



PONTIFICIA  
UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

CONTENIDOS Y EVOLUCIÓN DEL CAMBIO EN LA  
PSICOTERAPIA CON NIÑOS Y NIÑAS: PROPUESTA DE UN  
MODELO GENÉRICO Y DE PROCESO

Por

NICOLLE ANETTE ALAMO ANICH

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de  
Chile, para optar al grado académico de Doctor en Psicología

Directora de tesis: Mariane Hildegard Krause Jacob

Comité de tesis: Marcia Olhaberry  
Barbara Bräutigam

Marzo, 2019  
Santiago, Chile  
© 2019, Nicolle Anette Alamo Anich



PONTIFICIA  
UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

CONTENIDOS Y EVOLUCIÓN DEL CAMBIO EN LA  
PSICOTERAPIA CON NIÑOS Y NIÑAS: PROPUESTA DE UN  
MODELO GENÉRICO Y DE PROCESO

Por

NICOLLE ANETTE ALAMO ANICH

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de  
Chile, para optar al grado académico de Doctor en Psicología

Directora de tesis: Mariane Hildegard Krause Jacob

Comité de tesis: Marcia Olhaberry  
Barbara Bräutigam

Marzo, 2019  
Santiago, Chile  
© 2019, Nicolle Anette Alamo Anich

© 2019, Nicolle Anette Alamo Anich

Ninguna parte de esta tesis puede reproducirse o transmitirse bajo ninguna forma o por ningún medio o procedimiento, sin permiso por escrito de la autora.

*Añoro el pan de mi madre,  
El café de mi madre,  
Las caricias de mi madre...  
Día a día,  
La infancia crece en mí  
Y deseo vivir porque  
Si muero, sentiré  
Vergüenza de las lágrimas de mi madre.*

*Si algún día regreso, tórneme en  
Adorno de tus pestañas,  
Cubre mis huesos con hierba  
Purificada con el agua bendita de tus tobillos  
Y átame con un mechón de tu cabello  
O con un hilo del borde de tu vestido...  
Tal vez me convierta en un dios,  
Sí, en un dios,  
Si logro tocar el fondo de tu corazón.*

*Si regreso. Tórneme en  
Leña de tu fuego encendido  
O en cuerda de tender en la azotea de tu casa  
Porque no puedo sostenerme  
Sin tu oración cotidiana.  
He envejecido. Devuélveme las estrellas de la infancia  
Para que pueda emprender  
Con los pájaros pequeños  
El camino de regreso  
Al nido donde tú aguardas.*

MAHMUD DARWISH (1941-2008), poeta palestino.

A mi adorada madre, Sonia, mi “mami”, por todo su amor, entrega, comprensión y apoyo incondicional a lo largo de toda mi vida, y por su infinita generosidad; y que aun cuando no haya podido acompañarme hasta el final de este largo camino, confío plenamente en que en algún lugar del universo sigue estando muy orgullosa de todos mis logros y metas cumplidas, como siempre lo estuvo.

TA, por siempre y para siempre...

## AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a todos quienes colaboraron en el desarrollo de la presente tesis...

A Mariane Krause, por todo su apoyo, guía, orientación y asesoramiento a lo largo de todo este proceso, y por su tremenda generosidad a la hora de transmitir el conocimiento y su vasta experiencia investigativa,

A Barbara Bräutigam, por su amabilidad, apoyo y permanente retroalimentación,

A Marcia Olhaberry, por todas sus sugerencias y valiosos comentarios,

A Alemka Tomicic, por su excelente asesoramiento metodológico y su generosidad para compartir dicho conocimiento y su experiencia en investigación,

A todo el equipo FONDECYT 1141179, por acogerme tan cálidamente y por todo lo que aprendí de cada uno de ellos; y en especial al subequipo infantil, principalmente a Claudia Capella y Lucía Núñez, que colaboraron permanentemente en la recolección y análisis de la información y en la preparación de presentaciones a congresos,

A Sofía Fernández, por todo su apoyo y colaboración hacia el final de esta tesis,

A Bernardita Villarroel, por toda su paciencia, orientación y apoyo a lo largo de todo el proceso del Doctorado,

A cada uno de los niños, niñas, padres, madres y terapeutas que participaron desinteresada y generosamente en este estudio, haciéndolo posible,

A la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica [CONICYT], por el financiamiento otorgado para los estudios de postgrado: CONICYT-PCHA/Doctorado Nacional/2013-21130261

Y finalmente a toda mi familia; hermanos y hermanas, cuñados y nuera, sobrinos y sobrinas, por todo su cariño y afecto y por estar siempre presentes; en especial a mi regalón, Sebita, por toda su alegría y maravillosa sonrisa, y a mi adorado padre, Chafik, por toda su confianza, apoyo, contención y por seguir aquí conmigo, ayudándome a seguir adelante y finalizar con éxito este tremendo desafío...

## Índice

<b>Introducción</b> .....	<b>1</b>
<b>Antecedentes Teóricos y Empíricos</b> .....	<b>8</b>
La Investigación en Psicoterapia Infantil: Investigación de Resultados e Investigación de Proceso. Avances y Desafíos Pendientes .....	8
La investigación de resultados.....	9
La investigación de proceso.....	15
El contenido del cambio y su evolución durante el proceso psicoterapéutico .....	21
Especificidad y Algunas Particularidades del Trabajo Terapéutico con Niños/as .....	28
La participación de los padres e influencia del contexto inmediato en la terapia infantil.....	28
Influencia de los aspectos madurativos en la terapia.....	30
Formas de trabajo en la psicoterapia infantil: métodos y técnicas .....	31
El Desarrollo del Niño/a entre los 6-10 años .....	33
Desarrollo intelectual o cognitivo.....	33
Desarrollo del lenguaje .....	35
Desarrollo social, emocional y de la personalidad .....	35
<b>Objetivos</b> .....	<b>37</b>
Objetivo General .....	37
Objetivos Específicos .....	37
<b>Preguntas Directrices</b> .....	<b>38</b>
<b>Metodología</b> .....	<b>40</b>
Estudio 1 .....	40
Diseño.....	40
Muestra .....	40
Recolección y registro de datos .....	42
Análisis de datos .....	42
Estudio 2 .....	43
Diseño .....	43
Participantes.....	43

Recolección y registro de datos .....	47
Análisis de datos .....	50
Consideraciones éticas.....	54
<b>Resultados Estudio 1. El Contenido y Conceptualización del Cambio en el Niño/a y su Contexto: Una Revisión de los Principales Enfoques y Teorías Psicoterapéuticas Infantiles .....</b>	<b>58</b>
Teoría Psicoanalítica .....	58
Postulados de los principales precursores del psicoanálisis aplicado al niño/a.....	59
Postulados de los principales exponentes del psicoanálisis infantil .....	60
Desarrollos más recientes del Psicoanálisis: Mentalización y Teoría del Apego .....	70
Teorías Cognitivas .....	73
Enfoque cognitivo-conductual.....	73
Enfoque constructivista-evolutivo.....	76
Teoría Humanista-Gestáltica .....	78
Terapia no-directiva aplicada a los niños/as.....	79
Enfoque gestáltico .....	81
Teorías Sistémicas .....	81
Enfoque estructural.....	83
Escuela italiana: Andolfi y colaboradores .....	84
Desarrollos más recientes: integración de la teoría sistémica con la Teoría del Apego.....	85
Terapia narrativa para niños/as.....	88
Síntesis, Análisis Comparativo de los Enfoques y Conclusiones Estudio 1 .....	92
<b>Resultados Estudio 2.....</b>	<b>102</b>
1. Cambios en el Niño/a .....	103
1.1 Contenidos del cambio en el niño/a.....	103
1.2 Forma de presentación y evolución de los cambios en el niño/a en el transcurso de la psicoterapia .....	132
2. Cambios en los Padres y a Nivel Familiar .....	139
2.1 Contenidos del cambio en los padres y a nivel familiar .....	139
2.2 Forma de presentación y evolución de los cambios en los padres en el transcurso de la psicoterapia.....	159

3. Cambios en los Profesores y Contexto Escolar .....	177
3.1 Contenidos del cambio en los profesores .....	177
3.2 Forma de presentación de los cambios en los profesores .....	178
4. Cambios en el Setting y Contexto Terapéutico .....	180
4.1 Contenidos del cambio a nivel del setting y contexto terapéutico.....	180
4.2 Forma de presentación y evolución de los cambios a nivel del setting y contexto terapéutico.....	186
Evolución del Proceso de Cambio en Niños/as, Padres y Contexto Terapéutico en el Transcurso de la Psicoterapia: Análisis Integrativo .....	193
<b>Conclusiones y Discusión.....</b>	<b>208</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>235</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>246</b>
Anexo 1 Carta de autorización directivos centros de salud Estudio 2 .....	247
Anexo 2 Cartas de consentimiento y asentimiento informado Estudio 2 .....	251
Anexo 3 Guiones de entrevista Estudio 2.....	261
Anexo 4 Compromiso de confidencialidad de transcriptores Estudio 2 .....	278
Anexo 5 Acta de aprobación tesis doctoral Comité de Ética .....	281



## Índice de Tablas

Tabla I Teorías y enfoques psicoterapéuticos y sus autores más representativos.....	41
Tabla II Descripción de los participantes: niños/as.....	45
Tabla III Descripción de los participantes: padres.....	46
Tabla IV Descripción de los participantes: terapeutas.....	47

## Índice de Figuras

Figura 1 Esquema descripción de los contenidos del cambio.....	103
Figura 2 Dibujo niña T68.....	108
Figura 3 Dibujo niña T106.....	109
Figura 4 Dibujo niña T123.....	110
Figura 5 Dibujo niño T91.....	111
Figura 6 Dibujo niño T126.....	112
Figura 7 Dibujo niño T54.....	117
Figura 8 Dibujo niño T98.....	121
Figura 9 Los cambios en el niño/a se van dando de manera interrelacionada .....	136
Figura 10 Los cambios en los padres se van dando de manera interrelacionada.....	161
Figura 11 Los cambios en niños/as y padres se van dando de manera conjunta .....	163
Figura 12 Cambios en los padres van generando y reforzando cambio afectivos en el niño/a.....	166
Figura 13 Cambios en los padres van generando y reforzando cambios en el comportamiento del niño/a.....	169
Figura 14 Cambios en los padres y a nivel familiar van generando y reforzando cambios afectivos, relacionales e identitarios en el niño/a.....	171
Figura 15 Cambios en el niño/a van generando y reforzando cambios afectivos e identitarios en los padres.....	174
Figura 16 Dibujo niña T129.....	182
Figura 17 Los cambios se van dando de manera interrelacionada a nivel del contexto terapéutico .....	187
Figura 18 Cambios en el setting favorecen cambios en la actitud del niño/a hacia la terapia.....	190
Figura 19 Evolución del proceso de cambio en el niño/a (contenidos, actitud hacia la terapia).....	194
Figura 20 Evolución del proceso de cambio en los padres (contenidos, actitud hacia la terapia).....	195
Figura 21 Evolución del proceso de cambio en el contexto terapéutico (relación terapéutica).....	196
Figura 22 Evolución del proceso de cambio en el contexto terapéutico (objetivos, actividades) .....	197

## Introducción

La presente tesis tuvo como propósito principal generar un modelo del proceso de cambio en psicoterapia infantil, que considerara distintos enfoques psicoterapéuticos y distintas dimensiones del desarrollo del niño/a y su contexto. En este sentido, pretendió responder a las preguntas: ¿Qué es lo que cambia, en términos de contenido, durante el proceso psicoterapéutico con niños/as? ¿Cómo se va presentando dicho cambio en el transcurso de las sesiones? ¿Cómo se produce y cómo evoluciona a lo largo de todo el proceso psicoterapéutico?

Pese al avance que ha habido en el desarrollo de la investigación en psicoterapia infantil, ésta sigue siendo escasa, en comparación con la investigación en psicoterapia con adultos (Carlberg, 2009; Carlberg, Thoren, Billstrom, & Odhammar, 2009; Kazdin, 2002; Midgley, 2004; Russell, 2008). De ahí la necesidad y relevancia de seguir investigando en esta área. ¿Pero en qué se ha avanzado y cuáles son los desafíos pendientes?

Por una parte, existe una larga tradición de investigación centrada en resultados (*outcomes research*), constituida por estudios clínicos randomizados de caso-control, que buscan determinar la efectividad de los tratamientos mediante mediciones cuantitativas de disminución de los síntomas (Dallos & Draper, 2005; Estrada & Russel, 1999; Kazdin, 2002; Midgley, 2004, 2009; Urwin, Anderson, Grainger, Midgley, & Nestic-Vuckovic, 2009; Weisz, Yi Ng, Rutt, Lau, & Masland, 2013). Si bien estas investigaciones han concluido que la psicoterapia infantil es efectiva (Kazdin, 2002; Midgley, 2009; Weisz et al., 2013), han recibido también una serie de críticas, las cuales apuntan principalmente a que dichas investigaciones se alejan de la práctica clínica y de la forma como se implementan los tratamientos, por lo cual la aplicabilidad de sus hallazgos es compleja y difícil (Dallos & Draper, 2005; Kazdin, 2002; Midgley, 2004, 2007, 2009; Urwin et al. 2009).

Se cuestiona así la predominancia de contextos artificiales, con poblaciones intencionadamente homogéneas, reclutadas específicamente para los estudios (Kazdin, 2004; Midgley, 2009; Russell, 2008; Urwin et al., 2009; von Sydow, Retzlaff, Beher, Haun, & Schweitzer, 2013); así como también la clasificación rígida o simplista que se hace de los enfoques psicoterapéuticos (e.g. cognitivo-conductual v/s psicoanalítico v/s

familiar-sistémico), en desmedro de una mirada más integrativa, que es la que prima en la práctica clínica, según plantean Retzlaff, von Sydow, Beher, Haun, y Schweitzer (2013) y von Sydow et al. (2013), en la cual suelen combinarse elementos de más de un enfoque en un mismo tratamiento.

Por otra parte, algunos autores cuestionan también el restringido foco investigativo que posee la investigación de resultados. Esto, tanto en la dimensión que se considera para evaluar las terapias –reducción de los síntomas como único criterio de efectividad, desatendiendo a otras dimensiones del cambio-; así como también en los factores que se incluyen para explicar los resultados –atribución de los efectos sólo a las terapias evaluadas, desatendiendo a otras condiciones del niño/a y su contexto- (Dallos & Draper, 2005; Kazdin, 2002; Midgley, 2009; von Sydow et al., 2013).

Al tener este restringido foco investigativo, se plantea también que este tipo de investigaciones aportan muy poca información acerca de los mecanismos o procesos específicos que contribuyen a los resultados positivos en los niños/as, puesto que consideran dichos *outcomes* de manera aislada o separada de los procesos de tratamiento, no logrando responder a lo que para algunos autores sería lo más relevante: cómo y por qué la psicoterapia infantil funciona (Kazdin, 2000, 2002; Midgley, 2007, 2009; Shirk & Russell, 1996; Vetere & Dallos, 2003).

A partir de todas estas críticas y planteamientos en relación a los estudios de resultados, surgen una serie de desafíos para la investigación en psicoterapia infantil, varios de los cuales pretendieron ser abordados en la presente tesis, y que se podrían sintetizar en los siguientes: que la investigación se relacione y vincule más con la práctica clínica diaria, realizando estudios en settings naturales y con poblaciones “del mundo real” (Kazdin, 2004; Midgley, 2009; von Sydow et al., 2013; Russell, 2008); que en los estudios se consideren distintos enfoques psicoterapéuticos, incluyendo una mirada más integrativa y genérica, como es o debería ser la práctica clínica (Retzlaff et al., 2013; von Sydow et al., 2013); que estos estudios no se focalicen exclusivamente en la reducción de síntomas como indicativos de cambio, sino que incluyan también otras dimensiones del niño/a y su contexto (Dallos & Draper, 2005; Kazdin, 2002); y que la investigación no se centre sólo en los resultados finales, sino que se incorpore también el estudio de los *procesos* de cambio en el transcurso de la psicoterapia, tanto en

relación a los mecanismos o factores que lo favorecen –qué hace que la psicoterapia funcione- (Dallos & Draper, 2005; Kazdin, 2000, 2002; Midgley, 2007, 2009; Odhammar, Sundin, Jonson, & Carlberg, 2011; Shirk & Burwell, 2010; Shirk & Russell, 1996; Vetere & Dallos, 2003), así como también en relación al *contenido y evolución* del cambio durante el proceso psicoterapéutico –qué es lo que cambia en la psicoterapia con niño/as y cómo se presentan y evolucionan dichos cambios en el transcurso de la psicoterapia -. Y éste fue, justamente, el principal foco de la presente investigación.

Esta segunda línea investigativa, denominada investigación de proceso (*process research*), se aboca al estudio empírico de lo que tiene lugar u ocurre en el transcurso de la psicoterapia (Midgley, 2007). En términos generales, si bien existe una importante tradición en la investigación de proceso en psicoterapia infantil, se considera que, en comparación a la investigación de resultados y a la investigación de proceso en psicoterapia de adultos, es un área aún en desarrollo. Las investigaciones todavía son escasas, y predominan los estudios “exploratorios”, abocados principalmente a la descripción de comportamientos y procesos durante las sesiones (Estrada & Russell, 1999; Midgley, 2007, 2009; Shirk & Burwell, 2010; Shirk & Russell, 1996). En este sentido, se plantea que los principales desafíos son avanzar en la construcción de un modelo conceptual de procesos de cambio y en el desarrollo de teorías acerca del cambio terapéutico, lograr una mayor integración en el conocimiento y desarrollar medidas de proceso propias (Dallos & Draper, 2005; Midgley, 2007; Shirk & Russell, 1996).

Haciendo un análisis de la literatura, se pueden extraer varias conclusiones y desafíos, algunas de ellas similares a las ya señaladas en relación a la investigación de resultados. Por ejemplo, la necesidad de realizar investigaciones de proceso con una mirada más integrativa de los enfoques psicoterapéuticos -dada la predominancia que ha habido del enfoque psicoanalítico (Carlberg, 1997; Midgley, 2007, 2009; Shirk & Burwell, 2010) y algunas aproximaciones desde el enfoque familiar-sistémico (Dallos & Draper, 2005; Vetere & Dallos, 2003)-; así como también la necesidad de estudiar el cambio en el niño/a y su contexto desde una perspectiva multidimensional. Esto porque, al estar la investigación de proceso vinculada fundamentalmente a los enfoques psicoanalítico y familiar-sistémico, los estudios se han orientado casi exclusivamente

hacia la medición de aspectos inconscientes en el niño/a (Midgley, 2007, 2009), y/o de aspectos relacionales a nivel familiar (Vetere & Dallos, 2005), dejando de lado otras dimensiones del desarrollo.

Otro desafío dice relación con incrementar el número de investigaciones de carácter cualitativo (Carlberg et. al, 2009; Midgley, 2004) -dada la predominancia que ha existido de medidas cuantitativas-, donde se incluya la multiplicidad de perspectivas propia de los procesos psicoterapéuticos con niños/as –terapeuta, consultantes, familiares- (Carroll, 2002; Davies & Wright, 2008; Stith, Rosen, McCollum, Coleman, & Herman, 1996), así como también la de un observador externo (Dallos & Draper, 2005; Estrada & Russell, 1999). Incorporar este tipo de metodologías, según Dallos y Draper (2005), es especialmente útil en aquellas investigaciones cuyo foco está puesto en explorar los procesos de cambio psicoterapéutico, como es el caso de la presente tesis. Esto porque, según los autores, sólo desde una metodología cualitativa se puede acceder al cambio en el significado que los consultantes atribuyen a sus acciones, lo cual tiene una importancia fundamental como objeto de estudio del cambio en psicoterapia.

Hasta ahora, el foco de la investigación de proceso en psicoterapia infantil ha estado puesto principalmente en estudiar cuáles son los mecanismos, factores o procesos que operan y que hacen que se produzca un cambio (Kazdin, 2000, 2002; Midgley, 2007, 2009; Odhammar et al., 2011; Shirk & Burwell, 2010; Shirk & Russell, 1996). Así, muy poco se ha investigado acerca del contenido y evolución del cambio durante el proceso psicoterapéutico con niños/as, que, como ya señalamos, fue el foco principal de la presente tesis.

No obstante lo anterior, y aun cuando en la psicoterapia infantil no se ha encontrado, hasta ahora, algún modelo de cambio como los que se han desarrollado para la psicoterapia con adultos (e.g. Gennaro et al., 2010; Gennaro, Gonçalves, Mendes, Ribeiro, & Salvatore, 2011; Hill, 2009; Krause, 2005; Krause et al., 2006, 2007; Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992; Stiles, 2002), hay algunas investigaciones que han indagado, directa o indirectamente, en el contenido y evolución del cambio durante el proceso, las cuales se constituyeron como antecedentes muy relevantes para la presente investigación. Es el caso de los estudios desarrollados principalmente por

Carlberg (2009), Carlberg et al. (2009), Odhammar et al. (2011), Stith et al. (1996), Capella et al. (2015), Rodríguez (2014) y Pereira (2014).

En el primero de estos estudios se indagó, desde la perspectiva de los terapeutas, en los cambios más importantes relacionados con el niño/a y su familia, la relación y el contexto terapéutico, y algunos aspectos relativos a la evolución del cambio (Carlberg, 2009). En el estudio desarrollado por Odhammar et al. (2011), se describen los cambios percibidos por los terapeutas en dos niños (estudio de caso) en el transcurso de la psicoterapia. En la investigación de Carlberg et al. (2009), se describe, como parte de los resultados, la visión de los niños/as en relación a los efectos terapéuticos (qué cambios percibían en ellos mismos a propósito de la terapia). En la investigación desarrollada por Stith et al. (1996), se reporta la experiencia de cambio desde la perspectiva de los niños/as y sus familias (qué es lo que había cambiado con la psicoterapia). En los estudios de Capella et al. (2015) y Rodríguez (2014), se indaga acerca del cambio psicoterapéutico desde la perspectiva de niños/as que habían sido víctimas de abuso sexual. Y, finalmente, en la investigación de Pereira (2014), se describen los criterios que terapeutas infantiles de distintas orientaciones teóricas consideran como los más relevantes para evaluar el progreso de los niños/as durante la psicoterapia.

Considerando que la presente tesis se abocó al estudio de la psicoterapia infantil, específicamente con niños/as que se encontraban en edad escolar (segunda infancia), se incluyó una sección relativa a la especificidad, particularidades y complejidades del trabajo terapéutico con niños/as -como la inclusión de los padres en el proceso- y a las características de su desarrollo en esta etapa del ciclo vital, señalando de qué manera estos aspectos fueron considerados en la presente investigación.

Para cumplir con el principal desafío propuesto en la presente tesis -generar un modelo del proceso de cambio en psicoterapia infantil, que considere distintos enfoques psicoterapéuticos y distintas dimensiones del desarrollo del niño/a y su contexto-, se realizaron dos estudios.

El primer estudio correspondió a una investigación conceptual, cuyo objetivo fue identificar el contenido y conceptualización del cambio presente en los postulados de las principales teorías psicoterapéuticas infantiles -teoría psicoanalítica, desarrollos más recientes del psicoanálisis (mentalización y teoría del apego), teorías cognitivas, teoría

humanista-gestáltica y teorías sistémicas-, y analizar sus similitudes y diferencias. Se realizó un análisis cualitativo descriptivo de los datos –por datos nos referimos a aquella información que emergió de la revisión y recolección de documentos que se hizo en este estudio (libros y artículos provenientes de fuentes primarias y secundarias)-.

El segundo estudio consideró un diseño cualitativo, de tipo descriptivo y relacional transversal, y sus objetivos fueron: describir, desde la perspectiva de los participantes de un proceso terapéutico infantil –terapeutas, niños/as y sus padres- cuáles son los principales cambios del niño/a y su contexto percibidos y/o vivenciados en el transcurso de la psicoterapia; analizar cómo se presentan y cómo evolucionan dichos cambios a lo largo del proceso psicoterapéutico; para finalmente proponer un modelo de cambio para la psicoterapia infantil a partir de los resultados obtenidos. Se seleccionaron 11 procesos terapéuticos, lo que implicó la realización de entrevistas semi-estructuradas a 11 consultantes (niños/as), 11 padres/madres de los niños/as y a todos los terapeutas de cada terapia. En el caso de los niños/as, se incorporaron en el guion temático técnicas gráficas para facilitar su producción narrativa en el transcurso de la entrevista y complementar la información que emergiera de ellas. Toda la información fue analizada primeramente de manera descriptiva, en base a los procedimientos propuestos por la Teoría Fundamentada (Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 2002) y el método de la Investigación Cualitativa Consensual (Consensual Qualitative Research, CQR) (Hill, Knox, Thompson, Williams, Hess, & Ladany, 2005). Posteriormente, se realizó un análisis relacional-interpretativo, a través de estrategias de codificación axial y análisis de proceso (Strauss & Corbin, 2002). En el caso de los dibujos, se utilizó una pauta de análisis propia, desarrollada en el contexto de la presente investigación, a partir de los postulados de diversos autores (Apfelbeck, 1998; Capella et al., 2015; Esin & Squire, 2013; Hammer, 2016; Machover, 1974; Riessman, 2008; Rodríguez, 2014; Widlöcher, 1971).

La estructura del documento es la siguiente: primero, se detallan los aspectos referidos a los antecedentes teóricos y empíricos que fundamentaron la presente tesis, luego se presentan sus objetivos (general y específicos) y las preguntas directrices que orientaron los Estudios 1 y 2, luego se detalla la metodología utilizada en cada uno de estos estudios, para posteriormente dar paso a los resultados.



Los resultados están estructurados de la siguiente manera: primero, se presentan los hallazgos del Estudio 1, en relación a cada una de las teorías investigadas -teoría psicoanalítica, desarrollos más recientes del psicoanálisis (mentalización y teoría del apego), teorías cognitivas, teoría humanista-gestáltica y teorías sistémicas)-, incluyendo un análisis comparativo de los enfoques y conclusiones respecto a los principales hallazgos. A continuación se presentan los resultados del Estudio 2, en los cuales primero se describen los principales cambios percibidos y/o vivenciados por los participantes del proceso terapéutico en relación al niño/a, sus padres y otros contextos en el transcurso de la psicoterapia; y se analizan las principales similitudes y diferencias encontradas al comparar las perspectivas de los distintos participantes. También se describe cómo se presentan y cómo evolucionan dichos cambios durante el proceso terapéutico (análisis relacional-interpretativo) para, finalmente, a partir de los resultados anteriores, proponer un modelo de cambio para la psicoterapia infantil, mediante un análisis de proceso (que incluye en la evolución de los cambios la dimensión temporal).

Finalmente, en las conclusiones y discusión, se hace una síntesis y comparación entre los principales hallazgos de los Estudios 1 y 2, y los hallazgos de otras investigaciones y modelos teóricos, estableciendo similitudes y diferencias. Para, finalmente, señalar los principales aportes y limitaciones del presente estudio, así como también algunos desafíos investigativos futuros en el ámbito de la psicoterapia infantil.

Creemos que la propuesta de modelo a la cual hemos llegado como principal resultado de la presente investigación, puede ser de gran utilidad, no sólo en el ámbito investigativo, sino también para el quehacer y la práctica clínica con niños/as.

## **Antecedentes Teóricos y Empíricos**

A continuación se presentan los principales antecedentes teóricos y empíricos relacionados con la presente investigación. Primero presentaremos una revisión del estado actual en relación a la investigación en psicoterapia con niños/as, que es el tema que nos convoca. Analizaremos los aportes y limitaciones de las dos principales líneas investigativas en psicoterapia, la investigación de resultados y de proceso, y de qué manera se inserta nuestro estudio en este panorama investigativo.

Posteriormente, analizaremos la información disponible en relación a la temática específica de nuestra tesis, cual es el contenido del cambio y su evolución a lo largo del proceso psicoterapéutico. Analizaremos algunos modelos existentes en adultos, para luego revisar algunas investigaciones empíricas realizadas en terapias con niños/as, desde un enfoque cualitativo. A partir de esta revisión, analizaremos de qué manera nuestra investigación pretendió aportar al desarrollo de un modelo de cambio específico para la psicoterapia infantil.

Considerando que la presente tesis se abocó al estudio de la psicoterapia con niños/as en edad escolar, posteriormente describiremos algunas particularidades propias de la psicoterapia en este grupo etario, así como también algunas características del desarrollo evolutivo en esta etapa del ciclo vital, analizando además de qué manera la presente investigación tomó en consideración ambos aspectos.

### **La Investigación en Psicoterapia Infantil: Investigación de Resultados e Investigación de Proceso. Avances y Desafíos Pendientes**

Durante muchos años, la investigación en psicoterapia infantil recibió muy poca atención, en contraste con lo que ocurría con la psicoterapia de adultos (Kazdin, 2002; Russell, 2008). Si bien lo anterior se fue revirtiendo con el tiempo (Kazdin, 2002), y desde hace algunos años la investigación en esta área ha concitado un mayor interés (Midgley et al., 2018) y ha crecido rápidamente (Urwin et al., 2009; Weisz et al., 2013), continúa existiendo un desbalance entre ambos grupos etarios, tanto en el financiamiento que se entrega como en el número de estudios realizados, por lo cual se considera que los estudios con niños/as siguen siendo escasos (Carlberg, 2009; Carlberg et al., 2009; Midgley, 2004; Midgley et al., 2018; Russell, 2008). En este sentido, toda

investigación que se realice en el ámbito de la psicoterapia infantil, como la presente tesis, constituirían un aporte al conocimiento en esta área.

Expandir el foco investigativo más allá del adulto individualmente, incluyendo también otros sistemas como los niños/as y sus familias, aumentaría no sólo la complejidad de la investigación, sino también de la terapia misma, al considerar, como parte del sistema consultante, múltiples clientes y sus diferentes perspectivas (Midgley et al., 2018). Tal como lo plantea este autor, en la presente tesis los padres fueron considerados como parte del sistema consultante, y el objetivo fue indagar en la perspectiva de todos los participantes del proceso –niños/as, padres y terapeutas-.

Vista la necesidad y relevancia de seguir investigando en el área de la psicoterapia infantil, cabe preguntarse ahora en qué ámbitos y en qué temáticas específicamente, analizando en qué se ha avanzado y cuáles son los desafíos pendientes.

**La investigación de resultados.** Existe una larga tradición de investigación en psicoterapia infantil centrada en los resultados (*outcomes research*), donde predominan los estudios clínicos randomizados de caso-control, que buscan determinar la efectividad de los tratamientos mediante mediciones cuantitativas de disminución de los síntomas (Dallos & Draper, 2005; Estrada & Russel, 1999; Kazdin, 2002; Midgley, 2004, 2009; Urwin et al., 2009; Weisz et al., 2013). A partir de estas investigaciones, que según Kazdin (2002) al año 2000 superaban las 1.500, se han realizado múltiples revisiones sistemáticas y meta-análisis, las cuales han concluido consistentemente que la psicoterapia infantil es efectiva; es decir, que aquellos niños/as que reciben psicoterapia se encuentran mucho mejor que aquellos que no la reciben (Kazdin, 2002; Midgley, 2009; Weisz et al., 2013).

Un ejemplo de estas revisiones sistemáticas es la realizada por Rosa, Iniesta, y Rosa (2012), quienes analizaron 84 estudios referidos a la eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales en los trastornos obsesivo-compulsivos en niños/as y adolescentes. Según su análisis, se constata la eficacia de dichos tratamientos, evaluada cuantitativamente en base al porcentaje obtenido en la disminución de los síntomas con mediciones pre y post terapia, a través de escalas, test, entrevistas diagnósticas, autoinformes (incluyendo a los padres), entre otros.

Otro ejemplo de revisiones sistemáticas son dos realizadas en el enfoque sistémico, cuyo objetivo fue determinar la eficacia de dicha terapia en el tratamiento de niños/as y adolescentes con trastornos externalizantes e internalizantes. En el primer caso, se identificaron 47 estudios, realizados en Estados Unidos, Europa y China, de los cuales 42 demostraron la efectividad de los tratamientos en los trastornos por déficit de atención con hiperactividad, de conducta y los de abuso de sustancias (von Sydow et al., 2013). En el segundo caso, de los 38 estudios identificados, 33 demostraron la efectividad de la terapia sistémica para los trastornos internalizantes -incluidos los trastornos del ánimo, de la alimentación y los factores psicológicos relacionados con enfermedades psicosomáticas-, así como también para algunos trastornos combinados o no externalizantes -trastornos de ansiedad, Asperger y en los casos de negligencia y abandono infantil- (Retzlaff et al., 2013).

Finalmente, en relación a los meta-análisis, Weisz et al. (2013) aluden a los hallazgos de 4 investigaciones de este tipo, que abarcan en su conjunto más de 350 estudios de resultados. Según señalan los autores, los tamaños de efecto promedio de los tratamientos con niños/as y adolescentes en estas investigaciones son bastante similares a los que se han encontrado para la psicoterapia con adultos, y se sitúan dentro de los rangos que Cohen sugiere para un tamaño de efecto mediano y grande (de ,5 a ,8).

Los estudios clínicos de caso-control, basados exclusivamente en resultados, han recibido, sin embargo, una serie de críticas. Las principales críticas apuntan a que se alejan considerablemente de la realidad en que trabajan los psicoterapeutas infantiles y de cómo se implementan los tratamientos en la práctica clínica, por lo cual poder aplicar sus hallazgos o generalizar sus resultados al trabajo clínico y a los casos particulares que en él se presentan, resulta complejo y difícil (Dallos & Draper, 2005; Kazdin, 2002; Midgley, 2004, 2007, 2009; Urwin et al. 2009).

Se plantea que en estos estudios priman los contextos artificiales (Kazdin, 2004; Midgley, 2009; Russell, 2008), con grupos intencionadamente homogéneos, que difieren de la diversidad y multiplicidad de problemáticas que se encuentra en la práctica clínica (Midgley, 2009; Urwin et al., 2009; von Sydow et al., 2013). Tanto los niños/as como sus familias, al ser reclutados para los estudios en lugar de estar clínicamente referidos, tienden a presentar condiciones menos severas, menos crónicas y con menor

comorbilidad, incluyendo una menor disfuncionalidad familiar y que provienen de un medio menos desaventajado (Kazdin, 2000; Midgley, 2009). Esto resulta crítico si se considera la alta probabilidad de que los resultados de los tratamientos sean influenciados por estos factores, y por ende, no sean producto exclusivamente de la implementación de dichos tratamientos, como supone la investigación centrada en resultados (Kazdin, 2000; Urwin et al., 2009).

En estas investigaciones, además, los tratamientos son monitoreados y supervisados permanentemente para que se realicen de manera adecuada, mediante la utilización de manuales, la observación y revisión de las sesiones con los terapeutas, entre otros (Kazdin, 2004; Russell, 2008). En la práctica clínica, en cambio, el terapeuta tiene que lidiar por sí solo con las dificultades y problemas que se van presentando en el transcurso de la terapia (Kazdin, 2002). Esto, sin duda, incidiría en los resultados terapéuticos que se obtienen en el contexto investigativo versus la práctica clínica.

En este sentido, como veremos más adelante, existe un punto intermedio, que ayuda a disminuir la brecha existente entre la investigación empírica más “pura” y la práctica clínica, cual es la realización de investigación en contextos naturales, y que es lo que justamente se realizó para efectos de la presente tesis. Así, la muestra puede ser más heterogénea (en relación al tipo de población, problemáticas que presenta y motivos de consulta) y los tratamientos son aquellos que se aplican de manera natural en la práctica clínica, no monitoreados ni supervisados por los investigadores.

En la década pasada, los estudios centrados en resultados evaluaban predominantemente sólo algunos tipos de psicoterapia, principalmente en la línea cognitivo-conductual, lo cual también fue motivo de crítica (Kazdin, 2004; Russell, 2008). Esto, porque se alejaban de aquellos tratamientos que mayormente se utilizaban en la práctica clínica, como la terapia psicodinámica, las terapias relacionales o las de orientación integrativa o que combinan distintas modalidades de tratamiento, las cuales contaban, hasta ese momento, con escasa literatura empírica (Kazdin, 2002). Si bien algunas revisiones sistemáticas y meta-análisis reportaban ya algunos estudios, por ejemplo, en el enfoque sistémico-familiar (e.g. Asen, 2002; Dallos & Draper, 2005; Vetere & Dallos, 2003), y si bien poco a poco se han ido incrementando las investigaciones tanto en este enfoque (e.g. Retzlaff et al., 2013; von Sydow et al., 2013)

como en el psicoanalítico (e.g. Urwin et al., 2009; Shirk & Burwell, 2010), persiste el déficit en otros enfoques, como el humanista-gestáltico –sólo se encontraron referencias a investigaciones en población adulta en este enfoque (e.g. Angus, Watson, Elliott, Schneider & Timulak, 2015; Roubal, 2016)-, y en las terapias integrativas y/o que combinan distintos tipos de tratamientos.

Según von Sydow et al. (2013) y Retzlaff et al. (2013), uno de los problemas que se presenta con este tipo de clasificación categorial de los enfoques es que no permite, en la investigación, indagar en los matices, y más bien extrema las diferencias entre ellos. Actualmente, señalan, los límites se han ido desdibujando, y muchos de estos enfoques, en la práctica, son bastante más integrativos que en décadas anteriores. Así, elementos de unos y otros -sistémicos, conductuales, cognitivos, psicodinámicos, etc.- pueden combinarse en un mismo tratamiento, enriqueciendo la práctica clínica. En este sentido, estos autores plantean que, en lugar de una clasificación rígida o simplista de los enfoques psicoterapéuticos, parece ser deseable un sistema que permita una descripción más rica y completa de ellos; y desde esa mirada, poder también investigarlos.

A partir de lo anteriormente expuesto, surge un segundo desafío, que se suma a la ya señalada necesidad de seguir investigando en el área de la psicoterapia infantil, y que es la necesidad de que esta investigación se relacione y vincule con la práctica clínica diaria, y por ende, sea útil y aportativa para su desarrollo. Esto incluye, por una parte, que la investigación se realice en contextos y settings naturales (Kazdin, 2004; Midgley, 2009; von Sydow et al., 2013; Russell, 2008), con familias y poblaciones clínicas difíciles y multiproblemáticas, como las que se encuentran en el “mundo real” (von Sydow et al., 2013a), como ya lo señalamos; y, por otra parte, que en los estudios se consideren distintos enfoques y orientaciones terapéuticas, incluyendo una mirada más integrativa y transteórica de ellos, tal como es o debería ser actualmente, según algunos autores, la práctica clínica (Retzlaff et al., 2013; von Sydow 2013).

La presente tesis intentó, en parte, contribuir justamente a todos estos desafíos: realizar la investigación en contextos naturales, con población clínica “real” (y por ende, en la medida de lo posible, diversa), y aportar a esta perspectiva más integrativa, considerando el estudio de los distintos enfoques psicoterapéuticos infantiles de manera conjunta dentro de la misma investigación, tanto desde lo teórico como desde lo

empírico, y analizando sus similitudes, diferencias y complementariedad. Sin embargo, el déficit de estudios empíricos desde el enfoque humanista-gestáltico lamentablemente perduraría, ya que para la presente tesis no fue posible incluir el estudio de terapias o terapeutas que tuvieran dicha formación y adscribieran a dicho enfoque.

Algunos autores plantean también que la investigación centrada en resultados posee un restringido foco investigativo, tanto en la dimensión que se considera para evaluar la efectividad de las técnicas estudiadas, como en los factores que se incluyen para explicar dichos resultados. Así, por una parte, se cuestiona el hecho de que estos estudios se focalicen exclusivamente en la reducción de los síntomas como único criterio de evaluación, lo cual es visto como una postura reduccionista del cambio terapéutico; si bien se reconoce la importancia de esta dimensión como resultado, hay también otros dominios del funcionamiento del niño/a –procesos mentales, desempeño escolar, relaciones con los pares- y del funcionamiento familiar, que también son relevantes y que incluso son más indicativos de un pronóstico a largo plazo (Dallos & Draper, 2005; Kazdin, 2002; Midgley, 2009). Por otra parte, se plantea que la mayoría de estos estudios abordan la efectividad de las técnicas de manera aislada, sin atender a otras condiciones, tanto intra como extra familiares y contextuales (características del niño/a, otros significativos –padres, profesores, amigos-, relaciones familiares), de las cuales también dependen los resultados y el éxito terapéutico, y que por ende, también deben ser tomadas en cuenta (Dallos & Draper, 2005; Kazdin, 2002; von Sydow et al., 2013).

Tomando como base lo anterior, surge un tercer desafío, que se suma a los ya señalados, y que dice relación con la necesidad de que la investigación se aboque no sólo a evaluar la disminución de los síntomas, sino que considere también lo que ocurre en otros ámbitos y dimensiones del niño/a, incluyendo a la familia y contexto inmediato, como indicativos de cambio. Y esto es justamente lo que se investigó y se incluyó en la presente tesis: qué cambios se producen en el niño/a, más allá de lo sintomático, y qué ocurre también en sus padres, familia y contexto inmediato a propósito de la terapia.

La investigación de resultados, al centrarse solamente en la disminución de los síntomas como índice de mejoría, no sólo deja de lado otros aspectos relativos al cambio, sino que también aporta muy poca información acerca de los mecanismos o procesos específicos que contribuyen a los resultados positivos en los niños/as, puesto

que considera dichos *outcomes* de manera aislada o separada de los procesos de tratamiento (Midgley, 2009; Shirk & Burwell, 2010; Shirk & Russell, 1996; Vetere & Dallos, 2003). Así lo reveló una revisión realizada por Kazdin el año 2000, en la cual encontró que de un total de 200 estudios de resultados psicoterapéuticos, menos del 3% relacionaba los procesos de psicoterapia con los resultados. Según plantea Midgley (2007), a menos que el entendimiento de los procesos de psicoterapia sea incorporado en la investigación de resultados, el progreso de la investigación en este ámbito será limitado.

Para lograr un avance, Shirk y Burwell (2010) señalan que los investigadores deben entonces transitar desde diseños de estudios randomizados y con resultados pre-post, a diseños que incluyan medidas de proceso y de micro-resultados (medición de resultados durante el proceso) en el transcurso de la terapia: “Una aproximación integrada nos permitirá responder a la pregunta de si funciona tal tratamiento, así como también, qué hace que éste funcione” (p. 200, traducción de la autora<sup>1</sup>).

Si bien ha habido un incremento en el interés por investigar la relación que existe entre los procesos que ocurren en el transcurso de la terapia y cómo ellos se relacionan con los resultados finales (“*process-outcome*” *research*), principalmente dentro del enfoque psicoanalítico (Carlberg et al., 2009; Midgley, 2009; Odhammar et al., 2011), y también, aunque en menor medida, dentro del enfoque familiar-sistémico (Vetere & Dallos, 2003), estos son aún escasos en el ámbito de la psicoterapia infantil, sobre todo si se los compara con la investigación de adultos, planteándose como un desafío que requiere seguir siendo abordado.

A modo de síntesis, creemos que, a partir de la revisión realizada en relación a la investigación de resultados, surgen, como ya se ha señalado, una serie de desafíos, varios de los cuales pretendieron ser abordados en la presente tesis. Por una parte, resulta necesario acercar la investigación en psicoterapia a la práctica clínica, realizando más estudios en contextos y settings naturales, con población clínica diversa, que demande atención de manera espontánea, e incluyendo psicoterapias de distintos enfoques y orientaciones terapéuticas, con una mirada más integrativa. Por otra parte, se busca ampliar el foco investigativo, considerando la dimensión sintomática para evaluar

---

<sup>1</sup> “Traducción de la autora” en lo sucesivo se abreviará “TdA”.



el cambio, pero incluyendo también otras dimensiones y dominios, tanto del niño/a como de su contexto inmediato –familiar, escolar-. Finalmente, es importante centrarse en los procesos de cambio en el transcurso de la psicoterapia y no sólo en los resultados finales; específicamente, en el contenido y evolución del cambio durante el proceso terapéutico, tal como se buscó hacer en la presente tesis.

Considerando este último propósito, a continuación se profundizará en la investigación de proceso, realizando una revisión de lo que se ha estudiado hasta ahora en dicha área y cuáles son los desafíos pendientes.

**La investigación de proceso.** Shirk y Russell (1996) plantean que “para entender cómo y por qué la terapia funciona se requiere especificar qué es lo que actualmente transcurre en la sesión terapéutica” (p. 10, TdA). A esto se aboca justamente la investigación de proceso (*process research*): al “estudio empírico de lo que actualmente tiene lugar u ocurre en el tratamiento psicoterapéutico” (Midgley, 2007, p. 8, TdA).

El foco está puesto en responder aquellas preguntas que la investigación de resultados no ha logrado, y que serían, para algunos autores, las más relevantes: ¿cómo y por qué la psicoterapia funciona?; es decir, ¿cuáles son los mecanismos, factores o procesos que operan y que hacen que se produzca un cambio? (Kazdin, 2000, 2002; Midgley, 2007, 2009; Odhammar et al., 2011; Shirk & Burwell, 2010; Shirk & Russell, 1996). Acceder al conocimiento sobre cómo se produce el cambio, ayudará a construir y perfeccionar las herramientas, técnicas y modelos psicoterapéuticos (Vetere & Dallos, 2003).

Si bien existiría también una importante tradición en la investigación de proceso en psicoterapia infantil, ésta cuenta con muchos menos estudios que la investigación de resultados (Estrada & Russell, 1999; Midgley 2007; Vetere & Dallos, 2003); lo mismo si se la compara con la investigación de proceso en psicoterapia de adultos, que es más prolífera y se ha desarrollado más rápidamente (Midgley, 2007, 2009; Shirk & Burwell, 2010).

Midgley (2007, 2009) ha realizado varias revisiones de investigaciones empíricas de proceso en psicoterapia psicoanalítica infantil, concluyendo que la mayoría de ellas (aunque no todas) se encuentra en la categoría de “estudios exploratorios”, según una

clasificación desarrollada para la investigación de proceso en psicoterapia con adultos, y que los define como estudios que describen comportamientos y procesos ocurridos durante las sesiones de terapia. Esto sería explicable, según el autor, considerando lo señalado anteriormente, en relación a que esta es un área de investigación aún en desarrollo, en la cual la prioridad está puesta en desarrollar medidas y descripciones válidas acerca del proceso psicoterapéutico con niños/as.

En este punto, surge otro desafío importante para la investigación en psicoterapia infantil, que es llevar a cabo investigaciones que se ubiquen en las otras dos categorías descritas para la investigación con adultos, según lo presenta Midgley (2007, 2009): estudios que investiguen la relación entre procesos específicos de psicoterapia y resultados de tratamiento (testeo de hipótesis), como ya se señaló, y estudios que examinen la relación entre procesos específicos de psicoterapia y teorías del cambio (desarrollo teórico). Para ambas categorías existirían algunos ejemplos de investigaciones realizadas en Chile en psicoterapia con adultos (e.g. Krause, Altimir, Pérez, & de la Parra, 2014; Krause et al., 2006; Krause et al., 2007), lo cual refuerza la idea de que hay un desafío en realizar este tipo de investigaciones en la psicoterapia con niños/as.

Lo anterior, de alguna manera, es refrendado por algunos autores, cuando señalan que los estudios descriptivos son sólo el punto de partida, y que por ende la investigación en psicoterapia infantil no debe quedarse sólo en describir el comportamiento del niño/a y el terapeuta, sino que debe avanzar en la construcción de un modelo conceptual de procesos de cambio (Midgley, 2007; Shirk & Russell, 1996) y en el desarrollo de teorías acerca del cambio terapéutico (Dallos & Draper, 2005), transitando hacia un nivel de mayor sofisticación, complejidad y relevancia clínica (Midgley, 2009). Se espera así que la investigación futura logre una mayor integración del conocimiento acerca de los procesos de cambio, y desarrolle de manera significativa medidas de proceso para la psicoterapia infantil. Se reconoce que estos procesos psicoterapéuticos son muy distintos al trabajo que se realiza con adultos; por ende, más que adaptar lo ya existente para este grupo etario, lo que se requiere es un desarrollo propio y distinto de la investigación de proceso en psicoterapia infantil (Midgley, 2007; Shirk & Russell, 1996). Parte de este desafío fue el que se intentó asumir en la presente tesis.

Haciendo un análisis de las revisiones que, hasta ahora, se han encontrado en relación a la investigación de proceso en psicoterapia infantil, se pueden extraer varias conclusiones y desafíos.

En general, se observa un predominio de este tipo de investigaciones dentro del enfoque psicoanalítico (Carlberg, 1997; Carlberg, 2009; Midgley, 2007, 2009; Shirk & Burwell, 2010). Esto se da, según Midgley (2007), en la literatura a nivel general: la gran mayoría de los modelos teóricos acerca del cambio terapéutico están fundados en la teoría psicoanalítica. Pero, como señala Kazdin (2000), aunque estos modelos estén dirigidos a todo tipo de investigación en psicoterapia con niños/as, son especialmente relevantes para los psicoterapeutas psicoanalíticos. No obstante el predominio de este enfoque, también se encuentran algunas investigaciones relativas a los componentes que promueven el proceso de cambio dentro del enfoque sistémico y familiar-sistémico (Dallos & Draper, 2005; Vetere & Dallos, 2003).

En este punto, surge nuevamente un problema que ya habíamos adelantado a propósito de la investigación de resultados: mientras aquella se ha abocado principalmente a estudiar psicoterapias de orientación cognitivo-conductual, sistémica y psicoanalítica de manera parcelada, la investigación de proceso ha hecho lo mismo con el enfoque psicoanalítico y sistémico, quedando fuera, por una parte, otros enfoques, como el humanista-gestáltico –sólo se encontraron referencias a investigaciones en población adulta dentro de este enfoque (e.g. Angus et al., 2015; Roubal, 2016)- y aquellos que combinan distintos tratamientos; y, por otra parte, no integrando distintos enfoques en una misma investigación. Hay aquí, como señalaran von Sydow et al. (2013) y Retzlaff et al. (2013), a propósito de la investigación de resultados, una necesidad muy relevante: realizar investigaciones que consideren e incluyan distintos enfoques terapéuticos, con una mirada más integrativa, de tal manera de poder generar un modelo de cambio de proceso genérico, como el que ya existe para la psicoterapia con adultos (e.g. Krause, 2005; Krause et al., 2006, 2007). Cabe recordar que este fue justamente el principal propósito de la presente tesis.

Considerando que, hasta hora, y como ya señaláramos, la investigación de proceso en psicoterapia infantil se ha focalizado en describir lo que está ocurriendo durante la sesión (“*on-going way*”), ha sido vital el desarrollo de medidas confiables para poder

medir justamente aquello; y estas medidas confiables han estado focalizadas, fundamentalmente, en el comportamiento y la conducta del niño/a durante la sesión, evaluado, por ejemplo, a través de las actividades que realiza y los contenidos del juego terapéutico (Midgley, 2007, 2009; Shirk & Russell, 1996). A través de estas actividades y este comportamiento, los investigadores se han focalizado en estudiar ciertas dimensiones analíticas, como las relaciones de objeto, el funcionamiento del yo y el superyó, y los mecanismos de defensa que el niño/a utiliza, así como también su interacción “momento a momento” con el terapeuta, vinculada con los procesos de transferencia y contratransferencia; y para medirlos, han desarrollado fundamentalmente instrumentos de carácter cuantitativo (escalas, inventarios) (Midgley, 2007, 2009).

Dentro del enfoque familiar-sistémico, Vetere y Dallos (2005) también mencionan algunas investigaciones de carácter descriptivo, que se han centrado, fundamentalmente, en aspectos relacionales de la familia, relativos al comportamiento de los participantes durante la terapia y las percepciones que reportan acerca de las interacciones que tienen lugar en el transcurso de ésta, medidos a través de cuestionarios de autorreporte.

En relación a lo anterior, surgen fundamentalmente dos problemáticas. La primera, que ya habíamos adelantado a propósito de una de las críticas que hacían algunos autores a la investigación de resultados, es que mientras ésta se aboca a la medición de los síntomas, la de proceso, al estar fundamentalmente vinculada a los enfoques psicoanalítico y familiar-sistémico, se orienta casi exclusivamente hacia la medición de aspectos inconscientes en el niño/a, y/o de aspectos relacionales a nivel familiar. Así, habría otras dimensiones que estarían quedando fuera y que no estarían siendo estudiadas, al menos explícita e intencionadamente. Nos referimos, por ejemplo, al ámbito consciente de los afectos y las emociones, a las cogniciones, y al ámbito relacional más allá de la propia familia –relación con pares y con el medio, relación consigo mismo-, entre otros. Se suman desde aquí otros elementos al modelo de cambio que anteriormente habíamos señalado se visualizaba como necesario desarrollar para la psicoterapia infantil: además de ser genérico, pareciera ser necesario que se planteara también como un modelo multidimensional, que abarque las distintas áreas de desarrollo del niño/a a las cuales se esperaría se abocara todo proceso psicoterapéutico, independiente de su orientación teórica.

La otra problemática dice relación con la predominancia que ha existido, hasta ahora, de la utilización de medidas cuantitativas, tanto en la investigación de resultado como en la de proceso, en desmedro de investigaciones cualitativas. Mientras en la psicoterapia con adultos existe un importante desarrollo en esta línea (Krause, 2005), en la psicoterapia infantil la investigación cualitativa ha tenido un desarrollo más reciente (Carlberg et al., 2009; Midgley, 2004). Así, son escasas las investigaciones en que se pregunte a los niños/as por su perspectiva acerca del proceso terapéutico y de sus experiencias subjetivas particulares con dicho proceso, a pesar del reconocimiento de la importancia de incorporarlos en las decisiones de salud que les atañen (Davies & Wright, 2008). Existen sí algunos esfuerzos empíricos en esta línea (e.g. Capella et al., 2015; Carlberg et al., 2009; Rodríguez, 2014; Stith et al., 1996), que corroboran la importancia de incorporar la visión de los niños/as, en tanto ellos están involucrados directamente en la intervención (Carroll, 2002; Davies & Wright, 2008).

Algunos estudios también han mostrado que con frecuencia la perspectiva sobre el proceso psicoterapéutico es diferente, dependiendo de si se trata de niños/as o de sus terapeutas (Carroll, 2002). Además, en las terapias con niños/as, existe participación directa o indirecta de los padres y/o del grupo familiar, lo que aumenta aún más la multiplicidad de perspectivas. En los estudios que han comparado estas diferentes perspectivas sobre el tratamiento, se ha visto que en ocasiones las de los niños/as son diferentes a las de los padres (Stith et al., 1996; Davies & Wright, 2008). Cabe destacar que, para incorporar la visión de los niños/as, varios autores plantean como necesario integrar en las investigaciones metodologías diversas y complementarias, que favorezcan su expresión -juegos, dibujos-, y que a su vez faciliten al investigador el acceso a otras formas de registro y conceptualización (Capella et al., 2015; Carlberg et al., 2009; Carroll, 2002; Darbyshire, Macdougall & Schiller, 2005; Rodríguez, 2014; Stith et al., 1996).

Desde aquí, surgen entonces nuevos desafíos, en los cuales también pretendió contribuir la presente tesis: incrementar el número de investigaciones cualitativas en la investigación de la psicoterapia infantil, que incorporen la multiplicidad de perspectivas -terapeutas, consultantes y familiares-, y que además, en el caso de los niños/as, integren otras formas de expresión. A propósito de la distancia que se critica existe entre

la investigación y la práctica clínica, Midgley (2004) propone que la investigación cualitativa puede justamente ofrecer nuevas formas de establecer puentes entre estos dos ámbitos.

Relevantes también resultan los planteamientos de Dallos y Draper (2005) en relación a este punto, para quienes incorporar metodologías cualitativas es especialmente útil en aquellas investigaciones cuyo foco está puesto en explorar los procesos de cambio psicoterapéutico –más que en evaluar la efectividad de determinada terapia-. Esto porque, desde su perspectiva, los consultantes son vistos como creadores de los significados que guían sus acciones, y es el cambio en el significado de esas acciones lo que tiene una importancia fundamental para ser estudiado; y aquello, para estos autores, puede ser preferentemente investigado mediante metodologías cualitativas -y no cuantitativas, dado que estas últimas suelen reducir el cambio a aquello que es medible y observable; es decir, a cambios en los comportamientos o conductas sintomáticas-.

Tomando en cuenta que, para la gran mayoría de los autores, los desafíos de la investigación en psicoterapia infantil han sido y siguen siendo comprender por qué los tratamientos funcionan, cómo conducen al cambio o bajo qué condiciones éste se da, la investigación de proceso se ha centrado justamente en estudiar aquello: cuáles son los mecanismos o factores del cambio; es decir, a través de qué procesos opera y funciona la terapia. Esto tanto desde el enfoque psicoanalítico (Kazdin, 2000, 2002; Midgley, 2007, 2009; Odhammar et al., 2011; Shirk & Burwell, 2010; Shirk & Russell, 1996), como desde el familiar-sistémico (Dallos & Draper, 2005; Vetere & Dallos, 2003).

Sin embargo, previo o en paralelo a esta línea investigativa, aparece como relevante centrarse también en el contenido y evolución del cambio, pero desde una mirada de proceso y no exclusivamente de resultados, como se ha hecho hasta ahora en la psicoterapia infantil. Y a esto se abocó justamente la presente tesis: a estudiar cuáles son los cambios que se van dando durante el proceso psicoterapéutico, qué es lo que va cambiando en el niño/a y su contexto inmediato a nivel del contenido, y cómo se van produciendo y evolucionando dichos cambios en el transcurso de la terapia. Hasta ahora, la evidencia de estudios que se hayan abocado específicamente al contenido del cambio

y su evolución durante el proceso psicoterapéutico con niños/as es bastante escasa, a diferencia de lo que ocurre con la psicoterapia de adultos.

A continuación se presenta una revisión de lo que se ha investigado hasta ahora en esta área, comenzando con una breve reseña de los principales modelos de cambio existentes para la psicoterapia con adultos, para luego profundizar en los hallazgos encontrados para la psicoterapia infantil.

**El contenido del cambio y su evolución durante el proceso psicoterapéutico.** En el caso de la investigación con adultos, hay a lo menos cinco modelos relativos al cambio terapéutico, los cuales comparten un mismo supuesto: que el cambio se va construyendo sucesivamente, por fases o etapas. El primero es el Modelo Semiótico de Dos Fases (TSSM) (Gennaro et al., 2010, 2011), que se centra en la construcción de nuevos significados por parte del cliente (fase de-constructiva y fase constructiva). El segundo es el Modelo Transteórico de Cambio de Prochaska et al. (1992), que pone énfasis en los marcadores conductuales del cambio, y plantea que éste se desarrolla progresivamente a lo largo de seis fases (desde la precontemplación a la finalización). El tercero es el Modelo de Tres Etapas de Habilidades de Ayuda (Hill, 2009), que se centra en las habilidades del terapeuta para la promoción del cambio (etapa de exploración, discernimiento y acción). El cuarto es el Modelo de Asimilación de Experiencias Problemáticas (APES) (Stiles, 2002), que conceptualiza el cambio terapéutico como resultado de la transformación de experiencias problemáticas específicas del cliente en un nuevo esquema de formas de pensamiento y comportamiento, que finalmente se integran a su personalidad (Osatuke, Glick, Stiles, Greenberg, Shapiro, & Barkham, 2005). Propone una secuencia de ocho fases de asimilación (desde la disociación hasta la resolución).

Finalmente, está el Modelo de Indicadores Genéricos de Cambio (IGC) (Krause, 2005; Krause et al., 2006, 2007), el cual plantea que el cambio se relaciona con las transformaciones del cliente en la perspectiva subjetiva sobre sí mismo, sus problemas y síntomas, y su relación con el medio ambiente en el cual ocurren. Implica una transformación en los patrones subjetivos de interpretación y explicación que conduce al desarrollo de nuevas teorías subjetivas, así como a cambios emocionales y de

comportamiento. El nombre de “genérico” que se da a los indicadores responde a que estos son comunes a las distintas modalidades y enfoques terapéuticos. El modelo contempla 19 IGC, los cuales se agrupan en 3 fases (consolidación inicial de la estructura de la relación terapéutica, aumento de la permeabilidad hacia nuevos entendimientos, construcción y consolidación de nuevos entendimientos), y que dan cuenta de los distintos momentos de la terapia (inicio, medio, final).

Aun cuando en la psicoterapia infantil no se ha encontrado, hasta ahora, algún modelo de este tipo, tal como es dable inferir de la literatura revisada, hay algunas investigaciones que han indagado, directa o indirectamente, en el contenido y la evolución del cambio durante el proceso, constituyendo insumos relevantes para la presente tesis. Está, por ejemplo, la investigación realizada por Leuder et al., referida por Midgley (2007) en su extensa revisión de investigaciones en psicoterapia infantil, la cual, al buscar relacionar determinadas estrategias implementadas por el terapeuta y las interacciones "momento a momento" entre éste y el paciente con los cambios observados en los niños/as, describe justamente los cambios que se van dando en ellos durante el proceso (momento a momento). Por ejemplo, se observó que los niños/as ganaban mayor libertad en el manejo de su ansiedad y de su comportamiento obsesivo cuando los terapeutas implementaban estrategias relacionadas con el cuidado y mostraban flexibilidad en la aplicación de las técnicas.

Otro ejemplo son las diversas investigaciones que se están desarrollando desde el año 2000 en la Fundación ERICA de Suecia, en el marco del *Erica Process Outcome Study* (EPOS). Si bien, como su nombre lo indica, estas investigaciones buscan relacionar los procesos con los resultados, hay tres que destacan por contener descripciones acerca del proceso de cambio en los niños/as, en relación a su contenido y evolución. Todas ellas fueron realizadas en el contexto de psicoterapias psicodinámicas.

La primera de estas investigaciones es la desarrollada por Carlberg et al. (2009), cuyo objetivo fue explorar las expectativas y experiencias de los niños/as en la psicoterapia. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas a 10 niños/as de entre 6 y 10 años, además de otros procedimientos (dibujo, juego y un cuestionario de autoestima). Dentro de los resultados, se describe la visión de los niños/as en relación a los efectos terapéuticos; en ellos destacan: una mejoría en las relaciones (con familiares, pares y profesores); una



mejoría en su bienestar emocional, estado de ánimo y autoconcepto; los niños/as se muestran esperanzados acerca del futuro y expresan sentimientos de mayor felicidad; y manifiestan estrategias de autocontrol (pensar antes de actuar); entre otros.

En el segundo estudio (Odhammar et al., 2011), si bien el objetivo principal se relacionaba con la investigación de resultados -determinar si el funcionamiento global del niño/a mejoraba después de una terapia psicodinámica mediante una evaluación pre-post con instrumentos cuantitativos-, se realizaron, como complemento, dos estudios de caso: uno con un niño que había mostrado un pequeño cambio en la evaluación pre-post, y otro con uno que había mostrado un gran cambio. Esto, con el propósito de establecer una relación entre los procesos y los resultados. Los estudios de caso se realizaron mediante la completación de cuestionarios cada tres meses por parte de los terapeutas. Dentro de los resultados, se encontró que el niño que había evidenciado pequeños cambios a nivel de resultados, mostró importantes cambios a nivel cualitativo desde el reporte de su terapeuta, entre los cuales se destacaba: verbalización espontánea de ideas y sentimientos (incluyendo sentimientos negativos), mayor interés en las observaciones e interpretaciones de la terapeuta, mayor entusiasmo hacia la terapia, mayor contacto visual con la terapeuta, mayor tolerancia a la frustración, mayor control de impulsos, más confianza en sí mismo, mayor autoestima, mejora en la relación con sus padres y otras personas en general, capacidad para expresarse más claramente; a su vez, la terapeuta lo veía más independiente, relajado, contento, con una visión más positiva del futuro, entre otros aspectos. A propósito de estos hallazgos, los autores destacan que importantes cambios individuales en el proceso no siempre se reflejan en la medida de cambio final. En el otro caso (cambio significativo en la evaluación pre-post), el terapeuta también reportó importantes cambios a nivel conductual y comportamental, relacional (con otros y con el terapeuta), afectivos, en la forma y contenido del juego, entre otros.

El tercer estudio, desarrollado también por Carlberg (2009), se realizó con 19 terapias psicodinámicas de niños/as de entre 5 y 10 años, en el cual se solicitó a los terapeutas describir, mediante cuestionarios, los cambios más importantes relacionados con el niño/a y su familia, tanto dentro de la terapia como fuera de ella. También se investigaron temas relativos a la alianza terapéutica y la presencia de cambios en los

objetivos de la terapia. Respecto al contenido del cambio, el énfasis estuvo puesto en los cambios en el niño/a y en los cambios en la relación terapéutica; tres cuartos de los terapeutas reportaron cambios importantes en ambos aspectos. En relación a los niños/as, se señaló que varios de ellos habían aumentado su capacidad para contactarse consigo mismos y habían incrementado su autoestima; 13 de los 19 habían aumentado su capacidad para manejar y expresar distintas emociones y sentimientos, ya sea a través de las palabras o a través del juego y/o su comportamiento en sesión; más de la mitad habían logrado mejores relaciones con sus padres y 7 habían desarrollado mejores relaciones con sus compañeros. Otro cambio descrito como relevante fue poder verbalizar no sólo emociones, sino también experiencias y vivencias, presentes y/o pasadas, ya sea en el ámbito familiar, en el colegio o en la relación con pares. Por su parte, los cambios en la relación terapéutica también fueron descritos como parte del “contenido del cambio”; se reportó principalmente el aumento y profundidad del diálogo entre paciente y terapeuta, un mayor contacto –contacto visual, que el paciente salude al terapeuta-, una mayor interacción y reciprocidad en la interacción, la emergencia de sentimientos de “calidez” entre ambos y el fortalecimiento de la relación.

Respecto a la evolución del cambio, la mayoría de los terapeutas informó que se había producido al menos un cambio cada tres meses (en el transcurso de la terapia); sólo en tres terapias se reportaron períodos sin la presencia de cambios, mientras que en cinco se reportaron “cambios negativos” en la segunda mitad de la terapia. La mayoría de los terapeutas señaló también que los cambios se presentaron como un proceso continuo y gradual a lo largo de la terapia, más que como episodios significativos, hitos o puntos de inflexión. En general, tampoco hubo diferencias en relación a la frecuencia de los cambios en los distintos momentos de la terapia (inicio, medio y final). Respecto a la relación terapéutica, se señaló que ésta se iba construyendo de manera gradual, desde el inicio del contacto hasta una alianza más profunda a medida que avanzaba la terapia (Carlberg, 2009).

Dentro del enfoque sistémico y familiar-sistémico, algunos autores también destacan la relevancia de indagar qué es lo que cambia en el transcurso de la terapia y cómo se va dando ese cambio, principalmente a nivel interpersonal (Vetere & Dallos, 2003), en

relación a las dinámicas y creencias familiares, así como también en relación al clima emocional al interior de la familia (Dallos & Draper, 2005).

En el marco de este enfoque, una investigación cualitativa que aportó a la presente tesis fue la realizada por Stith et al. (1996), que indagó en la experiencia de 16 niños/as de entre 5 y 13 años y sus familias acerca de la terapia en la que habían participado, mediante entrevistas semi-estructuradas. En relación a la interrogante de qué es lo que había cambiado en el transcurso de la terapia, se encontraron dos categorías: una referida a los cambios en la terapia, y otra referida a los cambios en el hogar. En relación a la primera, se destacan cambios en la forma de reaccionar o comportarse durante las sesiones, mientras que en la segunda se destaca que la terapia, en general, ayudó a los niños/as a resolver problemas particulares, vinculados, por ejemplo, al colegio o la forma de relacionarse con las demás personas.

Dentro del enfoque constructivista-evolutivo, también se encontraron dos investigaciones cualitativas, realizadas en Chile, que indagaron acerca del cambio psicoterapéutico desde la perspectiva de los niños/as; en este caso, que habían sido víctimas de abuso sexual. La primera de ellas, desarrollada por Capella et al. (2015), correspondió a un estudio de caso de un niño de 8 años. El objetivo principal fue indagar acerca del rol de los dibujos como herramienta para comprender de mejor manera la perspectiva de los niños/as respecto a la terapia y los procesos de cambio. Se realizó una entrevista en profundidad y un dibujo respecto al cambio terapéutico, analizándose así tanto lo verbal como lo visual. Los principales resultados dan cuenta de cambios en los estados emocionales, como pasar de la tristeza a la felicidad y un mayor bienestar emocional; cambios en la percepción de sí mismo, como el crecimiento personal, el empoderamiento y el fortalecimiento de la autoimagen; cambios en su visión de un mundo, desde un entorno amenazante a uno más acogedor y protector; y cambios asociados a la disminución de la sintomatología depresiva. Estos cambios aparecen tanto desde las narrativas verbales (entrevistas y relato del niño) como desde las narrativas visuales (análisis de los dibujos).

La segunda investigación, también de carácter cualitativo y dentro del enfoque constructivista-evolutivo, tuvo como objetivo comprender las significaciones en torno al proceso de superación de la experiencia de agresión sexual tras un proceso de

psicoterapia, en 7 niños/as de 8 a 11 años, así como identificar los factores que favorecen y dificultan este proceso. Al igual que en la investigación anterior, se realizaron entrevistas en profundidad y dibujos acerca del cambio terapéutico, y la información obtenida fue analizada desde la técnica de análisis narrativo temático verbal y visual. Desde las narrativas de los niños/as, emerge la visualización de cambios en diversos ámbitos de sus vidas. Los más visibles dicen relación con cambios emocionales, donde se releva el sentirse mejor emocionalmente y poder estar feliz; cambios relacionados con la remisión de síntomas asociados a la agresión sexual, como la disminución de la rabia, pesadillas e irritabilidad; y cambios conductuales respecto de la relación con otros, asociados a la vergüenza, timidez y la disminución del miedo a relacionarse con personas desconocidas. También aparecen cambios en la percepción del mundo y de la perspectiva frente a la vida y el evento traumático; y cambios hacia una mejor autoimagen y una visión más positiva y fortalecida respecto a sí mismos. Por otra parte, aparece la visualización de que es posible continuar con la propia vida y que se relaciona con el retorno a actividades más infantiles y cotidianas, como el juego y actividades lúdicas. Otros aspectos mencionados dicen relación con una visión de mayor independencia, autonomía y madurez personal, que se traduce en poder realizar diversas actividades por sí mismos y de manera independiente. Respecto a la relación con otros, aparece la adquisición de herramientas y el desarrollo de habilidades para las relaciones interpersonales y sociales, asociadas a la mayor seguridad en sí mismos, la sensación de poder defenderse y sentirse más empoderados respecto a estas interacciones sociales. Finalmente, se mencionan algunos cambios personales en relación al espacio terapéutico, como la disminución de la timidez en la terapia y el lograr acostumbrarse y sentirse cómodos en ese contexto (Rodríguez, 2014).

Para terminar, cabe mencionar una investigación realizada en Brasil (Pereira, 2014), que consideró una visión más integrativa de los distintos enfoques psicoterapéuticos. Su objetivo fue indagar acerca de los criterios que terapeutas infantiles de distintas orientaciones teóricas consideraban como relevantes para medir el progreso de los niños/as durante la psicoterapia, y si estos criterios diferían según la orientación teórica. Se confeccionó un cuestionario compuesto por criterios de cambio positivos presentes en la literatura, haciendo una integración de los postulados de las distintas teorías

psicológicas. Se incluyeron ítems (escalas tipo Likert) relacionados con situaciones que ocurren durante la sesión, y otros con situaciones externas a las sesiones, que habitualmente son reportadas por los padres y/o los profesores al terapeuta. El cuestionario fue respondido por 154 terapeutas. Dentro de los resultados, se encontró que, a pesar de las diferencias teóricas, los psicoterapeutas, en la práctica, parecieran utilizar criterios semejantes para analizar los progresos de los niños/as en la psicoterapia. Los criterios de progreso considerados como los más relevantes durante las sesiones fueron: demostrar conflictos a través del juego -como peleas entre los padres y entre niños/as-, demostrar confianza en el terapeuta, hablar sobre los propios miedos, y establecer una comunicación afectiva con el terapeuta. En situaciones externas a las sesiones, los criterios considerados como los más relevantes y representativos tuvieron que ver con: el mejoramiento de las relaciones interpersonales –familia, compañeros, profesores-, demostrar interés en actividades nuevas (juegos, deportes, música, entre otros), y reconocer los propios errores.

Todos los hallazgos de estas investigaciones fueron muy relevantes a la hora de analizar nuestros propios resultados, en relación al contenido del cambio en los niños/as, y cómo se presentan y evolucionan dichos cambios a lo largo del proceso terapéutico; esto, tanto desde la perspectiva de los terapeutas y de los mismos niños/as, en terapias de distintos enfoques, que es lo que se indagó en las investigaciones antes referidas. Destaca también la inclusión de dibujos en dos de estas investigaciones, que también permitieron comparar nuestros hallazgos en ese ámbito con lo encontrado en dichos estudios.

A partir de todos los antecedentes teóricos y empíricos descritos, el principal propósito que se planteó en la presente tesis, y como ya lo hemos adelantado, fue desarrollar un modelo de cambio para la psicoterapia infantil, que considerara, por una parte, las principales críticas o debilidades planteadas para los dos principales paradigmas de investigación en psicoterapia (investigación de resultado y de proceso), así como también considerara los principales hallazgos en relación a los procesos de cambio en la psicoterapia infantil, a nivel del contenido y de la evolución del cambio, principalmente. Es decir, proponer un modelo que se desarrollara a partir de una investigación llevada a cabo en contextos y settings naturales; que se orientara a los

procesos y no sólo a los resultados finales; que se centrara en los contenidos, presentación y evolución del cambio, más que en los mecanismos o factores del mismo; que incluyera distintos enfoques teóricos (es decir, que fuera integrativo); que fuera útil y aportativo para la práctica clínica; y que considerara distintos ámbitos y dimensiones del desarrollo del niño/a y su contexto como indicativos de cambio.

Para poder construir este modelo, se plantearon las siguientes preguntas que orientaron la investigación: ¿Qué es lo que cambia, en términos de contenido, durante el proceso psicoterapéutico con niños/as? ¿Cómo se va presentando dicho cambio en el transcurso de las sesiones? ¿Cómo se produce y cómo evoluciona a lo largo de todo el proceso psicoterapéutico?

Antes de profundizar en los aspectos metodológicos, y considerando que la presente tesis se abocó al estudio de la psicoterapia infantil, específicamente con niños/as que se encontraban en edad escolar (segunda infancia), cabe señalar a continuación algunos aspectos en relación a la especificidad, particularidades y complejidades del trabajo terapéutico con niños/as -como la inclusión de los padres en el proceso-, caracterizar su desarrollo en esta etapa del ciclo vital y señalar de qué manera estos aspectos fueron considerados en la presente investigación.

### **Especificidad y Algunas Particularidades del Trabajo Terapéutico con Niños/as**

La psicoterapia infantil posee ciertas características y particularidades que la distinguen de la psicoterapia de adultos (Almonte, 2012). A continuación se profundizará en tres de los aspectos que resultaban ser los más relevantes para efectos de la presente tesis: la participación de los padres e influencia del contexto inmediato en la terapia, la influencia de los aspectos madurativos y las formas de trabajo mayormente utilizadas (métodos y técnicas principalmente).

**La participación de los padres e influencia del contexto inmediato en la terapia infantil.** A diferencia de lo que ocurre en la terapia con adultos, la motivación por consultar raramente surge por iniciativa propia de los niños/as; dada su dependencia,

generalmente concurren traídos por sus padres o incluso a veces contra su voluntad (Almonte, 2012; Fresler, 2014).

La gran mayoría de las veces los padres llevan al niño/a ya sea porque desde su perspectiva manifiesta conductas que indican un problema, y/o porque la institución educativa lo demanda. Esto implica que cuando se intenta determinar cuál es el problema por el cual se consulta, no siempre hay acuerdo entre lo que cree la escuela, los padres y/o el niño/a, pudiendo ocurrir que incluso para este último (y también para sus padres, eventualmente) ni siquiera exista un problema (Oaklander, 1992).

Según Fresler (2014), para Freud no era indiferente que una persona llegara al análisis por anhelo propio o lo hiciera porque otros lo llevaron, que él mismo deseara cambiar o sólo quisieran ese cambio sus más cercanos y los que se relacionaban mayormente con él.

Todo lo anterior conlleva dos consideraciones que fueron relevantes para la presente tesis. Una es que, quienes llevan al niño/a a terapia -sus padres- y/o quienes lo derivan – escuela, profesores- esperan y/o desean que algo cambie en él; existen, por ende, expectativas de cambio desde estos otros significativos, que podrían influir en su percepción de cambio. De ahí la relevancia que tuvo incluir en la presente tesis la multiplicidad de perspectivas, tanto directamente, entrevistando a los terapeutas, niños/as y padres, como indirectamente, incluyendo en los guiones de entrevista (ver anexo 3) preguntas relativas a la percepción de otros significativos (colegio, pares, otros familiares). Pero la relevancia no estuvo sólo en incluir estas diferentes perspectivas, sino también en hacer un análisis comparativo de ellas, tal como se presenta en el apartado de los Resultados.

Según Gómez (2006), desde hace un tiempo existiría consenso entre los psicoterapeutas infantiles respecto a que los padres deben ser incluidos en mayor o menor medida en el proceso terapéutico. Cortés y Benavente (2007), por su parte, agregan que todo cambio favorable en uno de los miembros de la familia tendrá repercusiones positivas en los otros.

Estos planteamientos harían esperable la ocurrencia de dos fenómenos, ambos relevantes para la presente tesis. Por una parte, la existencia de estos padres “reales”, como lo denomina Fresler (2014), y su participación activa en la terapia haría esperable

la ocurrencia de cambios en ellos. Por otra parte, podría plantearse también que la ocurrencia de cambios en los padres podrían generar modificaciones en las problemáticas del niño/a (Almonte, 2012), y viceversa, que los cambios asumidos por el niño/a promoverían cambios en su medio, principalmente en los padres y/o a nivel familiar (Cortés & Benavente, 2007).

Para efectos de la presente tesis, estudiar el cambio en el niño/a implicó entonces estudiar también el cambio en los padres y/o en otros significativos, tal como se explica en el apartado del Método.

**Influencia de los aspectos madurativos en la terapia.** Otro aspecto relevante que debe ser considerado en la terapia infantil, y que la diferencia de la terapia con adultos, es la naturaleza de constante cambio y desarrollo propio de la niñez. En este sentido, los resultados de la psicoterapia deben distinguirse de los cambios espontáneos generados por la madurez y el desarrollo evolutivo (Almonte, 2012; Cortés & Benavente, 2007).

A partir de lo anterior, se plantea que una conducta que puede ser catalogada como normal en una etapa del desarrollo, puede volverse un indicador de patología en otra etapa; en este punto, cobra especial relevancia el conocimiento y manejo que tenga el psicólogo infantil de las pautas de desarrollo esperables para cada edad (Cortés & Benavente, 2007).

Este aspecto fue considerado en la presente investigación, indagando en las entrevistas del Estudio 2 acerca de los factores relacionados con el cambio (facilitadores, atribuciones de causalidad y otros). Para este punto, también fue importante la consideración de las distintas perspectivas (terapeutas, niños/as, padres, otros significativos), y luego hacer un análisis comparativo de ellas.

En el caso de los terapeutas, cabe agregar que todos ellos realizaban psicoterapia con niños/as y poseían algún grado de especialización en psicoterapia infantil. En este sentido, se apeló también al conocimiento y experticia de los terapeutas en relación a las etapas del ciclo vital y el desarrollo infantil, tal como lo plantean Cortés y Benavente (2007).



Respecto a los padres, se apeló al conocimiento que ellos tienen o se espera que tengan respecto a sus hijos/as, pudiendo entonces describir los cambios que visualizaban en los niños/as a propósito de la terapia.

**Formas de trabajo en la psicoterapia infantil: métodos y técnicas.** Las técnicas verbales, que son las de uso predominante en la psicoterapia de adultos, no siempre son posibles o las más adecuadas de aplicar en los niños/as, dadas sus limitaciones en el desarrollo cognitivo y lingüístico propias de su edad, por lo que con frecuencia deben preferirse o complementarse con técnicas no verbales como el dibujo y el juego, que facilitan el acercamiento al psiquismo del niño/a por ser formas de expresión naturales de las necesidades, deseos y conflictos en esta etapa del desarrollo (Almonte, 2012).

Se deduce así que en el trabajo terapéutico con niños/as se utilizan distintos métodos y técnicas (Cortés & Benavente, 2007; Oaklander, 1992, 2008), las que podrían agruparse, según Sepúlveda (2012, 2013), en tres grandes categorías, que corresponden a las tres formas de representación de la realidad que plantea Bruner (1984, 1988) - *enactiva, icónica y simbólica*-. La primera correspondería a actividades por la acción, que incluyen distintos tipos de juegos, dramatizaciones o role-playing, marionetas o títeres. Las segundas corresponderían a actividades por imágenes, que incluyen diversas técnicas gráficas, como dibujo y pintura; técnicas plásticas, como greda, cerámica y plastilina; y técnicas por imaginaria. Finalmente, también se consideran actividades verbales simbólicas, que incluyen diálogo o intercambio verbal, cuentos y escritura de cartas (Sepúlveda, 2012, 2013).

En la gran mayoría de estas técnicas se utilizan, transversalmente, la metáfora y la proyección. Las proyecciones son útiles para los niños/as porque lo que emana, por ejemplo, de un dibujo o un juego, puede ser muy decidor y sirve para que “hable” por el niño/a; y también porque ayuda a enfocar lo que subyace a las palabras. Respecto a la metáfora, muchas veces los niños/as no pueden o se resisten a hablar respecto a sí mismos, sus problemas y vivencias si no es de forma oblicua, metafóricamente; hablarlo desde ahí les permite expresarse más abiertamente y con mayor libertad (Freeman, Epston, & Lobovits, 2001; Mortola, 2006; Oaklander, 1992, 2008).

Desde el psicoanálisis, se plantea que en los niños/as, a diferencia de los adultos, el inconsciente está muy cercano a los aspectos conscientes. Al conocer la expresión no verbal del niño/a, su juego y sus dibujos, se llegaría más rápidamente a las representaciones directas de su inconsciente (Cortés & Benavente, 2007).

De todo lo anterior se desprenden principalmente dos implicancias. La primera es que el lenguaje no verbal, las proyecciones y las metáforas resultan ser decisivas en la terapia infantil, al mostrar aspectos que el niño/a no puede o no desea expresar abiertamente. Resulta muy necesario, entonces, conocer y comprender el significado profundo de todas estas formas de expresión (Cortés & Benavente, 2007).

La segunda implicancia es que algunos niños/as no necesitan, forzosamente, verbalizar sus descubrimientos, introversiones y percepciones para que el cambio ocurra (Oaklander, 1992). Esto es particularmente importante en aquellos niños/as que han vivido algún tipo de experiencia traumática, como abuso sexual o maltrato (Capella et al., 2015; Rodríguez, 2014). Muchas veces parte del proceso de cambio ocurre y se puede observar a través del juego y los dibujos, la metáfora, la proyección y otros elementos simbólicos, sin que sea imprescindible la verbalización directa de la experiencia y vivencia de cambio.

Todo esto fue considerado al momento de realizar el Estudio 2 de la presente investigación, como se detalla en los apartados referidos al Método y Resultados. Por una parte, mediante la inclusión de dibujos en el caso de los niños/as, que permitieron indagar en su percepción de cambio no sólo desde las verbalizaciones emanadas en las entrevistas, sino también desde los símbolos y metáforas asociadas a los dibujos (tanto a los dibujos en sí como a los relatos que los niños/as elaboraban sobre estos).

Por otra parte, todo lo señalado en este apartado sobre las formas de trabajo en la terapia infantil, fue también considerado en los guiones de entrevista (ver anexo 3), en aquellas preguntas relativas a las formas y/o criterios utilizados por los entrevistados (terapeutas y padres) para identificar o describir el cambio en el niño/a.

## **El Desarrollo del Niño/a entre los 6-10 Años**

Considerando que la presente investigación se desarrolló con niños/as de esta edad (entre 6 y 10 años), resulta muy relevante analizar las características de su desarrollo en esta etapa del ciclo vital, y cómo aquello fue considerado en la presente tesis.

Según Kimelman (2003), el desarrollo se sistematiza en etapas o períodos, que se caracterizan por un conjunto de rasgos, habilidades y destrezas coherentes, que constituyen una totalidad típica pero transitoria. En este sentido, existe consenso entre distintos autores en categorizar a los niños/as de entre 6 y 10 años dentro de una misma etapa del desarrollo, denominada segunda infancia, niñez intermedia o etapa escolar (que corresponde al primer ciclo básico de la educación formal en Chile). Esto, para diferenciarla de la primera infancia (0-3 años), edad pre-escolar o niñez temprana (de 3 a 5 años) y adolescencia (11-18 años) (Cortés & Benavente, 2007; Feldman, 2008; Kimelman, 2003; Papalia, Wendkos & Duskin, 2005; Woolfolk, 1999).

**Desarrollo intelectual o cognitivo.** En esta etapa del ciclo vital se producen avances sustanciales en el desarrollo intelectual o cognitivo. Los niños/as atraviesan por la etapa piagetiana de las operaciones concretas o pensamiento operacional concreto, que se caracteriza por el uso activo y adecuado de la lógica -aplicación de operaciones lógicas a problemas concretos- y por la descentración -habilidad para tomar en cuenta múltiples aspectos de una situación- (Feldman, 2008). Los niños/as pueden distinguir con mayor claridad fantasía y realidad, manejar conceptos de tiempo y espacio, ordenar y relacionar su experiencia y establecer relaciones causa-efecto; con la descentración de su pensamiento, disminuye el egocentrismo de las etapas anteriores, lo que les permite acceder a una actitud más crítica, comprender el punto de vista de los demás, ser más flexibles y comunicarse de manera más efectiva. Esto los prepara también para desarrollar la empatía, que resulta fundamental para su desarrollo social (Cortés & Benavente, 2007; Kimelman, 2003).

De acuerdo con los enfoques del procesamiento de la información, en esta etapa los niños/as se vuelven cada vez más diestros en el manejo de la información. Son capaces de procesar más datos conforme aumenta el tamaño y la capacidad de su memoria -

habilidad para codificar, almacenar y recuperar información-, y los “programas” que usan para procesar la información se vuelven cada vez más complejos (Feldman, 2008).

Todas estas habilidades y capacidades cognitivas que el niño/a posee y/o desarrolla en esta etapa, fueron consideradas y resultaron muy relevantes para poder llevar a cabo la presente investigación, específicamente el Estudio 2 (entrevistas). Por ejemplo, la capacidad de descentración, que permite al niño/a comprender el punto de vista de los demás, habría favorecido el que pudieran analizar el proceso terapéutico con un cierto nivel de crítica, y no sólo desde su propia perspectiva, sino también considerando o dando cuenta del punto de vista de sus padres, del terapeuta y de otras personas significativas en relación al proceso de cambio (tal como se presentará más adelante en los Resultados). Las otras habilidades cognitivas desarrolladas, junto con el aumento de la memoria y la mayor capacidad de los niños/as para manejar información, permitía prever que serían capaces de almacenar recuerdos relativos a su experiencia en terapia, y poder luego recuperar dicha información, ordenarla, relacionarla, procesarla con un cierto nivel de complejidad y relatarla al momento de las entrevistas, todo acorde a su etapa evolutiva.

No obstante lo anterior, y a pesar de los avances que ocurren durante la etapa de las operaciones concretas, los niños/as todavía experimentan ciertas limitaciones en su pensamiento. Siguen ligados a la realidad física concreta y su pensamiento aún está anclado en el aquí y ahora, no pudiendo hipotetizar, pensar en abstracciones o proyectar una línea de pensamiento hacia el futuro, así como tampoco comprender preguntas verdaderamente abstractas o hipotéticas, o aquellas que implican una lógica formal (Cortés & Benavente, 2007; Feldman, 2008). Estas limitaciones también fueron consideradas en las entrevistas del Estudio 2, tanto en su ejecución como al momento de elaborar los guiones temáticos. Así, tal como se detalla más adelante en el apartado referido al Método, se contempló la realización de un dibujo –denominado antes/después de la terapia- para concretizar la experiencia y facilitar la elicitación del recuerdo. A su vez, las preguntas apuntaron a experiencias concretas, estimulando la ejemplificación. Se tomó la precaución de no solicitar abstracciones o reflexiones que estuvieran fuera de las capacidades cognitivas de los niños/as en esta etapa del desarrollo.

**Desarrollo del lenguaje.** El lenguaje se desarrolla con rapidez en esta etapa. Los niños/as pueden comprender e interpretar mejor las comunicaciones; su vocabulario, el dominio de la gramática y la habilidad para definir palabras crece sustantivamente, lo mismo que la capacidad para comprenderse a sí mismo y autorregularse a través del lenguaje (Cortés & Benavente, 2007; Feldman, 2008).

Uno de los desarrollos más significativos de la niñez intermedia es el de la conciencia metalingüística –comprensión del niño/a de las reglas idiomáticas y de su propio uso del lenguaje-, lo cual le permite ingresar en el dar y recibir de una conversación con más éxito que antes. La conciencia metalingüística ayuda a los niños/as a lograr la comprensión cuando la información es poco clara o incompleta. Así, mientras los preescolares, cuando se les da una información ambigua o poco clara, rara vez piden explicación y tienden a culparse a sí mismos si no entienden, los que están en edad escolar se dan cuenta de que la falta de claridad se debe a factores atribuibles no sólo a ellos mismos, sino también a la persona que se comunica con ellos. De esta manera, tienen más probabilidad de pedir aclaraciones de aquello que no comprenden (Feldman, 2008).

Este nivel de desarrollo hacía prever que el lenguaje no sería una limitante para el desarrollo de la presente investigación -entrevistas-, tal como efectivamente ocurrió.

**Desarrollo social, emocional y de la personalidad.** Según Cortés y Benavente (2007), resulta difícil separar el desarrollo emocional del desarrollo social en esta etapa, debido a que las principales fuentes desde donde se desarrolla la personalidad del niño/a tienen que ver con su desenvolvimiento en el espacio escolar. Este espacio tiene una importancia fundamental en su vida, por lo cual las características de los profesores, de los compañeros, del colegio, las normas, los castigos, las exigencias, etc., van a influir en la imagen que el niño/a vaya construyendo de sí mismo y en qué tan satisfecho se encuentre con ella.

Los niños/as, a esta edad, comienzan a regular su comportamiento, no sólo para obtener lo que ellos necesitan y desean, sino también para satisfacer las necesidades y deseos de los otros. Los niños/as están en busca de sí mismos, son capaces de ver lo que la sociedad espera de ellos y mezclan estas expectativas con la imagen que se están

formando de ellos mismos. Es por esto que la imagen que otros significativos (padres, profesores) les reflejen de sí, servirá de espejo, en el cual el niño/a verá aquello que los demás valoran y/o rechazan, impactando esta visión en su sensación de competencia, en su autoestima y en su autoconcepto. El desarrollo de estos aspectos es, justamente, un logro importante en esta etapa (Cortés & Benavente, 2007; Feldman, 2008).

La niñez intermedia tiene mucho que ver con la competencia. Los niños/as en este período atraviesan por la crisis eriksoniana de industriiosidad versus inferioridad, que se caracteriza por los esfuerzos por enfrentar los desafíos que presentan los padres, los pares, la escuela y la sociedad en general. Lo que debe resolverse es la capacidad del niño/a para el trabajo productivo. Los niños/as tienen la capacidad cognitiva y física para embarcarse en nuevas y desafiantes tareas, de las cuales es necesario que tengan cierto nivel de satisfacción con lo logrado y que estos logros no sólo los pueda ver él, sino que también sean reflejados por quienes lo rodean. La capacidad que surge de la solución exitosa de esta crisis es la competencia, es decir, la capacidad del yo para dominar las habilidades y completar los trabajos. De otro modo, predominará un sentimiento de inferioridad, que impedirá al niño/a, y posteriormente al adulto, reconocer las habilidades que posee y proponerse metas en relación a ellas, ya que lo acompañará predominantemente una sensación de inseguridad y temor al fracaso (Cortés & Benavente, 2007; Feldman, 2008).

Considerando esta etapa de la laboriosidad, se tuvo especial cuidado durante la realización de las entrevistas en la presente investigación, de que el dibujo solicitado no fuera visto como una “tarea”, en la cual el niño/a “tenía que rendir” o a través de la cual se le iba a evaluar; lo mismo en relación a la entrevista en sí. Para ello, la fase inicial de “descongelamiento”(ver anexo 3) fue fundamental, no sólo para evitar lo anterior, sino que también para intentar disminuir, en la medida de lo posible, respuestas desde la deseabilidad social, considerando la relevancia que tiene en esta etapa del desarrollo, como ya se señaló, la visión y la opinión de los otros.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Generar un modelo del proceso de cambio en psicoterapia infantil, que considere distintos enfoques psicoterapéuticos y distintas dimensiones del desarrollo del niño/a y su contexto.

### **Objetivos Específicos**

#### **Estudio 1**

1. Identificar el contenido y conceptualización del cambio presente –explícita e implícitamente- en los postulados de las principales teorías psicoterapéuticas infantiles, considerando tanto sus diferencias como elementos comunes, y las distintas dimensiones del desarrollo del niño/a y su contexto.

#### **Estudio 2**

2. Describir, desde la perspectiva de los participantes de un proceso terapéutico infantil –terapeutas, niños/as y sus padres- cuáles son los principales cambios del niño/a y su contexto, percibidos y/o vivenciados en el transcurso de la psicoterapia.
3. Describir las principales similitudes y diferencias encontradas al comparar las perspectivas de los terapeutas, los niños/as y sus padres en relación a los cambios percibidos y/o vivenciados.
4. Analizar cómo se presentan y cómo evolucionan dichos cambios a los largo del proceso psicoterapéutico.
5. Proponer un modelo de cambio para la psicoterapia infantil, a partir de los resultados obtenidos mediante el cumplimiento de los objetivos anteriores.

## Preguntas Directrices

### Estudio 1

1. ¿Cómo definen y conceptualizan el cambio en el niño/a las principales teorías psicoterapéuticas infantiles?
2. ¿Qué tipo(s) de cambio(s) en relación al niño/a y su contexto es posible identificar o inferir en sus postulados?
3. ¿Cómo se manifestaría dicho cambio (es decir, cómo se haría observable), según los postulados de estas teorías?
4. ¿Qué áreas o dimensiones del desarrollo –afectiva, cognitiva, comportamental u otras- enfatiza o releva mayormente cada teoría en relación al cambio?
5. ¿Qué similitudes (elementos comunes o transversales) y diferencias se pueden encontrar entre las distintas teorías en la definición, conceptualización y manifestación del cambio en el niño/a?

### Estudio 2

1. ¿Cuáles son los principales cambios descritos por los terapeutas en relación a los consultantes durante el proceso terapéutico?
2. ¿Qué similitudes y diferencias se pueden encontrar en los cambios reportados por los terapeutas según la perspectiva teórica a la que adscriben?
3. ¿Cuáles son los principales cambios percibidos por los niños/as, en ellos mismos y/o en sus padres, durante el proceso terapéutico en el cual participaron?
4. ¿Es dable identificar en la producción gráfica de los niños/as (dibujos) elementos que simbolicen o representen un cambio? Si es así, ¿cuáles son los cambios que se pueden identificar simbólica o metafóricamente?
5. ¿Cuáles son los principales cambios percibidos por los padres, en ellos mismos y/o en sus hijos/as, durante el proceso terapéutico en el cual participaron?
6. ¿Qué similitudes y diferencias se pueden encontrar al comparar las perspectivas de terapeutas, niño/as y padres en relación a los cambios percibidos y/o vivenciados en el transcurso de la psicoterapia?



7. ¿Es dable identificar en el discurso de los entrevistados la presencia de cambios percibidos o reportados por otros actores (familiares, colegio, otros), en relación al niño/a y/o sus padres?
8. ¿Es dable identificar en el discurso de los entrevistados la ocurrencia de cambios en otros contextos o actores con los cuales se relacionan el niño/a y/o sus padres (colegio, pares, otros familiares)?
9. ¿Qué áreas o dimensiones del desarrollo –afectiva, cognitiva, comportamental u otras- están a la base de todos los cambios descritos?
10. ¿De qué manera se fueron presentando, evidenciando y evolucionando los cambios en el transcurso de la psicoterapia, tanto en el niño/a como en sus padres y en otros contextos?

## Metodología

La presente investigación consideró la realización de dos estudios. Tal como señaláramos en la introducción, la comparación e integración de los resultados de ambos estudios se realizó en el apartado referido a las Conclusiones y Discusión. A continuación se describe la metodología correspondiente a cada uno de los estudios.

### Estudio 1

**Diseño.** El primer estudio corresponde a una investigación conceptual, entendida como una investigación sistemática sobre los significados y uso de conceptos, que puede versar acerca de la historia de dichos conceptos, su origen y desarrollo, así como también acerca de su uso actual, clarificación y diferenciación. En todos los casos, constituye una herramienta investigativa que considera la reflexión crítica y constructiva (Dreher, 2000; Leuzinger-Bohleber & Fischmann, 2006).

Este tipo de investigación se define por el tema o tópico que aborda, más que por un método en particular (Leuzinger-Bohleber & Fischmann, 2006). El foco puede estar puesto, por ejemplo, en la integración de las diferentes definiciones que existen acerca de un concepto, tanto dentro de una misma teoría como comparando distintas teorías (Leuzinger-Bohleber & Fischmann, 2006; Plut, 2010). En el caso de la presente tesis, dicho concepto correspondió al contenido del cambio en el niño/a durante el proceso psicoterapéutico según los principales enfoques psicoterapéuticos. El objetivo de este tipo de investigación es, fundamentalmente, clarificar y responder preguntas teóricas (Leuzinger-Bohleber & Fischmann, 2006; Zukerfeld, 2009).

Si bien la investigación conceptual surge dentro del enfoque psicoanalítico, y hasta ahora se ha utilizado predominantemente para el estudio de los conceptos en dicho ámbito, según algunos expertos es dable también plantear su utilización para el estudio de conceptos en otros enfoques y ámbitos investigativos, como el que aquí se propone.

**Muestra.** La muestra estuvo constituida por las principales teorías psicoterapéuticas infantiles, en cada una de las cuales, y tal como se ha hecho en otras investigaciones conceptuales (e.g. Kitron, 2003; Plut, 2010), se seleccionó a sus autores más representativos y reconocidos a lo largo de la historia, y que aportaran información

significativa para el logro de los objetivos del presente estudio. En este sentido, se utilizó lo que Zukerfeld (2009) define como “muestra significativa”, la cual es propia del contexto de descubrimiento -como el que prima en este estudio-, y cuyo principal valor y potencial es poder producir conocimiento mayormente relevante.

A partir de lo anterior, en el muestreo se procedió según la relevancia de los casos, que correspondieron a aquellos autores considerados como los más significativos y “mejores informantes” para cada enfoque psicoterapéutico (Flick, 2007). Los enfoques y autores revisados aparecen descritos en la Tabla I.

Tabla I. Teorías y enfoques psicoterapéuticos y sus autores más representativos.

Teoría/enfoque psicoterapéutico	Autores
Teoría psicoanalítica	S. Freud; M. Klein, A. Freud, D. Winnicott; A. Aberastury.
Desarrollos más recientes del psicoanálisis: mentalización y teoría del apego	P. Fonagy, M. Target, J. Cassidy, L.A. Sroufe, D. Stern; N. Midgley
Teorías cognitivas	
Enfoque cognitivo-conductual	J. Beck, S.M. Knell, P. Kendall.
Enfoque constructivista-evolutivo	J. Piaget; G.A. Kelly; G. Sepúlveda
Teoría humanista-gestáltica	
Terapia no-directiva aplicada a niños/as	C. Rogers; F. Perls V. Axline
Enfoque gestáltico	V. Oaklander.
Teorías sistémicas	
Enfoque estructural	G. Bateson S. Minuchin, H. Fishman.
Escuela italiana	M. Andolfi y colaboradores
Terapia narrativa para niños/as	J. Freeman, D. Epston, D. Lobovits

Cabe señalar que, en un principio, sólo se habían considerado para la revisión las teorías y enfoques terapéuticos “clásicos”; vale decir, el enfoque psicoanalítico y sus postulados más recientes, incluyendo la teoría del apego, el enfoque cognitivo-conductual, humanista-gestáltico y sistémico. Sin embargo, al ir seleccionando a los terapeutas para la realización del Estudio 2 (que se fue desarrollando en paralelo al Estudio 1), se observó que varios de ellos declaraban adscribir al enfoque constructivista-evolutivo. Por eso se decidió incluir también este enfoque en el Estudio

1, dentro de la teoría desde la cual surge –cognitiva- (Sepúlveda, 2013). En el caso de la terapia narrativa, ésta se incluyó dentro del enfoque sistémico, dado que varios autores la sitúan como una de sus escuelas.

**Recolección y registro de datos.** Se realizó lo que en metodología cualitativa se denomina recolección de documentos (Krause, 1995), privilegiando la revisión de fuentes primarias de información; es decir, libros y artículos escritos directamente por los principales exponentes de cada uno de los enfoques. Complementariamente, se revisaron también fuentes secundarias, incluyendo artículos y/o libros donde otros autores hacían referencia, comentaban o analizaban dichos postulados.

**Análisis de datos.** Se realizó un análisis cualitativo descriptivo de los datos, siguiendo los procedimientos propios de la investigación conceptual (Leuzinger-Bohleber & Fischmann, 2006; Plut, 2010). Primero se realizó una descripción de los principales contenidos del cambio en relación al niño/a y su contexto –padres familia-, identificados y/o inferidos de los postulados de cada una de las teorías psicoterapéuticas infantiles, analizando además qué dimensiones del desarrollo –ámbito afectivo, cognitivo, comportamental u otro- considera y/o enfatiza cada teoría. Posteriormente, se realizó un análisis integrado, analizando sus diferencias pero también sus similitudes y complementariedad de los planteamientos. Finalmente, se analizó la factibilidad de proponer un modelo de cambio genérico y multidimensional desde estos planteamientos teóricos.

Siguiendo algunos de los criterios planteados por Leuzinger-Bohleber y Fischmann (2006) para evaluar la calidad de una investigación conceptual, los análisis realizados por la tesista fueron sometidos a una validación por parte de una colega, psicoterapeuta infantil y magister con experiencia en investigación cualitativa.

## Estudio 2

**Diseño.** El segundo estudio correspondió a una investigación cualitativa, de tipo descriptiva y relacional transversal. La consideración de un diseño cualitativo, como lo plantean algunos autores (Flick, 2007; Strauss & Corbin, 2002), responde a la naturaleza del problema que se investigó: comprender los significados subjetivos y la experiencia de personas en relación a un fenómeno; que, en este caso, correspondió a la experiencia o vivencia subjetiva de los participantes de una psicoterapia en relación al proceso de cambio psicoterapéutico, y a los significados asociados a éste. Si bien el origen histórico de la metodología cualitativa está fuera de la psicología clínica, cabe señalar que dicha metodología, desde hace varias décadas, se ha utilizado también en el campo de la investigación de procesos y micro-procesos psicoterapéuticos (Juan, Gómez Penedo, Etchebarne, & Roussos, 2011).

**Participantes.** Se seleccionaron 11 procesos terapéuticos infantiles<sup>2</sup>. Esto implicó la participación en el estudio de 11 consultantes (niños/as) y 11 padres/madres de los niños/as. En el caso de los terapeutas, fueron 8 psicoterapeutas infantiles, ya que uno de ellos atendió 3 casos mientras que otra terapeuta atendió 2 casos. La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo intencionado (Krause, 1995), adhiriendo a la regla de que los datos deben ser recolectados bajo el paradigma de la variación estructural máxima de las perspectivas (Kleining & Witt, 2000). Para esto, se establecieron determinados criterios de heterogeneidad para cada grupo.

Las terapias tuvieron una duración de entre 6 y 75 sesiones (1 ½ mes a 2 años 4 meses). La condición de término, en todos los casos, fue la finalización del tratamiento (ningún paciente/padres abandonó o interrumpió la terapia).

Cabe señalar que cada terapia fue evaluada cualitativamente por los distintos participantes. Así, 7 niños/as evaluaron su terapia como positiva y 4 como mixta; 10 padres/madres evaluaron la terapia como positiva y 1 como mixta; y 8 terapeutas

---

<sup>2</sup> Cabe recordar que la presente investigación estuvo inserta en el Proyecto Fondecyt 1141179 “Experiencias de éxito y fracaso en psicoterapia; construcción de un Modelo Comprehensivo Multidimensional”, por lo que todas las terapias y participantes provinieron de la muestra de dicho proyecto. En este contexto, la identificación de los respectivos casos (ID) corresponde a la utilizada en este Proyecto Fondecyt.

evaluaron la terapia como positiva y 3 como mixta. Ninguno de los participantes evaluó la terapia como negativa.

Del total de terapias, 5 se realizaron en un centro universitario de atención psicológica, 2 en una clínica psiquiátrica universitaria, 2 en centros privados de atención psicológica, 1 en un CESFAM (Centro de Salud Familiar) y 1 en consulta privada.

Respecto a la descripción de los niños/as, estos tenían entre 6 y 10 años (todos en la segunda infancia o niñez intermedia), 6 fueron hombres y 5 mujeres. Del total, 5 llegaron a consulta derivados por el colegio, 4 por consulta espontánea de sus padres/madres, 1 fue derivado desde los tribunales de justicia y 1 por otro especialista (neurólogo). Todos recibieron un tratamiento psicoterapéutico ambulatorio. En la Tabla II se presentan mayores detalles de cada niño/a, incluyendo el motivo de consulta y diagnóstico principal (dado por el terapeuta). Cabe señalar que dentro de los criterios de exclusión, se consideró el retardo mental y la presencia de trastornos del espectro autista y/o psicótico.

Tabla II. Descripción de los participantes: niños/as

ID	Edad al inicio de la terapia	Sexo	Motivo de consulta (consignado por el terapeuta)	Diagnóstico principal (dado por el terapeuta)	Evaluación de la terapia
T54	7 años 6 meses	Hombre	Derivado por el colegio para evaluar posible SDA	Sin diagnóstico	Positiva
T57	8 años 6 meses	Hombre	Derivado por el colegio por posible SDA	TDAH / trastorno negativista desafiante / problemas relativos al grupo primario de apoyo	Mixta
T68	6 años 9 meses	Mujer	Los padres consultan por baja tolerancia a la frustración (“llora mucho”) / dependencia emocional de las figuras parentales	Desarrollo disarmónico / conflicto para establecer relaciones interpersonales con pares	Positiva
T71	10 años 10 meses	Hombre	Derivado por la psicóloga del colegio por problemas conductuales	Desarrollo de personalidad con elementos depresivos y ansiosos	Mixta
T91	8 años 7 meses	Hombre	Derivado por el colegio por posible abuso sexual	Dificultad vincular materno-filial	Positiva
T98	8 años 9 meses	Hombre	Derivado por neuróloga	Baja autoestima, inmadurez emocional	Positiva
T106	9 años 10 meses	Mujer	Derivada de fiscalía por abuso sexual intrafamiliar	Sintomatología ansiosa posterior a experiencia de abuso sexual	Mixta
T123	7 años 3 meses	Mujer	La madre consulta por sospecha de abuso sexual por parte del padre biológico	Transgresiones en la esfera de la sexualidad	Positiva
T124	9 años 5 meses	Mujer	La madre consulta por experiencias de bullying en el colegio	Síntomas de encopresis. CI limítrofe (dado por el colegio)	Mixta
T126	8 años 1 mes	Hombre	Los padres consultan en búsqueda de apoyo psicológico para elaborar situación de maltrato infantil de ex asesora del hogar	Trastorno por estrés post traumático	Positiva
T129	7 años 6 meses	Mujer	Derivada por el colegio por conductas de autoestimulación que afectan su funcionamiento escolar y social	Trastorno ansioso	Positiva

Respecto a los padres/madres, en 9 de los 11 casos fueron las madres las que aparecían como principales responsables del proceso terapéutico del hijo/a, en 1 caso fue el padre y en 1 caso fueron ambos (padre y madre). Sus edades fluctuaron entre los 28 y 51 años. En todos los casos, los padres y/o las madres asistieron a sesiones con el terapeuta del hijo/a en el transcurso de la terapia; en 6 casos asistieron la madre y el padre, mientras que en los 5 restantes sólo la madre.

En la Tabla III se presenta la descripción más detallada de cada caso.

Tabla III. Descripción de los participantes: padres

ID	Adulto responsable	Edad (al inicio de la terapia)	Asistió a sesiones del proceso	Evaluación de la terapia
T54	Madre	28	Sí (ambos padres)	Positiva
T57	Madre	39	Sí (madre)	Positiva
T68	Padre	29	Sí (ambos padres)	Positiva
T71	Madre	47	Sí (madre)	Mixta
T91	Madre	29	Sí (madre)	Positiva
T98	Madre	39	Sí (madre)	Positiva
T106	Madre y padre	Sin información	Sí (ambos padres)	Positiva
T123	Madre	41	Sí (madre)	Positiva
T124	Madre	Sin información	Sí (ambos padres)	Positiva
T126	Madre	38	Sí (ambos padres)	Positiva
T129	Madre	51	Sí (ambos padres)	Positiva

En las entrevistas que se realizaron para efectos de la presente investigación, en 9 casos participaron sólo las madres, mientras que en 2 casos asistieron la madre y el padre juntos.

Respecto a los terapeutas (8 en total), 7 fueron mujeres y 1 hombre (1 de las mujeres atendió 2 casos, mientras que el hombre atendió 3 casos). Sus edades fluctuaron entre los 24 y 39 años y su experiencia clínica fluctuó entre 1 y 15 años. En relación al enfoque teórico, 3 declararon tener formación y adscribir predominantemente al enfoque psicodinámico-psicoanalítico, 3 al relacional-sistémico y 2 al constructivista-evolutivo<sup>3</sup>.

En la Tabla IV se presenta la descripción detallada de cada terapeuta y los casos que atendió cada uno (identificados por el ID).

<sup>3</sup> Pese a los variados intentos que se hicieron por contactar terapeutas con formación en el enfoque humanista-gestáltico, no hubo respuesta para participar en el estudio.



Tabla IV. Descripción de los participantes: terapeutas

ID	Sexo	Edad (al inicio de la terapia)	Años de experiencia clínica	Enfoque teórico	Evaluación de la terapia
T54	Hombre	26	1	Constructivista-evolutivo	Positiva
T68			Mixta		
T71			Mixta		
T57	Mujer	27	1	Constructivista-evolutivo	Positiva
T91	Mujer	24	1	Relacional-sistémico	Positiva
T98	Mujer	28	5	Relacional-sistémico	Positiva
T106	Mujer	32	8	Psicodinámico-psicoanalítico	Mixta
T123	Mujer	39	15	Psicodinámico-psicoanalítico	Positiva
T124	Mujer	24	1,5	Psicodinámico-psicoanalítico	Positiva
T126	Mujer	29	5	Relacional-sistémico	Positiva
T129					Positiva

**Recolección y registro de datos.** Inicialmente, se tomó contacto con centros de atención psicológica para comprometer su participación en el estudio. Para tal efecto, se procedió a la firma de una carta de autorización por parte del director del centro y la investigadora responsable del Proyecto Fondecyt 1141179 (ver anexo 1).

Posteriormente, antes de la primera sesión, se tomó contacto con los potenciales participantes –terapeutas, pacientes y sus padres-, quienes fueron invitados a participar de manera voluntaria en el estudio, garantizando la confidencialidad de la información que se recolectaría. A los terapeutas se les solicitó la firma de una carta de consentimiento informado, mientras que a los niños/as se les solicitó su asentimiento y el consentimiento del padre o la madre (ver anexo 2).

Dado que la presente investigación incluyó a personas consideradas como población vulnerable (en este caso, niños/as), hubo varios aspectos éticos, además de los señalados en el párrafo anterior, que fueron tomados en cuenta al momento de recolectar y registrar la información. Lo anterior será detallado más adelante, en otro apartado, dedicado específicamente a las consideraciones éticas.

Para recolectar la información, se realizaron entrevistas cualitativas semi-estructuradas a cada uno de los participantes. El diseño e implementación de las entrevistas se hizo en base a los postulados de Taylor y Bodgan (1987) y Flick (2007). Se elaboraron guiones temáticos específicos para cada uno de los grupos, considerándose como ejes temáticos transversales a todos ellos los siguientes: (1) evaluación general de la psicoterapia, (2) caracterización y/o vivencia del proceso de cambio -contenido, dimensiones, evolución, hitos, momentos claves- en el transcurso de la psicoterapia, y (3) formas y/o criterios utilizados para identificar el cambio. En el anexo 3 se encuentran los guiones para cada entrevista<sup>4</sup>.

En el caso de los niños/as, se incorporaron en el guion temático técnicas gráficas para facilitar su producción narrativa en el transcurso de la entrevista y complementar la información que emergiera de ellas (ver anexo 3). Esto, considerando los planteamientos de algunos autores, quienes señalan que para incorporar la visión de los niños/as en la investigación, es necesario incluir metodologías innovadoras, que permitan y favorezcan su expresión y el acceso a otras formas de registro y conceptualización por parte del investigador (Carlberg et al., 2009; Carroll, 2002; Stith et al., 1996).

¿Por qué usar dibujos específicamente? Porque, por una parte, a la gran mayoría de los niños/as les encanta dibujar y pintar, siendo una actividad esencial durante la niñez (y por ende, muy poco amenazante); y por otra, porque dibujar es de gran utilidad cuando el desarrollo del lenguaje aún no supera la expresión gráfica y/o cuando hay cosas que el niño/a no puede (o no quiere) expresar con palabras (Apfelbeck, 1998; Koppitz, 1993). En este sentido, el dibujo en el niño/a es un sistema de escritura, expresa una visión auténtica de su mundo propio; así, nos permite, como adultos, una apertura más fácil a dicho mundo (Widlöcher, 1971).

El dibujo, a nivel de su contenido, tiene un importante valor narrativo. El tema del dibujo está en relación con ciertos móviles determinados, que han inclinado al niño/a a hacer este dibujo y no otro. Ciertos objetos, las escenas, las particularidades de figuración, llevan a una experiencia vivida, a intereses actuales o a recuerdos

---

<sup>4</sup> Dado que el Proyecto Fondecyt 1141179 en el cual estuvo inserta la presente investigación abordó también otras temáticas, en los guiones se destacaron con color azul y verde aquellas directamente vinculadas con los objetivos de esta tesis (con color azul están aquellas que fueron comunes a ambos proyectos, mientras que con color verde se encuentran aquellas que fueron formuladas específicamente para la presente tesis).

(Widlöcher, 1971). Si bien en la presente investigación el tema es sugerido por el entrevistador, como se verá más adelante, el contenido mismo, dentro de esa temática, emerge desde la subjetividad de cada niño/a.

El dibujo utilizado en la presente investigación se denomina “Antes/después de la terapia”, el cual ha sido ampliamente utilizado en la terapia con niños/a como técnica terapéutica; recientemente, también se ha empezado a utilizar como herramienta investigativa (e.g. Capella et al., 2015; Rodríguez, 2014). En la aplicación de esta técnica, lo que se hace es trazar una línea divisoria en la mitad de una hoja en blanco en posición horizontal, donde el lado izquierdo corresponde al momento anterior a la terapia y el derecho al momento del término de la misma. Luego entonces se le solicita al niño/a dibujar, en cada parte de la hoja, cómo estaba y cómo se sentía antes de comenzar la terapia, y cómo está y cómo se siente ahora (al momento de la entrevista), cuando ya ha finalizado la terapia. El objetivo de la aplicación de esta técnica fue generar un diálogo con el niño/a respecto a los cambios percibidos y/o vivenciados en relación a la terapia.

Respecto a los guiones de las entrevistas, además de ser piloteados, estos se fueron ajustando como consecuencia de los resultados que fueron emergiendo durante la investigación.

Las entrevistas se realizaron una vez finalizado el proceso terapéutico (entre uno y tres meses después de concluida la terapia), en modalidad cara a cara, audiograbadas y transcritas para su posterior análisis. Estuvieron a cargo de un equipo de investigadoras, todas psicólogas con experiencia y especialización en psicoterapia con niños/as. Cabe señalar que ninguna de estas profesionales trabajaba ni tenía relación con los centros de atención ni con los terapeutas que participaron en la investigación. Tampoco tenían algún tipo de relación o conocimiento previo de los niños/as o sus padres. En todos los casos, el ingreso de los participantes a la investigación fue realizado por otras profesionales, ayudantes del Proyecto Fondecyt. Por ende, las investigadoras que realizaron las entrevistas sólo tuvieron contacto con los participantes al momento en que éstas se llevaron a cabo.

La gran mayoría de las entrevistas se realizaron en los mismos centros de atención psicológica donde se desarrollaron las terapias, para facilitar el acceso de los

participantes. En algunos casos, se hicieron en los hogares de los niños/as, por solicitud de los padres/madres.

**Análisis de datos.** La información obtenida mediante las entrevistas en el Estudio 2 fue analizada primeramente de manera descriptiva, utilizando para ello dos modelos de análisis cualitativos. Por una parte, se utilizó el procedimiento de codificación abierta propuesto por la Teoría Fundamentada (Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 2002), desarrollando conceptos y categorías de carácter emergente, relativas a la conceptualización y experiencia subjetiva de cambio por cada grupo de participantes. Estos conceptos y categorías fueron organizados en esquemas de clasificación jerárquica para el desarrollo de categorías descriptivas nucleares. Posteriormente, se realizó un análisis integrativo del conjunto de los casos, destacando tanto las similitudes y consensos, como las diferencias y disensos encontrados entre los grupos de participantes (terapeutas, niños/as, padres).

Por otra parte, y como complemento al análisis propuesto por la Teoría Fundamentada, se consideraron también algunos procedimientos del modelo de la Investigación Cualitativa Consensual (Consensual Qualitative Research, CQR) (Hill et al., 2005) para la clasificación y análisis de los datos, relativos a la construcción de dominios, ideas nucleares y categorías (Hill et al., 2005; Juan et al., 2011). Una vez derivadas las categorías para cada dominio, se comparó la información entre todos los casos y se tabuló el número de casos que encajaba en cada categoría. A partir de esto, se determinó cuáles eran las categorías más predominantes para luego realizar la descripción detallada de ellas.

Posterior a este análisis descriptivo, se realizó un análisis relacional-interpretativo, a través de estrategias de codificación axial y análisis de proceso. El análisis de proceso es un tipo de análisis (descriptivo o relacional) que considera la dimensión evolutiva de los fenómenos, incluyendo la dimensión temporal en el análisis (Strauss & Corbin, 2002).

Respecto a los dibujos, su utilización nos enfrentó a la pregunta de cómo analizar esta fuente de datos, entendiendo que realizar un análisis proyectivo de los elementos presentes en las gráficas representaría una interpretación definida desde el mundo adulto, más que la exploración de la intención narrativa del niño/a respecto de su dibujo

(Driessnack, 2005). En base a lo que plantean Capella et al. (2015), desde nuestra perspectiva resulta esencial construir puentes entre la perspectiva subjetiva de los niños/as y la posterior interpretación de los adultos.

En el ámbito clínico, los indicadores para analizar los dibujos surgen de: la actitud del niño/a durante su realización, el contenido del relato verbalizado posteriormente y los elementos del dibujo mismo (Apfelbeck, 1998). Estos últimos, a su vez, se analizan en 4 diferentes niveles (Apfelbeck, 1998; Hammer, 2016; Machover, 1974): nivel giestáltico, que corresponde a una impresión general o global del dibujo (estilo, grado de organización-desorganización, sensaciones de agrado o desagrado que genera) y que permitiría captar el concepto que el niño/a tiene de sí mismo; nivel gráfico, en el cual se analizan los trazos del dibujo (presión, tipo de trazo, forma, calidad y amplitud de las líneas, ritmo del trazado, entre otros); y nivel de las estructuras formales, en el cual se analizan otros elementos formales del dibujo (tamaño, emplazamiento, simetría, secuencia, entre otros). Estos 3 niveles dan cuenta de la estructura y valor expresivo del dibujo. El cuarto nivel de análisis es el de contenido, que corresponde al tema principal y da cuenta del valor narrativo del dibujo (Widlöcher, 1971). Hammer (2016) incluye dentro de este último nivel la postura y/o acción de la(s) figura(s), la expresión facial cuando se trata de un ser animado (personas, animales, caricaturas) y la importancia que se da a diferentes detalles del dibujo.

Considerando que en la presente investigación el objetivo no era hacer una interpretación clínica ni proyectiva de los dibujos, se tomaron sólo algunos elementos de los niveles giestáltico y de contenido para el análisis, además del relato, en conjunto con otras técnicas de carácter más investigativo, generando una propuesta propia de análisis (como se explicará más adelante).

Si bien suelen existir diferencias en los dibujos según la edad y desarrollo de los niños/as, éstas se dan mayormente a nivel gráfico y de las estructuras formales (Apfelbeck, 1998), niveles que no fueron considerados en esta investigación, como ya se señaló.

No obstante lo anterior, cabe agregar que todos los niños/as, por su rango etario, se encontrarían en la misma etapa de evolución del dibujo; vale decir, en la etapa del

realismo visual, que se presenta entre los 7 y los 10 años aproximadamente, según Luquet (1939 citado en Apfelbeck, 1998).

A continuación se detalla el procedimiento utilizado para analizar los dibujos en la presente tesis.

En una primera aproximación, se realizó un análisis descriptivo de los contenidos y del relato emanado de los dibujos, siguiendo los lineamientos de la Teoría Fundamentada para la codificación abierta (Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 2002) y los postulados de Apfelbeck (1998) en relación al análisis del contenido del relato verbalizado.

Sin embargo, a medida que se fue avanzando en el análisis, se observó que algunos dibujos daban cuenta de más elementos respecto a la vivencia de cambio del niño/a, que no siempre aparecían del todo reflejados en el relato. También se observó que los dibujos permitían a los niños/as relevar aquello que para ellos era lo más significativo respecto a la experiencia subjetiva de cambio, algo que no siempre aparecía de manera tan clara en el relato por sí solo.

En base a lo anterior, se procedió a revisar la técnica del análisis narrativo temático y visual, que también se centra en el contenido y significación de la narrativa, pero que incluye además otros elementos: el análisis de la imagen en sí misma, la organización de sus componentes, el uso del color y otros aspectos y detalles relevantes según el tipo de creación visual (Riessman, 2008).

Una vez revisada esta técnica, y considerando los planteamientos de los autores ya señalados respecto al análisis del relato, análisis giestáltico y de contenido en los dibujos, más los principios de la Teoría Fundamentada, se procedió a elaborar una propuesta de análisis propio. Esto, con el propósito de incluir elementos del dibujo más allá del relato, pero sin llegar a un análisis muy interpretativo o de tipo proyectivo. Para lograr esto, los dibujos siguieron siendo analizados en conjunto con el relato hablado respecto de la creación visual realizada por el niño/a, tal como lo proponen Esin y Squire (2013).

Los principales elementos de la propuesta propia desarrollada para el análisis cualitativo de los dibujos, que se consideraron en la presente investigación, fueron los siguientes:

**1. *El contenido del dibujo y su narración.***

*1.1 Temática central y gestalt del dibujo.* Corresponde a la temática central del dibujo y a la impresión general que transmite, se relaciona con los niveles de análisis gestáltico y de contenido. Incluye también el relato espontáneo que el niño/a hace respecto a su dibujo durante la entrevista. Este nivel de análisis permite identificar qué es lo que los niños/as enfatizan y relevan respecto al cambio terapéutico.

*1.2 Características de la(s) figura(s) central(es).* Corresponde a la percepción o representación de sí mismo y/o de otros en el contexto de la producción gráfica. Se relaciona principalmente con el nivel de análisis de contenido. Incluye la postura de la(s) figura(s) (flexibilidad o rigidez, por ejemplo), su actitud, la expresión facial cuando se trata de seres animados y la acción (movimiento) que pudieran estar realizando.

*1.3 Características del entorno.* Corresponde a la percepción o representación del ambiente o contexto en la producción gráfica, el entorno donde se sitúa(n) la(s) figura(s). También se relaciona con el nivel de análisis de contenido, y dice relación con la importancia que se le presta a los detalles del entorno en el dibujo.

*1.4 Características de la interacción y/o relación entre los elementos gráficos representados.* Dice relación con las características de la interacción y/o relación de las figuras entre sí, y/o de las figuras con el entorno.

*1.5 El uso del color como herramienta de expresión gráfica.* Se analiza, desde la intencionalidad del niño/a (y no desde un análisis proyectivo), si el uso o ausencia de color es utilizado como elemento para representar o describir el cambio vivenciado o percibido (respecto a sí mismo). En general, este nivel de análisis se integra en los otros niveles, principalmente en la gestalt, figura y/o entorno.

**2. *La elaboración de la narrativa o representación visual asociada al dibujo a partir del diálogo sobre éste.*** Tiene que ver con la interacción y diálogo que se genera entre el entrevistador y el niño/a a propósito de su dibujo, preguntas que el entrevistador realiza y las respuestas que da el niño/a.

3. *¿Qué aporta o agrega el dibujo más allá del relato verbal?* Aquí se analiza qué agrega el dibujo al análisis del cambio vivenciado o percibido por el niño/a respecto a sí mismo, que no aparezca claramente expresado en su relato.

Todos los análisis descritos en este apartado, tanto de las entrevistas como de los dibujos, fueron asistidos por medio del uso del ATLAS.TI v7, diseñado para el manejo y procesamiento de grupos de datos textuales.

Para asegurar la calidad de los resultados derivados de los análisis, se empleó la estrategia de triangulación del investigador, que implica que dos o más investigadores entrenados examinan y/o analizan los datos. Esta estrategia permite neutralizar o minimizar las desviaciones y potenciales sesgos derivados del investigador como persona, incrementando la confiabilidad de los análisis (Denzin, 2009). Para efectos de la presente investigación, se consideró la participación de un equipo de 5 entrevistadoras y codificadoras del equipo FONDECYT en la recolección y análisis de los datos.

Todas las entrevistas y dibujos, en lo relativo a las temáticas de cambio, fueron codificadas por la tesista y luego trianguladas en reuniones semanales de conciliación con el equipo ya mencionado, en grupos de a tres. De esta manera, todas las categorías y codificaciones finales se establecieron mediante acuerdo intersubjetivo.

**Consideraciones éticas.** Con el propósito de velar por los derechos de los participantes y protegerlos de posibles efectos iatrogénicos, principalmente en el caso de los niños/as -considerados como población vulnerable-, se implementaron varias medidas y resguardos.

Primero, se enfatizó que la participación en la presente investigación era voluntaria, y que los participantes podían abandonarla cuando lo desearan (tal como ocurrió en un caso por decisión de los padres), sin que aquello afectara en modo alguno la atención psicológica de los pacientes, ni tampoco la situación laboral de los terapeutas. Esto se señaló por escrito en los consentimientos y asentimientos respectivos (ver anexo 2), y también se enfatizó verbalmente al momento de presentar y explicar dichos documentos a los participantes. Lo mismo se hizo en relación a la confidencialidad de la información.



Segundo, al momento de realizar las entrevistas, se explicó a los participantes su derecho a no responder alguna pregunta si así lo deseaban. En el caso de los niños/as, si bien en el guion de entrevista se sugiere realizar el dibujo “Antes/después de la terapia” en todos los casos, se hace la salvedad de que NO debe realizarse si el niño/a no quiere (ver anexo 3).

Con los niños/as además, al momento de las entrevistas, se tuvo especial cuidado en el abordaje de los temas, procurando siempre no forzar sus respuestas y estando atentos a cualquier reacción emocional que pudiera dar cuenta de incomodidad. Uno de los temas que se abordó cuidadosamente en todos los casos fue el motivo de consulta, no profundizando en ello cuando el niño/a se mostraba incómodo o reticente. En aquellos niños/as que llegaron a consultar por temáticas relativas a abuso sexual o maltrato, identificados por la ficha clínica, no se realizaron preguntas relativas al motivo de consulta.

Respecto a los beneficios directos o indirectos para los participantes, cabe señalar que, en el caso de los centros de atención psicológica, estos se beneficiarían a través de una retroalimentación de tipo global sobre los resultados de la investigación.

Los terapeutas de uno de los centros, además, por solicitud de su directora, fueron invitados a participar de algunas charlas y actividades gratuitas organizadas por el Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP), previa autorización de la directora de este último, dada la relación del Estudio 2 de la presente tesis con el Proyecto FONDECYT 1141179, que a su vez se relaciona con MIDAP.

En el caso de los niños/as y sus padres –y los terapeutas de otros centros-, si bien no obtuvieron un beneficio directo, los resultados de la investigación ayudarán a desarrollar el conocimiento científico sobre la terapia infantil, para así promover una mejora en el diseño de estrategias psicoterapéuticas con esta población y poder entregar un mejor apoyo psicológico a otros niños/as y a los padres que lo necesiten. Adicionalmente, participar en la entrevista del Estudio 2, pudo haber ayudado al niño/a y a sus padres a pensar y reflexionar sobre la experiencia que tuvieron en la terapia, en un espacio de confidencialidad. Lo mismo aplica para los terapeutas: participar de las entrevistas les dio una oportunidad para reflexionar sobre su experiencia como psicoterapeutas, en un espacio de confidencialidad.

Respecto a esto último, cabe señalar que algunos terapeutas, especialmente los más nóveles, manifestaron al final de las entrevistas sentirse agradecidos de esta instancia, porque efectivamente los ayudaba a reflexionar sobre el caso atendido y su accionar como psicoterapeutas infantiles.

Cabe agregar que todo el diseño del Estudio 2 estipuló una clara cadena de custodia para garantizar el resguardo y confidencialidad de la información, la cual se cumplió cabalmente. Dicha cadena fue la siguiente:

Al inicio del estudio, una vez que los centros de atención psicológica primero, y luego los participantes, habían aceptado participar en la investigación, y habían firmado las cartas y los asentimientos y consentimientos informados respectivos, la encargada de la base de datos (coinvestigadora del Proyecto FONDECYT) asignaba un ID al caso (terapia)<sup>5</sup>, de tal manera que, en lo sucesivo, los participantes eran identificados sólo por medio de ese ID. Posteriormente, con ese ID, las terapeutas-investigadoras del Proyecto FONDECYT<sup>6</sup>, que estaban a cargo de los diferentes centros de atención psicológica, ingresaban los datos de identificación del caso a una base de datos por centro. Luego, la encargada de la base de datos general traspasaba dichos datos a una sola base, que contenía los datos de todos los participantes de manera integrada.

Por su parte, los archivos físicos (cartas, consentimientos y asentimientos) fueron guardados por las terapeutas-investigadoras mientras duró la investigación. Al finalizar ésta, los documentos fueron entregados a la encargada de la base de datos (coinvestigadora del Proyecto FONDECYT), quien los mantiene resguardados hasta ahora.

Una vez realizadas las entrevistas por parte de la tesista o miembros del equipo de investigación, la grabación (con el ID respectivo) era entregada al encargado de dicho material (ayudante de investigación del Proyecto FONDECYT), quien la respaldaba en un disco duro (al cual sólo él tenía acceso), y la entregaba al transcriptor. Cabe señalar que todos los transcriptores del Proyecto FONDECYT firmaron previamente un compromiso de confidencialidad (ver anexo 4), en el cual se especificaba, entre otros aspectos, que el material no podía ser reproducido, y que el archivo transcrito debía ser

---

<sup>5</sup> Este es el mismo ID que se utilizó en la presente investigación.

<sup>6</sup> Cabe señalar que la tesista, además de desempeñarse como tal, también cumplió el rol de terapeuta-investigadora a cargo de algunos de los centros de atención psicológica.

borrado y eliminado de su computador a los dos meses de entregado al equipo de investigación. Adicionalmente, se señalaba al transcriptor que debía eliminar en la transcripción todos los datos personales que pudieran identificar a los participantes.

El transcriptor, por su parte, enviaba la transcripción al encargado del material de las entrevistas (ayudante de investigación), quien la respaldaba en el disco duro, y luego la entregaba a los codificadores del equipo de investigación, previamente designados.

Finalmente, cabe agregar que tanto el Proyecto FONDECYT como la presente tesis contaron con la aprobación de los correspondientes comités de ética (ver anexo 5).

## **Resultados Estudio 1. El Contenido y Conceptualización del Cambio en el Niño/a y su Contexto: Una Revisión de los Principales Enfoques y Teorías Psicoterapéuticas Infantiles**

A continuación se presentan los resultados del Estudio 1, en el cual se investigó cuál es el concepto y conceptualización de cambio en el niño/a y su contexto propuesto – explícita o implícitamente- por los principales enfoques y teorías psicoterapéuticas infantiles, analizando además en qué dimensiones o ámbitos del desarrollo se situaría dicho concepto. Se realizó también un análisis comparativo de las principales diferencias y similitudes encontradas entre los enfoques. Finalmente, se analizaron algunos modelos psicoterapéuticos más recientes, que tendrían un carácter más integrativo, y se establecieron algunas conclusiones finales.

### **Teoría Psicoanalítica**

Desde el enfoque psicoanalítico, la conceptualización respecto a qué es lo que debe cambiar estaría relacionada con la etiología de la patología. Para S. Freud, la conducta obedecía a motivaciones del inconsciente y la enfermedad mental se debía a fallas en la estructuración del aparato psíquico (ello, yo y superyó). El origen de lo patológico se sitúa en aquellas experiencias traumáticas que no han podido ser elaboradas y asimiladas por el sujeto, y que permanecen en un estado activo, es decir, como un conflicto en el inconsciente. Estas experiencias, que no han podido ser elaboradas por el elevado nivel de ansiedad que despiertan, se convierten en *fijaciones*. Estas fijaciones serían puntos débiles dentro de la evolución, en los cuales el conflicto se ha cristalizado y el desarrollo se ha detenido parcialmente. El tratamiento implica poder acceder al material reprimido en el inconsciente. De esta manera, el objetivo terapéutico (cambio) se centraría en la toma de consciencia de los conflictos reprimidos, en poder elaborar estos conflictos intrapsíquicos y lograr así su resolución; es decir, lo fundamental es hacer consciente lo inconsciente (Esquivel, 2010; Gispert, 1985).

Si bien S. Freud dio al desarrollo intrapsíquico un papel primordial y con él se consideró por primera vez a la infancia como un período crítico del desarrollo del individuo, no desarrolló una técnica o un tratamiento específico para los niños/as (Esquivel, 2010). Fueron otros autores quienes desarrollaron el psicoanálisis infantil,

convirtiéndose en sus principales representantes: Melanie Klein, David Winnicott y Anna Freud, principalmente, cuyos planteamientos serán desarrollados más adelante.

### **Postulados de los principales precursores del psicoanálisis aplicado al niño/a.**

Previo a los principales representantes del psicoanálisis infantil, existieron dos autoras, consideradas como precursoras, que desarrollaron algunos postulados respecto a la terapia con niños/as y que contribuyeron al actual estado del arte.

**Dra. Hermine Hug-Helmuth.** En su obra, desarrollada principalmente entre 1910-1920, la autora plantea que para acceder y analizar las problemáticas de un niño/a, es suficiente con tener “un discurso sin palabras”, experimentado a través de una acción simbólica, como el juego y el dibujo (Cortés & Benavente, 2007; Escudero, 2001). Es a través de estas técnicas que ella realizaba la psicoterapia. Señala que tanto el análisis de adultos como el de niños/as tienen en común la *recuperación de la salud mental y el restablecimiento psíquico perdido*, ya sea por causas desconocidas (inconscientes) o conocidas por la persona (Cortés & Benavente, 2007). Según Hug-Helmuth, el primer objetivo del análisis está en lograr una cooperación positiva por parte del niño/a, como medio para lograr un *cambio en su comportamiento*, y es sólo a través del cambio en este comportamiento que es posible observar la efectividad del trabajo analítico (Escudero, 2001). Junto con esto, el analista no hace interpretaciones de las acciones simbólicas del niño/a, sino que más bien entrega explicaciones, ya sea de forma metafórica (contando un cuento o una historia) o de forma directa. La aceptación de tal explicación por parte del niño/a no implica una aceptación consciente, puesto que la mayor parte del trabajo se realiza en su inconsciente (Escudero, 2001).

**Sophie Morgenstern.** Esta autora trabajaba principalmente con cuentos, sueños, juegos y dibujos infantiles, buscando e interpretando el *contenido latente* bajo el manifiesto. Su mayor aporte fue el análisis de los dibujos, los cuales consideraba como sustitutos de las asociaciones libres de los adultos e interpretaba durante el tratamiento. Estas interpretaciones podían ser respecto del significado inconsciente de estos dibujos, como los símbolos utilizados para su realización, así como también de su correlación

con el síntoma. Morgenstern señalaba que los dibujos y el juego lúdico y simbólico, al estar inspirados en el inconsciente del niño/a, representan el conflicto en su estado primordial. Por lo tanto, *la expresión de estos conflictos inconscientes*, a través de dichas manifestaciones, delante de un adulto comprensivo (terapeuta), era lo más importante en el proceso analítico (Escudero, 2001).

**Postulados de los principales exponentes del psicoanálisis infantil.** Tal como se señaló previamente, los autores considerados como principales exponentes del psicoanálisis con niños/as fueron Melanie Klein, Anna Freud y David Winnicott. Adicionalmente, también se incluyó a Arminada Aberastury, considerando su gran aporte al desarrollo de este enfoque en Latinoamérica.

**Melanie Klein.** Al igual que las autoras mencionadas anteriormente como precursoras del psicoanálisis infantil, Melanie Klein propone la inclusión del juego como elemento técnico fundamental en la psicoterapia con niños/as, el cual considera equivalente a la asociación libre en los adultos. Para esta autora, el niño/a, en lugar de hablar sobre sus conflictos, los actúa, y lo hace a través del juego. Éste se transforma entonces en su mejor medio de expresión, ya que a través de él y los juguetes el niño/a se expresa, manifiesta sus fantasías, sus deseos y experiencias de un modo simbólico, que tienen el valor de asociaciones. La utilización del juego como un equivalente a la asociación libre permitía que cualquier niño/a que pudiera jugar fuera susceptible de ser analizado, independientemente de su habilidad verbal (Escudero, 2001). De esta manera, el juego es considerado la vía regia de acceso y comprensión del inconsciente del niño/a (Klein, 1987; Olhaberry, 1998). Klein reconoce también en el juego un instrumento valioso para que el niño/a pueda *elaborar su angustia* y obtener placer, simbolizando su mundo interno a través de la personificación (Cortés & Benavente, 2007).

En lo que respecta a la neurosis y sufrimiento del niño/a, Melanie Klein (1987) señala que su ansiedad sería causada principalmente por la imagen introyectada excesivamente severa de los padres, que corresponde a lo que posteriormente se denomina superyó en los adultos, y que la autora denomina superyó precoz. A pesar de que la imagen introyectada de los padres no siempre se condice con los padres reales, la primera

relación que genera el niño/a con la madre sería la causante de este superyó, el cual, cuando se vuelve de gran fuerza y severidad, con cualidades sádicas que tiñen el mundo fantasmático del niño/a, genera culpa y ansiedad, siendo éste el origen de la neurosis infantil. Esta ansiedad y sentimiento de culpa producen, a su vez, inhibiciones en el niño/a, quien llega a ser incapaz de disfrutar con el juego o el aprendizaje (Escudero, 2001; Klein, 1926).

Considerando esta teoría del origen del sufrimiento infantil, Klein trabajaba en psicoterapia directamente con la fantasía inconsciente para disminuir la ansiedad. Sus objetivos consistían en: conocer y elaborar la culpa inconsciente generada por la presencia de un superyó precoz, disminuir la fuerza y severidad de este superyó, y de esta forma, sanar y aliviar la angustia en el niño/a (Cena, 2004; Cortés & Benavente, 2007). En palabras de Klein (1987): “El análisis ayuda mucho a fortificar el yo, hasta ahora débil, del niño y ayuda a su desarrollo, aliviando el peso excesivo de su superyó, que presiona sobre él más severamente que sobre el yo del adulto” (p. 32).

Según la autora, los niños/as neuróticos no podrían tolerar bien la realidad debido a su incapacidad para aceptar frustraciones. Por lo tanto, lo más importante y decisivo para su futura adaptabilidad a la realidad es justamente la mayor o menor facilidad con que toleran las frustraciones: “uno de los resultados de los análisis tempranos es capacitar al niño para adaptarse a la realidad. Si esto se logra, disminuirán las dificultades (...), porque será capaz de tolerar las frustraciones impuestas por la realidad” (Klein, 1987, p. 31). De esta manera, la autora considera que un término exitoso del análisis es cuando el niño/a está totalmente adaptado a su realidad.

El juego y las interpretaciones que realiza el analista respecto de él tienen un rápido efecto en el niño/a, el cual se manifestaría a través de la expansión de sus juegos (mayor soltura y variedad de intereses), el afianzamiento de la transferencia y la disminución de la culpa y la ansiedad (Cortés & Benavente, 2007; Olhaberry, 1998).

Una vez que el análisis ha comenzado, y cierta dosis de ansiedad ha sido resuelta por medio de la interpretación, el niño/a experimenta a veces, después de unas pocas sesiones, un gran alivio, que le ayudará a continuar con el trabajo terapéutico. Hasta ese momento, el niño/a no contaba con un incentivo para analizarse, mientras que ahora comprende el uso y valor de este procedimiento y adquiere una comprensión similar a la

del adulto, que será un motivo suficientemente eficaz para analizarse, como lo es en el adulto la consciencia de enfermedad (Klein, 1987).

Respecto de la adaptación a la realidad que busca el análisis, Klein (1987) señala que la capacidad que el niño/a comienza a adquirir para comprender la situación en la que se encuentra, da cuenta de su dosis de contacto con la realidad. A medida que avanza el trabajo analítico, se observa que la relación del niño/a con la realidad, débil al principio, gana gradualmente en plenitud y fuerza. De esta forma, el niño/a comenzará a distinguir entre su madre verdadera y la imaginaria, o entre su hermano real y el de juguete. Esto le permite aceptar, por ejemplo, que los actos agresivos que acometía con el hermano de juguete estaban en realidad dirigidos al objeto real humano, adaptándose así a su realidad.

Sumado a lo anterior, con el objetivo de buscar la adaptación total del niño/a a su realidad, Klein (1987) plantea que ningún proceso, cualquiera sea su edad, puede darse realmente por terminado hasta que el niño/a no haya empleado en el análisis su más amplia capacidad de hablar, pues el lenguaje constituye uno de los puntos esenciales de contacto entre el individuo y el mundo exterior.

En relación a lo que ocurre con el contexto luego del análisis, Klein (1987) considera que si bien el niño/a, a diferencia del adulto, no puede alterar las circunstancias de su vida después de su mejora, el análisis sí lo habrá capacitado para adaptarse y sentirse más alegre en su ambiente actual. Además, como consecuencia de la desaparición de la neurosis del niño/a, mejorará también la conducta de su ambiente; la madre reaccionará de forma mucho menos neurótica en la medida que el análisis efectúe cambios favorables en su hijo/a.

Los cambios en el niño/a generan entonces también un cambio en la relación con sus padres, el cual se producirá de forma gradual, ya que los niños/as toman y asimilan los nuevos conocimientos, en su mayoría, de una manera inconsciente. Por esta razón, no se les exige a los niños/as que cambien inmediatamente su punto de vista respecto de sus padres, sino que se espera que este cambio, al principio, sea más bien un cambio de sentimientos. Este cambio en los sentimientos y la mejora en la relación con sus padres genera siempre un gran alivio para el niño/a, quien así se vuelve además más adaptable socialmente y “más fácil” de educar (Klein, 1987).



**Anna Freud.** Contemporáneamente a Melanie Klein, Anna Freud publica en 1927 su libro *Psicoanálisis de Niños*, donde pone énfasis en la potencialidad del niño/a para alcanzar la salud por sí solo. De acuerdo a su teoría, la tendencia a la normalidad sería tan fuerte y natural, que ayudaría al niño/a a superar las experiencias patológicas que lo hayan afectado. En relación a la clínica, su técnica iba dirigida principalmente al *fortalecimiento y reforzamiento del yo* -aparentemente similar a lo planteado por Klein, pero comprendido de forma muy distinta- para estimular la represión de los impulsos del ello, y a la *eliminación de las defensas patológicas y la instauración de defensas más sanas* (Cena, 2004; Cortés & Benavente, 2007; Escudero, 2001).

A. Freud planteaba la extensión del análisis a los niños/a pero con una aproximación pedagógica; para ella, el análisis kleiniano era imposible, ya que los niños/as no son analizables (Olhaberry, 1998). El papel del analista es educar, y no analizar sus fantasías agresivas, por lo que el juego no tendría especial significado. Como alternativa, la autora proponía un período preparatorio para ganarse la confianza del niño/a, mediante una aproximación pedagógica para *fortalecer su yo*, utilizando el material aportado por los sueños, similar a los adultos, ya que estos ofrecían rápidamente datos sobre la vida cotidiana del niño/a y sus figuras significativas (Escudero, 2001). Esta modalidad de interpretación *concienciaba al niño/a sobre las razones inconscientes de su mala conducta* (Escudero, 2001). Más adelante, A. Freud (1951) reconocería la importancia de los dibujos y del juego, porque dejaban traslucir las tendencias del ello.

En relación a la iniciación del tratamiento infantil, A. Freud (1951) señala que la decisión de analizarse nunca parte del pequeño paciente, sino siempre de sus padres o de quienes lo rodean, sin que para ello se considere tampoco su conformidad. En muchos casos el niño/a no percibe en sí mismo ningún trastorno, sino que son las otras personas quienes sufren por sus síntomas o arrebatos. “Así, en la situación del niño falta todo lo que consideramos indispensable en el adulto: la conciencia de enfermedad, la resolución espontánea y la voluntad de curarse” (A. Freud, 1951, p. 15). De esta forma, al niño/a, a diferencia de lo que ocurre con el adulto, se le debe hacer “analizable”; es decir, crear las precondiciones necesarias para iniciar un verdadero análisis: establecer en él la conciencia de su enfermedad, la conciencia de sus conflictos y la conciencia del sufrimiento; infundirle confianza en el análisis y en el analista; y convertir en interior la

decisión exterior de analizarse. Lo anterior exige un período de introducción o de preparación, que se le puede llamar también de “entrenamiento” para el análisis. Es importante aclarar que lo que se haga en este período no tendrá nada que ver con la “verdadera” labor analítica; en esta fase no se puede pensar en hacer conscientes los procesos inconscientes, ni en ejercer influencia analítica sobre el paciente (A. Freud, 1951). Se propone un rol normativo para el analista, cuyo objetivo es formar parte del superyó del niño/a y prepararlo para un análisis posterior (Escudero 2001).

A partir del relato de casos, es posible observar cómo A. Freud (1951) va trabajando terapéuticamente con los niños/a y los cambios que se van logrando en la fase de preparación. Por ejemplo, respecto del síntoma que presentaba un niño, la autora señala que parte de su trabajo consistió en “enemistarlo” con esa parte de su personalidad que él no veía, logrando que así adquiriera consciencia de todo el sufrimiento que esa parte de sí mismo le causaba: “Después de algunos intentos infructuosos, el síntoma se convirtió, por fin, de acuerdo a mis propósitos, de un bien apreciado a un molesto cuerpo extraño, para cuya supresión el niño recurrió de muy buen grado a mi auxilio (...) A medida que se establecía de este modo su consciencia de enfermedad, aumentaba proporcionalmente su aptitud para el análisis” (A. Freud, 1951, p. 28). Según la autora, una vez que el niño/a ha llegado a tener confianza en el analista, a adquirir consciencia de su enfermedad, anhelando así, por propia resolución, un cambio en su estado, se puede comenzar a realizar el análisis propiamente dicho.

Una vez comenzado el análisis, el objetivo principal será ir liberando del inconsciente el material reprimido; por ejemplo, impulsos que son condenados por el niño/a, ante lo cual su yo se resiste. El niño/a, dado que no desarrolla una neurosis de transferencia (a diferencia del adulto), sigue desplegando sus reacciones anormales y neuróticas donde ya lo ha venido haciendo: en su hogar y en el ambiente familiar. De ahí que el análisis infantil deba dirigir su atención hacia ese lugar, en vez de limitarse al esclarecimiento analítico de lo producido en las asociaciones y los actos bajo los ojos del analista. En este sentido, el analista depende de la información constante de los padres sobre el niño/a. Cuando las circunstancias exteriores o la personalidad de los padres no permiten llegar a esta colaboración, el análisis se resiente, por la falta de material disponible para realizarlo (A. Freud, 1951).

En el transcurso del tratamiento, los objetivos no necesariamente cambian, pero sí es posible diferenciar entre metas de corto y largo plazo. Ciertas situaciones agudas, en términos de sintomatología, como las fobias escolares u otros estados de ansiedad intensa, exigen una intervención terapéutica de corto plazo, que contribuyan a la desaparición del síntoma. Sin embargo, A. Freud señala que el análisis debe continuar y que el terapeuta debe propiciar aquello aun cuando el síntoma haya desaparecido, ya que no es ese el objetivo principal del tratamiento. La aspiración del análisis de niños/as es promover el desarrollo normal, meta que se alcanza cuando se vuelve a poner en marcha el proceso de desarrollo que ha estado detenido. Esto se puede observar cuando el niño/a da señales de realizar actividades propias de su edad y disfrutar con ellas, en conjunto con la disminución de los síntomas y una progresiva separación e independización del terapeuta (Sandler, Kennedy & Tyson, 1996).

Los criterios para decidir sobre la terminación del análisis entonces, según A. Freud, tienen relación con los objetivos analíticos, los cuales se pueden agrupar en: cuestiones relacionadas con devolver al niño/a al cauce natural del desarrollo; cuestiones relacionadas directamente con el progreso del trabajo analítico mismo (incluyendo la resolución de la transferencia); y, por último, la buena adaptación del niño/a a su vida fuera del marco terapéutico, como su comportamiento en la escuela -con pares y profesores- y en el hogar. Para evaluar estos aspectos, se debe considerar la opinión del propio niño/a, sus padres y los profesionales de la escuela (Sandler et al., 1996).

En conclusión, y a modo de síntesis, es posible señalar que los principales cambios esperados en la psicoterapia desde los planteamientos de Anna Freud serían, primero, que el niño/a vuelva a situarse en la fase correspondiente a su desarrollo evolutivo; segundo, que se produzcan cambios en las funciones o funcionamiento del yo, tales como la realización del yo y disminución de la severidad y rigidez del superyó, así como también en las funciones defensivas, como reconocer dichas defensas y reemplazar las más primitivas -como la proyección, la negación y el retiro a la fantasía- por otras más funcionales o más sanas -como la sublimación-. Junto con lo anterior, se esperan mejoras en el desarrollo instintual, de tal manera que el niño/a pueda situarse a menor distancia de los impulsos, disminuyendo su inhibición. Finalmente, se busca obtener cambios en las relaciones objetales; principalmente, ser capaz de relacionarse

adecuadamente con sus pares, sus padres y poder desenvolverse adecuadamente en su ambiente –hogar, escuela- (Sandler et al., 1996).

*Donald Winnicott.* Comenzó su trabajo dentro de la orientación kleiniana, pero paulatinamente se fue distanciando, para desarrollar luego su propia teoría y planteamientos. Se focalizó fundamentalmente en la relación diádica entre la madre y el bebé, estudiando la importancia de esta relación para explicar los trastornos del desarrollo y las angustias derivadas de los impulsos pregenitales (Escudero, 2001).

Winnicott (1993) señala que una madre suficientemente buena permitiría al niño/a desarrollar y asirse de herramientas para el manejo de la angustia y favorecer así el desarrollo psíquico. Según el autor, existe un sentimiento de culpa normal en el bebé durante su desarrollo, que se origina debido al odio que siente hacia el objeto amado cuando éste se va. El niño realiza gestos reparatorios que la madre debería descifrar, permitiéndole reparar el daño causado por el odio y poder así disminuir su culpa. Esto lo ayudaría a continuar con su madurez emocional y desarrollar mecanismos defensivos más adaptativos ante la angustia, que a su vez lo ayuden a soportarla y manejarla por sí mismo más adelante. De esta manera, el niño debería introyectar estas funciones que le han sido prestadas por los padres, para luego utilizarlas por sí mismo.

El autor describe un proceso de desarrollo de la autonomía e independencia en el cual es necesario que el niño/a experimente frustraciones y desilusiones paulatinas ante su omnipotencia aparente. Estas frustraciones y desilusiones deben ocurrir de manera gradual y en el tiempo adecuado, acorde a su maduración. La madre, gradualmente, capacita al niño/a para aceptar que si bien el mundo puede proporcionarle algo parecido a lo que necesita y desea, no lo hace automáticamente ni en el momento mismo en que se experimenta el deseo o surge la necesidad. Para que este proceso ocurra, es necesario que el niño/a tenga suficiente seguridad respecto al cariño de sus padres, y que los padres, a su vez, confíen en la capacidad del niño/a. Con la caída de la omnipotencia de la diada simbiótica madre-hijo/a, el niño/a debería disminuir el uso de los mecanismos defensivos que perpetúan esta visión omnipotente, y pasar a un enfrentamiento más realista del mundo externo e interno, comenzando a utilizar mecanismos más maduros de afrontamiento de la angustia, en la línea de la represión. En su descripción de los

procesos tempranos del desarrollo, Winnicott postula una posibilidad innata de evolución creadora en el niño/a, la cual debe ser cuidada y sostenida por una identificación creativa con la madre; así tendrá garantía de un adecuado desarrollo evolutivo y organización del yo (Winnicott, 1993).

El niño/a debe separarse de la madre, y al mismo tiempo, la madre debe separarse del niño/a. Pero cuando la madre no le permite comenzar con esta separación y desarrollar su proceso de individuación, el niño/a no logra experimentar las frustraciones correspondientes, manteniendo su estado simbiótico y una identidad no configurada debido a la falta de separación, junto con la utilización de defensas primitivas. Cuando la individuación no se produce, o se produce de forma patológica, por situaciones de separación traumática o déficit en la crianza, se produce un fracaso en el desarrollo de estructuras internas, persistiendo por consiguiente antiguas formas de vinculación simbiótica, o generándose el *falso self*. De ahí la importancia de la presencia, compañía y cuidados de la madre en las primeras etapas de vida del niño/a, para su óptimo desarrollo. Si esto no ocurre, lo que resulta es un caos; se produce una falla materna temprana y aparece la angustia, la cual deja huellas permanentes en el niño/a (Winnicott, 1993).

Esta angustia debe ser sanada. El proceso analítico se constituye en una experiencia de re-desarrollo, donde el objetivo es rehacer lo mal hecho, o construir lo no hecho, cubriendo así el “hueco” de la experiencia pasada. En el devenir de las sesiones, se metaforiza la falla, pero también se metaforiza el *holding* materno. El niño/a y el analista juegan juntos, y así crean, entre ambos, escenas primarias que nunca ocurrieron. El psicoterapeuta pasa a ser un reemplazante de la figura materna acogedora, que le permitirá al niño/a crecer y crear libremente a través del juego y la imaginación. *El cambio se produciría cuando el niño/a logra recuperar la continuidad de su ser, accediendo primero al sentimiento básico de confianza, y luego a su potencialidad creativa* (Cena, 2004; Cortés & Benavente, 2007; Escudero, 2001).

**Arminda Aberastury.** Precursora de la Escuela Argentina, fundadora de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA), influenció a toda América Latina y tuvo gran responsabilidad en la formación de psicoanalistas chilenos/as en la terapia con

niños/as. Siguió la línea de Klein, siendo la primera en traducir sus obras al español, y es considerada la introductora de la teoría kleiniana a Argentina. Al igual que Klein, Aberastury postula que el principio básico de su enfoque es el uso del juego, con el mismo valor que tiene la asociación libre en el psicoanálisis de adultos (Cortés & Benavente, 2007).

La autora también desarrolla su propia teoría sobre el psicoanálisis infantil y sobre la metapsicología infantil. Destaca el valor primordial que le dio al lenguaje, independiente de la edad del niño/a, y a la interpretación como instrumento técnico para el análisis (Aberastury, 1999; Cortés & Benavente, 2007). Planteaba que “sólo la palabra puede llevar a *hacer consciente lo inconsciente*, y ésta es la meta a la que buscamos llegar con la interpretación” (Aberastury, 1999, p.18).

En relación con lo anterior, la autora plantea que un niño/a, aun cuando sea pequeño, debe disponer de un equipo verbal mínimo al terminar su tratamiento, que le permita expresar sus ideas sin recurrir al lenguaje no verbal. Según Aberastury (1999), siguiendo a Klein, este uso del lenguaje verbal es un requisito indispensable para dar por terminado el análisis de un niño/a. En general, para la mayoría de los terapeutas psicoanalíticos actuales, una señal clara del avance o del logro de los objetivos del tratamiento es que el niño/a hable, pregunte, cuente su historia en las sesiones y converse en su ambiente cotidiano (Cortés & Benavente, 2007).

Respecto a la interpretación, Aberastury plantea que esta es la intervención por excelencia durante el proceso psicoterapéutico, porque permitiría dar salida al material inconsciente (Cortés & Benavente, 2007). Respecto a los cambios esperados en el proceso, la autora hace una definición que podría considerarse como una integración de los postulados del psicoanálisis infantil en general:

En el psicoanálisis de niños buscamos a través del tratamiento la modificación intrapsíquica que (...) en líneas generales hablaría de fortalecimiento del yo, disminución de la severidad del superyó, flexibilidad en el uso de las defensas, aparición de (...) conciencia de conflicto, capacidad de tolerar frustraciones, uso de mecanismos de defensa normales, indispensables para la adaptación al medio (...) Cuando estos cambios y otros muchos se han logrado, la conducta del niño se modifica naturalmente sin ninguna indicación a los padres. Pero no siempre los cambios de conducta son consecuencia de un

verdadero cambio interno, en cuyo caso los síntomas vuelven o surgen otros nuevos (Aberastury, 1999, p.31).

En este sentido, según la autora, en el proceso terapéutico *se busca un cambio estructural y dinámico* situado más allá de la cura sintomática (Aberastury, 1999).

Respecto a la participación de los padres en la terapia, Aberastury (1972) señala que la experiencia le ha enseñado a prescindir de ellos, ya que las modificaciones en su conducta o su curación son imposibles, puesto que en los padres funcionan mecanismos inconscientes que muchas veces los llevan a no poder seguir los consejos dados por el terapeuta. Y el no poder seguirlos les incrementa la culpa, la que a su vez se transforma en hostilidad hacia el terapeuta y puede ser la causa de las bruscas retiradas del tratamiento. La terapia se focaliza entonces exclusivamente en el niño/a, confiando además en que un cambio en este nivel es suficientemente potente como para modificar el sistema en general: “No realizo ninguna tentativa o esfuerzo para modificar el grupo familiar (...) Mi punto de vista se sustenta en la convicción de que un niño es alguien que piensa, siente, percibe, comprende y puede expresar su mundo interno, aun desde el primer año de vida” (Aberastury, 1991, p. 17).

La autora señala que la verdadera esencia de la terapia es el encuadre psicoanalítico (*setting*), el vínculo bipersonal y la necesidad de absoluto secreto del material de las sesiones, tal como Freud lo planteó en relación al análisis de adultos, aspectos que considera han sido ignorados por algunas escuelas dentro del psicoanálisis de niños/as al incluir a los padres: “La inclusión de los padres en el tratamiento y la búsqueda de su colaboración, dándoles consejos o proponiendo cambios, interfiere en las relaciones familiares, representa dar información sobre importantes acontecimientos que han surgido durante las sesiones, lo cual destruye el encuadre analítico” (Aberastury, 1991, p. 14). Para la autora, el aporte de los padres debe ser el compromiso con la terapia, permitir la asistencia de los niños/as a sesiones, cumplir con las condiciones del contrato y aportar información relevante (motivo de consulta, historia del niño/a, padres y familiares), pero sólo al inicio del tratamiento (Aberastury, 1991).

La autora plantea que el análisis del niño/a puede ser exitoso sin la participación de los padres y sin la ayuda de terapias individuales para ellos. Y, como se señaló anteriormente, agrega que es frecuente que las modificaciones que se logran en el

tratamiento psicoanalítico del niño/a son capaces de lograr cambios notables dentro del grupo familiar. Esto, ya que su mejoría disminuye la culpa de los padres, que es, a su vez, un factor inconsciente de muchos de los errores en la conducción del niño/a (Aberastury, 1991).

### **Desarrollos más recientes del Psicoanálisis: Mentalización y Teoría del Apego**

Relacionados con la teoría psicoanalítica clásica, aparecen conceptos relativos a la regulación afectiva (o emocional), la capacidad de mentalizar (o función reflexiva) y la organización y regulación del self, que corresponden a desarrollos más recientes de los postulados psicoanalíticos.

En el modelo de trabajo planteado por Thomson (2007), se asume la postura de que los niños/as, desde el nacimiento, tienen una mente y un sí mismo, que reconocen tempranamente su propio cuerpo y sentimientos como diferentes de los otros, y que tienen capacidad para empatizar, así como también para la autorregulación emocional. Pero estos procesos se irían paulatinamente desarrollando, actualizando, complejizando y/o alterando, según el medio en el cual se va desarrollando el niño/a, principalmente a partir de la relación que establece con su cuidador principal. Tal como lo plantea Sroufe (2005), estos patrones específicos de apego tienen implicancias sobre el curso de un desarrollo normal y patológico. Y es en esos procesos de desarrollo alterado donde se visualizaría el contenido del cambio.

La *mentalización* o función reflexiva juega un rol clave en la organización del self -al estar íntimamente relacionada con muchos aspectos definitorios de la personalidad- y en la regulación afectiva, que se adquiere a través de las relaciones sociales tempranas del niño/a. Se define como la capacidad de imaginar y entender los estados mentales en uno mismo y en los otros, y permite dar una interpretación convincente a la conducta propia y de los demás, a partir de los estados mentales subyacentes del individuo. Implica un componente autorreflexivo y uno interpersonal. Gracias a esta función, el comportamiento de los otros tiene un significado para el niño/a y puede ser previsible; así, a medida que comprende mejor el comportamiento de los demás, puede activar las representaciones conjuntas más adecuadas de sí mismo con otros, para una transacción interpersonal determinada (Fonagy, Gergely, Jurist, y Target, 2002).



La vivencia de situaciones traumáticas durante la infancia, como abuso o abandono, pueden producir una inhibición defensiva de la mentalización, lo que puede dar lugar a un trastorno de la personalidad. En estos casos, los modelos internos operativos carentes de reflexividad dominan la conducta cuando se genera un conflicto en la relación interpersonal, ya que dichas situaciones obligan a tomar en cuenta tanto los deseos del propio self como los del otro. Por ejemplo, si un niño/a tiene cierta vulnerabilidad en su capacidad de mentalización, ante un conflicto no encontrará la afirmación de su postura intencional (el reconocimiento y aceptación de sus intenciones), con lo que no conseguirá tener el sentido de propiedad de sus acciones (Fonagy et al., 2002), el cual, según Stern (1991), es básico para lograr el sentido de *agencia* de sí mismo. Esto puede derivar en conductas desafiantes, como un intento de lograr ese sentido de agencia del self que no se tiene (Fonagy et al., 2002).

Desde la teoría de apego y el psicoanálisis, la regulación afectiva, entendida como el proceso de elaborar estados mentales de acuerdo a un sentido de control sobre ellos (agencia), abarcaría no sólo la capacidad de controlar y regular las propias respuestas afectivas, sino que estaría vinculada también con la regulación del self, jugando un papel fundamental a la hora de explicar cómo el niño/a pasa del estado de coregulación al de autorregulación. En este sentido, la regulación afectiva es el centro básico del cambio que produce el tratamiento psicoanalítico: todo tratamiento psicoanalítico incluye, como foco de trabajo, el desarrollo o el mantenimiento de dicha regulación (Fonagy et al., 2002). Se reconoce así la importancia de la regulación afectiva en la infancia para la emergencia del self, para el logro de metas, así como también para el mantenimiento de las relaciones interpersonales, donde lo que se espera, como ya se señaló, es el paso de la coregulación a la autorregulación (Cassidy, 1994; Fonagy et al., 2002). De esta forma, en el trabajo terapéutico individual se espera, desde este enfoque, que el niño/a desarrolle –acorde a su edad- la capacidad de reconocer, soportar y regular sus emociones, para así poder sintonizar con los demás y comprender interacciones sociales complejas, y al mismo tiempo poder experimentar autocontrol, agencia y sentido de sí mismo (Midgley, Ensink, Lindqvist, Malberg & Muller, 2017).

Desde los planteamientos de Cassidy (1994) -quien a partir de la teoría del apego establece una conexión entre estilos de apego y regulación emocional-, el objetivo de la

terapia, en términos del cambio, sería desarrollar el sentido de seguridad y confianza en sí mismo en el niño/a, tendiendo hacia una regulación emocional abierta y flexible, y hacia la aceptación e integración de emociones positivas y negativas, características propias del apego seguro. Para este autor, lo que ocurre con los niños/as que han desarrollado un estilo de apego inseguro/evitativo es que minimizan los afectos negativos, tendiendo a una sobrerregulación (el afecto negativo existe, pero no se expresa); mientras que los niños/as que han desarrollado un estilo de apego inseguro/ambivalente maximizan o incrementan estos afectos, tendiendo hacia una infrarregulación (el afecto negativo se expresa en demasía). Estos patrones disfuncionales en la regulación del afecto es lo que se situaría como contenido del cambio terapéutico, desde este planteamiento teórico.

Sroufe (2005), por su parte, plantea que los patrones de apego no sólo se relacionan con la capacidad de regulación emocional, sino que también con el desarrollo de la autonomía y la confianza en sí mismo, y de la competencia social, lo cual demuestra en una serie de investigaciones realizadas con niños/as, tanto en edad preescolar como escolar. Así, los niños/as con apego seguro, se muestran más independientes, seguros de sí mismos, con una alta autoestima, con flexibilidad para adaptarse emocionalmente a situaciones cambiantes y para recuperarse frente a los problemas o eventos estresantes, y son capaces de relacionarse satisfactoriamente con sus pares. Aquellos niños/as con apego ansioso, en cambio, se muestran más dependientes, con menor confianza en sí mismos y con tendencia a manifestar afectos negativos, comportamientos de frustración, agresión o aislamiento frente a dificultades en la interacción social. Serían estas dimensiones, entonces, referidas a la dificultad para la regulación emocional, a la falta de autonomía y confianza en sí mismo, y a la falta de competencia social, aquellas en las que se centraría el cambio en un proceso terapéutico que considere los distintos patrones de apego en el niño/a.

Finalmente, en relación al self, se espera que éste pase por diferentes niveles de desarrollo, comenzando por el self como agente físico, para luego avanzar hacia el self como agente social, teleológico e intencional, hasta llegar a la construcción de un self real o autobiográfico (Fonagy et al., 2002). Este concepto de “self autobiográfico” surge sobre los cuatro años de edad, como resultado de cambios en la capacidad

representacional del niño/a, a partir de la cual logra establecer un autoconcepto abstracto e histórico-causal, que reúne recuerdos de estados previos del self no relacionados entre sí y los engloba en una autorepresentación biográfica organizada y coherente (Povinelli & Simon, 1998).

Experiencias de maltrato infantil, trauma o situaciones de un apego disfuncional pueden generar una estructuración inadecuada del self, mermando la flexibilidad del niño/a o provocando una tendencia a la disociación (Fonagy et al., 2002). La intervención tendiente al cambio apuntaría, entonces, a propiciar una mayor integración para favorecer el logro del self real y autobiográfico que se espera se desarrolle en el niño/a.

En las adaptaciones más recientes de este modelo a la terapia infantil, se ha incorporado el trabajo con padres, considerándolos como una parte integral del tratamiento. Lo fundamental es trabajar en relación a que elaboren una postura reflexiva, con el propósito de alcanzar tres metas u objetivos. Primero, que logren desarrollar o recuperar la capacidad de mirar la experiencia y visión del niño/a de manera más integral, por sobre su (mal) comportamiento. Segundo, que se vuelvan conscientes de sus propios afectos y comportamientos, especialmente en los momentos de conflicto en los cuales suelen perder su capacidad de mentalización, lo cual perjudica la de sus hijos/as. Finalmente, se busca incentivar las interacciones con sus hijos/as, en las cuales se sientan seguros y contenidos y se faciliten así la motivación, autorregulación, autoconocimiento y mentalización en los niños/as (Midgley et al., 2017).

### **Teorías Cognitivas**

Se consideraron dos enfoques dentro de estas teorías. El primero corresponde al enfoque cognitivo-conductual clásico, en el cual se profundiza específicamente en su aplicación a la psicoterapia infantil; y el segundo corresponde a desarrollos más recientes, relacionados con el enfoque constructivista-evolutivo.

**Enfoque cognitivo-conductual.** Desde este enfoque, se plantea que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. Una evaluación realista

y la consiguiente modificación del pensamiento producirían una mejoría permanente en dichos aspectos, mejoría que resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes. El objetivo terapéutico es, por tanto, producir un cambio cognitivo (cambio en el pensamiento y sistema de creencias del paciente) para lograr, a partir de allí, una transformación de sus emociones (o estado de ánimo) y comportamientos (J. Beck, 1995).

El modelo de la *Cognitive Behavioral Play Therapy* [CBPT] desarrollado para niños/as (Knell, 1993) busca algo muy similar: generar cambios en el propio pensamiento y percepciones del niño/a, así como también en su comportamiento, reemplazando formas desadaptativas de afrontamiento por enfoques más adaptativos; además, se busca desarrollar una adecuada expresión verbal de los sentimientos.

Se observa que este enfoque integra, en su concepto de cambio, los ámbitos de la emoción, el comportamiento y la cognición, reconociendo su interdependencia, pero utilizando la cognición como vía principal para la transformación terapéutica (Riso, 2006). El “síntoma” estaría situado principalmente en el ámbito cognitivo (distorsión del pensamiento, creencias disfuncionales), pero también se generarían manifestaciones sintomáticas en el ámbito afectivo (e.g. estado de ánimo depresivo) y en los comportamientos (e.g. conductas disruptivas); así como también, eventualmente, en el ámbito de las relaciones interpersonales (e.g. dificultad para relacionarse satisfactoriamente con otros).

Kendall (1991) propone una teoría cognitivo-conductual en la cual determinados eventos, las expectativas anticipatorias asociadas a ellos y las atribuciones posteriores, el continuo procesamiento cognitivo de la información y los estados emocionales se combinan para influir en el cambio conductual. Según el autor, esta teoría está orientada a la *resolución de problemas*, aborda ampliamente lo relativo al procesamiento cognitivo de la información, incorpora la dimensión social/interpersonal, y enfatiza intervenciones basadas en resultados.

De acuerdo con Kendall (1991), la capacidad para resolver problemas es algo esencial para una adecuada adaptación al medio, durante la infancia y a lo largo de toda la vida. Según la etapa del desarrollo en que se encuentren, los niños/as difieren en su capacidad para reconocer un problema que requiere de una solución. Además, su

bienestar psicológico dependerá de la capacidad que tenga el niño/a para generar alternativas de solución y para evaluar de manera competente cada una de estas opciones. La resolución de problemas no surge de la nada. Las soluciones exitosas emergen del uso y la participación de estrategias. Estas estrategias no se transmiten genéticamente, sino que se van aprendiendo a través de la observación y de las interacciones con otros, y, sobre todo, pueden ser maximizadas a través de intervenciones planificadas. Los estilos de procesamiento de la información tienen profundos efectos sobre cómo se vivencia el mundo y las experiencias; por ende, un estilo de procesamiento disfuncional requiere ser modificado.

Pero el término “cognitivo-conductual”, según el mismo Kendall (1991), no pretende soslayar el rol de los afectos ni del contexto social. Es más bien una forma de representar la integración de estrategias cognitivas, conductuales, afectivas y sociales para el logro del cambio. Así, abandonando su adherencia al modelo únicamente conductual, el modelo cognitivo-conductual incluye o considera la relación que hay entre la cognición y el comportamiento, con el estado afectivo de la persona, así como también con su funcionamiento en el contexto social. Los factores sociales/interpersonales juegan un rol central. Considerando que los patrones de comportamiento en el “mundo exterior” y las interpretaciones cognitivas en el “mundo interior” se relacionan con los contextos sociales/interpersonales, el enfoque cognitivo-conductual debe considerar la relevancia de esta dimensión, principalmente en el caso de los niños/as y adolescentes. Tener relaciones satisfactorias con sus pares es un componente esencial para la exitosa adaptación del niño/a; por ende, esta dimensión debe ser incluida al momento de realizar una evaluación y planificar una intervención, agrega el autor.

De esta forma, Kendall (1991) subraya la interdependencia que hay entre los pensamientos, los sentimientos o emociones, y el comportamiento. Plantea que conceptos como déficit cognitivo, distorsiones cognitivas, esquemas y/o “guiones” mentales, son influenciados y determinados de manera recíproca por los sentimientos, creencias y comportamientos, tanto del niño/a como de la familia, así como también por los contextos interpersonales. Discrepa así con la noción simplista de que las

cogniciones causan trastornos emocionales o conductas desadaptativas. Postula así un modelo multifacético (multidimensional) de la psicopatología infanto-juvenil.

Las intervenciones dentro este enfoque están orientadas a la efectiva adaptación de las personas en situaciones sociales. Dicho de otra manera, los problemas que necesitan soluciones son los sociales/interpersonales, no los problemas “impersonales”. Además, la teoría del desarrollo ha subrayado la importancia de las relaciones sociales, principalmente con los pares, para un desarrollo psicológico sano. La teoría cognitivo-conductual pone especial énfasis en integrar la modificación del procesamiento cognitivo de la información proveniente de contextos sociales, con estrategias comportamentales orientadas a la práctica, mientras que, al mismo tiempo, presta atención al “tono afectivo” y al involucramiento por parte del niño/a o adolescente. Así mismo, se busca incrementar el autocontrol y desarrollar herramientas para la interacción social con pares, e incrementar el repertorio conductual (Meichenbaum, 1991)

Los padres también son involucrados en el tratamiento, en la medida en que su funcionamiento cognitivo y comportamental es desadaptativo y/o contribuye a la problemática del niño/a. Los cambios en el sistema familiar se deben potenciar de manera conjunta con el desarrollo de habilidades en el niño/a (Kendall, 1991).

**Enfoque constructivista-evolutivo.** Dentro del enfoque cognitivo, se desarrolló luego la psicología constructivista-evolutiva, la cual busca integrar en la psicoterapia infanto-juvenil el paradigma piagetano, incorporando así las consideraciones de cada una de las etapas del desarrollo planteadas por este autor en la planificación de la psicoterapia. De esta forma, las intervenciones buscan el crecimiento personal a través “del descubrimiento de nuevas formas de significar la relación de sí mismo con la realidad” (Sepúlveda, 2013, p.13), mediante la reestructuración cognitiva y teniendo siempre presente la organización de la personalidad y la identidad.

A diferencia del enfoque cognitivo clásico, que considera, según Sepúlveda (2013), las emociones y relaciones como un mero resultado de la interpretación cognitiva de los estímulos y, por lo tanto, se centra en esto último, el enfoque constructivista incorpora estos elementos emocionales y las experiencias del paciente con el medio dentro de la

terapia y las intervenciones. Kelly (1955) señala que es a través de las experiencias que las personas construirían significados cognitivos, mediante los cuales crean su propio mundo y su realidad. Los constructos de significados les permiten a las personas interpretar, predecir y responder adecuadamente a las experiencias, y son centrales para lograr su adaptación al entorno y para la construcción de la propia identidad. Junto con esto, el enfoque evolutivo incluye algunas consideraciones biológicas, relacionadas con las etapas del desarrollo del niño/a, evaluando lo patológico por medio de la desviación del curso normal del desarrollo (Sepúlveda, 2013).

Como ámbito central dentro de este enfoque se encuentra el desarrollo de la identidad, entendida como la asignación de continuidad y permanencia sustancial que permite reconocer a la persona como individuo, con intereses y valores únicos y permanentes; esta identidad permanece de manera constante a lo largo del tiempo, permitiendo ser “uno mismo” a pesar del desarrollo y crecimiento irreversible (Piaget, 1971). Esta identidad se construiría a través de la integración de las *experiencias* de acción e interacción con el ambiente, y de los *conocimientos* que se tengan de sí mismo y del mundo, junto con los *esquemas y concepciones* de sí mismo y la realidad, a través de procesos de *acomodación* con el ambiente y *asimilación* de experiencias, lo cual permitiría el equilibrio y la adaptación del individuo (Sepúlveda, 2013).

A partir de lo anterior, se plantean como objetivos terapéuticos desarrollar una mayor flexibilidad de las estructuras cognitivas y afectivas, para así poder incorporar experiencias nuevas sin causar una crisis en el sistema y facilitando la acomodación a la realidad. Se propone también favorecer un mayor reconocimiento de sí mismo en integración con los otros, con mayor conciencia de los propios conceptos, principios y valores que guían la experiencia, conciencia de la propia agencia en el desarrollo del trayecto vital, conciencia de la responsabilidad de las propias acciones y las consecuencias de aquello, y el desarrollo de un razonamiento crítico respecto de sí mismo y los otros, buscando formar una *identidad autónoma y solidaria* y una *filosofía de vida propia* (Sepúlveda, 2013).

## **Teoría Humanista-Gestáltica**

Carl Rogers, que desarrolló la psicoterapia centrada en la persona (cliente) o enfoque no-directivo, fundamenta su teoría en su creencia y confianza en las capacidades constructivas del ser humano, por encima de la destructividad. Esta naturaleza positiva, base de la personalidad, se caracterizaría por el impulso hacia el crecimiento, la autoconservación y la comunicación con el exterior, que Rogers sintetiza en el término *autorrealización*. Sostiene que, en condiciones de libertad y amor, se expresan esas potencialidades positivas, y por lo tanto, la psicoterapia deberá proporcionar estas condiciones óptimas para el desarrollo. El terapeuta, en lugar de interpretar, utiliza la técnica de reflejar las vivencias del cliente. Se trata de reeducar a la persona en una atmósfera de comprensión y confianza en sí mismo, que le permita ir descubriendo sus propios recursos y valores (Esquivel, 2010; Gispert, 1985).

Fritz Perls, por su parte, que desarrolla originalmente la terapia gestáltica, consideró que el origen de los trastornos psicológicos podía estar en la incapacidad de las personas de integrar las partes de su personalidad de manera exitosa y acertada dentro de un todo saludable. El rol de la terapia es que la persona haga conscientes las sensaciones significativas que experimenta, tanto hacia sí mismo como hacia su entorno, de tal manera que pueda responder plena y razonablemente a distintas situaciones. Las bases de la Gestalt son el aquí y ahora (no las experiencias del pasado), lo obvio y la toma de consciencia (“darse cuenta”) de lo que la persona hace realmente en su vida, cómo lo hace, qué es lo que en realidad quiere y cómo puede lograrlo. Al igual que la terapia humanista desarrollada por Rogers, la terapia gestáltica es un enfoque holístico de la experiencia humana, asume la tendencia innata a la salud, la integridad y la plena realización de las potencialidades latentes, promueve la propia responsabilidad de los procesos personales y la consciencia sobre las propias necesidades y su satisfacción (Esquivel, 2010).

A continuación se abordarán los dos principales enfoques infantiles dentro de la teoría humanista-gestáltica: el de la terapia no-directiva aplicado a los niños/as desarrollado por Virginia Axline, y los desarrollos más recientes de Violet Oaklander y su terapia gestáltica para niños/as y adolescentes.



**Terapia no-directiva aplicada a los niños/as.** Virginia Axline aplicó los principios rogerianos a la psicoterapia infantil. Sostiene que el niño/a, al igual que el adulto, posee una tendencia hacia la autorrealización, la madurez y la independencia, y que el conflicto resulta ser una forma agresiva de autorrealización cuando esta fuerza vital de crecimiento ha sido coartada. La terapia debe permitir la expresión del self del niño/a y de sus sentimientos, el reconocimiento del “yo interno”, y hacer factible su realización y ajuste a las exigencias del medio. Lo que se busca es que el niño/a haga *insight* respecto de sus sentimientos, y desarrolle así la capacidad para resolver sus propios problemas y para generar cambios en sí mismo (Axline, 1975; Gispert, 1985).

La suposición que hay a la base de esta teoría es que cada individuo tiene dentro de sí mismo no sólo la habilidad para resolver sus propios problemas de manera efectiva, sino también el impulso de crecimiento, que hace que la conducta madura llegue a ser más satisfactoria que la conducta inmadura (Axline, 1975).

Según la autora, una persona estará bien adaptada cuando desarrolla la suficiente confianza en sí mismo como para poder exteriorizar su autoconcepto, sacándolo a la luz conscientemente, y puede dirigir su conducta con un propósito determinado para alcanzar la máxima meta en la vida, cual es la completa autorrealización. Por el contrario, una persona estará mal adaptada cuando carece de la suficiente confianza en sí mismo como para dirigir su curso de acción abiertamente, parece estar satisfecho de crecer en su autorrealización en forma vicaria en vez de directamente, y hace muy poco para canalizar este impulso en una dirección más productiva y constructiva.

A partir de estos planteamientos, Axline (1975) desarrolla la *Terapia de juego no-directiva*, la cual se basa en el hecho de que el juego es el medio natural de autoexpresión que utiliza el niño/a, mediante el cual puede expresar sus sentimientos y problemas, de la misma manera que un adulto puede verbalizar sus dificultades en terapia. En la terapia de juego no-directiva el terapeuta deja que sea el niño/a el responsable de su propio proceso y le vaya indicando el camino a seguir. El objetivo es ayudar a los niños/as a que se ayuden a sí mismos a adaptarse. En palabras de Axline (1975), es “un método de ayuda al niño problema a ayudarse a sí mismo” (p. 18).

Por medio de las experiencias en la terapia de juego no-directiva, se da al niño/a la oportunidad de conocerse a sí mismo a través de su relación con el terapeuta. Como

resultado de esta autoexploración, de experimentarse en relación a otros, de autoexpansión, aprende a aceptar y respetarse no sólo a sí mismo, sino también a los demás, utilizando la libertad con un sentido de responsabilidad. Se espera que, a través del juego, los sentimientos, actitudes y pensamientos del niño/a emerjan libremente y sin inhibiciones. El niño/a adquiere una mejor comprensión de sí mismo y de los demás, para poder llegar a relacionarse emocionalmente con más generosidad con otras personas. Se espera que, poco a poco, vaya exteriorizando y expresando también su yo interno: “El niño aprende que en la búsqueda de su yo, ha encontrado una puerta que lo lleva a una comprensión más amplia de todas las demás personas” (Axline, 1975, p. 8).

Según la autora, aquellos niños/as considerados como “niños/as problema” o desadaptados, que carecieron en su mayoría de relaciones donde se les diera cariño, seguridad y un sentimiento de pertenencia, pueden adquirir, a través del proceso de terapia, el sentimiento de que son capaces de autoestimarse, valorarse a sí mismos y autodirigirse, así como también una creciente consciencia de que poseen la habilidad de ser independientes, de aceptarse a sí mismos y de asumir la responsabilidad consciente de su personalidad. Al lograr esto, los niños/as pueden llegar a sincronizar las dos proyecciones de su personalidad: lo que ellos *son*, dentro de sí mismos, y cómo manifiestan externamente este yo interno.

Axline (1975) plantea que cuando existen evidencias de que un niño/a está desarrollando una personalidad desviada, el desafío es ayudarlo a comprenderse a sí mismo, a liberarse de sus tensiones y frustraciones, y a desarrollar plenamente las fuerzas internas que luchan constantemente por lograr un crecimiento, madurez y realización total.

En este sentido, la terapia de juego no-directiva constituye una oportunidad que se ofrece al niño/a para crecer bajo condiciones favorables. Considerando que el juego es, como ya se ha dicho, su medio natural de autoexpresión, el niño/a tiene la oportunidad de actuar por este medio todos sus sentimientos acumulados de tensión, frustración, inseguridad, agresión, temor, confusión, etc. Esto hace que dichos sentimientos emerjan a la superficie y sean expresados abiertamente, con lo cual el niño/a puede enfrentarse a ellos y aprender a controlarlos o a rechazarlos. Cuando el niño/a logra alcanzar una relajación emocional, empieza a darse cuenta del poder interno que tiene para ser un

individuo con derechos propios, y de su capacidad para pensar por sí mismo y tomar sus propias decisiones, adquiriendo así una mayor madurez psicológica; y al lograr esto, llega a realizarse plenamente (Axline, 1975).

**Enfoque gestáltico.** Desde un enfoque más actual, Violet Oaklander (1992, 2008), que desarrolla una *terapia gestáltica para niños y adolescentes*, sostiene que el eje de la terapia es fortalecer el sentido de sí mismo en el niño/a y agudizar su toma de conciencia, permitiendo que recupere y se re-encuentre con aquellas partes que han ido quedando fuera, a través del autodescubrimiento o redescubrimiento de sus propias vivencias. El objetivo es ayudar a los niños/as a expresar aquellos sentimientos y conductas que están bloqueados y que han interferido con su proceso de crecimiento emocional. Este “desbloqueo” emocional y un fuerte sentido del yo favorecerían, a su vez, un cambio positivo en las conductas y la desaparición de los síntomas, junto con contribuir a un mejor contacto con el entorno.

La terapia que propone la autora, que considera distintas técnicas –juego, dramatizaciones, dibujos y otras expresiones gráficas y plásticas, fantasía, narración y poesía, entre otras- le permitiría al niño/a tener experiencias significativas en el proceso, logrando que pueda experimentar su rol activo en la terapia y en la expresión de sus propios sentimientos y conductas, y de esta forma también pueda explorar nuevos comportamientos. Mediante las distintas técnicas y esta participación activa que promueve el terapeuta, se provee un espacio que favorece en el niño/a la toma de conciencia, el “darse cuenta”, el contactarse con el “aquí y ahora” y el fortalecimiento de su yo (Oaklander, 2009).

### **Teorías Sistémicas**

Surgen por un cambio epistemológico, desde una mirada que se focaliza en las dinámicas intrapsíquicas del individuo, a otra que se focaliza en las dinámicas relacionales. Hasta ahora, la gran mayoría de las teorías revisadas, principalmente las clásicas, apuntan y se centran predominantemente en el cambio en el niño/a, ya sea en la dimensión del inconsciente, el yo, la conducta, la cognición, las emociones, la identidad o el sí mismo. Pero, ¿qué pasa con el entorno inmediato del niño/a, es decir, su familia?

Si bien desde los comienzos del psicoanálisis Anna Freud (1927) se refirió a las relaciones familiares como relevantes para la conceptualización y el tratamiento de la psiquis humana, consideró sólo la dinámica intrapsíquica de estos aspectos familiares, y no su manifestación en la relación (real) del paciente con los miembros de su familia, obviando la intervención con estos últimos dentro de la psicoterapia.

Será posteriormente Bateson (1976) quien propondrá un nuevo paradigma de la comprensión del individuo dentro de un sistema, planteando que ciertos procesos relacionales y comunicacionales contribuyen a generar patologías.

La familia comienza a ser considerada como un *sistema*, entendido como el conjunto de elementos vinculados entre sí que conforman un todo, y que se rige por el principio de *totalidad* (“el todo es más que la suma de sus partes”). A partir de lo anterior, se plantea que el análisis individual de los elementos que lo conforman (niño/a, miembros de la familia) sería insuficiente para la comprensión de la totalidad del sistema (familia) y sus dinámicas. Al mismo tiempo, se plantea que al analizar los componentes del sistema (individuos) es de extrema relevancia considerar el contexto en el que se encuentran. Al principio de totalidad se agrega el de la *circularidad*, según el cual se daría una influencia recíproca entre los elementos del sistema, de tal manera que un movimiento dentro de éste afecta a todos sus miembros. Posteriormente, se agregan conceptos de la cibernética, relacionados con patrones de comunicación y organización de los sistemas, incorporando así el concepto de *feedback* negativo u *homeostasis* (reductor de la desviación/mantenedor del equilibrio del sistema) y *feedback* positivo o *morfogénesis* (amplificador de la desviación/generador de cambio); se considera que todos estos conceptos son aplicables al sistema familiar (Andolfi, 1991).

De aquí en adelante, y considerando los principios sistémicos antes mencionados, se comienza a aplicar un “lente contextual” en la psicoterapia, especialmente con niños/as, incorporando a la familia en la comprensión del caso y en las intervenciones terapéuticas, obteniéndose resultados favorables (Fishman & Rosman, 1986). Más adelante se incorpora la categorización de sub-sistemas familiares, tales como el sub-sistema parental, conyugal, fraternal, entre otros (Andolfi, 1991).

A continuación se revisarán las principales escuelas y/o enfoques de la teoría sistémica, y su más reciente integración con los enfoques psicodinámicos, especialmente con la teórica del apego.

**Enfoque estructural.** Centrándose en la familia o sistema como “paciente”, este enfoque promueve un cambio en la estructura del sistema familiar, el cual generaría un cambio en las posiciones de sus miembros al interior de éste. Esto permitiría tener una nueva visión respecto del problema, y eso, a su vez, generaría un cambio en la experiencia (Minuchin, 1995). La *estructura* es entendida como las pautas de interacción relativamente duraderas, que concurren a ordenar u organizar sub-unidades componentes de la familia (subsistemas), en relaciones más o menos constantes. Se trata de un conjunto de demandas funcionales, que organiza la manera de interactuar entre los miembros de la familia (Fishmann, 1994). La estructura estaría conformada entonces por las relaciones y la configuración de los subsistemas.

Se parte desde una visión de lo que se espera como “desarrollo normal”: una familia que funciona con eficacia es aquella que se constituye como un sistema social abierto, en transformación, que mantiene nexos con el contexto y lo extra-familiar, que posee capacidad de desarrollo y cambio, y que tiene una estructura de organización compuesta por subsistemas, con límites adecuados (ni muy difusos ni muy rígidos) entre ellos. Estos parámetros de funcionamiento normal orientan acerca de dónde intervenir y dónde se debe generar un cambio en la psicoterapia (Minuchin, 1995; Minuchin, Montalvo, Guerney, Rosman, & Schumer, 1985).

En este enfoque se da gran relevancia a los subsistemas familiares, los cuales se organizan necesariamente en jerarquías, y se crean y perduran porque se establecen fronteras claras entre ellos, como rutinas que protegen y separan funciones especializadas para cada subsistema.

Tomando en cuenta estos principios, el enfoque estructural considera cuatro tipos de patología: de las fronteras, de las alianzas, de los triángulos y de las jerarquías. La patología de las fronteras dice relación con la distancia que hay entre los miembros del sistema y/o subsistemas, dando origen a familias desacopladas (excesiva distancia, que genera aislamiento) o enmarañadas (distancia muy escasa, que genera un excesivo

involucramiento o “invasión” de los espacios). Se considera que lo más adecuado es no situarse en ninguno de estos dos polos. La patología de las alianzas, que tiene que ver justamente con las alianzas que existen entre los miembros de la familia, genera una desviación de los conflictos –por ejemplo, entre los padres- y la designación de un chivo emisario –por ejemplo, la patología o un problema en el niño/a-. La patología de los triángulos se relaciona con desviaciones y coaliciones; por ejemplo, coaliciones intergeneracionales inadecuadas entre un padre y su hijo/a, que descalifica y anula a la madre en su rol y funciones que le son propias. Finalmente, está la patología de las jerarquías, donde puede darse, por ejemplo, una inversión de dichas jerarquías, donde el hijo/a es quien está a cargo y cuida a los padres, en lugar de ser al revés (Minuchin, 1995; Minuchin & Fishman, 1983).

. El diagnóstico estructural, y por ende, los aspectos donde se focaliza el tratamiento para generar un cambio en la estructura familiar, incluye analizar las alianzas y coaliciones, las fronteras entre los subsistemas y la distribución de las jerarquías entre subsistemas. De esta manera, lo que se espera promover durante la terapia es la existencia clara y funcionamiento adecuado de los subsistemas dentro del sistema familiar; si estos no están o son difusos, el terapeuta debe construirlos y trabajar sobre ellos. También se busca llegar a una adecuada distancia y fronteras entre subsistemas; desarmar aquellas alianzas patológicas que podrían estar contribuyendo a la problemática del niño/a y generar alianzas nuevas, más sanas y/o que contribuyan a resolver el problema del niño/a; eliminar los triángulos y coaliciones patológicas; y restaurar las jerarquías en su orden natural. En definitiva, lo que se busca finalmente es generar una estructura nueva en todo el sistema familiar (Minuchin, 1995; Minuchin et al., 1985; Minuchin & Fishman, 1983).

**Escuela italiana: Andolfi y colaboradores.** Desde este enfoque, la familia es concebida como un sistema en constante interacción, tanto entre sus miembros como con otros sistemas. Las perturbaciones surgen de tensiones o estímulos de cambio, que pueden ser intra o extrasistema. Estas tensiones inducen un proceso de adaptación, lo cual requiere de mantención y continuidad del sistema (homeostasis) o de crecimiento (cambio) (Andolfi, 1991; Andolfi, Angelo, Mengui, & Nicolo-Corigliano, 1985).

En relación al síntoma, se plantea que lo más relevante es considerar su dimensión relacional. La patología o la problemática no residen en el niño/a, sino que tienen que ver con la dinámica familiar y las relaciones que se establecen al interior de la familia. La sintomatología o el síntoma son vistos como una denuncia de lo que allí ocurre, por lo que siempre comunica una demanda de cambio. En la terapia, lo que se desafía es el síntoma y la función que cumple, lo que implica provocar (cuestionar) las reglas de relación imperantes en la familia (Andolfi, 1991; Andolfi et al., 1985).

Según Andolfi (1991), para poder generar un cambio, la atención no debe dirigirse a la persona (en este caso, el niño/a), “sino a los sistemas relacionales de los que participa: al pasar de lo individual a lo colectivo, el interés se traslada (...) de la explicación del comportamiento individual, tomado aisladamente, a la observación de las interacciones que ocurren entre los diversos miembros de la familia y (...) entre la familia entendida como unidad y los otros sistemas que interactúan con ella” (p. 23).

Si bien el foco está puesto en modificar el funcionamiento e interacciones familiares disfuncionales, se plantea que, al generarse un cambio allí, se generaría también un cambio en la forma de interactuar del niño/a, tanto con su entorno inmediato –familia– como con el medio circundante. El cambio en la dinámica familiar, además, se vería reflejado en la disminución de los síntomas en el niño/a, recordando que, desde este enfoque, el síntoma es visto como una forma de mantener la homeostasis (equilibrio) de un sistema enfermo. Luego de las intervenciones, al encontrar el sistema un nuevo equilibrio, es decir, una homeostasis más sana, el síntoma ya no sería necesario, por lo que tiende a desaparecer (Andolfi, 1991).

**Desarrollos más recientes: integración de la teoría sistémica con la teoría del apego.** Desde el enfoque sistémico, se han desarrollado múltiples formas de observar e intervenir en los contextos familiares, haciendo hincapié en las dificultades estructurales de estos sistemas o, más recientemente, en los problemas a nivel de los significados y creencias familiares que entorpecen la adaptación y crecimiento de sus miembros. Con el objetivo de enriquecer la comprensión de las dinámicas familiares y el desarrollo del sistema familiar, se comenzó a entrelazar teorías, entre ellas la teoría del apego (Cerfogli, 2011).

Según Cerfogli (2011), la vinculación con esta teoría permite desarrollar herramientas de observación de la interacción paterno-filial, las cuales son coherentes con los conceptos propios del enfoque estructural -ya revisados-, tales como límites, comunicación y jerarquías dentro de los sistemas familiares. Junto con esto, la teoría del apego también contribuye a las corrientes sistémicas que apuntan a los aspectos del significado (lealtades invisibles, mandatos, creencias, mitos, etc.) con los denominados *modelos internos de relación*.

Algunos autores dentro del enfoque sistémico se refieren a las conductas de apego como una de las tantas conductas dentro de los sistemas familiares. Proponen un modelo ecológico para visualizar el apego, donde la clave está en la capacidad de los sistemas familiares para generar *marcos compartidos de interpretación*. Desde este modelo, los síntomas en los miembros de una familia son vistos como indicadores del sistema para tener este marco compartido de interpretación; la ausencia de este marco hace que el sistema falle en dar sostén y alivio a los miembros de la familia. Mientras desde la teoría del apego se enfatiza la *sensibilidad de los padres* como factor clave para generar patrones de apego seguro en los niños/as, se puede reencuadrar este concepto como la *capacidad de los padres para sintonizar con sus hijos/as*, y promover así un marco compartido de interpretación y *comunicaciones funcionales* (Cerfogli, 2011).

Por su parte, Vetere & Dallos (2008), que desarrollan una Terapia Narrativa del Apego (*Attachment Narrative Therapy* [ANT]), señalan que *el cambio terapéutico se debe enfocar en la modificación de las interacciones y los modos de comunicación familiar*, apuntando principalmente a *desafiar estilos comunicacionales de apego inseguro*.

Al respecto, estos autores plantean que, en el caso de un estilo familiar en la línea de lo evitativo, estos contextos tenderán a comunicar y enfatizar las cogniciones, y a ignorar o sobre-simplificar los aspectos emocionales en la interacción. Por lo tanto, el proceso terapéutico debería enfocarse en desafiar este modo de comunicación, favoreciendo que los miembros de familia tomen riesgos emocionales y que puedan identificar, elaborar y comunicar estas emociones, a través del expresar sus afectos directamente, escuchar los sentimientos de los demás, y propiciar también el escuchar



las emociones de incomodidad o malestar sin huir rápidamente de la repercusión emocional.

En un estilo familiar más ambivalente, tenderán a generarse escaladas emocionales intensas, que no dan cabida a la reflexión. El proceso terapéutico deberá enfocarse entonces en propiciar espacios de reflexión en sesión, incluyendo información nueva que ayude al sistema a observarse a sí mismo y permita a cada miembro detenerse en aspectos no considerados de sus dinámicas habituales (Vetere & Dallos, 2008).

Es posible concluir, según Cerfogli (2011), que tanto el enfoque sistémico como la teoría del apego convergen en una mirada del sujeto en relación con otros, donde los cambios terapéuticos son posibles considerando siempre el contexto en el cual se fueron desarrollando estos estilos de comportamiento y estos modos de enfrentar las adversidades. Ambas corrientes afirman que el síntoma tiene una comprensión funcional para el sujeto y su entorno, y ambas también plantean que lo que hoy es disfuncional, alguna vez fue vital y funcional para la sobrevivencia del sujeto.

Según la autora, cuando un niño/a presenta síntomas, podemos pensar que su entorno más próximo tiene dificultades a distintos niveles, incluyendo el del apego, aun cuando su problema resulte ajeno a esta temática. Todo problema individual pasa por la funcionalidad que tiene en un enlace de *interacciones y formas de comunicarse*, que implican un *estilo de apego* predominante a la base.

Los procesos de apego resultan ser un poderoso concepto clínico, ya que dan cuenta de la capacidad de establecer relaciones de intimidad dentro de un sistema, considerando aspectos como la capacidad que una familia y cada uno de sus miembros tiene de integrar en su conducta la información dada por el contexto, tanto a nivel emocional como cognitivo. La rigidez y menoscabo del uso de esta información ayuda a comprender los procesos disfuncionales en las relaciones familiares y en los procesos de desarrollo individual. *Todos estos aspectos deberían estar incluidos al momento de diseñar un plan de tratamiento* desde esta óptica (Cerfogli, 2011).

En el proceso terapéutico, las familias aprenden principalmente una forma de funcionar distinta a la previa, que considera la información que antes no consideraba de cada uno de sus miembros, información que pasa por las necesidades afectivas y las estrategias particulares de cada uno. El terapeuta tiene así el rol de permitir que esas

ventanas se abran en el espacio terapéutico, y de buscar modos de intervención que desafíen los modelos internos previos. El permitir que los miembros de una familia exploren en el contexto terapéutico, implica que puedan observar sus acciones habituales, evaluar los resultados de éstas y, a la vez, escucharse mutuamente en las necesidades individuales. De esta forma, se van generando los *marcos interpretativos conjuntos* que hacen que la comunicación sea más clara y consistente. Esto lleva a que, en las intervenciones dentro del sistema, constantemente se produzca un fluir entre lo individual y lo familiar, de modo de promover el desarrollo personal pero sin amenazar la pertenencia grupal, tan importante para los niños/as que requieren aún de sus figuras de apego concretas y presentes. Es así como el trabajo terapéutico pasa por reparar vínculos y estrategias de apego, que resultan nocivas para el niño/a en la actualidad, en algún ámbito de su vida, privilegiando también las intervenciones con su entorno familiar (Cerfogli, 2011).

**Terapia narrativa para niño/as.** Dentro de las teorías sistémicas, aparece también el *enfoque narrativo*, cuyo principal objetivo es ayudar al paciente a contar o volver a contar historias sobre las personas y los problemas de su vida, basándose en el supuesto de que las conversaciones pueden configurar realidades nuevas y que el lenguaje puede darles a los hechos la forma de *relatos de esperanza*. Las personas cuentan *historias* en su diálogo interior y en las comunicaciones sociales sobre sí mismas y sobre los demás. Estas *historias personales y relacionales* se presentan de múltiples formas; trágicas, cómicas románticas, triviales y repetitivas; algunas estimulan, otras acusan o degradan. Los seres humanos utilizan los relatos para organizar, predecir y comprender la complejidad de las experiencias de la vida, por lo tanto, las opciones que las personas tienen se configuran en gran medida por los significados que le atribuyen a los acontecimientos y a las alternativas que consideran como posibles (Freeman, Epston & Lobovits, 2001).

Según Cerfogli (2011), este enfoque de las narrativas también da la posibilidad de ser usado para lograr lo planteado por la teoría del apego, desafiando los relatos previos que generan estrategias desadaptativas, y reescribiendo nuevas maneras de vivenciar el

pasado, presente y futuro, y por ende, modificando los estilos de apego preexistentes en las relaciones.

En el caso de los niños/as, sus historias o narraciones no siempre son verbales, ellos a menudo utilizan otras formas de expresión, como los dibujos, cuentos y juegos. Por lo tanto, en el trabajo terapéutico con niño/as, es de vital importancia atender a los significados de los acontecimientos que relatan, narran o muestran, no sólo a través de las palabras, sino también a través de acciones o dibujos, prestando también atención al simbolismo y la metáfora presente en ellos (Freeman et al., 2001).

En la terapia narrativa para niños/a, lo que se hace es invitarlos a ellos y a las familias a compartir explicaciones de hechos pasados y a especular sobre el futuro en el curso de una historia nueva. El terapeuta, junto con el niño/a y su familia, desarrollan alternativas a las narraciones saturadas de problemas que inciden de forma adversa en sus vidas. Es posible que los niños/as y sus familias no controlen el problema que pueda existir en sus vidas, pero incluso en este caso, la forma que tienen de vivir con él sigue siendo algo que pueden decidir. Se busca que el niño/a logre desarrollar una explicación alternativa y convincente de su relación con el problema, y luego una historia alternativa; es decir, imaginar posibilidades nuevas (Freeman et al., 2001).

Dentro de las principales herramientas terapéuticas de este enfoque, se encuentra la *exteriorización*, que consiste en separar a las personas de los problemas. A diferencia de lo que habitualmente se cree y se hace, de identificar a la persona con el problema o de concebir el problema como algo interno a la persona –lo cual dificulta el cambio-, en la terapia narrativa se presenta el problema como algo externo, lo que permite disponer de construcciones más liberadoras y mitigar la presión de la culpa y la preocupación. Al dejar de decirse que el problema le es inherente, el niño/a o los miembros de su familia pueden situarse en una posición más efectiva y crítica respecto de éste, relacionarse de otra manera con él, ampliando las opciones y las posibilidades en esta relación (Freeman et al., 2001)

Esta práctica también tiende a crear climas menos densos, ya que es inherentemente lúdica e invita a los niño/as a ser más creativos al abordar sus problemas y dificultades, en vez de estar inmovilizados por la vergüenza, la culpa o el remordimiento. Según Freeman y colaboradores (2001), se puede observar que cuando se exterioriza un

problema, la actitud de los niños/as en la terapia cambia, participando activamente y con entusiasmo de la conversación terapéutica: “Se les nota el alivio en la cara. Se les iluminan los ojos, como diciendo: ‘Sí, eso es, así es como lo veo yo. No es culpa mía” (p.31). Según los mismos autores, el sentimiento de eficacia de los niños/as como agentes del cambio aumenta claramente cuando experimentan las distintas posibilidades en relación con un problema exteriorizado.

Durante la terapia, es importante centrarse en las cualidades del niño/a y en sus ganas de cambiar, ya que esto dará luces sobre sus recursos, necesarios para abordar el problema. Estos descubrimientos se pueden convertir en los cimientos sobre los que se construya una historia alternativa, una historia basada en las competencias del niño/a y la familia, y lo suficientemente atractiva como para contraponerla a la historia dominada por el problema. Con el conocimiento específico de sus intereses y habilidades el terapeuta sabrá qué puede aportar el niño, que se pueda oponer al problema. Con este conocimiento, el terapeuta puede luego unirse al niño/a en una conversación lúdica, ofreciéndole *puentes lingüísticos* que le permitan intentar resolver el problema por sí mismo y de manera creativa, desarrollando posibles (nuevos) significados y abriendo el camino a ideas originales para resolver el problema (Freeman et al., 2001).

Respecto al trabajo con la familia y los cambios que se espera generar allí, se plantea que cuando los miembros de la familia llegan a terapia, ya están llenos de *historias saturadas del problema*, y el sufrimiento aumenta cuando dicho problema implica algo negativo sobre el niño/a o sobre la identidad de la familia, la cual es descrita como inadecuada, inútil, mala o voluntariamente negligente. Según Freeman et al. (2001), a diferencia de los enfoques sistémicos más tradicionales, el enfoque narrativo busca centrarse en las experiencias positivas de la vida, apuntando a buscar y descubrir aquellas *excepciones*, que consisten en pensamientos, motivaciones, intenciones, sentimientos o acciones que se contradicen con la historia saturada del problema. A partir de todo esto, se van construyendo, en conjunto con la familia, *historias alternativas*, que contrastan con la imagen problemática del niño/a y de la familia y que reflejan tanto la riqueza de sus vidas como la forma en que prefieren que se les defina y conozca.

De esta manera, según los autores, la terapia familiar desde el enfoque narrativo se presenta como una oportunidad de cambio también para los padres, e incluso considera a los mismos niños/as como participantes que aportan en la sesión oportunidades de crecimiento de sus padres. Lo que se busca es, fundamentalmente, revelar los efectos que produce la convicción de que los “malos padres” (en especial las madres) son la causa de los problemas de los hijos/as, tal como lo señalan algunas teorías psicológicas (y la cultura en general). Una vez que se exteriorizan, estas convicciones pueden ser objeto de comentario y de crítica. Esto reduce los efectos corrosivos de la culpa que desde fuera se atribuye a los padres y de la culpa que desde el interior se atribuyen ellos mismos, permitiéndoles liberar su creatividad y propiciar el cambio dentro de su mundo de actitudes y conductas parentales (Freeman et al., 2001).

## **Síntesis, Análisis Comparativo de los Enfoques y Conclusiones Estudio 1**

Respecto a la **teoría psicoanalítica clásica**, podría decirse que el objetivo terapéutico con los niños/as, y por ende, el foco principal del cambio -según los principales exponentes del psicoanálisis infantil- se centraría en aliviar y sanar la culpa y la angustia inconsciente generada ya sea por la presencia de un superyó precoz, como plantea Melanie Klein, o por una falla materna temprana -*holding*- que debe ser reparada, como plantea Donald Winnicott. A esto se suma el fortalecimiento del yo, mediante la eliminación de las defensas patológicas y la instauración de defensas más sanas, como plantea Anna Freud.

Arminda Aberastury, por su parte, plantea que lo central es la modificación intrapsíquica, que se traduciría en un fortalecimiento del yo, la disminución de la severidad del superyó, la aparición de conciencia de conflicto, la capacidad para tolerar frustraciones, la flexibilidad en el uso de las defensas y la utilización de mecanismos de defensa más sanos, indispensables para la adaptación al medio. Agrega que, cuando estos cambios (y otros) se han logrado, la conducta del niño/a también se modifica.

Esto último coincide con los planteamientos de Hug-Helmuth, quien señala que si bien la mayor parte del proceso terapéutico se realiza en el inconsciente del niño/a, solamente el cambio de su comportamiento es la prueba de que el trabajo analítico ha sido eficaz.

A partir de todos estos planteamientos, podría decirse que los postulados del psicoanálisis infantil, en general, se sitúan, directa o indirectamente, en más de una dimensión del desarrollo: el énfasis está puesto en los cambios intrapsíquicos, que se relacionan con la elaboración consciente de afectos y/o cogniciones presentes en el inconsciente. Esto, eventualmente, se vería reflejado también en un cambio comportamental y/o relacional (cambios en las relaciones objetales), que los psicoanalistas sitúan en los aspectos transferenciales de la relación con el terapeuta (Gispert, 1985) y que, más recientemente, se ha abordado desde el concepto de “patrones relacionales” (Luborsky & Crits-Christoph, 1990).

Por otra parte, y vinculado a lo intrapsíquico, también estaría presente una dimensión identitaria, al plantear como parte del cambio la integración y el fortalecimiento de un

yo más sano y maduro en el niño/a y la recuperación de la continuidad de su ser, acorde a su etapa evolutiva.

Respecto a los **postulados más recientes del psicoanálisis, incluyendo la mentalización y teoría del apego**, podría decirse que estos se plantean desde una perspectiva más integradora, al abordar y dar similar énfasis a varias dimensiones del desarrollo del niño/a. Así, se alude a una dimensión cognitiva, afectiva, relacional – consigo mismo y con los otros- e identitaria o de desarrollo del self, pero no de manera separada, sino interconectadas unas con otras. Así, por ejemplo, en relación a la regulación afectiva, Fonagy et al. (2002) consideran que la cognición actúa sobre los afectos, dado que el proceso regulatorio tiene lugar mientras la persona permanece en el estado afectivo. En definitiva, para que esa regulación se produzca, es necesaria una contribución cognitiva.

Respecto a la participación de los padres en la terapia y los cambios esperados, si bien los autores del enfoque psicoanalítico clásico, principalmente A. Freud y Aberastury, plantean que su participación es prescindible o incluso contraproducente, autores más recientes como Midgley et al. (2013) consideran que la participación de los padres es una parte integral del tratamiento. Así, se espera que en ellos también se generen cambios, relacionados principalmente con su capacidad reflexiva y de mentalización, la conexión con sus propios afectos y consciencia respecto a sus comportamientos, y las interacciones entre padres e hijos/as. Estos planteamientos promoverían entonces cambios principalmente en las dimensiones cognitiva, afectiva, comportamental y relacional de los padres.

Desde el **enfoque cognitivo-conductual clásico**, se plantea que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de las personas. Por lo tanto, desde este enfoque, el principal objetivo terapéutico consiste en producir un *cambio cognitivo – cambio en el pensamiento y sistema de creencias disfuncionales* del paciente- para lograr, a partir de allí, una *transformación de sus emociones –o estado de ánimo- y comportamientos*.

En su aplicación a la terapia con niño/as (CBPT) se busca algo similar: generar cambios en el propio *pensamiento y percepciones del niño/a*, así como también en su *comportamiento*, reemplazando formas desadaptativas de afrontamiento por opciones más adaptativas. Junto con esto, se busca además desarrollar una *adecuada expresión verbal de los sentimientos*.

Se observa así que este enfoque integra, en su concepto de cambio, los ámbitos de la emoción, el comportamiento y la cognición, reconociendo su interdependencia, pero utilizando esta última como principal camino para la transformación terapéutica.

No obstante lo anterior, autores como Kendall (1991) plantean que la dimensión social o interpersonal también debe ser incluida en el trabajo terapéutico. Postula así un modelo multifacético o multidimensional para el logro del cambio, que integre estrategias cognitivas, conductuales, afectivas y sociales (aunque deja de lado lo identitario).

El enfoque constructivista-evolutivo, por su parte, plantea que el foco de las intervenciones debe estar en el crecimiento personal, a través del descubrimiento de nuevas formas de significar la relación de sí mismo con la realidad, mediante la reestructuración cognitiva y teniendo siempre presente la organización de la identidad y la personalidad. El principal énfasis de este enfoque está puesto en la dimensión identitaria, incluyendo y enfatizando lo cognitivo, pero considerando también la relevancia de lo afectivo (elementos emocionales) y lo relacional (experiencias del paciente con el medio), dada su incidencia en la construcción de la propia identidad.

Respecto a la **teoría humanista-gestáltica**, y haciendo una síntesis e integración de los postulados de Virginia Axline y Violet Oaklander, podría decirse que, para ambas, los principales objetivos de la psicoterapia infantil son fortalecer el *sentido de sí mismo* en el niño/a y agudizar su *toma de conciencia*, permitiendo la expresión y el reconocimiento del “yo interno” y haciendo factible su realización y *ajuste a las exigencias del medio*. Se busca además que el niño/a haga *insight respecto de sus sentimientos y emociones*, y logre expresarlos. Este “desbloqueo” emocional y un fuerte sentido del yo favorecerían, a su vez, un cambio positivo en las *conductas* y la *desaparición de los síntomas*, junto con contribuir a un mejor *contacto con el entorno*.



A partir de lo anterior, podríamos decir que en el centro del concepto de cambio de la teoría humanista-gestáltica están las **dimensiones** del desarrollo de la identidad y de la relación consigo mismo, junto con el ámbito de los afectos. Pero también, aunque de manera indirecta o como producto del cambio en estos ámbitos, aparecen la dimensión comportamental (vinculada a los síntomas) e interpersonal (vinculada a la relación con otros, el contacto con el entorno y el ajuste a las exigencias del medio).

En relación al **enfoque sistémico**, si bien existen distintas escuelas, autores y desarrollos teóricos, es posible extraer los postulados más relevantes, haciendo una síntesis integrativa. Lo primero es que este enfoque surge por un cambio epistemológico, que promueve salir de lo intrapsíquico, propio de los enfoques psicoanalíticos, para focalizarse en el *ámbito relacional*. Esto implica entender y analizar a la persona no separada de su entorno, sino como resultado y a la vez parte influyente del sistema del cual forma parte (la familia). Se destaca como idea fundamental que el problema no reside en el niño/a, sino que tiene que ver con la *dinámica familiar*, ya que la sintomatología o el síntoma son vistos como denuncia de lo que ocurre al interior de la familia y como una demanda de cambio. De esta forma, el foco de la intervención se amplía, desde una mirada predominantemente individual a una sistémica, saliéndose de la díada paciente-terapeuta para incluir a la familia y el contexto.

Respecto a los objetivos de la terapia (cambio), si bien el foco está puesto en modificar la *estructura*, el *funcionamiento*, la *comunicación* y las *interacciones familiares disfuncionales*, así como también, más recientemente, los problemas a nivel de los *significados* y *creencias familiares*, que entorpecen la adaptación y crecimiento de sus miembros, se plantea que, al generarse un cambio allí, se generaría también un cambio en el niño/a. Así, el cambio en la dinámica familiar se vería reflejado en la disminución de los síntomas en el niño/a y en su forma de interactuar, tanto con su entorno inmediato –familia– como con el medio circundante, logrando ajustarse a una nueva realidad, donde su forma de comportamiento anterior ya no le es útil, y desarrollando nuevos modelos de apego y nuevas formas de vincularse con otros.

Como vemos, el enfoque sistémico pone como eje fundamental del cambio la dimensión relacional.

Si profundizamos en el análisis comparativo de los enfoques, vemos que, en términos generales, los focos principales del cambio psicoterapéutico para las teorías psicoanalítica y cognitivo-conductual clásicas, y para la humanista-gestáltica, corresponden a las dimensiones del inconsciente, los afectos y emociones, el comportamiento, la cognición, el sí mismo y/o desarrollo del self, dando cada una de ellas mayor o menor énfasis a dichas dimensiones. Desde estos enfoques más clásicos, el ámbito de lo relacional también es abordado, pero de manera más bien indirecta o como resultado del cambio en las otras dimensiones.

En los desarrollos posteriores de estos enfoques, principalmente en lo relativo a la mentalización y teoría del apego, por una parte, y en los postulados de Kendall (1991) respecto a la terapia cognitivo-conductual, la dimensión de las relaciones interpersonales aparece como fundamental y necesaria de ser incluidas en el trabajo terapéutico.

Pero sería el enfoque sistémico, en sus distintas escuelas y corrientes teóricas, el que pone como foco principal del cambio el ámbito relacional, tanto del niño/a como de la familia en su conjunto.

Por otro lado se observa, en los postulados de los enfoques cognitivo, narrativo y humanista-gestáltico, una interrelación de los aspecto cognitivos y emocionales en la generación del cambio en el niño/a durante la terapia, pero considerados de manera diferente. Por un lado, en el enfoque cognitivo-conductual (clásico) se plantea que las emociones serían consecuencia del procesamiento cognitivo de la información, y por lo tanto el objetivo de la terapia estaría enfocado en la modificación de creencias irracionales y distorsiones cognitivas, lo que tendría incidencia en el ámbito afectivo. De manera similar, en el enfoque narrativo se plantea que a través de la conversación lúdica durante la terapia, se ofrecen al niño/a puentes lingüísticos, que le permitan resolver los problemas por sí mismo de manera creativa y novedosa, y desarrollar nuevos significados, que a su vez lo liberen de aquellos sentimientos que lo tenían inmovilizado (vergüenza, culpa, remordimiento). En el enfoque humanista-gestáltico, la relación entre lo cognitivo y lo afectivo sería más bien a la inversa. La terapia se centra en el “desbloqueo” emocional, permitiendo la expresión de aquellos afectos que habían estado guardados. Cuando el niño/a logra alcanzar una “relajación” emocional, empieza

a darse cuenta de su situación en el mundo, de sus capacidades y empieza a contactarse mayormente con su entorno.

Respecto a los cambios comportamentales, tanto Hermine Hug-Helmuth como Arminda Aberastury convergen, y a la vez disienten, con el enfoque cognitivo-conductual. Esto ya que, por una parte, estas autoras del psicoanálisis infantil y el enfoque cognitivo-conductual reconocen que el cambio comportamental del niño/a es reflejo del resultado terapéutico. Sin embargo, difieren respecto a si dicho cambio conductual es producto de un “verdadero” cambio interno. Aberastury (1999), por ejemplo, señala que “no siempre los cambios de conducta son consecuencia de un verdadero cambio interno, en cuyo caso los síntomas vuelven o surgen otros nuevos” (p. 31). En el enfoque cognitivo-conductual, en cambio, se plantea que un cambio comportamental sí sería reflejo de un cambio interno, específicamente a nivel cognitivo, ya que al producirse una modificación del pensamiento (disfuncional) la conducta desadaptativa o sintomática desaparece.

Dentro del enfoque humanista-gestáltico también se plantea el cambio en el comportamiento o conducta del niño/a como parte del proceso terapéutico, pero nuevamente como resultado más bien de un cambio a nivel afectivo e incluso identitario. Al respecto, Oaklander (1992, 2008) señala que cuando se produce el “desbloqueo” emocional y se ha logrado desarrollar un fuerte sentido del yo, se produce también un cambio positivo en las conductas y los síntomas desaparecen.

Todos los enfoques revisados conciben al niño/a dentro de su contexto social, considerando como objetivo fundamental de la psicoterapia lograr su adaptación a dicho entorno. Dentro del psicoanálisis infantil, se plantea que uno de los resultados del análisis es lograr la buena adaptación del niño/a a su medio y a su vida fuera del marco terapéutico y capacitarlo para adaptarse “totalmente” y de manera realista a la realidad, tolerando las frustraciones que ésta le impone y disminuyendo las defensas patológicas, pudiendo así relacionarse adecuadamente con sus pares, sus padres y desenvolverse de mejor manera en su ambiente (hogar, escuela).

Sumado a esto, desde los desarrollos posteriores del psicoanálisis, se plantea como objetivo que el niño/a sea más flexible para adaptarse emocionalmente a situaciones cambiantes y para recuperarse frente a los problemas, fomentando la independencia,

seguridad en sí mismos y la autoestima. Esta búsqueda de flexibilidad para la adaptación también se puede observar en el enfoque cognitivo, en el cual se espera que el niño/a pueda desarrollar nuevas formas de enfrentar y resolver los problemas; y en el enfoque sistémico vinculado a la teoría del apego, desde donde se plantea que cuando aquellas dinámicas y estrategias que algunas vez fueron adaptativas ya no lo son para el ambiente actual, éstas deben ser modificadas, para lograr la adaptación del niño/a a su entorno y etapa del desarrollo.

La relevancia que los distintos enfoques otorgan a que el niño/a logre adaptarse a su entorno social dice relación no sólo con la adaptación en sí, con sus padres, pares, etc.; sino también porque es a través de esta interacción con los otros que el niño/a logra desarrollarse plenamente, construir su identidad, desarrollar nuevas posibilidades de comunicarse y de resolver problemas, desplegar su sentido de agencia, de autogestión y construir una autoestima positiva.

Junto con la adaptación al medio, también existe una concepción evolutiva en la mayoría de los enfoques, en el sentido de plantear como objetivo terapéutico promover el desarrollo del niño/a y devolverlo a su cauce natural, meta que se alcanza cuando se vuelve a poner en marcha este proceso de desarrollo, que ha estado detenido o “desviado” de su curso normal.

En relación al trabajo terapéutico con los padres, se observan bastantes diferencias, así como también algunas similitudes entre los diferentes enfoques. Dentro del enfoque sistémico, como ya hemos visto, el trabajo psicoterapéutico comprende el trabajo con el grupo familiar, considerando la participación de los padres como parte esencial del tratamiento para lograr el cambio en el niño/a (y en la familia), lo cual difiere de manera importante con los postulados del psicoanálisis infantil clásico. Así, por ejemplo, Arminda Aberastury (1991) señala que la intervención no debe pretender modificar la conducta de los padres ni la del grupo familiar, ni pretender su intervención en la curación del niño/a, ya que las modificaciones en los padres serían imposibles, puesto que en ellos operan mecanismos inconscientes que muchas veces los llevan a no poder seguir los consejos del terapeuta. No obstante lo anterior, Aberastury (1991) y Klein (1987) reconocen que el tratamiento psicoanalítico con el niño/a sí puede generar cambios en los padres, específicamente en su trato hacia el niño/a; esto, debido a que su

mejoría disminuye la culpa de los padres, la cual es un factor inconsciente de muchos de sus errores en la conducción del hijo/a. De esta forma, es posible observar que si bien el modo como se aborda el trabajo con los padres es radicalmente diferente entre el enfoque sistémico y el psicoanálisis infantil clásico, existe convergencia en el reconocimiento de que el cambio en un miembro de la familia puede a su vez generar cambios en los otros miembros.

Como ya hemos señalado, en los desarrollos más recientes del psicoanálisis, específicamente en lo referido a la mentalización y teoría del apego (Midgley et al., 2017), los padres forman parte integral del tratamiento, similar a los que ocurre dentro del enfoque sistémico, aunque con matices. En los desarrollos más recientes del enfoque cognitivo-conductual (Kendall, 1991), por su parte, los padres también son involucrados en el tratamiento, en la medida en que su funcionamiento cognitivo y/o comportamental sea desadaptativo y/o contribuya a la problemática del niño/a, debiendo potenciarse de manera conjunta los cambios en el sistema familiar y en el niño/a. Aquí vemos entonces mayor similitud entre estos enfoques.

En el caso del enfoque humanista-gestáltico, no se hace alusión al trabajo con padres ni respecto a la ocurