se extrae de los planteamientos provenientes de la APT (Asociación para la Terapia del Juego,) y es comprendida como el uso sistemático de un modelo teórico que cuenta con una base sólida, y que va a favorecer el establecimiento de un proceso interpersonal para ayudar a las

personas a resolver dificultades, a partir del uso de los poderes terapéuticos del juego que actúan como mecanismos de cambio y permiten la superación de los problemas.

En cuanto a las investigaciones sobre terapia de juego, un estudio de meta-análisis, que incluyó 42 estudios experimentales entre 1947 y 1997, arrojó dentro de sus resultados que la terapia de juego presenta un efecto positivo moderado en los tratamientos de niños, donde la participación de los padres y la duración del tratamiento, que incluían terapias de una duración entre 30 a 35 sesiones, predijeron un mejor resultado (LeBlanc y Ritchie, 1999).

Por su parte, Ray et al. (2001) elaboraron un segundo estudio de meta-análisis que abarcó 94 estudios de investigación entre los años 1940 y 2000, obteniendo como resultado un gran efecto positivo en sus resultados en torno a la terapia de juego, considerando todas las modalidades de terapia, edad, género, población clínica y no clínica, entornos y escuelas de pensamientos teórico. A su vez, los efectos positivos estaban mediados por la participación de los padres en el tratamiento, y un número significativo de sesiones.

A diferencia de los adultos, que utilizan la palabra hablada para expresar sus preocupaciones, el medio de comunicación primordial de los niños es el juego, por lo tanto, en los procesos de psicoterapia es el terapeuta quien debe encontrar la modalidad evolutivamente apropiada para facilitar la libre expresión del niño (Landreth, 2018).

Posiblemente los niños de 6 años han participado en más de 15 mil horas de juego. Su utilización no solo sirve para desarrollar las funciones esperadas en el desarrollo de un niño (lenguaje, funciones cognitivas, competencia social, etc.) sino que también para aliviar las dificultades emocionales y de comportamiento (Reddy et al. 2005).

4.1 El juego desde una mirada constructivista - evolutiva

Sepúlveda (2020) plantea que, para desarrollar procesos de psicoterapia con niños, desde un enfoque constructivista evolutivo, es necesario considerar el desarrollo de la función simbólica en el niño, es decir, evaluar si puede representar una acción, objeto o esquema, a través de otro medio, como podría ser el juego. Y, parafraseando a Piaget, pone énfasis en considerar el estadio de desarrollo en que se encuentre el niño para evaluar como utiliza el juego simbólico.

Es así como en el primer estadio, que se presenta a partir del segundo año de vida, se puede observar una representación de objetos que se han hecho simbólicos. Luego, en el estadio II, que va desde los cuatro a los siete años aproximadamente, el juego simbólico se va acercando cada vez más al mundo real, convirtiéndose el juego en una imitación de la realidad. Luego, en el estadio III, el juego simbólico comienza a disminuir, acercándose los niños a los juegos de reglas, entre los once y doce años de edad. Por lo tanto, el niño atraviesa una serie de fases que van desde el juego de ejercicio, pasando por el de construcción lúdica, hacia el juego simbólico, los juegos realistas, para finalizar en un juego colectivo a través del juego de reglas (Sepúlveda, 2020).

En cuanto a la utilización del juego en la psicoterapia constructivista, es relevante mencionar la importancia que otorgan los terapeutas a entregar protagonismo a las voces de niños, las cuales fácilmente pueden ser silenciadas por el mundo adulto (Freeman et al., 2001).

Uno de los elementos distintivos de la terapia constructivista, es que a diferencia de las terapias abiertas y menos estructuradas (como la centrada en el niño) el terapeuta constructivista colabora íntimamente con el niño en el juego, donde este va a representar, de una manera indirecta, el problema que podría aquejarlo, pero separado de su identidad, pudiendo manipular el problema y hacer las modificaciones que sean necesarias (Freeman et al., 2001).

A su vez, el niño adquiere un protagonismo importante, en términos de que puede ser agente de cambio, a través del uso de herramientas lúdicas que posibiliten la externalización del problema (Freeman et al., 2001), por lo tanto, si el niño es capaz de identificar el problema, sean en términos metafóricos como verbales (contexto de juego) y a su vez se ha logrado establecer una relación terapéutica entre este y su terapeuta, se podrían ampliar las herramientas a otras técnicas, como “externalizar preguntas” u otro tipo de preguntas constructivistas, que se adecúen al nivel de desarrollo del niño (Watts y Garza, 2013).

En cuanto al uso de métodos y técnicas psicoterapéuticas desde el enfoque constructivista-evolutivo es importante señalar que lo primordial en su uso es que se adapten al niño y a su nivel de desarrollo, es decir, las técnicas tienen que ajustarse al desarrollo psicológico de la persona. De esta manera, los métodos basados en acciones e imágenes se utilizan en etapas preoperacionales y en la etapa de operaciones concretas.

En la etapa de las operaciones concretas también se pueden utilizar métodos verbales y de mayor abstracción, principalmente en adolescentes y jóvenes (Sepúlveda, 2020). Cabe destacar que la manera de presentar los diferentes métodos y técnicas comienza desde actividades de tipo sensorial y de acción, hacia las que contemplan la simbolización y abstracción, lo cual también se puede desarrollar a la inversa, considerando el desarrollo evolutivo de cada niño (Sepúlveda, 2020).

El uso del juego en la psicoterapia constructivista-evolutiva, forma parte de los métodos y técnicas denominados “narrativas por la acción”, es decir, los niños ensayan actividades y papeles sociales a través de la acción (Sepúlveda, 2020).

Desde este enfoque el juego puede desarrollarse de distintas maneras. El juego puede darse de manera espontánea, donde los niños escogen los materiales de juego y las actividades; puede desarrollarse de manera guiada, donde el terapeuta acompaña al niño en base a propuestas de acción que le permiten flexibilizar sus esquemas; puede ser directivo, siendo el terapeuta quien delimita las actividades para explorar significados; y puede ser

estructurado o de reglas, los cuales se utilizan principalmente en espacios escolares o de socialización (Sepúlveda, 2020).

4.2. Los factores curativos del juego

Schaefer en el año 1999 hace un listado de los factores terapéuticos del juego, a los cuales les llamó “poderes del juego”. Para este autor el juego permite la autoexpresión, donde los niños pueden representar en él sus pensamientos y sentimientos. Al utilizar el juego, este les permite tomar distancia emocional de sus experiencias, las cuales pueden contener una gran carga emocional, aliviando experiencias estresantes o traumáticas a través del proceso de abreacción.

El juego también permite la enseñanza directa e indirecta, sea aprendiendo como relacionarse con otros niños a través de muñecos, o permitiendo, a través de la lectura de cuentos, por ejemplo, la emergencia de posibilidades para aprender alguna lección, siendo el juego considerado también como un ensayo conductual (Schaefer, 2012).

A través del juego se da la posibilidad de representar en miniatura lo que se espera del niño frente a alguna situación, anticipando el escenario y previniendo una situación estresante (Inoculación del estrés) (Schaefer, 2012).

El niño en el juego puede expresar situaciones de malestar, pero simulando que tiene el poder de modificar una situación, es decir, puede pasar de tener un papel pasivo a uno activo (Schaefer, 2012).

El juego permite la catarsis y posibilita la emergencia de afectos positivos ya que en general los niños la pasan bien jugando y está permitido la expresión de sentimientos en un espacio seguro, a partir de la canalización de aquellos impulsos que podrían ser poco aceptados y permitirse obtener la gratificación de sus deseos mediante la fantasía de compensación, pero también poner a prueba la realidad (Schaefer, 2012).

La utilización del juego permite el apego y la mejora de la relación, sobre todo entre padres/madres e hijos/hijas, fortalece la empatía y posibilita el desarrollo del juicio moral. Los niños cuando juegan pueden tener por única vez la posibilidad de sentir control y poder, además de un sentido personal de competencia y autocontrol y encontrar soluciones creativas a los problemas. Por medio del juego el niño puede adquirir mayor sentido de sí mismo y obtener un desarrollo acelerado, en el sentido de que cuando juegan podrían simular tener una edad y conducta superior (Schaefer, 2012).

Finalmente, uno de los poderes que está vinculado a la presente investigación es que el juego permite la construcción del rapport, cuando el niño responde de manera positiva al terapeuta (Schaefer, 2012).

4.3. El terapeuta que utiliza el juego

En general los terapeutas que utilizan el juego intencionan en su práctica clínica el ser “genuinos” en las sesiones que establecen con niños, ya que, según estudios, el ser “genuino” parece fortalecer la relación terapéutica y por lo tanto se convierte en una habilidad indispensable a desarrollar en terapia, además de considerar otras habilidades en el proceso de psicoterapia (Blanco et al., 2014).

Purswell et al. (2021) señala que existen 10 cualidades y/o actitudes que definen a un terapeuta de juego y que promueven el desarrollo de un adecuado proceso de psicoterapia, generando cambios significativos en niños. Cada una de las características son discutidas en profundidad en dicho estudio y evidencian la importancia de considerar aspectos propios de la personalidad de los profesionales para la intervención clínica. Estas características son: sintonía con el niño, sintonía con uno mismo, compostura/comportamiento, aceptación del niño, autenticidad, aceptación de sí mismo, actitud centrada en el niño, voluntad/compromiso, valoración de la construcción de un lugar seguro, y receptividad.

Por su parte, Landreth (2018) considera al adulto que interviene como alguien especial, y que, a diferencia de otros adultos, ve al niño como una persona digna de respeto, y logra percibir todo lo que hace, interesado de manera genuina en sus sentimientos y actividades lúdicas, estando plenamente presente. A su vez, señala que los terapeutas tienen que ser conscientes de lo que hacen, y el motivo de sus decisiones, siendo cuidadosos en sus palabras y actuar, además de ver al niño como una persona única y con los recursos para afrontar diversas situaciones, es decir, confiar en sus capacidades.

El mismo autor propone a partir de su trayectoria clínica, que los profesionales que utilizan el juego, y más particularmente los terapeutas de juego, presentan características de personalidad que los vuelven eficaces en su práctica clínica, como son hablar de la importancia de ser objetivo (ver al niño como una persona aparte) y flexible (aceptar lo inesperado) Landreth (2018).

Por otro lado, el terapeuta no juzga ni evalúa, presenta una mentalidad abierta y orientada al futuro, es paciente y presenta alta tolerancia a la ambigüedad, sobre todo porque le permite al niño que él guíe la sesión de juego, el terapeuta se mueve en un espacio de incertidumbre Landreth (2018).

Además, debe presentar coraje para admitir sus errores y asumir riesgos, y poder compartir sus sentimientos de manera no defensiva. La autenticidad, afecto y cariño, además de la aceptación y compromiso sensible también son cualidades de un terapeuta de juego, junto con la seguridad en sí mismo y un sentido del humor. Finalmente, para este autor, un terapeuta de juego debe tener la capacidad de comprenderse a sí mismo, sobre todo cuando tiene que mirar sus debilidades y fortalezas en el ejercicio clínico, aceptándose, para permitirle al niño ser diferente a él o ella (Landreth, 2018).

4.4. Intervención con juego en casos de trauma y agresiones sexuales

A continuación, se presentarán algunas conceptualizaciones teórico clínicas que existen en torno a la relevancia de utilizar el juego en psicoterapia con niños y que han sido víctimas de agresiones sexuales y/o presentan trauma.

Malchiodi (2015) refiere que, a lo largo de su experiencia clínica, ha notado como los niños reviven sus traumas no solo en sus mentes, sino que también en sus cuerpos. Las artes creativas y las terapias de juego son una forma de hacerlo, estableciendo una relación entre el terapeuta y el niño, y desarrollando actividades que permitan la comunicación entre cerebro derecho y cerebro izquierdo, a partir de estrategias relacionales y orientadas a la acción.

A su vez, las artes y el juego también ofrecen posibilidades únicas para la expresión no verbal y la creación de significados, cada vez que es muy difícil comunicar lo indecible por los niños, quienes utilizarán de manera intuitiva las artes expresivas y el juego para representar lo que están viviendo, colocando el énfasis en los elementos sensoriales de la actividad artística y lúdica.

La aproximación de los niños a sus experiencias de trauma y/o agresiones sexuales genera montos altos de angustia en ellos, lo que genera en los terapeutas la pregunta en torno a la manera de abordar los contenidos dolorosos para los niños, donde el abordaje directo como indirecto de la experiencia abusiva es relevante para la intervención, pero que va a depender de algunos factores su aplicación, como el momento de la terapia, las características del niño que se esté atendiendo, y la naturaleza del conflicto a abordar. (Capella et al. 2015).

En el caso de las estrategias indirectas, el juego es uno de sus principales medios y, a través de este (como también de los cuentos y el arte), se va a favorecer la simbolización de la experiencia de agresión sexual a través de la metáfora. En el juego no se impone de manera literal los contenidos asociados a la experiencia de agresión sexual, sino que se promueve

que el niño pueda proyectar e identificar su experiencia a un nivel metafórico, en un lenguaje que sea adecuado para él, que respete sus mecanismos de defensa, sus tiempos y que no sea revictimizante (Capella et al. 2015).

La simbolización actúa como una herramienta que permite que el niño pueda integrar la experiencia de agresión sexual, donde a través de ella, puede simbolizar, y a la vez aceptar, situaciones dolorosas y angustiantes, pudiéndolas modificar y aislar del contexto que genera malestar, sin sentir amenaza y tomando la distancia necesaria para sentirse seguro y poder resignificarla sin salir de la metáfora (Capella et al. 2015).

El rol del terapeuta, en la terapia que utiliza estrategias no directivas, es otorgar un espacio seguro donde los niños puedan abordar los contenidos dolorosos asociados a sus experiencias de agresión sexual, identificándose dos formas que pueden ocupar para acercarse a la experiencia de los niños y promover la resignificación.

Por un lado, el terapeuta puede utilizar un rol directivo, planteando las temáticas que se van a abordar en sesión, escogiendo la metáfora que se va a utilizar, y detectando el mejor momento para abordar la experiencia de agresión sexual de manera simbólica; por otro lado, su rol puede ser no directivo, dando cabida a que el niño se pueda expresar de manera libre en sesión. No obstante, la literatura señala que el posibilitar un juego libre, sin dirección por parte del terapeuta, podría ser abrumador para el niño, por lo tanto, se sugiere desarrollar un acercamiento más estructurado, que genere seguridad y contención en el niño para abordar los contenidos dolorosos. (Capella et al. 2015).

Cuando el terapeuta trabaja con metáforas, es importante que no interprete de manera anticipada el contenido de ellas y se mantenga en el nivel simbólico, ya que de esta manera podrá profundizar más en las emociones y significados del niño (Capella et al. 2015).

Particularmente, la terapia de juego entrega la posibilidad de cambiar y expandir aspectos de la identidad en niños que han sido víctimas de agresiones sexuales, a partir de la exploración de nuevos roles y formas de ser en la actividad de juego. En el juego se logran desplazar los significados, y se exploran nuevas tramas y soluciones alternativas a las historias dominantes de estos niños, ampliando su experiencia de agresión sexual para encontrar formas en sus juegos, y posteriormente en la realidad, que no repliquen los patrones en las relaciones abusivas (Cattanach, 2008).

El espacio de relación, construido entre el niño y su terapeuta, también es fundamental en el encuentro con el juego, ya que es a partir de esa experiencia que emerge el simbolismo y la metáfora que le permiten al niño comenzar a ordenar y dar sentido a los sentimientos que presenta como resultado del trauma y la agresión sexual. A partir de la colaboración entre ambos el juego va adquiriendo mayor sentido, lo que va a favorecer desarrollar una identidad personal y social más integrada (Cattanach, 2008).

5. Conceptos de relación terapéutica y alianza terapéutica con niños y niñas

Al igual que en la psicoterapia con adultos, la intervención presenta como eje central el establecimiento de una relación terapéutica, la cual permite la consecución de los resultados positivos terapéuticos (Shirk et al. 2011), no obstante, no ha sido lo suficientemente estudiada (DeVet, Kim, Charlot-Swilley & Ireys, 2003; Shirk & Saiz, 1992 en Núñez y Gómez, 2019), siendo principalmente objeto de estudio el constructo de alianza terapéutica infantil, a partir de los postulados de Bordin (1979), donde se evalúa las dimensiones de acuerdo y colaboración en torno a las metas y tareas terapéuticas, y el vínculo.

Por otro lado, los instrumentos de aplicación se desarrollan principalmente con adultos y terapeutas, prestándole menor atención a la perspectiva de los niños (Núñez y Gómez, 2019).

5.1. Relación terapéutica

La relación terapéutica será comprendida como los sentimientos y actitudes que terapeuta y paciente experimentan el uno hacia el otro, y las formas en que los expresan, ya sea de manera verbal, no verbal, de forma explícita o implícita (Gelso, 2014 en Altimir et al. 2017).

La relación terapéutica presenta dos dimensiones que favorecen su explicación. Por un lado, encontramos la dimensión técnica, que se caracteriza por establecer una asimetría entre paciente y terapeuta, y por otro, la dimensión asociada al papel del intercambio afectivo, caracterizado por una simetría relacional (Altimir et al. 2017). Ambas dimensiones se expresan a lo largo de la terapia configurándose como una experiencia que no es estática y que adquiere un mayor nivel de complejidad en la medida que avanza el proceso.

Por su parte, al ser una experiencia que presenta movimiento, es el terapeuta quien cumple un rol fundamental para el establecimiento de la alianza, ya que actúa como articulador del proceso de terapia, a partir de su condición asimétrica, favoreciendo la consecución de objetivos terapéuticos. En cuanto a la dimensión simétrica, propia del intercambio afectivo, la relación también avanza de manera gradual y va adquiriendo mayores niveles de profundidad a lo largo del proceso de psicoterapia (Altimir et al. 2017).

Desde el constructivismo, se entenderá la relación terapéutica como el arte de estar presente para otra persona, lo cual se va a desarrollar en un contexto de empatía y respeto, permitiendo que la persona logre autoobservarse y llevar a cabo acciones y experiencias vitales, todo acompañado del rol activo del terapeuta. En la relación terapéutica es fundamental la colaboración entre paciente y terapeuta y la acción, siendo indispensable que la colaboración se de manera igualitaria y no autoritaria. Tanto paciente como terapeuta son responsables del cambio (Mahoney, 2005 en Sepúlveda, 2020).

Para Núñez, et al. (2021) la relación terapéutica se construye de manera gradual y dinámica. Involucra al niño y su terapeuta, y a los padres y el terapeuta. Este proceso se desarrolla a partir de un encuentro emocional positivo entre todos los participantes, donde el terapeuta es quien debe facilitar el encuentro a partir de una actitud lúdica, con alto compromiso, y demostrando autenticidad en el vínculo. El establecimiento de esta relación de confianza es lo que va a permitir el cambio.

En el proceso de construcción de la relación terapéutica con niños, es el terapeuta quien toma el liderazgo de manera inicial, quien a partir de una actitud lúdica promueve la expresión y participación de los niños en terapia, lo cual genera en los niños la posibilidad de contar con una experiencia positiva, que se basa en el juego y la diversión con otro, en el espacio de terapia (Núñez, et al. 2021).

En cuanto a la participación de los padres, la relación terapéutica se establece a partir del encuentro colaborativo con el terapeuta, el cual se basa en un intercambio amigable y profesional, donde el terapeuta los valida y apoya. Esta actitud del terapeuta promueve la superación de las posibles reticencias, al comienzo de la terapia, por parte de los padres (Núñez, et al. 2021).

En síntesis, Núñez et al. 2021, refiere que el proceso de construcción de una relación terapéutica positiva se organiza en cuatro temas:

En primer lugar, plantea que la relación terapéutica permite el encuentro del niño con un adulto (el terapeuta) que tiene la intención de ayudar, y que, a su vez, presenta una actitud lúdica que invita a la interacción, la cual se ajusta a la edad del niño y a la etapa del desarrollo en la que se encuentra (Núñez et al. 2021).

En segundo lugar, la relación terapéutica implica un encuentro donde niño y terapeuta se involucran a partir del juego y la diversión, siendo la actividad lúdica central en los procesos de psicoterapia. El terapeuta, deben seguir, validar, respetar, atender las necesidades y los

ritmos del niño para favorecer la construcción de la relación. La utilización del juego también promueve que el terapeuta salga de su posición de experto, lo que promueve el establecimiento de una relación de confianza, ya que se acerca al mundo del niño, empoderándolo. La interacción se torna positiva y es mediada por el juego, la cual se vuelve simétrica, sobre todo en los procesos de psicoterapia más largos, ya que, en el caso de terapias breves, la relación se mantiene de manera asimétrica (Núñez et al. 2021)

En tercer lugar, la relación terapéutica implica la construcción de una relación de confianza, apoyo y cuidado, es decir, la calidad del encuentro es fundamental e implica un desarrollo paulatino a lo largo de la terapia (Núñez et al. 2021).

En cuarto lugar, el papel de la relación terapéutica promueve el aumento de la motivación de los niños y sus padres respecto a la terapia, principalmente cuando presentan alta reticencia para formar parte del proceso de intervención. Al construir una relación terapéutica, la motivación aumenta, por lo tanto, se pueden extender los procesos de intervención y favorecer el cambio, principalmente en la dimensión relacional y del autoconcepto de los niños (Núñez et al. 2021).

5.2. Alianza terapéutica infantil

Karver et al. (2005), sugiere que el constructo de alianza terapéutica es comprendido a través de tres dimensiones; la conexión emocional (confianza, calidez mutua, respeto positivo y apoyo), la conexión cognitiva (esperanza, expectativas, voluntad de participar), y participación conductual en el tratamiento, evidenciando en dicho modelo una mayor cercanía para el estudio en población infanta juvenil.

Otros estudios, que han recibido reportes de terapeutas, sugieren que aquellos aspectos que influyen en la alianza terapéutica con niños, son la colaboración y el vínculo en el proceso de psicoterapia, incluyendo la empatía y la confianza en el desarrollo de la alianza. A su vez se valora de manera significativa la experiencia de capacitación y supervisión en

terapeutas y el compromiso y apoyo de los padres con la terapia, contribuyendo a la calidad de la alianza con el niño. El desarrollo de la confianza de los padres, la validación de sus capacidades y la ayuda para comprender las experiencias emocionales de su hijo o hija, sirvieron para desarrollar la alianza con los padres.

Finalmente, la creatividad del terapeuta, la conciencia de sí mismo y el autocuidado continuo fueron aspectos que destacaron en el estudio (Campbell y Simmonds, 2011).

Particularmente, en los casos de niños que han sufrido agresiones sexuales, el considerar las características del contexto donde se desarrollan los procesos de psicoterapia, como la contención que debe presentar el espacio de terapia, van a favorecer la construcción de la alianza terapéutica, además de la utilización de diversas estrategias para su establecimiento (Águila et al. 2016).

5.3. Relación terapéutica en casos de trauma y agresiones sexuales desde una perspectiva teórica-clínica

Existe poca evidencia sobre el papel de la relación terapéutica en los procesos de intervención con niños que han sido víctimas de agresiones sexuales, más aún a nivel nacional. Son algunas investigaciones que se aproximan a considerar la relevancia que esta tiene en los procesos de cambio, no obstante, aún falta mucho. Por lo tanto, a continuación, se expondrán algunos elementos conceptuales que emergen de investigación local, para luego presentar algunos postulados de autores que forman parte de la práctica clínica.

Los aspectos que van a influir en la experiencia de la psicoterapia con niños que han sido víctimas de agresiones sexuales, son la relación terapéutica, el juego, y el abordaje de la experiencia abusiva en sesión (Madrid, 2018), donde considerar el uso del juego, a través de la metáfora y la simbolización, va a favorecer el abordaje de los contenidos que podrían resultar dolorosos y difíciles de expresar de manera verbal. Para esto, se va a requerir la utilización de técnicas indirectas, que favorezcan la elaboración de la experiencia abusiva,

a partir de un clima que no juzgue ni castigue (Paone y Maldonado, 2008; Capella et al, 2015), siendo sumamente importante generar la sensación de seguridad en el espacio de psicoterapia para que puedan expresar en su juego libremente las escenas que podrían estar cargadas de eventos traumáticos (Ogawa, 2004).

Para favorecer el trabajo de reconstrucción de la historia de vida del niño que presenta traumatización, se requiere previamente la construcción de una sólida construcción de la relación terapéutica, que, a su vez, favorezca el desarrollo de un apego seguro en el niño. Es así, como el establecimiento de una relación sintonizada y resonante con el terapeuta, el dialogo mentalizador reflexivo y el apego terapéutico son la base para construir esta relación terapéutica (Marrodan, 2010)

Por tanto, el establecimiento de una relación terapéutica no solo implica el considerar las características propias de niños que presentan traumatización asociada a vivir experiencias de agresión sexual, sino que también el considerar la competencia técnica y la habilidad personal del terapeuta para su construcción, siendo ambos elementos fundamentales para la construcción de la relación y para la intervención en el trabajo de sanación con víctimas de agresiones sexuales (Pinto-Cortez, 2011).

En cuanto a los profesionales que utilizan el juego en los procesos de terapia con niños que presentan trauma y experiencias de agresión sexual, este debe desarrollarse, de acuerdo a lo que plantean O'Connor et al. (2015), por profesionales que presenten una adecuada formación en la temática, una sólida base en terapia de juego, una comprensión acabada de lo que significa padecer un trauma interpersonal y conocer los efectos en niños, todo con el fin de poder responder de manera efectiva y sanadora a sus necesidades.

Los terapeutas deben ser compasivos, comprensivos y conscientes de sí mismos, especialmente de sus propios problemas relacionados con el trauma interpersonal, ya que el niño puede traer historias desgarradoras que presenten un impacto en el terapeuta,

gatillando diversas emociones (O'Connor et al., 2015).

Necesitan trabajar bajo una estructura en sesión que posibilite una sensación de previsibilidad y estabilidad, dado que en general los niños que han presentado traumas, van a provenir de entornos caóticos (O'Connor et al., 2015), necesitando a un terapeuta que le otorgue dicha predictibilidad a través de un espacio de cuidado y apoyo, a través de la aceptación afectuosa en la relación terapéutica (Landreth, 2018). Finalmente, el terapeuta debe entender cómo el niño experimentó el trauma y si alguno de los cuidadores fue el que generó la vulneración. De esta manera puede comprender su juego y planificar el tratamiento, para acercarse al cambio y la sanación (O'Connor et al., 2015).

Perry y Szalavitz (2017) refieren que es necesario que el terapeuta cumpla un rol que posibilite la reconstrucción de la confianza, a través de un vínculo que se base en la aceptación, que sea genuino y empático, ayudándoles a recuperar la confianza a partir de la valoración de sus esfuerzos, alentando la toma de decisiones y la resolución de problemas, y animándolos a dirigir la sesión de juego.

Por otro parte, el terapeuta debe otorgar la posibilidad de recuperar la sensación de seguridad, a través de un entorno seguro en terapia, estableciendo límites cuando sea necesario. Finalmente, plantean que los terapeutas deben ayudarlos a reconectar con el amor, el cual es curativo y va a favorecer un apego solidario y reparador entre el niño o niña y su cuidador Perry y Szalavitz (2017).

El papel del terapeuta es ayudar al niño a utilizar los materiales de juego para expresarse eficazmente, y trabajar activamente con éste en la dirección que lo desee. A su vez, el terapeuta es audiencia y oyente empático y va registrando las historias y explicaciones que emergen en el juego, otorgándole significado e importancia para que se sienta valorado (Cattanach, 2008).

III. OBJETIVOS

Pregunta de investigación

¿Cuál es el rol que cumple el juego, en la construcción de la relación terapéutica, en los procesos de psicoterapia, con niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales?

Objetivo General

Caracterizar el rol que cumple el juego, en la construcción de la relación terapéutica, en los procesos de psicoterapia con niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales.

Objetivos Específicos

1. Describir los significados asociados al uso del juego, en el proceso de construcción de la relación terapéutica, desde la perspectiva de los/las terapeutas.
2. Describir los elementos utilizados en el juego, y los principales recursos lúdicos, vinculados a la construcción de la relación terapéutica, con niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales, desde la perspectiva de los/las terapeutas.
3. Identificar las cualidades y actitudes del terapeuta en el uso del juego, vinculados a la construcción de la relación terapéutica, desde la perspectiva de los/las terapeutas.
4. Identificar las características de niños y niñas, en el uso del juego, vinculadas a la construcción de la relación terapéutica, desde la perspectiva de sus terapeutas.

IV. MARCO METODOLÓGICO

1. Enfoque Metodológico

La presente investigación busca dar cuenta del rol que cumple el juego en el proceso de construcción de la relación terapéutica con niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales.

Para ello se buscó describir el proceso de construcción de la relación terapéutica a partir de los significados otorgados por terapeutas que trabajan con dicha población, sea en el ámbito particular como en Programas de Reparación en Maltrato (PRM), y conocer sus experiencias en torno al uso del juego en los procesos de intervención, mediante el levantamiento de narrativas asociadas a su experiencia.

Se utilizó como diseño de investigación un enfoque de tipo cualitativo, el cual busca comprender los fenómenos, estudiándolos desde la mirada de los participantes en su contexto natural (Sampieri, 2018), sin anteponer hipótesis explicativas previas, presentando una lógica inductiva (Taylor y Bodgan, 1994).

Se escoge este tipo de estudio ya que favorece la comprensión de los procesos psicoterapéuticos e incorpora elementos contextuales que permitan acercarse a los fenómenos psicosociales complejos (Krause, 2011).

2. Diseño y tipo de estudio

La investigación se presenta como un estudio de tipo exploratorio, ya que el propósito fue examinar los significados de terapeutas en torno al uso del juego en los procesos de intervención, experiencia que no ha sido suficientemente investigada, contando solo con algunas evidencias orientadas a otras temáticas, y no necesariamente a lo que sucede en el espacio de la intervención con niños que han sido víctimas de agresiones sexuales,

existiendo dudas en torno a la manera en que se utiliza el juego y como se podría vincular con el proceso de construcción de la relación terapéutica (Sampieri, 2018).

Así mismo es un estudio de tipo descriptivo, ya que busca recolectar información asociada a los significados que presentan los terapeutas en torno al uso del juego en los procesos de intervención, caracterizando las narrativas y describiendo su ocurrencia desde la mirada de los terapeutas. A su vez, el estudio presenta un diseño no experimental, ya que se recogieron las narrativas de terapeutas en contexto natural, donde no se manipularon variables, dando cuenta de las experiencias de los entrevistados (Sampieri, 2018).

3. Participantes

3.1 Selección de los participantes

En los estudios cualitativos, el tamaño de la muestra va a depender del nivel de saturación de los resultados, pudiendo variar a lo largo de la investigación y teniendo como fin indagar en profundidad un fenómeno, y así poder responder a las preguntas de investigación (Sampieri, 2018). De esta manera, el tamaño de la muestra no se fija a priori, estableciéndose un número aproximado, donde la muestra final se establece cuando ya no existan datos novedosos, es decir, cuando exista una “saturación de categorías” (Martínez-Salgado, 2012).

El presente estudio contempló dentro de sus participantes a terapeutas que presentaran experiencia en el trabajo psicoterapéutico con niños que han sido víctimas de agresiones sexuales, y que han desempeñado su trabajo tanto en Programas de Reparación en Maltrato Grave y Abuso Sexual Infantil (PRM) como en la práctica privada (consulta particular), y que se encuentren actualmente trabajando en dichos programas o hayan sido parte de ellos en años anteriores.

A su vez, los terapeutas se encontraban desarrollando procesos de psicoterapia tanto en atención presencial como remota (dada la contingencia sanitaria a nivel mundial) y atendían a niños que habían sido víctimas de agresiones sexuales tanto a nivel intrafamiliar como extrafamiliar. El número de arranque muestral fue de siete participantes, distribuidos en la zona central del país, existiendo paridad de género, es decir, participaron 3 mujeres y 4 hombres en el presente estudio.

Tanto la edad de los participantes, el marco teórico de referencia, los años de experiencia en el desarrollo de procesos de psicoterapia con niños que han sido víctimas de agresiones sexuales, como la trayectoria académica que presentaban, fue variada, ya que se buscó que los resultados pudieran otorgar diferentes miradas para profundizar en la información obtenida.

Se realizó un muestreo por conveniencia, dado que se tomó una muestra que facilitó la recolección de la información y disponibilidad de las personas de formar parte de la misma (Otzen, & Manterola, 2017).

Las estrategias de acceso a la muestra fueron a partir de la elaboración de un listado de profesionales que se tuviera conocimiento que estaban trabajando en intervención con niños que hayan presentado experiencias de agresión sexual, todo esto a partir de los contactos de la investigadora.

Luego de seleccionar la muestra inicial, se revisaron las variables asociadas a su caracterización personal, es decir, edad, género, experiencia, trayectoria académica, domicilio, y se seleccionaron aquellos participantes que pudieran responder al criterio de heterogeneidad de la muestra, pero considerando elementos en común para precisar los resultados y enriquecer la teoría, ajustándola a un grupo reducido.

Posteriormente se tomó contacto con los seleccionados, quienes accedieron rápidamente a formar parte de la investigación, luego de enviarles un documento informando el alcance del estudio, y la solicitud de aprobar el consentimiento informado.

Como criterios de inclusión se buscó que la muestra presentara características de homogeneidad, es decir, que formaron parte de este estudio psicólogos y psicólogas que tuvieran experiencia desarrollando procesos de psicoterapia con niños que hayan sido víctimas de agresiones sexuales, y que tuvieran algún grado de experiencia en la atención reparatoria en Programas de reparación en maltrato y abuso sexual grave (PRM) pertenecientes al SEN AME (actual Mejor Niñez) o recibir derivaciones desde el Ministerio Público a través de las Unidades Regionales de Atención a las Víctimas y Testigos (URAVIT).

Por su parte, se buscó que la muestra presentara características de heterogeneidad, escogiendo a psicólogos tanto de género femenino como masculino, que presentaran variabilidad en sus años de experiencia laboral, y que su formación académica fuera diversa, es decir, escoger a terapeutas que tuvieran formación profesionalizante (especialización en intervención infanto juvenil y/o en violencia) y/o académica (grado de magister).

En cuanto a los criterios de exclusión, quedaron fuera los profesionales que desarrollan procesos de psicoterapia con niños que han sido víctimas de agresiones sexuales pero que trabajan en el sector de salud (CESFAM, Elospiales, COSAM), aquellos que no cuenten con experiencia en intervención psicoterapéutica especializada (casos de agresión sexual), y otros terapeutas que no cuenten con el grado de psicólogo, que trabajan en el ámbito particular con esta temática (terapias complementarias, trabajadores sociales).

3.2 Caracterización de la muestra

Los datos de caracterización de la muestra, que se muestran en la tabla N°1, se realizaron a partir de las entrevistas realizadas a los mismos participantes, es decir, terapeutas de niños que presentaron experiencias de agresión sexual.

Se buscó resguardar la identidad de los participantes mediante el uso de un número, con objeto de impedir su identificación, sea en la tabla de caracterización de los casos como en el apartado de los resultados.

La siguiente tabla muestra la caracterización de los participantes de la investigación realizada:

Tabla 1

Caracterización de la muestra

Participante ²	Edad	Género	Años de experiencia ³	Enfoque teórico ⁴	Formación Académica ⁵	Tipo de atención ⁶
1	33	F	3	Enfoque vincular	Diplomados en terapia de juego e intervención infanto-parental	Online y presencial
2	32	F	7	Sisémico Narrativo	Diplomados en intervención infanto juvenil y parental	Online y presencial
3	40	M	5	Sistémico Narrativo Humanista	Diplomados en intervención infanto juvenil y parental	Online y presencial
4	42	M	6	Integrativo	Diplomado en intervención en violencia	Presencial

² El número de participante va a corresponder posteriormente al número de las viñetas en la sección de resultados

³ Desarrollando intervención psicoterapéutica con niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales

⁴ De acuerdo a lo mencionado por cada entrevistado

⁵ Idem

⁶ Hasta la fecha de la entrevista

5	39	M	13	Psicoanálisis relacional	Diplomado en terapia de juego y magister en infancia	Online
6	45	F	13	Enfoque sistémico vincular	Diplomado en especialización sistémica y magister en educación	Online y presencial
7	35	M	9	Sistémico constructivista	Diplomado en intervención infanto-juvenil, diplomado en intervención en violencia, y Magister en infancia	Online y presencial

La muestra estuvo constituida por 4 hombres y 3 mujeres. El promedio de edad fue de 38 años. El terapeuta que tuvo menor edad fue una mujer de 32 años, y el que tuvo mayor edad una de 45 años.

En cuanto a los años de experiencia desarrollando procesos de psicoterapia con niños que han sido víctimas de agresiones sexuales, estos fluctúan entre los 3 años de experiencia y los 12 años, siendo el promedio 8,5 años de trayectoria.

La trayectoria académica de los terapeutas es diversa. 5 de los 7 participantes presentaron especialización en el área clínica infanta juvenil, contando con formación en estrategias de intervención infanto juvenil y terapia de juego, y solo dos participantes presentaron formación en intervención en violencia y trauma.

De la totalidad de los participantes solo tres presentan el grado de magister, uno de ellos presenta formación en el área clínica infanto juvenil y el otro en políticas públicas en infancia (desarrollado en el extranjero). Una de las participantes presenta un magister en educación y un master en el extranjero en neuropsicología.

En cuanto al enfoque teórico que guía las intervenciones de los terapeutas, de acuerdo a lo mencionado, se describe la utilización de enfoques sistémicos, narrativos, vinculares, construccionistas y desde el psicoanálisis relacional.

Finalmente, de los siete participantes, cinco se encontraban atendiendo de manera exclusiva a niños en contexto de atención particular, dejando sus funciones en el PRM (Programa de reparación en maltrato y abuso sexual grave) hace algunos meses o porque se encontraban en otro rol dentro del programa. Uno de los participantes, había asumido el rol de dirección hace algún tiempo. Los otros dos participantes, se encontraban insertos en un PRM.

El tipo de atención que desarrollaban los profesionales era vía remota y presencial, tanto para los que trabajaban en el ámbito particular como en programa de reparación (PRM). Solo un terapeuta desarrollaba de manera exclusiva la atención remota (psicólogo particular).

4. Técnica de producción de datos

La entrevista cualitativa es una técnica que surge desde la investigación cualitativa. La entrevista se genera a partir del interés que presenta el investigador por cuestionar la realidad que pretende conocer, siendo el instrumento que va a condensar las preguntas que le permitirán ponerse en contacto con la diversidad de percepciones que puede tener el entrevistado, sobre su mundo y la interpretación que realiza de este. El entrevistador, luego de aplicar su entrevista, puede realizar una construcción de la realidad del entrevistado, a partir de la construcción que este mismo hace de su realidad (Tarrés, et al. 2014).

En la entrevista cualitativa se genera una relación igualitaria entre entrevistador y entrevistado que se caracteriza por la comunicación entre ambos y que les permite introducirse en el mundo del otro, siendo posible compartir sus respectivas subjetividades (Tarrés, et al. 2014).

La entrevista semiestructurada es una combinación entre la entrevista estructurada y no estructurada (Tarrés, et al. 2014), donde el entrevistador mantiene el foco sobre el tema que le interesa, dando espacio a que el entrevistado defina el contenido de lo que quiere expresar en la conversación.

Este tipo de entrevista se utiliza cuando no se va a tener más de una oportunidad para entrevistas a alguien (Bernard, 1988 en Cohén y Crabtree, 2006), y porque permite al entrevistador estar preparado de antemano a partir de un guión de entrevista (Cohén y Crabtree, 2006).

Para el presente estudio se utilizó la entrevista semiestructurada como técnica de recolección de datos, la cual, por sus características, permite elaborar preguntas que pueden ir modificándose o ampliándose una vez que avanza el proceso de recolección de los datos, con objeto de precisar algunos conceptos u obtener mayor información asociada a los objetivos de investigación (Sampieri, 2018). En base a los objetivos de la investigación se confeccionó un guión de entrevista, el cual se presenta en el Anexo N° 1.

4.1 Procedimiento

Con el fin de acceder a los participantes de la muestra, se tomó contacto con cada uno de ellos a partir de correo electrónico y/o teléfono celular, datos que la investigadora tenía en su poder ya que formaban parte de su red laboral, para conocer su disponibilidad y disposición para participar del presente estudio.

En paralelo se le envió una invitación a cada uno de ellos para participar de la investigación (Anexo 2), la cual contenía el objetivo del estudio y el procedimiento de desarrollo de la entrevista. Posteriormente, se accedió a responder dudas y preguntas en tomo a la investigación, donde una vez que aceptaron participar del proceso, se les envió el consentimiento informado (Anexo 3) para ser leído y firmado.

En cuanto al consentimiento informado, este contó con la identificación de la investigadora responsable, las características del estudio, el procedimiento a desarrollar en la fase de recolección de la información, la existencia de posibles riesgos y la manera de compensar si es que apareciera algún impacto negativo luego de la entrevista, y los alcances éticos en cuanto a la confidencialidad de la identificación de los participantes al momento de presentar los resultados.

El consentimiento fue entregado a los participantes para que lo leyeran, y en el caso de estar de acuerdo con participar del estudio, lo pudieran firmar. Es importante agregar que las entrevistas se desarrollaron de manera remota (a través de la aplicación zoom), por lo tanto, el documento de consentimiento también contó con un apartado que expresaba la modalidad de desarrollo de la entrevista y los instrumentos utilizados.

Se determinó realizar una entrevista con cada participante, la cual contó con un guión preliminar elaborado por la investigadora (Ver anexo nº1) el cual contempló diferentes ejes temáticos que buscaron responder a los objetivos de la presente investigación, como son el rol asignado por terapeutas al uso del juego en los procesos de psicoterapia, el entendimiento que presentan en torno a la construcción de la relación terapéutica, los recursos utilizados para su establecimiento, la utilización de recursos lúdicos, características personales de niños, y las cualidades del terapeuta. Todo esto en contexto de atención de niños que han sido víctimas de agresiones sexuales.

Las preguntas de la entrevista estuvieron orientadas a levantar las narrativas de los terapeutas respecto a su experiencia trabajando con niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales, y no apuntaban a un caso en particular.

Es importante señalar que la pauta de entrevista presentó ajustes a lo largo del proceso de recolección de los datos, donde se agregaron nuevas preguntas que buscaban profundizar en las narrativas de los participantes y precisar en sus contenidos, propio de los estudios de tipo cualitativo- exploratorio. Las entrevistas duraron alrededor de una hora, se realizaron

a través de la plataforma zoom, y previo al encuentro con el entrevistado se les envió un enlace, invitándolo a unirse a la reunión en un horario establecido previamente con el entrevistado. Se realizaron durante los meses de julio a noviembre del año 2021 siete entrevistas, las cuales fueron desarrolladas por la investigadora. Se determinó ese total de entrevistas ya que se consideró la saturación de la muestra.

5. Análisis de datos

Los referentes teóricos del análisis narrativo son la epistemología constructivista y el construccionismo social. El análisis narrativo a su vez forma parte de la investigación narrativa (Pinnegar y Daynes, 2007), y de las metodologías cualitativas (Capella, 2013).

El análisis narrativo poco a poco ha adquirido mayor presencia en el mundo de la investigación en ciencias sociales y humanas (Capella, 2013). Pese a eso, su difusión en nuestro país ha sido escasa (Bercansconi, 2011), particularmente en la psicología clínica (Capella, 2013).

La investigación narrativa es aconsejada para el estudio de un caso, o de pocos casos, y se busca que la muestra sea intencionada, ya que se espera poder interpretar de manera profunda los relatos que las personas construyen sobre sus experiencias (Bemasconi, 2011; Capella, 2013; Riessman, 2008).

El análisis narrativo busca entender la perspectiva de los participantes, a partir de sus relatos, los cuales contienen ciertos temas, estructuras y recursos lingüísticos, como parte de una investigación, siendo la unidad de análisis las narrativas de los participantes (Pinnegar y Daynes, 2007, en Capella, 2013).

Una de las técnicas para obtener dichos relatos es la entrevista, la cual es analizada prestando atención tanto al contenido de la misma como a la forma en que se presenta (Riessman, 2008).

En el caso de esta investigación, se utilizó el análisis narrativo temático, es decir, el análisis se centró en conocer los contenidos de los relatos de los participantes y sus significados, considerando la secuencia de las narraciones y la ubicación temporo espacial del relato, es decir, contextualizar las narrativas respecto a un lugar y un tiempo determinado (Riessman, 2008).

Se utilizó el programa de investigación y análisis de datos ATLAS.TI v8, el cual permite el procesamiento de los datos cualitativos, analizando cada entrevista por separado para luego desarrollar un análisis inter-casos, observando sus diferencias y similitudes.

V. Resultados

En el presente apartado se detallarán los resultados obtenidos a través del análisis de las narrativas de los terapeutas que participaron del presente estudio, considerando los ejes temáticos que se establecieron en un primer momento, e incorporando elementos emergentes que surgieron en el proceso de producción de la información.

Para una mejor comprensión de la información se establecieron tres grandes temas, los cuales serán definidos a partir de los datos que se levantaron en el análisis de las narrativas. Cada una de estos temas se va a subdividir en nuevos ejes temáticos emergentes, los cuales contemplarán información más detallada en torno a la información aportada por los entrevistados en torno al rol del juego en el proceso de construcción de la relación terapéutica.

Con el fin de ilustrar los resultados se incorporará una viñeta que dé cuenta de lo descrito en cada tema, escogiendo aquella que pueda representar aquello que se quiere exponer. Es así que, cuando aparezca la letra “T”, nos estaremos refiriendo a la expresión narrativa del “Terapeuta”, la cual será presentada con letra cursiva y entre comillas, para favorecer su identificación y comprensión. La letra “T” también será acompañada de un número, el cual corresponderá a la identificación del participante y el lugar que ocupó en la realización de la entrevista, esto con el fin de asegurar su confidencialidad. Dicho número estará correlacionado con la tabla que se expone en la categorización de la muestra (Tabla 1)-

A continuación, y con el fin de aportar en la lectura de los resultados, se presentará una tabla con los temas y subtemas (Tabla 2) que serán descritos a continuación.

Tabla 2*Temas y subtemas de análisis*

1.	El proceso de intervención con niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales y el uso del juego en la psicoterapia
1.1.	Marco comprensivo en tomo a temas relevantes para la intervención
1.2.	Estrategias desarrolladas según nivel de intervención
1.2.1.	Estrategias contextuales y familiares
1.2.2.	Estrategias de intervención individual: nociones generales en tomo al juego en terapia y recursos lúdicos en la psicoterapia con juego
2.	El proceso de construcción de la relación terapéutica
2.1.	Estrategias que favorecen la construcción de la relación terapéutica
2.2.	Elementos que dificultan la construcción de la relación terapéutica
2.3.	El proceso de construcción de la relación terapéutica en la atención remota
3.	Los participantes del proceso de construcción de la relación terapéutica a través del juego
3.1.	Características de los terapeutas en el proceso de construcción de la relación terapéutica a través del juego
3.1.1.	El rol del terapeuta en el proceso de intervención con niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales a través del juego
3.1.2.	Cualidades y actitudes en el proceso de construcción de la relación terapéutica a través del juego
3.1.3.	Aspectos personales asociados al ser terapeutas de niños y niñas víctimas de agresiones sexuales
3.2.	Características de los niños y niñas en el proceso de construcción de la relación terapéutica a través del juego
3.2.1.	Disposición al proceso de construcción de la relación terapéutica
3.2.2.	Diferencias individuales en el uso del juego en psicoterapia
3.2.3.	Indicadores que dan cuenta de la construcción de la relación terapéutica

A continuación, se expondrán los resultados expuestos en la Tabla 2. Cada tema presentará una descripción general de los contenidos que se abordarán posteriormente con mayor profundidad en cada tópico de análisis.

1. El proceso de intervención con niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales y el uso del juego en la psicoterapia

Se comenzará describiendo las narrativas que presentan los terapeutas en torno al proceso de intervención con niños que han sido víctimas de agresiones sexuales de manera general, dando énfasis en una primera instancia a los significados en torno a tres tópicos; infancia, juego y relación terapéutica. En este mismo apartado, y como segunda instancia de análisis, se dará cuenta de las etapas del proceso de intervención, a partir de las nociones que manejan los terapeutas en torno a los conceptos de “daño” y “reparación/resignificación”.

Posteriormente, se expondrán los significados de los terapeutas en torno al trabajo desarrollado según el nivel de la intervención psicoterapéutica en el que se encuentren trabajando, describiendo las narrativas vinculadas a cómo se ejecuta el trabajo contextual, familiar e individual en la psicoterapia con niños que han sido víctimas de agresiones sexuales.

1.1. Marco comprensivo en torno a temas relevantes para la intervención

A lo largo del proceso de intervención con niños que han sido víctimas de agresiones sexuales aparecen temas generales en los terapeutas que trascienden el trabajo psicoterapéutico, los cuales son considerados como tópicos que van a definir la forma en que se desarrollará la intervención psicoterapéutica. La conceptualización que realizan de cada uno de ellos va a influir en la elección de los procedimientos de intervención, la definición de los participantes en cada etapa del proceso, las estrategias y técnicas utilizadas, y la manera en que se acercarán a los niños que han sido víctimas de agresiones sexuales.

En cuanto al concepto de infancia, los terapeutas cuestionan la mirada adultocentrista que define a los niños como seres incompletos, y en cambio, se posicionan en un rol que promueve el respeto e interés superior del niño, lo cual se plasma en la forma de realizar las intervenciones, donde se evidencia que como terapeutas se acercan al mundo de los

niños, a través del juego, aprendiendo de ellos y validando su mundo personal. Como señala la siguiente terapeuta:

“...hay que tener como...no sé si como un constructo...pero una comprensión de la infancia desde un lugar amoroso, comprensivo y como valorar en el fondo que son personas legítimas ...como darle el valor que corresponde para poder finalmente relacionarte con ellos desde el lugar que debe hacerse...una valoración que comprenda lo que el niño te está entregando...eso es súper importante para trabajar con infancia... ”
(T1)

La comprensión que presentan los terapeutas en torno al juego, es que este es el lenguaje de los niños, es decir, una forma válida de comunicación, que permite la entrada al mundo interno de los niños que han sido víctimas de agresiones sexuales. Señalan que a través del juego se puede conocer los intereses, vivencias y sentimientos de los niños. Se destaca que, al momento de jugar, pueden expresar de manera no verbal, las vivencias de agresión sexual y/o las secuelas asociadas a dicha experiencia, convirtiéndose en un vehículo para acercarse al evento traumático.

El juego es definido como un espacio no amenazante, siendo considerado como un instrumento que permite la vinculación, favoreciendo la disminución de la desconfianza inicial con la que los niños llegan a terapia. Como señala el siguiente terapeuta:

“ ...en el caso de niños que hayan vivido experiencias de abuso, el juego a mí me resulta un elemento que instrumentalmente me ayuda a configurar más vínculo con los chicos que han tenido esta experiencia...hay un elemento que tiene que ver con la desconfianza, hacia el espacio terapéutico...hacia la figura del adulto, sobre todo en la red protectora ...en esas circunstancias he tenido que ocupar el juego... ” (T3)

El juego es comprendido como una actividad, que puede ocurrir de manera espontánea o de manera planificada. Es considerado como un lugar donde se puede ser genuino y no aparentar algo que no se es, tanto el niño como el terapeuta pueden encontrarse en ese espacio de respeto mutuo, como describe la siguiente terapeuta:

“a través del juego no hay máscaras entonces se puede ser tal cual ...permite ser tal como eres y tanto el terapeuta que puede estar u observar o participar en el juego más activo ” (T2)

En cuanto a la comprensión que presentan los terapeutas en torno a la relación terapéutica, esta es definida como el intercambio entre un niño y un adulto (terapeuta), que se basa en una retroalimentación mutua e implica la conformación de un espacio intermedio entre niño y terapeuta. La relación terapéutica se desarrolla de manera voluntaria y requiere del establecimiento de un lazo de confianza y seguridad, y es entendida como la base para desarrollar los procesos de psicoterapia. Establecer una relación terapéutica implica intervenir en las áreas afectadas en la vida del niño, principalmente, en su dimensión vincular, según refieren la mayoría de los entrevistados.

“... (el niño) sabe de qué yo tengo otro mundo, y de que él tiene otro mundo, entonces yo creo que la invitación es a crear un tercer mundo, que sea un mundo en el que nos encontremos ambos... ” (T5)

La psicoterapia, para los terapeutas, se divide en dos etapas; por un lado, los terapeutas mencionan que una de sus funciones es hacer una evaluación de daño, es decir, identificar las secuelas psicológicas de las experiencias de agresión sexual en la vida del niño. Los terapeutas plantean que el “daño” se hace visible en la sintomatología del niño, el tipo de juego que realizan en sesión, la manera que tiene de establecer la relación terapéutica, la existencia o no de relato asociado a su experiencia de agresión sexual. La mayoría de los

terapeutas asocian el concepto de “daño” con la presencia de indicadores que dan cuenta la existencia de dinámicas traumatogénicas y la presencia de trauma complejo. El “daño” se expresa en la cronicidad de los efectos de la agresión sexual en la vida del niño, la familia y su entorno.

Una terapeuta menciona, a propósito del objetivo de su trabajo:

“...lo que veo yo es el daño, yo diría que es la cronicidad, el daño que se dio en la relación...” (T6)

Por otro lado, y como segunda etapa de la intervención, los terapeutas señalan que deben intervenir reparando el daño y posibilitando la resignificación de la experiencia de agresión sexual. En cuanto al concepto de reparación plantean que es parte de los objetivos de trabajo, no obstante, no dan cuenta de este proceso, y solo dan énfasis al concepto de resignificación, donde señalan que deben favorecer el encontrar un nuevo significado a la experiencia de agresión sexual. La resignificación también es vista por los terapeutas como la oportunidad que presentan los niños de contar con una relación bientratante en el espacio de sesión, y que es contraria a las experiencias de victimización de las que fueron parte en algún momento de su vida.

El siguiente terapeuta expone un diálogo que estableció con la directora del centro, donde trabajó algunos años, y explica como él adquiere la noción de resignificación a través de la terapia:

“...dentro de la resignificación, ese concepto tan amplio, dijo (la directora,) “no pienses que la resignificación es solamente que el niño te cuente algo y que entienda que lo que paso no es culpa de él, la resignificación quizás nunca vas a llegar a ese nivel, lo que si los niños pueden resignificar que eres una figura masculina, que los trató de otra manera distinta a lo que ellos conocieron ” y ella me lo planteó y me dijo que eso veía en mí.” (T4)

1.2. Estrategias desarrolladas según nivel de intervención

Las estrategias desarrolladas por los terapeutas a lo largo del proceso de psicoterapia se dividen según nivel de intervención. Se comenzará describiendo el trabajo que desarrollan los terapeutas a nivel contextual y familiar, para luego describir, en un apartado distinto, las acciones desplegadas en el espacio individual con niños que han sido víctimas de agresiones sexuales.

a) Estrategias contextuales y familiares.

Los terapeutas entienden el trabajo en red como parte del nivel de intervención contextual. La incorporación de un terapeuta ocupacional, y el correspondiente espacio de trabajo que requieren, se describe como una estrategia novedosa, y a la vez facilitadora, de los procesos de intervención con niños que han sido víctimas de agresiones sexuales, especialmente con los niños que se encuentran en etapa pre escolar o que requieran un trabajo a nivel sensorial, como describe el siguiente terapeuta:

“...una vez me tocó un niño de 2 o 3 años que balbuceaba y no le entendía nada, y la mamá estaba al lado, y en el (lugar de trabajo) había una piscina de pelotas, entonces yo ocupaba ese recurso lúdico del niño, de llevarlo a la sala de estimulación...” (T4)

A su vez, se consideran relevante el tener la posibilidad de evaluar el cambio de profesional que intervenga con el niño y grupo familiar, siendo una estrategia que posibilita la modificación del contexto terapéutico y promueve el desarrollo de mejores procesos de intervención.

En un segundo nivel de intervención se plantea lo fundamental que es desarrollar procesos de psicoterapia que incorporen a la familia.

Los terapeutas, señalan que el primer paso es generar una alianza con el adulto responsable que acompañará al niño a las sesiones. Los terapeutas señalan que deben desarrollar entrevistas con los adultos donde se les explique cómo es su trabajo, qué se espera de ellos y qué recursos se van a utilizar. Todo con el fin de asegurar que el adulto a cargo del niño confíe en las competencias técnicas del terapeuta. Por otro lado, aquellos terapeutas que utilizan el juego en terapia, también describen el desafío de explicarle a los adultos la importancia que tiene el juego en la vida de los niños, y el poder que presenta al ser una herramienta de trabajo que promueve la libre expresión.

En esta viñeta se observa como un terapeuta le explica a la madre de un niño, con el que estaba desarrollando un proceso de psicoterapia, la importancia del uso del juego en los procesos de intervención:

“... yo empecé a explicarle “sabe porque los niños juegan a tal cosa? ¿O porque su hijo le conto más de lo que hablamos, que le conto que jugamos? Porque es el medio, el lenguaje de los niños ” ...” (T4)

Las primeras entrevistas se basan en poder otorgarle seguridad a los adultos, es decir, darles la certeza de que en el espacio de terapia pueden confiar aspectos íntimos y afectivos, y que los van acompañar el tiempo que sea necesario como terapeutas. Este punto es relevante ya que muchos adultos presentan experiencias previas de victimización, por lo tanto, los terapeutas señalan que se requiere de un trabajo cuidadoso y preciso con ellos, para favorecer el establecimiento de la relación terapéutica no solo con los niños, sino que también con los adultos a cargo.

“...me ha pasado tanto con los niños como con los adultos que a veces te prueban, prueban el vínculo, prueban si vas a ser una terapeuta suficientemente buena, o no los vas a retar, cierto, o vas a estar permanentemente, eso es algo que genera mucho daño, en el tema de la confianza creo yo. ” (T6)

El trabajo parental también va a consistir en entregarles algunas indicaciones a los adultos en torno al tipo de participación que se espera de ellos en las sesiones que se sostendrán con los niños. Es así como los terapeutas mencionan que la participación que tendrán los padres en el espacio de sesión va a depender de la edad que presenten los niños.

En el caso de los niños en edad pre escolar, algunos terapeutas señalan que les solicitan a los padres que estén presentes en el desarrollo de la sesión, ya que además existe una predisposición positiva en los padres a jugar con los niños.

Por su parte, en el trabajo con niños en edad escolar, algunos terapeutas señalan que estos son atendidos sin la presencia de sus padres ya que consideran que estos podrían sancionar en la terapia a los niños, sobre todo, porque el juego se ve con más distancia por parte de estos y tienden a querer normarlo, lo cual podría terminar en una discusión, como en casa, o no posibilitar la libre expresión en el niño. Pese a esto, se describe que el adulto puede ser incorporado en sesiones de juego, pero primero observando cómo este juega y se relaciona con el niño, ya que de esta manera señalan que obtienen información relevante de la organización familiar.

Los terapeutas mencionan que planifican y ejecutan sesiones directas con los padres de los niños, con el fin de entregar orientación a los cuidadores en cuanto a los efectos de la develación de la agresión sexual en la vida del niño y su contexto familiar. Además, transmitirles que en una primera instancia no se hablará con el niño de la agresión sexual, sino que se va a abordar la sintomatología presente en este, para luego poder incorporar la narración de la agresión sexual en el espacio de sesión. Junto a esto, se da espacio para poder hablar de otras experiencias vitales que podrían interferir en la vida del niño.

En síntesis, el objetivo de las sesiones con los padres es apoyar, contener, resolver y orientar respecto a dudas respecto a la experiencia de agresión sexual como a otros eventos significativos de la vida familiar, como señala la siguiente terapeuta:

“El tema es que muchas veces necesitan ayuda (los padres) con temas que no necesariamente se vinculan con el trauma sino que están al lado del trauma, como experiencias previas, por ejemplo, o cuando por diversas razones ha tenido que ser sacado de su casa, por ejemplo del núcleo familiar, el proceso de adaptación al nuevo núcleo, o a una institución que también me toca a veces, entonces trabajamos el motivo de consulta que a ellos les haga más sentido, yo creo que ese también es, entre comillas, una estrategia...” (T6)

Algunos terapeutas agregan que deben considerar desarrollar procesos de acompañamiento al grupo familiar antes de intervenir con el niño, ya que se necesita fortalecer el subsistema parental y su rol en el proceso de psicoterapia, con objeto de otorgar seguridad al niño en el espacio de sesión.

b) Estrategias de intervención individual: nociones generales en torno a la utilización de recursos lúdicos y el juego en psicoterapia.

Los terapeutas señalan que es importante tener algunas nociones generales en torno a la intervención con niños que han sido víctimas de agresiones sexuales y la utilización del juego en el espacio de psicoterapia.

Algunos terapeutas destacan que es importante conocer el nivel de motivación que presenta el niño para formar parte de un proceso de psicoterapia, ya que una baja motivación no favorece el desarrollo de un proceso de intervención. Como solución a esta tensión se plantea la necesidad de ajustar expectativas en torno al cumplimiento de objetivos, haciendo modificaciones que permitan escuchar la necesidad de los niños y no obligarlos a estar en el espacio de terapia.

Un buen ejemplo de esto último es descrito por la siguiente terapeuta:

“...siempre les pregunto si quieren estar ahí, siempre siempre, de hecho muchas veces ,me ha pasado, por razones diversas, o porque han tenido experiencias negativas previas, no cierto, u otras situaciones más como que tienen que viajar mucho rato y les queda muy lejos, por ejemplo que no quieren participar, o que no es el momento, porque también a veces no es el momento de hacer la intervención, porque muchas veces los casos son de fiscalía, entonces muchas veces hay plazos, o hay temas económicos o de gestiones más que el momento terapéutico, les pregunto si no quieren estar, y hablo con los papas, y termino trabajando con los adultos, con los cuidadores y no con los niños...” (T6)

Otro elemento general, se vincula a la necesidad de contar con estrategias que promuevan el uso del juego en las sesiones de psicoterapia. Particularmente, desarrollar sesiones que inviten a jugar, como describe la siguiente terapeuta:

“ ...yo creo que el espacio me lo imagino con una invitación a jugar, o sea al menos que haya un juguete, que al menos haya algo que permita que diga decir “ah ya aquí vamos quizás a jugar” ...yo tengo aquí atrás esta casita, que se ve, y esta casita de “oh que hay aquí dentro ” te invita un poco al juego...” (T2)

Un tercer elemento general es contar con un espacio físico adecuado y material de juego concreto que invite a jugar, es decir, cuando un niño ingresa a la sala de terapia debe sentir que lo que se le ofrece está pensado para él y se adapta a sus necesidades.

Los terapeutas mencionan la importancia de contar con una amplia gama de materiales que promuevan la libre expresión, como son el uso de material plástico (arteterapia) y un set variado de juguetes. Esto, con el fin de favorecer la confianza en los niños para acercarse a la terapia y poder vincularse con su terapeuta, donde se describe que una vez que los niños hacen uso del material, pueden expresar lo que sienten, pero a través de un medio indirecto,

que no implique hablar abiertamente de sus preocupaciones, creándose un espacio en común entre niño y terapeuta, como lo señala la siguiente entrevistada:

“(el niño) ...se apropió del espacio, entonces utilizó los lápices, las temperas, todas las cosas, y para él fue muy fácil poder expresarlo (lo que le estaba pasando) a través de las pinturas y los dibujos. Y de esa manera, la sesión siguiente llegó más contento, con la sensación de que ese espacio él lo podía utilizar, no era como el espacio de la psicólogo, sino que era un espacio donde él podía actuar también...y eso le dio mayor seguridad también para que pudiera ir... ” (T1)

A su vez, algunos terapeutas reconocen que el contar con un juguete que haga las veces de co-terapeuta, es decir, utilizar un muñeco inanimado que tiene forma animal o de persona, que pueda ser manipulado por el terapeuta o el niño, y mediar en la comunicación de pensamientos, sentimientos y emociones, protegiendo al niño de una exposición directa de los contenidos que no quiere verbalizar o siente vergüenza, se ha transformado en un recurso que promueve la conexión y encuentro en el juego con los niños, sobre todo con los que están en etapa pre escolar, quienes a través del muñeco de co-terapia han logrado verbalizar aquello que se hace más difícil de hacer de manera directa.

La siguiente terapeuta expresa de manera sincera y llena de emoción la sorpresa de descubrir que su co-terapeuta ha desarrollado casi todo el proceso de psicoterapia:

“...el co-terapeuta ha sido así, es que es como el recurso que más amo. Porque de verdad me ha solucionado la vida, yo no he hecho nada todo lo ha hecho el co-terapeuta... ” (T2)

El utilizar el propio cuerpo y la voz en el juego, es descrito por los terapeutas, como otro elemento general a tener en consideración en el desarrollo de la psicoterapia, el cual tiene que estar a disposición del niño y la terapia como describe el siguiente terapeuta:

“...yo siento que uno también en el espacio terapéutico pone el cuerpo al servicio de la terapia, la voz todo, entonces quizás van a ver niños donde uno va a intencionar mucha más energía, “saltemos”, vamos a estar todo el rato como así en sintonía o motivando, o en el suelo cuando uno va a estar, porque quizás el niño o la niña está más pausado, o requiere otro cuidado, o está como más resistente incluso, entonces uno no va a estar ahí como a mil por hora...” (T7)

En cuanto a los aspectos lúdicos en la psicoterapia con juego, los terapeutas identifican una gran cantidad de recursos que ponen al servicio de la psicoterapia, destacando que tienen distintas formas de acercarse al juego y/o promoverlo en la terapia.

El uso de un juego estructurado es mencionado por algunos terapeutas como necesario de desarrollar en las primeras sesiones, sobre todo cuando los niños vienen con una mayor sensación de inseguridad, ya que necesitan sentir que tienen control del espacio. En este sentido, algunos terapeutas utilizan estrategias directivas como son el proponer la confección de un “libro de terapia”, que a su vez implica un contrato terapéutico, lo cual promueve la sensación de seguridad y dominio del espacio.

A su vez, se escogen juegos que implican bajo contacto emocional, en términos de no preguntar directamente sobre su experiencia de agresión sexual, sino que el fin es el conocerse mutuamente y favorecer la construcción de la relación terapéutica, como menciona el siguiente terapeuta:

“Idealmente, en una primera sesión yo utilizo algún tipo de juego para evitar y salir de este cuestionamiento de quien eres, de conocerlo, sino que lo transformo en un “conocernos ” mediante un juego de preguntas. Utilizamos los palitos chinos para hacer preguntas libres, u otro juego, pero siempre generando ese espacio más seguro y de mayor control para el niño o niña... como que yo siempre creo que es mucho más favorable entrar con el juego desde ya, inicialmente solo con un objetivo orientado a la construcción de la relación terapéutica. ” (T7)

Algunos describen que utilizan un juego semiestructurado, es decir, llevan objetivos definidos previamente, junto a un set de herramientas que se pondrán a disposición de la terapia, pero que puede cambiar el rumbo si es que el niño ofrece un trabajo distinto, a través del cambio de objetivos o la utilización de otro tipo de material o forma de comunicación.

“Yo ocupo un juego más semiestructurado, donde cedo un poco pero tampoco tanto, porque no me siento tan cómodo, entonces voy preparando las actividades para que tengan un rango donde nos podamos mover” (T3)

Otros terapeutas prefieren desarrollar un juego libre, no estructurado, donde el niño ingresa a la sala de terapia y coloca los contenidos que quiere, utilizando el material que más le acomode, y vinculándose al terapeuta de la manera que escoja en ese momento, quedando el terapeuta expuesto a lo que podría pasar en la sesión de terapia, acomodándose a los requerimientos del niño.

“...los niños traen los temas a sesión, ellos los ponen, o ellos empiezan a decidir qué hacer en sesión, yo generalmente trabajo con un método menos directivo, digamos, ofrezco opciones de actividades, de temas...” (T6)

2. El proceso de construcción de la relación terapéutica

El proceso de psicoterapia con niños que han sido víctimas de agresiones sexuales no es concebido por los terapeutas sin la construcción de la relación terapéutica, la cual es descrita como un tópico transversal a los procesos de intervención, y que implica realizar un trabajo sistemático para adquirir su establecimiento y poder avanzar en la psicoterapia.

En el siguiente apartado, se describirán los elementos que favorecen la construcción de la relación terapéutica y se describirán los elementos que dificultan su establecimiento. Al finalizar se describirá de manera breve las narrativas de los terapeutas en tomo al proceso de construcción de la relación terapéutica en contexto de atención remota.

2.1 Estrategias que favorecen la construcción de la relación terapéutica

Se describirán las estrategias utilizadas por los terapeutas que promueven la construcción de la relación terapéutica. Se puntualizará en las estrategias desplegadas en el espacio de sesión a través del juego.

Los terapeutas señalan que una primera estrategia de intervención es preguntarles a los niños, sobre todo a los que están en etapa escolar, qué tipo de herramientas quieren ocupar para el desarrollo de la terapia. Señalan que esto les permite potenciar las habilidades de los niños y utilizar dichas herramientas a lo largo del proceso de psicoterapia.

Agregan lo importante que es en un comienzo validar las creaciones de los niños en terapia, y permitir la libre expresión a través de medios artísticos para favorezcan el reconocimiento de las cualidades que presentan los niños, quienes se atreven a mostrar su mundo interior, gracias a que el terapeuta no hace juicios en torno a sus procesos creativos.

Adicionalmente, algunos terapeutas incorporan imágenes con contenidos que promueven el diálogo abierto respecto a temas generales, lo cual facilita la organización de distintas experiencias de la vida del niño. Los terapeutas mencionan que algunos niños, luego de este primer acercamiento al mundo de las imágenes, logran hablar abiertamente de sus vivencias de agresión sexual, ordenando e integrando su experiencia a través de un medio indirecto.

“Muchos chicos que vienen con esta experiencia les cuesta mucho organizar su historia, organizar un discurso coherente frente a algunas situaciones, entonces las imágenes se vuelven como escenas de películas que les ayuda a focalizar...” (T3)

En cuanto a las estrategias utilizadas en el juego, para la construcción de la relación terapéutica, los terapeutas destacan la importancia de evaluar la apertura y disposición que presenta el niño en torno a iniciar, o no, un juego. Luego de hacer esa primera lectura del

niño, comienzan a identificar aquellos elementos de la sala de terapia, que son de interés del niño, para comenzar a desarrollar las sesiones con juego. En este sentido se describe que todos los niños son distintos, por lo tanto, como terapeutas deben adecuar sus propios intereses para ponerlos al servicio de la terapia con juego.

Una vez avanzadas las sesiones de conocimiento mutuo a través del juego, los terapeutas comienzan el ejercicio de hacer lectura de los contenidos que se expresan en el juego, lo cual no solo les entrega información de la situación actual del niño, sino que también, les permite evaluar los avances en el proceso de intervención y considerar una posible alta.

Este procedimiento, señalan, se puede realizar en la medida que ya se ha establecido una relación terapéutica, ya que los niños confían en su terapeuta y en el espacio de sesión, por lo tanto, la sensación de amenaza con la que inician los procesos de psicoterapia, ha disminuido.

Una de las terapeutas menciona:

“ ...trato de ir leyendo el juego, es como una lectura de los elementos, del contenido al final de las experiencias de lo que al niño o a la niña le pasa a partir del juego, donde si yo lo comparo, con niños que no han vivido situaciones traumáticas tal vez no hay que leer siempre entre líneas, no, hay que leer los subtítulos que a veces ni si quiera vienen, como que uno lo va oliendo, va apareciendo en la medida que te vas vinculando... ” (T6)

Los terapeutas señalan que una de las estrategias que favorece la construcción de la relación terapéutica en el juego es seguir al niño en lo que está haciendo e imitarlo. Este ejercicio de espejamiento lo desarrollan algunos terapeutas cuando el niño presenta demasiada inhibición y consta de algunos pasos.

En un primer momento se le enseña al niño lo que hay en la sala de terapia, luego se le muestra cómo puede utilizar el material de juego y creación, posteriormente se le permite que explore el espacio de terapia y manipule los elementos como quiera en ese momento. El terapeuta solo acompaña al niño, sin entrometerse en su juego, y comienza a imitar las acciones que desarrolla. Finalmente, y si el niño lo decide, el terapeuta puede ser invitado a jugar y asumir un rol más activo, recibiendo las indicaciones en torno a lo que quiere que suceda en esa sesión. Un ejemplo de este procedimiento lo expone la siguiente terapeuta:

“...él a veces dibujaba y me decía “mira, dibuja lo mismo” entonces hacíamos algún tipo de espejo de lo que él estaba haciendo ...pero en la medida que él me fue incorporando yo me fui sumando porque al principio yo sabía que si él no quería y solo quería que solo describiera lo que estaba haciendo, era lo que necesitaba, entonces creo que es una danza permanente, va cambiando constantemente en la medida que los niños se van sintiendo cada vez más seguros en ese espacio...” (TI).

2.1 Elementos que dificultan la construcción de la relación terapéutica

Los elementos que podrían dificultar la construcción de la relación terapéutica según, los terapeutas, se asocian a la presencia de patologías psiquiátricas sin tratamiento y los trastornos del desarrollo de la personalidad, ya que, al estar ambos cuadros sin acompañamiento farmacológico, se observa alta inestabilidad en los niños que no les permite profundizar en sus vivencias. Al respecto, los terapeutas señalan que se observan dificultades para conectar con el terapeuta.

La presencia de trauma complejo es otro elemento que es descrito como obstaculizador del proceso de construcción de la relación terapéutica, ya que al intervenir con niños que han presentado múltiples traumas a nivel vincular, estos presentarán de manera constante una sensación de amenaza en el espacio de terapia, incluso cuando se les ofrece jugar, siendo un trabajo que se debe desarrollar de manera lenta y pausada.

Por otro lado, la existencia de desprotección en el niño, es decir, que el niño continúe viviendo con las personas que lo agreden o que generen amenazas hacia él, hará que el niño se presente de manera defensiva en el espacio de sesión, sin tener la posibilidad de confiar en el mundo adulto.

Los terapeutas mencionan que algunos adultos amenazan a los niños cada vez que tienen que asistir a las sesiones con su psicólogo, señalando que les advierten a los niños que, si no presentan un buen comportamiento asociado a colaborar en el proceso de terapia por estar derivados desde el Tribunal de Familia, bajo la modalidad de obligatoriedad, las consecuencias serán negativas. Este escenario que se le presenta a los niños interfiere en el grado de confianza que pueda desarrollar con su terapeuta. Es decir, a mayor amenaza parental en cuanto a la asistencia, menor confianza con su terapeuta, según mencionan algunos entrevistados.

El siguiente terapeuta describe este último punto, de manera clara, a partir del diálogo con un niño que ingresa de manera obligatoria al programa de intervención en maltrato:

“(El niño me decía...) “mi mamá me decía que viniera porque o sino me mandan al sename, o vengo a hablar con usted porque si me porto mal usted me va a mandar al sename” entonces ahí iba viendo que había una predisposición a lo que yo podía hacer, y eso facilita, o no, las cosas, para establecer una relación...” (T4)

En el caso particular de la intervención en sesión con un niño que haya sido víctima de agresión sexual, se describe que la actitud del terapeuta, poco espontánea o que proyecte incomodidad en el espacio de juego, también se convierte en un elemento que podría dificultar la construcción de la relación terapéutica, ya que los niños pueden percibir que su terapeuta está tenso. Frente a esta actitud del terapeuta, algunos niños podrían presentar dificultades para relajarse, jugar y mostrar su mundo interno, al considerar que su terapeuta no les da seguridad.

“...la incomodidad siempre se va a notar, y todos los niños o niñas van a percibir si estás incómodo, se van a dar cuenta y eso va a generar la tensión de la relación terapéutica...” (T2)

2.3. El proceso de construcción de la relación terapéutica en la atención remota

La posibilidad de desarrollar sesiones de manera remota, implicó un reajuste de los procesos de psicoterapia desarrollados por los terapeutas, mencionando que el nuevo escenario les obligó a realizar un mejor encuadre y mayor planificación de las sesiones, sobre todo con aquellas familias que no permitían la construcción de un espacio privado para el niño en la casa, sobrepasando los límites del espacio de sesión. Es así como el rol de los adultos se volvió fundamental, para acompañar al niño en la preparación y desarrollo de las sesiones.

Los terapeutas señalan que antes de desarrollar una sesión de atención remota establecen sesiones con los adultos a cargo del niño y le explican lo que va a suceder en la sesión, sin entrar en detalles, y le advierten que posiblemente el niño pueda presentar algún tipo de respuesta negativa que es importante contener por parte del adulto. Por otro lado, explicaban lo importante que es para el niño tener un espacio privado donde pueda desarrollar la sesión. Otros terapeutas les comunican a los adultos que van a solicitar su participación en la sesión del niño los primeros 15 minutos de atención y que, posiblemente al finalizar, les pedirán que ingresen a la sesión otros 15 minutos más. En algunos casos, se les pide a los adultos que estén durante toda la sesión.

La siguiente terapeuta gráfica las estrategias utilizadas con los adultos cuando iba a desarrollar una sesión online con un niño:

“...desde el trabajo online se necesita hacer un trabajo más acucioso con los adultos, para que tengas este rol de acompañamiento terapéutico, casi como co-terapeuta tuyo en casa porque son los que van a estar ahí. Porque la manera de planificar las

sesiones también es distinta, porque sabes “mamá o papá saben que hoy vamos a abordar esta temática que puede ser más difícil, entonces esté atento si pasa algo, si escucha algo, reaccione de esta manera, haga esto ” ... ” (T3)

En cuanto a las dificultades que aparecen en el desarrollo de la construcción de la relación terapéutica a partir de la atención remota, los terapeutas señalan que el hecho de que el niño no cuente en su vivienda con un espacio privado, será uno de los principales elementos que va a obstaculizar el desarrollo de la psicoterapia. Mencionan que muchas veces los niños no pueden mostrarse tal cual son con su terapeuta a través de la cámara, ya que los adultos en la casa están constantemente vigilándolos.

Los terapeutas describen además que, en algunas ocasiones, no han logrado ser lo suficientemente cercanos con los niños en el contexto de atención remota, lo que ha implicado que el desarrollo de la confianza se desarrolle de manera más lenta, o simplemente, no se logre desarrollar.

“...el no contar con un espacio como el setting terapéutico yo creo que ha afectado un montón porque los niños y las niñas no tienen esta organización muchas veces que se da en el box como en la casa...están en la cocina un día, luego en el living, después en el comedor, no tienen sus materiales ...me acuerdo de una niña en especial como que sentía que ese es su espacio de terapia, donde ella podía como expresar con seguridad y confianza lo que le está pasando, pero no podía porque sentía que alguien la podía estar escuchando, se atraviesa el perro, el hermano, la hermana, la mamá la llama... ” (T1)

3. Los participantes del proceso de construcción de la relación terapéutica a través del juego

Cuando hablamos del proceso de construcción de la relación terapéutica, emerge por parte de los entrevistados, la necesidad de hacer la distinción entre quienes forman parte de este proceso. Los terapeutas mencionan que es su rol iniciar el encuentro con los niños, a través

del despliegue en sesión de ciertas actitudes y cualidades, y el desarrollo de estrategias. Por otro lado, los entrevistados concuerdan que es el niño quien decide si se hace parte o no del proceso de construcción de la relación, quedando en manos de los terapeutas buscar las mejores alternativas para invitarlos a formar parte de este espacio intermedio.

Por su parte, los niños al formar parte del proceso de intervención, también poseen características que van a influir en la manera en que se encuentran con sus terapeutas, por lo tanto, la disposición inicial de los niños tiene que ser leída por los terapeutas para generar el encuentro en la relación. A su vez, los niños presentan características transversales que los van a diferenciar en el espacio de la psicoterapia, lo cual para los terapeutas es descrito como un desafío interesante que no pueden perder de vista a la hora de promover la construcción de la relación terapéutica.

El siguiente apartado tiene como fin profundizar, a través de las narrativas de los terapeutas, los aspectos mencionados. Se describirán las características de los terapeutas y los niños de manera separada, para terminar, describiendo el cómo los terapeutas perciben que la relación logró ser consolidada a través de ciertos indicadores.

3.1. Características de los terapeutas en el proceso de construcción de la relación terapéutica a través del juego

En este apartado se profundizará en las narrativas de los terapeutas en torno a su rol en los procesos de intervención con niños que han sido víctimas de agresiones sexuales. De manera específica se hablará del rol que cumplen en el espacio de terapia con juego y se describirán sus cualidades y actitudes. También, se puntualizará en los aspectos personales que ellos describen como relevantes para el trabajo con niños que han sido víctimas de agresiones sexuales.

3.1.1. El rol del terapeuta en el proceso de intervención con niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales a través del juego.

Los terapeutas señalan que el rol que ellos presentan, en los procesos de intervención con niños que han sido víctimas de agresiones sexuales, va a depender de la etapa del proceso de intervención en la que se encuentren. No obstante, es importante destacar que la división que se presentará a continuación, respecto al rol en cada momento de la intervención, solo se realizará con el fin de organizar la información, ya que según se desprende de las narrativas aportadas por los terapeutas, su rol no cambia de manera significativa a lo largo del proceso de intervención y solo se pueden dar pequeños giros en su manera de interactuar con los niños, pero esta va a depender de las necesidades que estos presenten.

Algunos terapeutas mencionan que cuando inician un proceso de psicoterapia van con la premisa de que los niños tienen sus propios métodos para generar los procesos de autosanación, y ellos como terapeutas, solo tienen que entregarse y confiar en el poder de los niños.

Los terapeutas cuando desarrollan la sesión de psicoterapia señalan que la manera de operativizar esta premisa es permitiendo que el niño muestre lo que sabe hacer bien o domina, y ellos solo lo siguen y/o les preguntan cómo pueden aprender a hacer eso que ellos hacen tan bien, principalmente a través del uso del juego. En este sentido, se rescata una actitud humilde del terapeuta que permite que el niño se posicione y exprese la capacidad de dominio que presenta respecto a algunos temas o destrezas.

“...yo creo que eso es súper rico para el vínculo, aparte de poner al niño para enseñar algo, mostrarte algo, para él o ella es súper gratificante, les das esa sensación de logro que muchas veces a los niños no se les da, porque no cachan o no entienden...ellos también pueden conocer su propio proceso de sanación y saben lo que necesitan...” (T1)

Agreden que, al confiar en el niño, éste puede conocer sus propias habilidades y mecanismos para llegar a la sanación, donde el terapeuta cumple un rol de acompañante en ese camino.

“...hay niños que se hacen la terapia solos, yo los acompaño porque tienen distintos recursos, hay niños que son mucho más reflexivos, no cierto, y otros que no, y hay que ayudar a canalizar ...la verdad es que no soy muy pasiva en términos de no hacer nada, es estar atenta a qué se necesita...mi actitud igual puede ser igual pero como participo en el juego, puede ser muy distinta dependiendo de lo que cada niño, niña, necesite. ” (T6)

Los terapeutas plantean en su totalidad que la indicación para poder pasar a una segunda fase de intervención, que está vinculada a que los niños puedan expresar en sesión su vivencia de agresión sexual, es la construcción del vínculo terapéutico.

“Lo creo que lo primero que hay que trabajar, bueno con todos los niños, pero particularmente con los niños que han vivido agresiones sexuales, es el tema del vínculo terapéutico, la confianza, que sea un espacio cuidadoso, cariñoso, de mucho respeto, de recibir, contenedor. ” (T6)

En este sentido, y con el fin de posibilitar la construcción de la relación terapéutica, el terapeuta asume un rol que se caracteriza por otorgar predictibilidad en el espacio de sesión, pero también en el desarrollo de la psicoterapia en general, lo cual se logra a través de explicarle a los niños y las familias los temas que se van a abordar, los materiales que se van a utilizar, los días en que se desarrollarán las sesiones y quienes van a ser invitados a participar.

Se describe la importancia de comunicar a los niños la importancia de mantener el orden del espacio físico de la sesión, así como también tener una disposición del espacio diseñada previamente y que no cambie, de modo tal que el niño cada vez que asista a terapia se encuentre con los mismos elementos de juego. El rol del terapeuta entonces es asegurar la

sensación de control en el niño, a través de otorgar predictibilidad y dominio del espacio, pero colocando límites y entregando certezas.

“...en general los niños que han vivido una experiencia traumática es súper importante como la predictibilidad, entonces que puedan tener su horario, ojalá la misma sala siempre para que sepan están los materiales ...eso también les va a entregar un contexto de mayor certeza, y eso también les da seguridad...” (T1)

En una segunda instancia, y una vez que los terapeutas perciben que ya está construida la relación terapéutica, el rol del terapeuta puede tomar dos formas. Por un lado, los terapeutas deben asumir un rol de alta flexibilidad para poder guiar el proceso de psicoterapia, sobre todo en lo que respecta al cumplimiento de objetivos, ya que según describen, los niños expresan necesidades particulares, o requieren desarrollar su tratamiento a un ritmo o dirección distinta, que implica una adaptación por parte del terapeuta al desarrollo de la intervención.

En este sentido, los terapeutas estarán atentos a seguir las señales del niño, sobre todo cuando ocurren cambios en la terapia que les indiquen que deben replantearse las técnicas y/u objetivos de trabajo. El terapeuta no solo debe cambiar el foco de lo trabajado, a propósito de que el niño presenta otra necesidad de atención, sino que también el material que está utilizando y el rol que debe cumplir. En algunos momentos los terapeutas describen que deben ser más directivos y poner límites, mientras que en otros tienen que abandonar su agenda previa y solo seguir al niño.

“... a todos nos ha pasado, que de repente, claro, pensamos en sesión a veces una técnica, pero no va por ahí, y tiene que improvisar también, pero va a depender del objetivo terapéutico, como que no funcionó el juego que tenía planificado, o la técnica y había que improvisar...” (T7)

Otra forma que debe tomar el terapeuta, es la de acompañar al niño en el juego y permitirle ocupar un medio distinto para que pueda expresar sus vivencias de agresión sexual, y no necesariamente utilizando la narración oral y explícita para este fin. En este sentido, el rol del terapeuta es facilitar la mayor cantidad de material, tanto estructurado como no estructurado, para que pueda el niño sentirse cómodo y seguro en la narración de los eventos de agresión sexual.

Es así, como algunos terapeutas describen que les piden a los niños que escriban en un papel su vivencia de agresión sexual, o lo que quieran expresar de su vivencia, y lo guarden en una cajita, la cual será abierta cuando el niño se sienta preparado.

Otros terapeutas señalan que observan en el juego acciones literales de la agresión sexual, donde el rol que cumplen es favorecer la expresión de esa vivencia y evaluar la permanencia de la conducta en el juego.

“...sabemos que vamos a hablar del abuso en sesión, pero lo hacemos a partir de estos elementos (simbólicos), porque claro, la verbalización o explicitación es más compleja...” (T3)

Para algunos terapeutas, su rol en esta fase es la de interpretar el lenguaje de los niños a través del juego, como medio alternativo de comunicación, y a partir de ahí guiar la intervención y favorecer el proceso de cambio. A su vez, mencionan que como terapeutas deben asumir roles en las escenas propias del juego simulado, el cual puede ir variando de acuerdo a las necesidades e indicaciones que realizan los niños. Es así, como algunos terapeutas señalan que pueden pasar de tener un rol activo en el juego a uno pasivo, ocupar el lugar de víctima y de victimario, desplegar conductas de cuidado, y otras de rechazo, entre otras.

Señalan también que, a través de la incorporación de otros personajes en el juego, o el desarrollo de acciones alternativas que den un giro a los contenidos implicados en la sesión con juego, van a promover la expresión de vivencias de manera segura, sobre todo, las asociadas a las experiencias de agresión sexual en el niño.

El siguiente terapeuta menciona de manera precisa los elementos anteriormente descritos, a propósito de la intervención con juego que desarrollo con un niño que sufrió múltiples agresiones sexuales por parte de distintos adultos.

“Yo tengo un caso icónico, con el que trabajé hartó rato, y yo siento que es el caso donde yo siento que pude desplegar todas las herramientas de terapia de juego. Es un caso de un niño que inicialmente no jugaba y que empezó a jugar rápidamente frente a la necesidad de vincularse y que terminó en un juego muy elaborado, pero que comenzó con un juego muy destructivo, fantasmas, un juego muy psicótico...un juego en que me invitaba a veces...jugábamos al restaurante...me invitaba a ser atendido ...hasta que un día me permitió que yo lo dejara atender, yo fui el mozo... ” (T5)

Este proceso también se desarrolla asumiendo el terapeuta un rol de sostén, tanto del niño, como del juego, es decir, el terapeuta juega con el niño, pero sin olvidar que es un adulto jugando, por lo tanto, su misión es cuidar al niño y otorgarle seguridad a través del juego, y transmitirle que en ese mundo que ambos construyen, que es el juego, no va a pasar nada malo, otorgándole contención y enriqueciendo la relación terapéutica. Es en este espacio de cuidado donde el niño podrá sentir la libertad de expresar las experiencias más dolorosas.

“Yo creo que tengo una disposición a jugar como adulto, o sea cuando yo juego, no juego como niño, juego como un adulto que juega con un niño, entonces tengo esa disponibilidad a jugar super alta, a lo que sea, creo que pongo el cuidado por delante, y eso da tranquilidad, y eso yo creo que también transmite, y yo creo que esa función materna, que intento cumplir, como que sueño también que cumplo, también me ayuda... ” (T5)

En la fase final de la intervención, algunos terapeutas señalan que su rol se extiende en la vida de los niños y sus familias, pese a que se determinó el alta terapéutica o se decretó el egreso, señalando que les ofrecen a las familias tomar contacto con ellos si es que lo estiman necesario. Esto se ve reflejado en el diálogo que establece un entrevistado con una familia que está en proceso de alta terapéutica:

“Igual nosotros tanto en el programa proteccional como en la consulta yo les digo “ahora finalizamos, pero si necesitas venir en otro momento puedes venir” y así me ha pasado...” (T3)

3.1.2. Cualidades y actitudes en el proceso de construcción de la relación terapéutica a través del juego.

Los terapeutas destacan, en su totalidad, lo importante que es sentir agrado por los niños en general. Agregan que deben presentarse como profesionales auténticos, lo cual se evidencia a través de la disposición que deben tener, por ejemplo, a responder las preguntas de los niños sobre su vida personal, y mostrarse abiertos a que los niños quieran conocerlos en su dimensión íntima, siempre y cuando esto promueva la construcción de la relación terapéutica. Destacan que con esta actitud de apertura les transmiten a los niños que, pese a que están iniciando un proceso de psicoterapia, por haber sido víctima de una agresión sexual, pueden no hablar de eso de manera inmediata.

Comentan que el hecho de que un niño haya sido víctima de una agresión sexual, va implicar muchas veces la presencia de sintomatología traumática, por lo tanto, el ser cuidadosos, respetuosos y darles el espacio y el tiempo, promueve la preparación del escenario vincular para acceder a los recuerdos traumáticos en etapas posteriores.

Se destaca que el tener una actitud genuina, promueve que los niños sientan el interés real del terapeuta, al evaluar el grado de comodidad del terapeuta en el espacio de sesión. Que el terapeuta sea real y auténtico promueve en el niño una sensación de seguridad y tranquilidad. Además, el percibir que el terapeuta se expresa de manera serena y autorregulada también ayuda a que los niños puedan confiar en su terapia.

Los terapeutas señalan que para conectar con un niño deben abandonar las teorías y los procedimientos estandarizados, lo que promueve en el niño mayor grado de conexión, ya que el terapeuta presenta una disposición pura al encuentro. Frente a eso, los terapeutas señalan que confían en las sensaciones que emergen en el espacio de terapia con un niño en particular, lo cual va a ayudar a direccionar la terapia hacia los objetivos que se establecieron con ese niño a partir de la evaluación que se realiza de la calidad del encuentro.

“.. .yo creo que se establecen relaciones mucho más genuinas porque en el fondo si uno se conoce, uno también sabe hasta dónde puede, también sabe lidiar con ciertas cosas, con fantasmas que también pueden aparecer en uno mismo, entonces eso permite una relación más genuina, terapéuticamente genuina, que le permito al otro sentirse más cómodo, yo creo que está con alguien que no está inventando, que no está jugando a ser el personaje del terapeuta...” (TI)

Algunos terapeutas mencionan que presentan niveles altos de ansiedad cuando se enfrentan a cierto tipo de niños con ciertas características, como, por ejemplo, cuando deben atender a un niño que está constantemente probando sus límites.

Frente a eso, los terapeutas ponen en práctica la capacidad de autoobservar sus sensaciones y estar atentos al mensaje que les podrían estar transmitiendo, ya que en algunas situaciones podrían no tener paciencia y responder de manera impulsiva. Para eso, los terapeutas señalan que ocupan estrategias de autoregulación tanto en la sesión como fuera de esta, que

les permite avanzar con el trabajo que estaban desarrollando, y favorecer la construcción de la relación terapéutica.

Los niveles altos de ansiedad del terapeuta también son descritos como consecuencia de las presiones que sienten cuando deben culminar un proceso de evaluación, dado los tiempos que el sistema les exige cumplir, en los casos de psicólogos que trabajan en el ámbito institucional (ex SENAME).

Por lo tanto, el tener en consideración estas exigencias hace que los terapeutas reconozcan que pueden estar más irritables, lo que identifican como un factor que podría influir en el cómo se desarrollan las sesiones con un niño que ha sido víctima de agresión sexual. Es así como un terapeuta menciona, a propósito de la presión que sintió por tener el diagnóstico del niño los primeros tres meses de intervención, lo siguiente:

“...a mí me angustiaba, porque decía, vamos en sesión uno, dos, tres y yo les decía "oye, ¿tú sabes porque vienes para acá?" y me decían "noooo, juguemos" me decían, y yo, pero "ya, pero mientras jugamos podemos hablar de esto ", y ellos decían "es que no quiero hablar de esto", entonces yo decía (a una compañera de trabajo) "yaaaa, sabí, relájate tú, yo, y si el relato sale al sexto mes, saldrá, si sale al tiro, si sale al final, da lo mismo" (T4)

Los terapeutas hacen una mención especial a las actitudes y cualidades que despliegan en los espacios de psicoterapia, pero particularmente en los momentos donde se utiliza el juego.

Se describe como un primer elemento el gusto por jugar, es decir, los terapeutas señalan que deben sentir agrado por el juego y confiar en el poder que tiene, desarrollando de esta manera una capacidad lúdica. Al momento de iniciar una sesión que utilice el juego, la actitud de agrado hacia lo lúdico se notará en la espontaneidad que presente el terapeuta en el espacio de interacción con el niño, observándose comodidad tanto con el niño como con

lo que rodea y contiene al juego. Teniendo ese primer elemento identificado, es decir, disfrutar del juego en general, aparece la necesidad de ser flexible en el uso del juego ya que los niños muchas veces querrán probar los límites del terapeuta, no seguir las instrucciones, cambiar la estructura de la sesión.

Es así como los terapeutas mencionan que tienen que dejarse llevar por el juego y aprender a resolver, con lo que tienen y de manera creativa, las tensiones que podrían aparecer en la relación terapéutica, a través del juego, cambiando el material de trabajo, incorporando a un muñeco co terapeuta, volviendo a repasar las reglas de la sesión, etc.

“...luna vez un niño no sabía qué hacer y él tenía temas en salud mental, tenía muchos diagnósticos, y tenía un tema con la frustración y dejaba la cagó cuando se frustraba, entonces yo me ponía muy ansioso, y se empezaba a poner así (simula cara de enojo el terapeuta/ y me decía “no quiero pintar más ” y yo decía, “chucha, qué hago ahora si llevamos diez minutos y se aburrió de pintar ”, entonces un día tomé una hoja y le dije “oye, ¿sabes hacer aviones de papel? ” y me dijo “no ” y yo le dije “oye, hagamos aviones y hacemos una guerra ”, fue lo que se me ocurrió hacer...” (T4)

3.1.3. Aspectos personales asociados al ser terapeutas de niños y niñas víctimas de agresiones sexuales.

A continuación, se detallarán los aspectos que son identificados por los terapeutas como relevantes para desarrollar procesos de intervención con niños que han sido víctimas de agresiones sexuales. Se hablará de los elementos afectivos de los terapeutas y de los recursos que utilizan para sostener sesiones de psicoterapia, los cuales están vinculados a la formación académica que deben presentar, el lugar que le otorgan a las reuniones de equipo, los espacios de supervisión y la importancia de la revisión personal (psicoterapia).

En cuanto a los aspectos asociados a la afectividad del terapeuta, refieren que el poseer sensibilidad promueve mejores procesos de psicoterapia, ya que logran percibir de manera real los sentimientos de los niños. Describen que la conexión que se genera es mucho más profunda y pueden ser más respetuosos en el tratamiento de los distintos contenidos de la psicoterapia, como señala el siguiente terapeuta:

“Creo que también es súper importante, también para los terapeutas que utilizamos el juego y que trabajamos con niños y niñas que han sido víctimas, es la sensibilidad, esa capacidad de estar reconociendo y leyendo, ser capaces de entender lo que les va pasando y ser respetuosos con eso, ser responsivos a los mismos...” (T7)

En el caso de la intervención con juego, algunos terapeutas mencionan que necesitan sentir que tienen control de los acontecimientos de la sesión de terapia, lo cual se traduce en proveer un espacio seguro para el niño donde el juego esté reglado tanto en espacio como en tiempo, lo cual también genera en los terapeutas una sensación de mayor seguridad y tranquilidad.

“... (como terapeuta) pongo ciertas reglas, no, en cuanto a la configuración de ciertas actividades, yo creo que tiene que ver conmigo, me da más seguridad porque tengo más control de los horarios, del espacio de sesión...” (T3)

Existen otros elementos asociados a la afectividad del terapeuta, pero que están relacionados con sensaciones displacenteras, como son la aparición de niveles alto de frustración cuando no se puede cumplir un objetivo construido previamente o el niño no responde como se esperaba.

El cansancio asociado a la carga laboral, sobre todo en los casos de terapeutas que forman parte de los Programas de Reparación en maltrato grave (PRM), también se hace evidente en las narrativas de los terapeutas, ya que además comentan que ese elemento influye en el desarrollo de los procesos de intervención.

“...a veces uno tiene que acelerar, pasa porque en el fondo, paralelo, por los tiempos de SENAME, uno aparte de ir construyendo el vínculo uno va levantando insumos para el proceso de profundización diagnóstica, entonces parece un poquito como una locura...” (T7)

En cuanto al género del terapeuta, son los hombres entrevistados, los que pusieron mayor énfasis en contar su experiencia, observándose que el solo hecho de ser hombres los colocaba en un escenario de desafíos y oportunidades.

Los terapeutas hombres mencionaron que en general reciben más derivaciones de niños que de niñas, sobre todo en el ámbito particular, y que al encontrarse con un niño en sesión pueden observar que la dinámica que se desarrolla es distinta a como se desarrollaría trabajando con una niña o con una terapeuta mujer.

Los niños tienden a manifestar de manera más abierta conductas que se asocian generalmente al género masculino heteronormado. Esta presentación que hacen frente a su terapeuta hombre les permite a los niños iniciar el camino de la deconstrucción de la figura masculina, instalada socialmente y que se encuentra arraigada en el comportamiento de algunos niños.

En este espacio, los terapeutas hombre refieren que se dan la posibilidad de expresar rasgos que culturalmente están asociados a lo femenino, como son el trabajar con las emociones y permitirse expresar sus sentimientos en sesión, lo cual favorece el trabajo de resignificación de la figura masculina. A su vez, agregan que los niños generan una suerte de identificación con el terapeuta, la cual es considerada como reparadora.

Un terapeuta hombre rescata lo siguiente:

“ ...y yo no siento que cumpla con esas características (hombre, masculino, heteronormado), porque hablo mucho de las emociones, hablo distinto, hablo no tan golpeado ...pongo un foco distinto a la masculinidad... ” (T3)

Otro elemento que surge en los entrevistados es el hecho de que la resignificación de la figura masculina, tanto para niños como para niñas, también pasa por vincularse con un hombre que no agrede, es decir, se experimenta en la terapia una relación sana y segura con una persona de sexo masculino que tiene como fin desarrollar un vínculo no abusivo, centrado en sus emociones y en la defensa de sus derechos.

Pese a eso, este elemento fue descrito como un gran desafío en la intervención, ya que los terapeutas tuvieron que atravesar el umbral donde los niños los colocaban en el rol de agresor, por lo tanto, aceptar la dinámica que se les ofrecía, para ir lentamente resignificando la experiencia desde el buen trato, como señalan los siguientes terapeutas:

“...a unos (niños) les gustaba las guerras, y siempre me ponían el disfraz de policía porque le gustaba matar, entonces claro, ahí uno puede interpretar de que este tema de querer matarme a mí, que soy hombre, que soy policía, algo hay con la figura masculina...” (T4)

“...la cultura entra y soy un hombre de todas maneras, con barba, viejo, entra a la consulta también, y la mayoría de los agresores somos hombres, entonces más que del rol, o sea, yo siento que de alguna manera termino siendo como una pantalla en la que los niños proyectan mucho de sus miedos y agresiones, y yo siento que en muchos momentos en términos transferenciales me han puesto en el lugar del agresor... ” (T5)

El encuentro en sesión de terapeutas hombres con niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales también era descrito como una experiencia difícil, ya que no solo tenían que favorecer la resignificación de la figura masculina, como se mencionó anteriormente, sino

que también asimilar los riesgos que podría presentar la intervención, principalmente por el comportamiento erotizado de algunas niñas y el contacto que podrían establecer con su terapeuta.

En este caso, los terapeutas comentan que luego de hacer un buen análisis de la situación de la niña, tomaban algunas medidas de resguardo, como son el trabajar con la puerta semi abierta, pedir a alguna compañera mujer que los acompañe, incorporar a un familiar dentro de la sesión, todo con el fin de cuidar al sistema terapéutico.

Es así como lo describe el siguiente terapeuta, a propósito de un caso:

“...una vez llegó una niña...que tenía un vínculo muy erotizado con las personas ...yo leí informes de que se había enamorado del profe de educación física, que estaba en la ducha besándose...entonces me dijeron “este va a ser tu caso...yo dije, no quiero que sea mi caso...” (T4)

Finalmente, las terapeutas mujeres señalan que para ellas el género es relevante, pero solo para derivar a niños que se podrían ver beneficiados por un proceso de psicoterapia con un terapeuta hombre, ya que, en su práctica, no observan diferencias en la intervención.

En relación a los recursos utilizados por los terapeutas para sostener procesos de psicoterapia con niños que han sido víctimas de agresiones sexuales, la mayoría de los terapeutas refieren que es muy importante volver a repasar los aprendizajes del pre grado, sobre todo los contenidos que se vinculaban al trabajo con infancia y que quizás no fueron valorados en su momento, principalmente las herramientas de juego.

Además, comentan que trabajar con niños que han sido víctimas de agresiones sexuales les obliga a tener que estar constantemente formándose y actualizándose con nuevos modelos de intervención, como es contar con formación en trauma.

“...en el tema de ASI (Abuso Sexual Infantil) creo también que es súper importante tener un conocimiento no tan básico, y ojalá experiencial y teórico, o ambos, respecto al trauma, sí, porque yo creo que hay que tener cuidado con ciertas cosas que se pudiesen trabajar, quizás podrían aperturar...” (T2)

En cuanto al trabajo en equipo se señala que es una instancia que promueve la reflexión en torno al ejercicio de la profesión, ya que no solo se comparten experiencias vinculadas a los casos que se atienden, sino que también se discute en torno a la importancia de contar con un estilo terapéutico personal y se sociabilizan técnicas de intervención con niños.

A partir de la exposición de algún caso clínico, los profesionales presentan buenas prácticas de intervención al resto del grupo, quienes toman nota y levantan un ejercicio práctico, vinculado a la experiencia del terapeuta que expuso su caso, para luego reproducirlo en sus propias sesiones de psicoterapia. Un ejemplo de ello es lo que comenta el siguiente terapeuta, a partir de los comentarios que le hacían sus compañeras de trabajo y la importancia de utilizar distintos recursos para que los niños puedan ingresar a la sala de terapia.

Respecto a los espacios de supervisión, los terapeutas mencionan la relevancia que esta tiene, particularmente el poder hablar con alguien que lo acompañe no solo a revisar la intervención en términos técnicos, a partir de la revisión de teoría, sino que también ayudar a mirar la propia práctica y evaluar si el trabajo desarrollado en sesión está siendo efectivo con el niño.

Agregan que es necesario también revisar las propias resonancias, es decir, observar las sensaciones que emergen cuando se atiende a un cierto tipo de caso y discutir las con el supervisor, con el fin de reconocer si esa sensación está relacionada con lo que siente el niño, o más bien se asocia a una experiencia personal del terapeuta que pudiera influir en el desarrollo de la psicoterapia. A esta experiencia la denominan “trabajo de la persona del

terapeuta” y es valorada sobre todo cuando se utiliza el juego en la psicoterapia, como menciona la siguiente terapeuta:

“...el trabajo personal es mega importante en general, pero en especial en la terapia de juego, porque igual se remecen cosas de una misma, según las experiencias que uno tuvo de niña o no con el juego...” (T1)

Finalmente, comentan que como terapeutas deben desarrollar, en primera instancia, un trabajo personal en torno a la propia aceptación tanto en términos personales como profesionales. Señalan que en la medida que ellos generen una mayor aceptación de sí mismos podrán también aceptar al niño, permitiendo que no se mezclen experiencias personales con el trabajo psicoterapéutico. Si se logra hacer este trabajo personal, a partir de una psicoterapia, por ejemplo, se podrá desarrollar una relación terapéutica segura.

A modo de síntesis, una terapeuta declara lo siguiente, en torno a los espacios de trabajo personal y de supervisión:

“...tener cuidado con uno mismo, tener cuidado con la propia historia de uno, conocerse, trabajar el tema de la persona del terapeuta, supervisarse yo creo que es súper importante, a mi ahora me hace mucho sentido, antes como que no, porque no tenía idea, no le veía el peso, pero ahora sí, me ha hecho mucho sentido eso, creo que es súper importante supervisarte de vez en cuando, revisar la historia de uno, revisar también uno como terapeuta...” (T2)

3.2. Características de los niños y niñas en el proceso de construcción de la relación terapéutica a través del juego

Se describirán las observaciones que realizaron los terapeutas en torno a los primeros encuentros con niños que han sido víctimas de agresiones sexuales, particularmente la actitud y disposición de los niños al momento de construir la relación terapéutica. Luego,

se describirá la caracterización que hacen los terapeutas de los niños que atienden en psicoterapia.

3.2.1. Disposición al proceso de construcción de la relación terapéutica.

La totalidad de los terapeutas mencionan que los niños que han sido víctimas de agresiones sexuales, al iniciar el proceso de psicoterapia, se presentan con desconfianza tanto hacia el espacio de terapia como hacia el terapeuta, rechazando hablar y con altos montos de ansiedad y temor. Agregan que la desconfianza hacia el proceso de psicoterapia se asocia, por un lado, a la asistencia obligatoria a la psicoterapia que le impone tanto el tribunal de familia, en los casos que están judicializados, como los cuidadores, quienes muchas veces llevan al niño a terapia sin que ellos estén enterados.

“...bueno la literatura lo habla pero uno lo percibe desde la sesión que tiene que ver con la desconfianza, hacia el espacio terapéutico, hacia la figura del adulto, sobre todo en la red protectora porque vienen de una obligatoriedad, una medida protectora, entonces gran porcentaje de los chicos que me ha tocado acompañar, una vez que han develado han percibido muchas consecuencias respecto a esa develación, entonces el mundo adulto se ve como bastante amenazante, entonces en esas circunstancias he tenido que incorporar el juego, más tiempo y con más profundidad...” (T3)

La resistencia, por parte de los niños, de iniciar un proceso de psicoterapia, también se describe como alta, y está vinculada a que muchas veces los niños presentan experiencias previas de terapia que no fueron evaluadas de manera positiva, o circunstancias de la vida que no les permiten participar de manera regular, o simplemente percibir que no es el momento para trabajar la experiencia de agresión sexual.

“...también me pasa que, en las primeras entrevistas, dos o tres, también hay resistencias, pero es por un tema propio de la relación, de las confianzas previas, o malas experiencias previas, entonces hay como que restaurar las confianzas...” (T6)

Particularmente en torno a la expresión del niño en el espacio de juego, una vez iniciado el proceso de psicoterapia, algunos terapeutas describen que pueden observar en el niño la sensación de sentirse amenazados, ya que no logran hacer uso del espacio de la sesión, es decir, no exploran el espacio, no manipulan los juguetes, no interactúan con el terapeuta. Y esto lo vinculan a la existencia de alguna situación grave actual que podría estar impidiendo la espontaneidad en el niño, como puede ser la presencia de algún riesgo proteccional, o las secuelas propias del trauma en el niño.

3.2.2. Diferencias individuales en el uso del juego en psicoterapia.

La mayoría de los terapeutas refieren que tanto el género como la edad del niño va a influir en la manera en que se desarrolla la sesión de terapia, señalando que niños en edad escolar tienden a utilizar juegos más individuales donde puedan poner en práctica sus competencias personales o juegos que impliquen movimiento físico, mientras que niñas en edad escolar prefieren materiales de arte o juegos donde tengan que cuidar de otros. En el caso de niños y niñas en edad pre escolar, describen menos diferencia en torno a la forma de jugar y el material que escogen, no existiendo diferencias en torno al género, siendo característico de esta edad realizar juegos concretos, donde puedan construir y/o armar.

“(las niñas) ...tienden a trabajar más con manualidades que los hombres, a quienes les gustaba que nos tiráramos al suelo o que hiciéramos un partido de fútbol dentro de la sala...” (T4)

En cuanto al tipo de agresión sexual y la persona que ejerce la agresión, solo una terapeuta menciona que observa en el juego la recreación de una posible agresión sexual, la cual podría permitir reconocer el tipo de victimización del niño y las secuelas asociadas, no obstante, la mayoría de los terapeutas no identifican diferencias en el juego, en torno a las experiencias de agresión sexual de las cuales son víctimas los niños. Tampoco hacen diferencias respecto a la persona que genera la agresión sexual.

La única terapeuta que logra hacer una diferenciación en cuanto a la manera de jugar y la experiencia de agresión sexual del niño señala lo siguiente:

“...el tipo de abuso, sobre todo al principio se muestra en características que puede tener el juego, por ejemplo, un juego que presenta más acciones de penetración, en una violación.” (T6)

La manera en que los niños se vinculan con su terapeuta, a través del uso del juego, también va a estar mediada por el tipo de apego desarrollado en sus primeros años de vida, y por la presencia de trauma relacional temprano, de acuerdo a los entrevistados. Se destaca que niños que presentan dificultades relacionales asociadas a sus experiencias tempranas despliegan un juego inhibido y en solitario.

“...siento que depende mucho del tipo de experiencia traumática que haya tenido el niño, y de las dinámicas familiares en el fondo, o sea, cuando los niños no son escuchados, vistos, no se sintoniza con ellos, yo he visualizado mucha menos capacidad para poder jugar en el fondo...he observado que el juego es mucho más solo, por ejemplo, no comparten el juego, no te piden ayuda, están acostumbrados a tener su espacio íntimo reservado, y a no compartirlo, porque al no compartirlo parece un espacio más seguro para ellos...” (T1)

En cuanto al tipo de apego todos los terapeutas mencionan que es una variable a considerar cuando se interviene con juego, ya que, al no contar con un apego seguro, los niños tienen a percibir el mundo y las relaciones como fuente de amenaza, por lo tanto, se van a acercar a su terapeuta y al juego con más temor e inseguridad. Algunos van a expresar pocas ganas de jugar, no respondiendo a la invitación del terapeuta para iniciar un juego. Otros, al contrario, se presentarán extremadamente colaboradores y desarrollarán todas las actividades que el terapeuta les proponga.

“...creo que a veces hay niños con mucho daño, sobre todos los que tienen este apego mas evitativo, desorganizado, de que ven al mundo muy amenazante y eso yo lograba percibir, desde cerrar la puerta que el niño este mirando todo el rato “y a qué hora va a venir mi mama? ” entonces tu deci, algo pasa en la vida de ese niño como que ve eso, la ansiedad de separación, y como también me preocupada esos otros niños que eran como muy entregados por decirlo así, como una niña que una vez me dijo si yo la podía invitar a mi casa porque claramente en su casa pasaban muchas cosas... ” (T4)

El tipo de sintomatología también aparece como una característica distintiva respecto a cada niño y el uso del juego, diferenciándola entre sintomatología internalizante y externalizante, la cual también se expresará de manera distinta tanto en niños como en niñas, apareciendo el género como variable a considerar. Los terapeutas mencionan que los niños tienden a tener una sintomatología externalizante, es decir, los niños tienden a presentar mayor desregulación conductual, actitud desafiante, inquietud psicomotora. En cambio, las niñas expresan sintomatología internalizante, tendiendo a ser más pasivas, tranquilas y retraídas, no mostrando su malestar de manera explícita, incluso observándose un juego menos espontáneo.

“...generalmente los más desregulados eran los niños, los que se arrancaban de la sala eran los niños, no eran mujeres, en general se arrancaban muy poco, entonces las niñas tienen no se... como mayores capacidades, o mayores abanicos de juegos... ” (T4)

3.3. Indicadores que dan cuenta de la construcción de la relación terapéutica.

Dentro de los indicadores que dan cuenta de la construcción de la relación terapéutica, los entrevistados señalan que es algo que ellos perciben, sienten y/o intuyen, pero que va acompañado de acciones concretas que hacen los niños en la sesión. Los terapeutas describen que observan en los niños una mayor apertura a mostrar su mundo interno. Comentan también que los niños comienzan a expresar cariño hacia el terapeuta, y se permiten exponer sus facetas negativas. A su vez, los terapeutas describen que los niños

logran expresar con más ligereza sus gustos abiertamente y se observa una mayor seguridad en el juego.

Por su parte, los terapeutas mencionan que ellos comienzan a utilizar de manera más ligera el humor, siendo menos serios, expresando una sensación de tranquilidad.

La siguiente terapeuta nos invita a reflexionar en torno a este evento que se vive como un hito significativo para la terapia:

“... Yo creo que ese indicador tiene mucho que ver cuando el otro te invita, como a ser parte, mostrarte su mundo interno, y eso se nota porque no sé, cuando llega ese día de verdad como que todo es muy distinto porque yo creo en el fondo uno va generando una relación con mucha paciencia y cuando ese momento ocurre, ese como hito, porque es como un hito terapéutico se puede comenzar a trabajar de otra forma, como desde otra mirada porque ya estas como dentro, yo creo que no sabría cómo explicártelo bien pero como que uno lo siente...” (T2)

VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. Principales resultados

La presente investigación buscó acceder a las narrativas de terapeutas que se encontraban desarrollando procesos de psicoterapia con niños que habían sido víctimas de agresiones sexuales, dada la necesidad de contar con una aproximación a la subjetividad de los terapeutas respecto a la manera en que desarrollan los procesos de psicoterapia con niños y niñas que hayan sido víctimas de agresiones sexuales. El eje central de esta investigación fue caracterizar el rol que cumple el juego en la construcción de la relación terapéutica con niños y niñas que hayan sido víctimas de agresiones sexuales, desde la mirada de sus terapeutas.

Con el fin de organizar la discusión, se presentarán los resultados de acuerdo a los objetivos específicos de este estudio.

a) Significados asociados al uso del juego en el proceso de construcción de la relación terapéutica (Objetivo N°1)

Para los entrevistados la construcción de la relación terapéutica es una de las grandes metas a alcanzar en los procesos de psicoterapia, señalando que podrían desarrollar un proceso completo de psicoterapia utilizando solo actividades orientadas a construir esta relación, especialmente con niños que han sido víctimas de agresiones sexuales, ya que refieren que la dimensión vincular es una de las áreas más afectadas.

Los entrevistados mencionan que uno de los objetivos de trabajo en la intervención, con niños que han sido víctimas de agresiones sexuales, es promover la construcción de la relación terapéutica, ya que consideran que se transforma en un factor que posibilita la sanación en niños que presenten experiencias de victimización sexual, tal como plantea Marrodan (2010), quien expresa lo fundamental que es construir una relación terapéutica previo a promover el trabajo de reconstrucción de la historia de vida del niño que presenta traumatización, agregando que la construcción de la relación terapéutica favorece en sí

misma el desarrollo de un apego seguro, y que tiene que desarrollarse a partir de una relación sintonizada y resonante entre el niño y su terapeuta.

Por otro lado, los entrevistados señalan que la relación terapéutica puede ser definida como el espacio intermedio que se da entre un niño y un adulto (terapeuta) que tiene como fin el posibilitar el proceso de superación de la experiencia de agresión sexual.

En este espacio intermedio, que se tiene que construir de manera voluntaria, se genera un intercambio recíproco y una retroalimentación mutua entre el niño y su terapeuta, basada en afectos positivos. No obstante, es el terapeuta quien debe proveer en la sesión un espacio que otorgue no solo material concreto que invite a que el niño se sienta seguro y en confianza, sino que también tener ciertas características de personalidad que van a promover el desarrollo de la relación terapéutica, tal como plantea Núñez et al. (2021), quien señala que es el terapeuta quien toma el liderazgo de manera inicial en la relación, y es a partir de la invitación a jugar, y el despliegue de recursos lúdicos, donde logra que el niño se sienta seguro y parte del espacio de sesión.

A su vez, los elementos entregados por los terapeutas, en torno a la definición de la relación terapéutica, van en la misma línea de lo planteado por Altimit et al. (2017), quien expresa que en la relación terapéutica se experimentan sentimientos y actitudes entre terapeuta y paciente, el uno hacia el otro.

En cuanto a los significados en torno al juego, la totalidad de los entrevistados señalan que dentro del trabajo de psicoterapia con niños que han sido víctimas de agresiones sexuales es fundamental utilizar el juego, ya sea porque los niños naturalmente lo presentan en el espacio de sesión, o porque son los terapeutas quienes lo promueven activamente. De esta manera, en esta investigación, también se aprecia lo planteado por Landreth (2018), quien, a partir de una revisión sistemática, da cuenta de la relevancia de observar y estudiar el juego en niños, para favorecer la comprensión de sus vivencias y evidenciar la importancia que tiene el juego en el desarrollo de funciones del desarrollo (cognitivas, sociales,

emocionales) y en el alivio de ciertas dificultades emocionales y de comportamiento (Reddy y Schaefer, 2005).

El juego para los entrevistados es definido de dos maneras, por un lado, lo definen como un medio válido de comunicación, que permite a los niños comunicar sus emociones, pensamientos y vivencias de manera segura, sin tener que hablar de manera directa de sus preocupaciones, sobre todo, las que se asocian a su experiencia de victimización sexual, tal como plantea Landreth (2018), quien señala que el juego es el lenguaje de los niños, por lo tanto es el terapeuta quien debe encontrar la modalidad evolutivamente apropiada para facilitar la libre expresión de estos, convirtiéndose el juego en el medio de comunicación primordial de los niños.

Por otro lado, el juego es definido como una actividad que implica el desarrollo de acciones concretas, las cuales se pueden desarrollar de manera espontánea como planificada en la sesión. Para los entrevistados el juego busca el disfrute y placer, pero también la externalización de sentimientos y experiencias dolorosas, siendo coherente con lo planteado por Schaefer (2012), quien señala que el juego permite la autoexpresión en los niños, donde a través de la toma de distancia emocional, pueden conseguir alivio de las experiencias traumáticas.

A su vez, que el juego pueda ser espontáneo o planificado, también es aseverado por Sepúlveda (2020), quien refiere que el juego es espontáneo cuando los niños escogen los materiales de juego y las actividades que prefieren según sus intereses y necesidades, y es planificado, cuando el terapeuta da inicio al juego a partir de una guía de propuestas de acción a desarrollar en la terapia. En este sentido, se agrega que el juego en terapia forma parte de los métodos y técnicas denominados “narrativas por la acción”, es decir, los niños ensayan actividades y papeles sociales a través de la acción.

Finalmente, el juego es definido como un lugar de encuentro, que adquiere la forma de un tercer mundo, es decir, cuando un niño se encuentra jugando con su terapeuta, aparecen dos personas que presentan una historia personal, una forma de ser (características de personalidad), y expectativas respecto a la sesión de terapia (niños llegan con la intención de jugar y terapeutas con la expectativa de ayudar y contribuir a la sanación). Este cruce que se genera entre un niño y su terapeuta es facilitado y sostenido por el juego, donde cada uno deja algo de su individualidad para generar un espacio común con características que los definen a ambos, y es único y exclusivo para esa relación en particular.

Para generar este espacio intermedio es necesario construir un rapport, tal como lo plantea Schaefer (2012), quien señala que el juego se utiliza para desarrollar confianza con el niño y construir una relación terapéutica. El terapeuta le ofrece al niño el control en la elección de los materiales y tareas, y lo ayuda a expresar contenidos traumáticos y estresantes a través del juego (Schaefer, 2012).

A partir de la colaboración entre ambos, el juego va adquiriendo mayor sentido, y va posibilitando que emerjan contenidos dolorosos de una manera simbólica. El terapeuta, al ser parte activa en el acompañamiento del juego, va a usar la metáfora para ayudar al niño a ordenar y resignificar la experiencia de agresión sexual y/o trauma, como señala Capella et al. (2015). A su vez, tal como señalan Ogawa (2004) y Cattanach, (2008), el juego permitirá construir un espacio de seguridad para el niño, dónde a través de este podrá expresar de manera libre escenas cargadas de eventos traumáticos.

b) Elementos y recursos lúdicos utilizados en el proceso de construcción de la relación terapéutica (Objetivo N°2)

Dentro de las narrativas de los entrevistados, aparece un largo listado de experiencias donde tuvieron que poner en práctica una gran cantidad de recursos y estrategias para posibilitar la construcción de la relación terapéutica, ya que como se mencionó anteriormente, es el terapeuta quien debe promover la construcción de un espacio seguro que sea atractivo para

el niño y posibilitar el encuentro en terapia. Dentro de los recursos, aparecieron elementos generales que se despliegan a lo largo del proceso de psicoterapia, y recursos más específicos asociados al uso del juego en terapia.

Respecto a elementos generales, los entrevistados refieren que el primer gran paso que deben dar es generar motivación en el niño para asistir a la terapia, tal como lo plantea Núñez (2021), quien da énfasis al rol que cumple la relación terapéutica en el aumento de la motivación en los niños. Los entrevistados señalan que deben observar la disposición del niño respecto a la motivación para asistir a terapia y evaluar si el niño presenta apertura a jugar, ya que consideran que el juego es una herramienta útil para atraer a los niños y construir una relación terapéutica.

Una vez que identifican que el niño presentan motivación para participar en las sesiones de psicoterapia, toman nota de los materiales de juego (o el tipo de juego) que escoge el niño de manera espontánea en la sala de terapia, esto con el fin de utilizar posteriormente los mismos elementos de juego en las sesiones de psicoterapia y darle a entender al niño que pueden compartir intereses y gustos, y así, de esta manera, permitir el aumento de la confianza en el niño hacia el terapeuta y el espacio de terapia.

De la mano de estas estrategias, los terapeutas describen que les permiten a los niños que muestren en la sesión alguna habilidad o talento en el que se sientan competentes, así los refuerzan y les transmiten el mensaje de que ellos son buenos en lo que hacen, y que en la terapia no se realizarán juicios de valor respecto a su comportamiento o actitud.

De esta manera, tal como señalan diversos autores (Landreth, 2018; Perry y Szalavitz, 2008; Cattanach, 2008; Maldonado y Paone, 2008; Capella et al, 2015), los entrevistados consideran a los niños como personas únicas y dignas de respeto, mostrando interés de manera genuina, tanto en sus sentimientos como en sus actividades lúdicas, y confiando en sus recursos para afrontar diversas situaciones, es decir, confiando en sus capacidades y valorando sus esfuerzos, a partir de un clima que no juzga ni castiga.

En las primeras sesiones de psicoterapia, una vez que identifican el nivel de motivación del niño y la apertura a utilizar el espacio de sesión a su favor a través de la elección de algunos juegos y actividades, algunos entrevistados señalan que desarrollan un juego estructurado y guiado, ya que de esta forma promueven que el niño se sienta más seguro en el espacio de sesión, lo cual es coherente con lo planteado por Capella et al. (2015), quien señala que el rol directivo del terapeuta genera mayor seguridad y contención en el niño para abordar los contenidos dolorosos en sesión.

En este primer acercamiento también realizan un encuadre, a partir de un contrato terapéutico, que les permite ofrecer al niño un espacio predecible. A su vez, intentan no preguntar directamente sobre el motivo de consulta, que está asociado a la agresión sexual, sino que buscan solo conocerse con el niño y divertirse.

No obstante, otros entrevistados mencionan que el desarrollar un juego semiestructurado, es idóneo para posibilitar el encuentro en terapia, donde el terapeuta llega a la sesión con los contenidos listos para abordar, pero dejando libertad al niño para poder cambiar el rumbo de la sesión si es que lo necesita, todo con el fin de que se sienta cómodo en la sesión.

Finalmente, algunos terapeutas mencionan que utilizan el juego de manera libre en las primeras sesiones, dejando que el niño ponga los contenidos que quiera abordar en sesión. En este caso, el terapeuta solo sigue el juego del niño con la intención de comunicarle que es dueño del ese lugar y que puede utilizarlo como desee. Los entrevistados describen que de esta manera permitir la relación terapéutica se establece con mayor rapidez.

Es así como se observa que no existe un consenso, por parte de los entrevistados, respecto a la manera más idónea de desarrollar el juego y construir la relación terapéutica, pese a que la literatura señala que el desarrollo de un juego libre, sin la conducción del terapeuta, podría generar niveles elevados de angustia en el niño (Capella, et al. 2015).

No obstante, Yassenik, & Gardner, (2018) sugieren que, en primer lugar, el terapeuta necesita comenzar con una conexión empática para forjar la relación terapéutica, lo cual se puede desarrollar a través de sesiones iniciales con un enfoque estrictamente no directivo y dirigido por el niño, para luego pasar a un enfoque más directivo basado en el juego. Estas sesiones

iniciales permiten que el terapeuta pueda ver el mundo del niño a través de sus ojos y evaluar las habilidades y temas de juego que presenta.

Una vez avanzadas las sesiones de psicoterapia, los entrevistados señalan que deben estar atentos a cómo se está desarrollando la relación terapéutica, por lo tanto, agregan que deben contar con diversidad de estrategias que sigan apoyando este proceso. Es así como describen que en su práctica clínica promueven el ejercicio del espejamiento en sesión con el niño, lo cual promueve la conexión emocional entre ellos, refiriendo que ellos imitan el juego del niño sin llegar a ser invasivos.

Señalan que esta estrategia es útil, ya que ayuda a los niños a sentir que sus terapeutas perciben sus emociones y sensaciones, además de entenderlos y no juzgarlos, lo que ayuda a aumentar la confianza, tal como plantea Perry y Szalavitz (2008), quienes refieren que el rol del terapeuta en el espacio de sesión es posibilitar la reconstrucción de la confianza, a través de un vínculo que se base en la aceptación, que sea genuino y empático, además de otorgar la posibilidad de recuperar la sensación de seguridad, a través de un entorno seguro en terapia, estableciendo límites cuando sea necesario.

Los entrevistados señalan que no solo cuentan con estrategias que promueven la construcción de la relación terapéutica, sino que también con recursos lúdicos en el desarrollo de la psicoterapia. Comentan que sus sesiones tienen que contar tanto con un espacio físico, que cuente con materiales de juego, como con características personales que inviten a jugar.

En este sentido, Cattanach, (2008) refuerza esta idea, señalando que el rol del terapeuta es ayudar al niño a utilizar los materiales de juego para poder expresarse eficazmente. Agregando que el espacio físico tiene que ser considerado un lugar donde el niño sienta que es su lugar y se respetan sus gustos y necesidades, y que se puede expresar de manera libre.

A partir de este planteamiento, los entrevistados mencionan que la utilización de un muñeco co-terapeuta promueve el acercamiento entre niño y terapeuta, lo cual es un ejemplo concreto de cómo es posible generar un diálogo no amenazante entre ambos y promover la construcción de la relación terapéutica.

c) Cualidades y actitudes del terapeuta en el uso del juego y su vinculación con la construcción de la relación terapéutica (Objetivo N°3)

Los terapeutas señalan que cuando se encuentran desarrollando una sesión con un niño, a través del juego, su rol es acompañarlo a lo largo del desarrollo del juego y brindarle seguridad, es decir, comunicarle que nada malo va a pasar si es que él quiere mostrar algún aspecto de sí mismo a través del juego que pueda ser difícil de expresar, por lo tanto, la sesión debe presentar una estructura que posibilite una sensación de previsibilidad y estabilidad, ya que niños que presentan traumas podrían provenir de entornos caóticos, tal como señala O'Connor et al., (2015).

Los entrevistados señalan que el rol de acompañamiento y sostén que cumplen, es fundamental, y se da a partir de la presencia de un adulto que se encuentra jugando con un niño, quien en su posición de adulto y profesional debe proveerle un espacio seguro y de contención, a partir de una aceptación afectuosa, como señala Landreth, (2018).

Algunos entrevistados describen que dentro de su rol como terapeutas deben interpretar el juego del niño, ya que de esta manera lograrán conocerlo y les entregará pistas de cómo avanzar en la psicoterapia, no obstante, según plantea Capella et al. (2015), al trabajar con metáforas se debería ser cauteloso en la interpretación de sus contenidos, intentando mantenerse en el nivel simbólico con los niños. Pese a esto, los terapeutas comentan que ha tenido un efecto positivo el interpretar el juego del niño, seguramente porque al momento de realizar el ejercicio interpretativo los niños llevaban largo tiempo asistiendo a terapia y ya se conocían con su terapeuta.

Otros entrevistados, señalan que ellos deben poner su cuerpo y voz en el juego, de modo tal de asumir roles en el juego de acuerdo a las necesidades e indicaciones de los niños. A su vez, los niños también van asumiendo distintos roles y formas de estar en el juego, incorporando nuevos personajes o generando giros en la trama, o levantando soluciones alternativas frente a ciertas historias que estarían cargadas de dolor y sufrimiento, tal como

plantea Cattanach, (2008, al señalar que este ejercicio natural de los niños en el juego les da la posibilidad de cambiar y expandir aspectos de su identidad, a partir de la exploración de nuevos roles y formas de ser en la actividad de juego.

Los entrevistados mencionan que, para desarrollar un proceso de psicoterapia que implique la utilización del juego, ellos deben presentar agrado por jugar y confiar en el poder que tiene el juego. Esto los llevará a asumir una actitud espontánea y lúdica, como señalan Núñez (2021) y Purswell et al. (2021), en el espacio de sesión, tanto con el niño como con el juego. Agregan además que otra cualidad que deben poner en marcha es la de ser flexibles en el juego y dejarse llevar por este, adaptándose rápidamente a los cambios de dirección en las sesiones de psicoterapia que el niño provoque.

Este planteamiento lo comparte, Landreth, (2018), quien nos invita a estar dispuestos a aceptar lo inesperado en el juego con los niños y tolerar la ambigüedad, sobre todo cuando los niños asumen un rol de liderazgo, como en el juego no directivo.

Respecto a las resonancias personales, los entrevistados comparten lo mencionado por O'Connor et al., (2015), quien plantea la importancia de ser conscientes de sí mismos como terapeutas al momento de intervenir con niños que han sido víctimas de agresiones sexuales, especialmente estar atentos a sus propios problemas relacionados con el trauma interpersonal, ya que el niño podría gatillar experiencias emocionales intensas. Los entrevistados mencionan que deben sintonizar tanto con los estados afectivos de los niños como con los propios, sobre todo cuando se generan algunas resonancias en sesión.

d) Diferencias de niños y niñas en el uso del juego en el proceso de construcción de la relación terapéutica (Objetivo N°4)

Los niños cuentan con características que los distinguen a unos de otros, las cuales se hacen evidentes en el uso del juego en psicoterapia. Los entrevistados señalan que deben

adaptarse a la gran diversidad de niños que atienden, y ofrecer un set variado de propuestas, y formas de estar en sesión, que permitan construir la relación terapéutica.

En cuanto a la expresión inicial del niño en el espacio de terapia con juego, algunos entrevistados refieren percibir una sensación de amenaza por parte de algunos niños en torno al espacio de sesión y al terapeuta, lo que se gráfica en que los niños no logran explorar el espacio, no manipulan los juguetes, ni interactúan con el terapeuta, lo cual se transforma en un desafío para los terapeutas ya que deben acomodar algunas estrategias para dar seguridad al niño en la sesión de psicoterapia.

Este resultado se corresponde con lo planteado por Finkelhor & Browne (1985), al considerar que los niños que han sido víctimas de agresiones sexuales presentan esquemas cognitivos que influyen en la visión que tienen de sí mismos, la forma de conceptualizar el mundo y la manera en que se relacionan con otros. Los entrevistados señalan que la sensación de amenaza y desconfianza percibida en estos niños va más allá de lo que se ofrece en sesión, estando instalado en su sistema de creencias que el mundo es un lugar peligroso (dimensión de traición).

No obstante, otros entrevistados refieren que algunos niños muestran un exceso de confianza, involucrándose rápidamente en el juego, lo cual también es descrito como un indicador de que el niño no se siente seguro, ya que utiliza el espacio de manera errática, con el fin de obtener mayor control de la situación, tal como plantea Finkelhor & Browne (1985), al considerar que los niños que han sido víctimas de agresiones sexuales presentan un estado de indefensión, por lo tanto, utilizan como mecanismo de adaptación, el controlar el ambiente y a su terapeuta, con el fin de no verse expuesto nuevamente a la vivencia de desprotección y volver a sentirse sin defensas.

Como complemento a la idea anterior, los entrevistados mencionan que una primera diferencia en el uso del juego la da el tipo de apego que el niño presente. Niños con un estilo de apego inseguro evitativo, se mostrarán distantes con su terapeuta, bloqueando la

posibilidad de jugar en conjunto, mientras que niños con un estilo de apego ansioso ambivalente, se entregarán rápidamente a la interacción, sin evaluar los riesgos.

Barudy y Dantagnan (2009) corroboran esta idea, al señalar que niños con un estilo de apego inseguro evitativo presentarán más dificultades para implicarse en un trabajo terapéutico, siendo sumamente difícil adaptarse a una situación que amenaza, la cual es vivida con mayor intensidad. En cambio, niños que presentan un estilo de apego inseguro ambivalente se van a implicar sin grandes dificultades, y si su expresión es inhibida al comienzo de la terapia, estará asociada al alto monto de temor que presentan de ser desaprobados o criticados, estando extremadamente alertas a las respuestas o reacciones del terapeuta, incluso expresando conductas “encantadoras” para recibir su aprobación.

Respecto a las diferencias en el juego de acuerdo a la edad de los niños, Sepúlveda (2020), nos invita a considerar el estadio de desarrollo en que se encuentra el niño para evaluar como utiliza el juego. Los entrevistados señalan que los niños pequeños utilizan el “juego de ejercicio” el cual se caracteriza por ser un juego donde los niños construyen y/o arman, siendo concreto y correlacionando con la etapa de desarrollo sensoriomotor.

Por otro lado, niños más grandes, comienzan a desarrollar un “juego simbólico”, donde simulan escenas de la vida real. Los entrevistados agregan que en la edad escolar los niños utilizan juegos donde puedan poner en práctica su nivel de competencia, destacando la actividad física. Mientras que las niñas en edad escolar desarrollaran juegos que impliquen cuidar a otros (representación de la realidad a través del juego simbólico).

En cuanto a las diferencias en el juego, de acuerdo al tipo de agresión sexual de la que fue víctima el niño, resulta relevante considerar lo planteado por Malchiodi, (2015), quien refiere que los niños no solo reviven sus experiencias de trauma en sus mentes, sino que también en sus cuerpos, donde a través del juego y el arte los niños grafican y reproducen sus experiencias de victimización. A partir del juego, los niños pueden comunicar lo indecible. Pese a eso, solo una terapeuta señaló que a través del juego los niños pueden

expresar sus experiencias de agresión sexual, donde niños que hayan sido víctimas de una violación, van a representar en el juego acciones de penetración. En el caso de niños que hayan sido víctimas de tocaciones, u otro tipo de experiencia de agresión sexual, ningún entrevistado mencionó que esto pudiera haber sido graficado en el tipo de juego que desarrollan los niños en sesión.

Finalmente, la mayoría de los terapeutas destacan que los niños que presentan sintomatología extermalizante desarrollan un juego que implica mayor desregulación comportamental, una actitud desafiante, e inquietud psicomotora. Lo cual se presentaría más en el género masculino. En cambio, mencionan que las niñas tienden a presentar una sintomatología más internalizante, la cual se expresa en el juego con una actitud pasiva, tranquila y retraída, observándose un juego menos espontáneo.

Respondiendo a la pregunta de estudio respecto a ¿Cuál es el rol que cumple el juego, en la construcción de la relación terapéutica, en los procesos de psicoterapia, con niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales? es que se logra reconocer el valor de las narrativas de los terapeutas en torno al rol que le otorgan al juego en el proceso de construcción de la relación terapéutica, donde rescatan que su utilización no solo favorece el acercamiento de los niños al espacio de terapia, sino que también promueve el desarrollo de la confianza tanto en el terapeuta como en la psicoterapia en general.

De este modo el juego no solo permite la construcción de un espacio amigable para los niños, sino que también se convierte en un medio seguro para que estos puedan expresar los contenidos más dolorosos asociados a sus experiencias de agresión sexual.

El uso del juego en psicoterapia se verá mediado por la presencia de un adulto que cuente con formación profesional y un conjunto de características que le permita armar un escenario seguro y cómodo para el desarrollo del juego, además de transformarse en un acompañante activo en el proceso de juego, siendo sostén del niño. A su vez, es el terapeuta quien debe reconocer las diferencias que presentan los niños en el uso del juego, e

identificar que variables podrían influir en esas diferencias, de modo tal de posibilitar el uso de herramientas lúdicas, y una actitud en particular, que le permitan encontrarse con el niño en sesión.

Finalmente, se hace evidente la alta capacidad que presentan los entrevistados para estar conscientes de sus propios procesos emocionales, y los sentimientos que podrían despertarse a la hora de interactuar con un niño en sesión.

2. Aportes, limitaciones y futuras líneas de investigación

La presente investigación nos ofrece la posibilidad de sumergirnos en los procesos de psicoterapia con niños que hayan sido víctimas de agresiones sexuales, pero desde la mirada de sus terapeutas, quienes de manera amorosa y gentil nos muestran sus fortalezas, temores y desafíos para la práctica clínica. Es así como la presente investigación no solo realiza un aporte teórico - clínico, al conocer las buenas prácticas de los terapeutas que trabajan con esta población, sino que también nos permite conocer en profundidad sus vivencias, y rescatar de ellas, los elementos que promueven y posibilitan la construcción de la relación terapéutica.

El conocer las nociones que tienen los terapeutas en torno al trabajo interventivo con juego se convierte en una experiencia nutritiva, que nos conecta con nuestras propias experiencias de infancia. El poder percibir en los entrevistados la alegría y satisfacción que presentan cuando conectan con un niño en ese micro espacio que es el juego, se transforma en una experiencia enriquecedora y que desafía a seguir investigando, sobre todo en lo que respecta a seguir profundizando en experiencias concretas en el espacio de encuentro en el juego.

La presente investigación también entrega algunos contenidos relevantes a tener en consideración por parte de profesionales que se estén formando, o iniciándose en la intervención con niños que hayan sido víctimas de agresiones sexuales y/o presenten trauma relacional. El poder conocer las vivencias de estos niños, y el reconocer el cuidado que deben tener a la hora de intervenir, se vuelve fundamental, sobre todo con niños que se encuentran

en etapa pre escolar y escolar, reconociendo la importancia que tiene el juego en el desarrollo integral de estos niños, y la valoración de este al ser considerado el medio de comunicación favorito que les permite expresar sus vivencias de manera segura.

Un último aporte se vincula a la posibilidad de conocer las experiencias de los terapeutas interviniendo en un contexto de emergencia sanitaria, con el consecuente despliegue de recursos asociados a la necesidad de continuar atendiendo a niños de manera remota. Las experiencias de los terapeutas bajo este nuevo escenario nos entregan herramientas útiles para continuar trabajando bajo dos modalidades, es decir, de manera remota y presencial.

En cuanto a las limitaciones de la presente investigación, faltó el incorporar la mirada de los otros participantes de los procesos de psicoterapia, como es la visión de los niños y niñas, y sus adultos responsables, en torno a los significados que estos atribuyen al rol del juego en el proceso de construcción de la relación terapéutica.

Además, al ser una investigación que buscaba conocer en detalle las sesiones de psicoterapia con juego, pero sin referirse a un caso particular, solo se hicieron descripciones generales, pudiéndose haber profundizado al escoger casos particulares, no obstante, esto nos permite continuar investigando en esta línea, ya que nos abre la posibilidad de investigar específicamente ciertas variables, como el tipo de agresión sexual, el género, y la edad, y su relación con el desarrollo del juego en la terapia y las estrategias utilizadas por los terapeutas cuando deben abordar casos puntuales.

Finalmente, y vinculado a temáticas emergentes en esta investigación, hubiese sido sumamente enriquecedor profundizar en las vivencias de los terapeutas asociados al uso del juego a lo largo de su historia de infancia, y poder conectar dichas experiencias con el ejercicio de ser terapeutas en la actualidad, ya que los entrevistados en su mayoría refirieron a lo largo de la entrevista experiencias de infancia que influyeron en su elección de trabajar con juego en la psicoterapia con niños que hayan sido víctimas de agresiones sexuales, lo que, sin duda, hubiese sido positivo para comprender la manera en que han logrado establecer procesos de psicoterapia exitosos.

En cuanto a futuras líneas de investigación sería relevante poder incorporar la mirada de los niños y niñas en torno al uso del juego en terapia en general, y en el proceso de construcción de la relación terapéutica en particular. Junto a eso, poder entrevistar a terapeutas con trayectoria en la utilización del juego en terapia y conocer en profundidad cómo desarrollan los procesos de psicoterapia y descubrir cómo se vive el cambio, a partir de la superación de las experiencias de agresión sexual. Finalmente, el poder desarrollar investigaciones donde se pueda observar de manera directa la forma en que se construye la relación terapéutica entre niños y terapeutas a través de la observación de sesiones psicoterapéuticas.

Conclusiones

La presente investigación permitió conocer las narrativas de terapeutas, hombres y mujeres de distintas edades, con distinta experiencia en el trabajo de intervención con niños que han sido víctimas de agresiones sexuales, y diversidad de enfoques teóricos que acompañaron sus procesos de psicoterapia.

Pese a la heterogeneidad de la muestra, se logró identificar la relevancia que tiene el uso del juego en los procesos de psicoterapia con niños que han sido víctimas de agresiones sexuales, logrando el encuentro entre todas las miradas de quienes participaron de este estudio, posicionando al juego y la relación terapéutica en un lugar central, e identificando los eventos significativos que posibilitaron comprender de manera amplia, la manera en que se desarrolla el juego en sesión entre un niño y su terapeuta.

La perspectiva de los terapeutas sigue siendo un aspecto fundamental en la comprensión de los procesos de psicoterapia, y su mirada en torno a los significados que le atribuyen al uso del juego en la construcción de la relación terapéutica, se vuelve fundamental para la generación de nuevo conocimiento en esta área, sobre todo por la pertinencia que presenta en el trabajo con población infantil.

El juego fue considerado por parte de los terapeutas como fundamental en el proceso de construcción de la relación terapéutica, ya que permitió la disminución de la desconfianza inicial por parte de los niños, y fue puente para avanzar a lo largo del proceso psicoterapéutico. A su vez, tanto el juego como la relación terapéutica fueron narrados como

espacios de encuentro, donde se abandonan individualidades y se crea un tercer mundo, que promueve el encuentro afectivo y la sensación de confianza entre el niño su terapeuta.

VII. REFERENCIAS

- Águila, D., Lama X., Capella, C., Rodríguez, L., Dussert, D., Gutiérrez, C., y Beiza, G. (2016). *Narratives from therapists regarding the process of psychotherapeutic change in children and adolescents who have been victims of sexual abuse / Narrativas de terapeutas sobre el proceso de cambio psicoterapéutico en niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales*. Estudios de Psicología, DOI: 10.1080/02109395.2016.1204780
- Altimir, C., Capella, C., Núñez, L., Abarzúa, M., & Krause, M. (2017). *Meeting in difference: Revisiting the therapeutic relationship based on patients' and therapists' experiences in several clinical contexts*. Journal of Clinical Psychology, 73(11), 1510-1522.
- Astorga, A. (2020). *Intervención psicoterapéutica y psicosocial en modalidad a distancia y on-line por parte de programas ambulatorios de la red SENAME en contexto COVID-19: La experiencia de corporación opción*. Revista señales N°23, vol XIII (2)
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2009). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y residencia*. Barcelona, España. Gedisa editorial.
- Bernales, S., Riquelme, R., & Thumala, E. (2005). *Avances en psicoterapia y cambio psíquico*. Sociedad Chilena de Salud Mental.
- Bernasconi, O. (2011). *Aproximación narrativa al estudio de fenómenos sociales: Principales líneas de desarrollo*. Acta Sociológica, 56, 9-36.
- Blanco, P. J., Muro, J. H., & Stickley, V. K. (2014/). *Understanding the concept of genuineness in play therapy: Implications for the supervision and teaching of beginning play therapists*. International Journal of Play Therapy, 23(1), 44.

Bordin, E. (1979). *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16,252- 260.

Campbell, A. F. & Simmonds, J. G. (2011). *Therapist perspectives on the therapeutic alliance with children and adolescents*. *Counselling Psychology Quarterly*, 24(3), 195-209.

Capella, C., Escala, C. y Nuñez, L. (2015). *El lobo y las siete cabritas: uso de la metáfora y el cuento en la psicoterapia con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales*. En María Gabriela Sepúlveda (Ed.), *De cuento en cuento: Construcción de realidad en niños y adolescentes* (89-113) Santiago, Chile: El buen aire.

Capella, C. y Gutiérrez, C. (2014). *Psicoterapia con niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales: Sobre la reparación, la resignificación y la superación*. *Psicoperspectivas*, 13(2), 93-105.

Capella, C., Rodríguez, L., Águila, D., Dussert, D., Lama, X., Gutiérrez, C. & Beiza, G. (2015). *Storied images of psychotherapeutic change: Approaching children's voles through drawings*. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 18(2), 141-151.

Capella, C. (2017) *Disequilibrium and Loss of Narrative Coherence in Identity Construction: A Piagetian Perspective on Trauma in Adolescent Victims of Sexual Abuse*. *Journal of Constructivist Psychology*, 30:4, 323-338

Capella, C. y Rodríguez, L. (2018). *Buenas prácticas que favorecen el cambio psicoterapéutico en casos de agresiones sexuales: Integrando la perspectiva de niños/as y adolescentes que han sido víctimas, sus padres y psicoterapeutas*. *Revista Señales*, 18, 7-22

Capella, C. (2013). *Una propuesta para el estudio de la identidad con aportes del análisis narrativo*. *Psicoperspectivas*, 12(2), 117-128.

Capella, C. (2011). *Hacia narrativas de superación: El desafío para la psicoterapia con adolescentes de integrar la experiencia de agresión sexual a la identidad personal*. (Tesis de doctorado). Universidad de Chile.

Cantón-Cortés, D., & Rosario Cortés, M. (2015). *Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes*. *Anales de psicología*, 31(2), 607-614.

Cattanach, A. (2008). *Play Therapy with abused children*. London and Philadelphia: Jessica Kinsley Publishers.

CAVAS (2011). *Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales: Una Revisión de la experiencia*. Santiago, Chile. Policía de Investigaciones.

Centro de Atención a Víctimas de Atentados Sexuales [CAVAS] (2003). *Centro de atención a víctimas de atentados sexuales CAVAS Metropolitano: 16 años de experiencia*. Versión/producciones gráficas ltda.

Cicchetti, D. y Toth, S. (2005). *ChildMaltreatment*. *Annu. Rev. Clin. Psychol*, 1:409-38

Cohén, J. A., Mannarino, A. P., & Knudsen, K. (2005). *Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial*. *Child abuse & neglect*, 29(2), 135-145.

Cohén, D., & Crabtree, B. (2006). *Qualitative research guidelines project*.
<http://www.qualres.org/HomeEval-3664.html>

Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohén, J. A., Runyon, M. K., & Steer, R. A. (2011). *Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: impact of the trauma narrative and treatment length*. *Depression and anxiety*, 28(1), 67-75.

Dussert, D., Capella, C., Lama, X., Gutiérrez, C., Águila, D., Rodríguez, L., & Beiza, G. (2017). *Narrativas de padres de niños, niñas y adolescentes que han finalizado psicoterapia por agresiones sexuales: un proceso de superación conjunta*. *Psykhe* (Santiago), 26(1), 1-14.

Echeburúa, E. & Corral, P. (2006). *Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia*. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12, 43-44

Erbes, C. (2004). *Our constructions of trauma: a dialéctica! perspective*. *Journal of Constructivist Psychology*, 17:3, 201 - 220.

Feixas, G., & Villegas, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia*. 3era edición revisada.

Finkelhor, D. & Browne, A. (1985). *The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization*. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, (4), 530 - 541.

Finkelhor, D. (2007). *Developmental victimology*. En R. C. Davis, A. J. Luirigio, & S. Hermán (Eds.), *Victims of crime* (3er ed.) (pp. 9-34). Thousand Oaks, California: Sage Publications.

Freeman, J., Epston, D., & Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños. Aproximación a los problemas familiares a través del juego*. Estados Unidos: Paidós.

Fundación para la Confianza (2018). *Prevalencia del Abuso Sexual Infantil en la Región Metropolitana*. <https://www.paralaconfianza.org/test/wp-content/uploads/2018/12/aqu%C3%AD.pdf>

Gil, E. (2006). *Helping abused and traumatized children: Integrating directive and nondirective approaches*. Guilford Press.

Harvey, S y Taylor, J. (2010). *A meta-analysis of the effects of psychotherapy with sexually abused children and adolescents*. School of Psychology, Massey University, Private Bag 11-222.

Hetzel-Riggin, M. D., Brausch, A. M., & Montgomery, B. S. (2007). *A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: An exploratory study*. Child abuse & neglect, 31(2), 125-141.

Jones, F., & Morris, M. (2007). *Working with child sexual abuse: A systemic perspective on whether children need to tell their therapist details of the abuse for healing to take place*. Journal of Family Therapy, 29(3), 222-237.

Karver, M.S., Handelsman J.B., Fields, S. y Bickman, L. (2005) *A theoretical model of common process factors in youth and family therapy*. Ment Health Serv Res. 7(1):35-51.

Krause, M. (2011). *Psicoterapia y cambio. Una mirada desde la subjetividad* (2°ed). Santiago: Ediciones Universidad Católica.

Krause, M., De La Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., ... & Ramírez, I. (2006). *Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico I*. Revista latinoamericana de psicología, 38(2), 299-325.

Krause, M., Venegas, F., Dagnino, P., & Altimir, C. (2018). *La experiencia subjetiva del terapeuta durante segmentos significativos en psicoterapia*. Revista argentina de clínica psicológica, 27(2), 250-273.

Landreth, G. (2018). *La terapia del juego. El arte de relacionarnos jugando*. Barcelona, España. Ediciones obelisco.

LeBlanc, M., & Ritchie, M. (1999). *Predictors of play therapy outcomes*. International Journal of Play Therapy, 8(2), 19.

Lingiardi, V., muzi, L., Tanzilli, A., & Carone, N. (2018). *Do therapists' subjective variables impact on psychodynamicpsychotherapy outcomes? A systematic literature review*. Clinical Psychology and Psychotherapy, 25, 85-101. <http://doi.org/10.1002/cpp.2131>

Llanos, M. T., & Sinclair, C. (2001). *Terapia de reparación en víctimas de abuso sexual. Aspectos fundamentales*. Psykhe, 10(T).

Madrid, M. (2018). *""Psicoterapia en casos de agresiones sexuales: la experiencia de niños y niñas que finalizaron sus procesos terapéuticos""* (Tesis de pregrado). Universidad de Chile.

Maffioletti, F., & Huerta, S. (2011). *Aproximación Fenomenológica de los Delitos Sexuales en Chile: La Realidad Nacional*. Revista Jurídica Del Ministerio Público de Chile, 47.

Malchiodi, K. (2015). *Creative interventions with traumatized children*. Guilford Publications.

Maniglio, R. (2009). *The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews*. Annu. Rev. Clin. Psychol. 1, 409-38

Marrodán, J. L. G. (2010). *La relación terapéutica y el trabajo de reconstrucción de la historia de vida en el tratamiento psicoterapéutico de los niños crónicamente traumatizados*. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 49, 187-204.

Martínez-Salgado, C. (2012). *El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias*. Ciençia & saúde coletiva, 17, 613-619.

Martínez, J. (1993). *Terapia de grupo en abuso sexual infantil. Terapia de grupo para niños maltratados. Encuentro Internacional de Psiquiatría de Lactantes, Niños y Adolescentes*. Punta del Este, Uruguay.

Martínez, J. (2014). *Abuso sexual infantil y psicoterapia: Análisis crítico del concepto "Reparación"* (Tesis de magíster). Universidad de Chile.

Ministerio del Interior y Seguridad Pública (2013). *Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales*. Santiago, Chile: Adimark

Neimeyer, R., Herrero, H. & Botella, L. (2006). *Chaos to coherence: psychotherapeutic integration of traumatic loss*. Journal of constructivist psychology, 19, 127-145.

Neimeyer, R. A. (2013). *Psicoterapia constructivista: rasgos distintivos*. Editorial Desclee de Brouwer.

Núñez, L. y Gómez, J.M. (2019) La alianza terapéutica en el tratamiento de niños/as y adolescentes. En G. Genise; N. Genise; L. Cracamo (Ed), *Manual de psicoterapia y psicopatología de niños y adolescentes* (49-62). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Akadia.

Núñez, L., Midgley, N., Capella, C., Alamo, N., Mortimer, R. & Krause, M. (2021): *The therapeutic relationship in child psychotherapy: integrating the perspectives of children, parents and therapists*. Psychotherapy Research, DOI: 10.1080/10503307.2021.1876946

Observatorio Niñez y Adolescencia (2017). *Cifra negra de violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes: (Acuitamiento social de una tragedia*. Observatorio Niñez y Adolescencia, Reporte I de monitoreo de derechos, Santiago, Chile

O'Connor, K. J., Schaefer, C. E., & Braverman, L. D. (2015). The Therapeutic Powers of Play. En John Wiley & Sons. (Eds), *Handbook of play therapy* (pp. 35-60)

Ogawa, J. (2004). Childhood Trauma and Play Therapy Intervention for Traumatized Children. *Journal of Professional Counseling: Practice, Theory & Research*, 32:1, 19-29, DOI: 10.1080/15566382.2004.12033798

Otzen, T., & Manterola, C. (2017). *Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio*. *International journal of morphology*, 35(1), 227-232.

Paone, T. y Maldonado, J. (2008). *Child centered play therapy with traumatized children: Review and clinical applications*. *Journal of Counseling Trauma International*. 1-18

Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. y Gómez-Benito, J. (2009). *The Prevalence of Child Sexual Abuse in Community and Student Samples: A Meta-Analysis*. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 328-38.

Pereda, N. (2010). *Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil*. *Papeles del psicólogo*. 31(2), 191-201

Pereda, N. y Gallardo, D. (2011). *Revisión sistemática de las consecuencias neurobiológicas del abuso sexual infantil*. *Gac Sanit*, 25(3):233—239

Perry, B., & Szalavitz, M. (2017). *El chico a quien criaron como perro: Y otras historias del cuaderno de un psiquiatra infantil*. Capitán Swing Libros.

Pifalo, T. (2007). *Jogging the cogs: Trauma-focused art therapy and cognitive behavioral therapy with sexually abused children*. *Art Therapy*, 24(4), 170-175.

Pinnegar, S., & Daynes, J. G. (2007). *Locating narrative inquiry historically*. Handbook of narrative inquiry: Mapping a methodology, 3-34.

Policía de Investigaciones de Chile (2020). *Delitos Sexuales: denuncias disminuyen en Pandemia*, <https://www.pdichile.cl/centro-de-prensa/detalle-prensa/2020/08/18>

Pinto-Cortez, C. (2011). *Aproximación a la psicoterapia con niños, niñas y adolescentes sobrevivientes de abuso sexual*. Poiésis (En línea), 1-15.

Pinto-Cortez, C. & Guerra Vio, C. (2019). *Victimización sexual de niños, niñas y adolescentes chilenos: prevalencia y características asociadas*. Revista de Psicología, 28(2), 1-12. <http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2019.55658>

Pinto-Cortez, C., Ossandón, V. A., Lira, G., Sucarrat, P. L., Saavedra, C., & Guerra, C. (2021). *Intervención especializada en maltrato infantil en Chile en contexto de crisis por covid-19*. Límite revista interdisciplinaria de filosofía y psicología, 16.

Purswell, K. E., Ayala-Carlson, A. K., & Spada, M. (2021). *Play Therapist Qualities: A Document Analysis of Current Literature*. Journal of Professional Counseling: Practice, Theory & Research, 1-15.

Ray, D., Bratton, S., Rhine, T., & Jones, L. (2001). *The effectiveness of play therapy: Responding to the critics*. International journal of play therapy, 10(1), 85.

Reddy, L. A., Files-Hall, T. M., & Schaefer, C. E. (2005). *Empirically based play interventions for children* (pp. xviii-310). American Psychological Association.

Riessman, C. (2008). *Narratives Methods for the human sciences*. California: Sage Publications.

Sampieri, R. H. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill México.

Sánchez-Meca J, Rosa-Alcázar AI, López-Soler C. (2011). *The psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: a meta-analysis*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 11(1): 67-93.

Sepúlveda, M.G. (2020). *Psicoterapia constructivista evolutiva con niños y adolescentes*. Santiago, Chile. Mediterráneo.

Sermpezis, C. & Winter, D. (2009). *Is trauma the product of over or under-elaboration? A critique of the personal construct model of posttraumatic stress disorder*. *Journal of Constructivist Psychology*, 22, 306 - 327.

Servicio Nacional de Menores [SENAME] (2015). Bases técnicas específicas: *Programa de protección especializado modalidad maltrato infantil grave y abuso sexual*.

Servicio Nacional de Menores [SENAME], (2019). *Catastro de la Oferta Programática de la red SENAME*. Departamento de Planificación y Control de Gestión Santiago, Chile.

Servicio Nacional de Menores [SENAME], (2019). Orientaciones técnicas: *Línea programas de protección especializada en maltrato y abuso sexual grave*.

Sewell, K. & Williams, A. (2002). *Broken narratives: trauma, metaconstructive gaps, and the audience of psychotherapy*. *Journal of Constructivist Psychology*, 15 (3), 205 - 218.

Schaefer, C. E. (2012). *Fundamentos de terapia de juego*. Editorial El Manual Moderno.

Shirk, S. R., Karver, M. S., & Brown, R. (2011). *The alliance in child and adolescent psychotherapy*. *Psychotherapy*, 48(1), 17.

Shirk, S. R., & Saiz, C. C. (1992). *Clinical, empirical, and developmental perspectives on the therapeutic relationship in child psychotherapy*. *Development and Psychopathology*, 4(4), 713-728.

Tarrés, M. L., Peón, F. V., Serrano, R. S., García, R. R. R., Wiesner, M. L. R., Margel, G., ... & Plascencia, J. R. (2014). *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. El Colegio de México/FLACSO México.

Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1994). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona, Buenos Aires, México. Ediciones Paidós.

Tichelaar, H. K., Deković, M., & Endendijk, J. J. (2020). *Exploring effectiveness of psychotherapy options for sexually abused children and adolescents: A systematic review of randomized controlled trials*. *Children and Youth Services Review*, 119, 105519.

United Nations Children's Fund [UNICEF] (2012). *Cuarto estudio de maltrato infantil*. Santiago: UNICEF.

Villarroel, H. E. P., Fernández, C. B., & Arancibia, C. V. (2014). *Procesamiento traumático del abuso sexual infantil en niñas y su relación con variables victimológicas*. *Summa Psicológica UST*, 11(2), 35-44.

Watts, R. E., & Garza, Y. (2012). *El uso de habilidades relacionales de la terapia de juego en terapia constructivista*. *Revista de psicoterapia*, 23(90/91), 7-23.

Yasenik, L., & Gardner, K. (Eds.). (2018). *Turning Points in Play Therapy and the Emergence of Self: Applications of the Play Therapy Dimensions Model*. Jessica Kingsley Publishers.

VIII. ANEXOS

Anexo nº1: Guión preliminar de entrevista

Anexo nº2: Invitación a participar del estudio

Anexo nº 3: Consentimiento informado para terapeutas

GUIÓN DE ENTREVISTA PRELIMINAR

I. Presentación

Mi nombre es América Nogue, soy psicóloga de profesión y actualmente me encuentro desarrollando mi proceso de investigación que lleva como título *“El rol del juego en la construcción de la relación terapéutica con niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales: La Mirada de sus terapeutas”*. Además, formo parte del equipo de Investigación de la Universidad de Chile, con quienes nos encontramos desarrollando un estudio asociado al cambio psicoterapéutico en niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales.

El presente estudio busca incorporar a profesionales con experiencia en intervención con niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales, con objeto de conocer las percepciones que presentan en torno a la temática del juego, sus elementos constituyentes, la relación terapéutica, y el trabajo con niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales.

II. Aspectos éticos

La siguiente entrevista será grabada en un dispositivo de audio externo, el cual será almacenado en un disco duro que se mantendrá en mi domicilio. Toda la información que se recoja es de uso confidencial y anónima. A continuación, te pediré que puedas firmar el “consentimiento informado”. Te solicito por favor que lo leas antes de firmar, y cualquier duda o pregunta me la hagas para poder dar la mejor respuesta a tus preguntas.

III. Consigna

Tal como se plantea en la “carta de consentimiento”, la presente investigación intenta recoger las percepciones y/o significados que tienen terapeutas en torno al rol del juego en el proceso de construcción de la relación terapéutica con niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales. Me gustaría que pudiéramos conversar sobre cuál es

tu opinión en torno al uso del juego en psicoterapia con niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales, cómo se construye la relación terapéutica, qué importancia le otorgas al uso del juego en su construcción, qué elementos la favorecen, la utilización de recursos lúdicos para su establecimiento, características, actitudes y cualidades en el proceso de construcción. Nos interesa mucho tu impresión como psicóloga/o tratante pues eres la persona más idónea para poder contarnos sobre el rol del juego en el proceso de construcción de la relación terapéutica.

Es importante recordar que el objetivo no es evaluar tu desempeño, sino que conocer tus percepciones y/o experiencia en torno al rol que le asignas al uso del juego en el proceso de construcción de la relación terapéutica.

Te pido que puedas responder a las siguientes preguntas:

IV. Ejes temáticos y sugerencia de preguntas guía

a) Juego y psicoterapia

- ¿Cómo entiende usted el uso del juego en la psicoterapia con niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales?

b) Juego y relación terapéutica

- ¿Cómo entiende el proceso de construcción de la relación terapéutica con niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales?
- ¿Qué lugar le otorga usted a la utilización del juego en la construcción de la relación terapéutica?
- ¿Cuáles son los elementos utilizados en el juego que están vinculados a la construcción de la relación terapéutica? ¿varían de acuerdo al momento de la psicoterapia?

- ¿Cuáles podrían ser los recursos lúdicos que facilitan o dificultan, la construcción de la relación terapéutica? ¿varía en la psicoterapia on line y presencial?

c) Características, actitudes y cualidades

- ¿Qué importancia le otorga usted a las cualidades y actitudes que despliegan los terapeutas en el uso del juego en psicoterapia? ¿cuáles considera relevantes para la construcción de la relación terapéutica?

- ¿Qué características del niño/a influyen en el desarrollo del juego y la relación terapéutica?

- ¿Ven diferencias de acuerdo a la edad, género y características del niño/a en el desarrollo del juego y la relación terapéutica?

- ¿Cuáles favorecen y/o dificultan la construcción de la relación terapéutica?

- ¿Cómo podría notar que se ha establecido una relación terapéutica?

INVITACIÓN A PARTICIPAR DEL ESTUDIO



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
UNIVERSIDAD DE CHILE

Invitación para participar en Proyecto de investigación:

"El rol del juego en la construcción de la relación terapéutica con niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales: La influencia de los adultos responsables y las intervenciones"

Te invito a participar de esta investigación con la convicción de que podrás contribuir con tu experiencia y conocimiento al desarrollo de procesos de psicoterapia con niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales, y descubrir juntas/os cuál es el rol que cumple el juego en la construcción de la relación terapéutica.

El presente estudio forma parte del:

Trabajo final del Magister en Psicología, Mención Clínica Infancia y Adolescencia, Universidad de Chile

Fondecyt titulado "Proceso de cambio psicoterapéutico en niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales: Hacia un modelo comprensivo de la influencia de factores de los adultos responsables, las intervenciones y la relación terapéutica"



**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
UNIVERSIDAD DE CHILE**

Si decides participar, nos encontraremos a través de la plataforma zoom durante una hora, donde abordaremos la visión y experiencia que presentas respecto a la temática, resguardando tu confidencialidad y utilizando un dispositivo de audio externo que facilitará el proceso de grabación.

Si cumples con los requisitos que se mencionan a continuación, no dudes en contactarte al teléfono y/o correo electrónico que se encuentra al final de esta invitación.

Requisitos para la participación:

- Ser psU6lo-y> o psieSk^a
- Tener experiencia en el desarrollo de procesos psUoterapéuticos eon nlfios H nllas ¿jue. han sido víctimas de agresiones sexuales, Tanto en el dmHto pdMleo v/o privado.

**Profesora guía del proyecto
Ctoudta Capeta Sepúlveda**

**Irwr timador» Responsable: América Nogue Durán
Correo electrónico: amerita.nogue@uchile.cl
Teléfono de contacto: *56 9 50192829**

CONSENTIMIENTO INFORMADO



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El rol del juego en la construcción de la relación terapéutica con niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales: La mirada de sus terapeutas

I. INFORMACIÓN

Usted ha sido invitado(a) a participar en la investigación “El rol del juego en la construcción de la relación terapéutica con niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales: La mirada de sus terapeutas”, el cual tiene como objetivo caracterizar el rol que cumple el juego, en la construcción de la relación terapéutica, en los procesos de psicoterapia con niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales. La población de estudio son terapeutas (psicólogos/as) que se encuentren actualmente atendiendo a niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales, bajo modalidad online y/o presencial, de manera periódica.

La investigadora responsable de este estudio es la psicóloga América Nogue Durán, del Magister en Psicología, Mención Psicología Clínica Infanta Juvenil, de la Universidad de Chile. La investigación es patrocinada por la Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, de la misma universidad y presenta como fuente de financiamiento FONDECYT regular 2020.

Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

Su participación consistirá en la realización de una entrevista, que durará alrededor de una hora, de aplicación individual a través de la plataforma zoom, siendo almacenada en un dispositivo de audio externo, y pudiendo ser interrumpida en el caso de ser requerida por el entrevistado, retomándola en cualquier momento. La entrevista será desarrollada por la investigadora responsable de este estudio. Los temas que se abordarán estarán asociados a las percepciones y/o significados que tiene usted en torno al rol del juego en el proceso de construcción de la relación terapéutica con niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales, cómo se construye la relación terapéutica, qué importancia le otorga al uso del juego en su construcción, los elementos que la favorecen, la utilización de recursos lúdicos para su establecimiento, y las características, actitudes y cualidades que tienen terapeutas y niños/as al momento de utilizar el juego en la psicoterapia.

Es importante dejar en claro que la presente investigación podría implicar ciertos riesgos, como que a lo largo de la entrevista usted podría dar cuenta de la presencia de indicadores de un posible desgaste laboral, principalmente cuando se le consulta por las cualidades y/o actitudes de un terapeuta que utilice el juego en el trabajo con niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales, no obstante, el foco de la entrevista no se centrará en aquello. Pese a esto, se tomará como medida, que al finalizar la entrevista se le preguntará si considera necesario desarrollar alguna acción de apoyo, en el caso de requerirla, y ofrecer acompañamiento de la red asistencial de salud. Por otro lado, puede existir cierto temor en cuanto a la utilización de la información entregada a lo largo de la entrevista y la posibilidad de que aparezca su nombre en alguna instancia de difusión de los resultados, o en el documento propiamente tal. Para esto, usted firmará un consentimiento informado que explicitará que su participación es voluntaria, anónima y confidencial, y que, por lo tanto, sus datos personales no serán publicados en ninguna instancia de difusión.

Usted no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna, por participar en este estudio. No obstante, su participación permitirá generar información que permita robustecer el conocimiento en torno al rol del juego en los procesos de construcción de la relación terapéutica, y por tanto, poder elaborar mejores procesos de intervención con niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales.

Su participación es absolutamente voluntaria. Usted tendrá la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento que lo desee. Esto no implicará ningún perjuicio para usted.

Todas sus opiniones serán confidenciales, y mantenidas en estricta reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular. Es así que sus respuestas serán almacenadas en un dispositivo externo que será guardado en el domicilio de la investigadora responsable hasta que termine el proceso de investigación, esto con objeto de que la información no se filtre y resguardar su privacidad, junto con las respuestas de las entrevistas de los y las otras terapeutas que participen del presente estudio.

Finalmente, en cuanto al conocimiento de los resultados, usted tiene derecho a conocerlos. Para ello, una vez finalizado el proceso de investigación, y contando con los resultados finales, se tomará contacto con todos/as los/as participantes y se les consultará si quieren ser invitados a una reunión personal y/o colectiva para exponer los resultados y abrir un espacio de discusión, teniendo como fin iniciar un diálogo que enriquezca la interpretación de los resultados.

Si requiere más información o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar a la investigadora.

Responsable de este estudio:

América Paz Nogue Durán

Teléfono: +56 9 50192829

Correo Electrónico: america.nogue@gmail.com

II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Si acepta participar en este estudio, por favor haga clic en la celda de abajo que indica que acepta participar voluntariamente. Al aceptar participar usted declara que lo hace de forma informada, es decir, que ha leído y comprendido las condiciones de su participación en este estudio en los términos antes señalados, y ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y que estas sean respondidas, sin que le queden dudas al respecto. Una vez que acepte participar haciendo clic en la celda respectiva, se desarrollará la entrevista.

¡Muchas gracias!

Sí, acepto voluntariamente participar en este estudio

No acepto participar en este estudio.

Correo electrónico para devolución de información:
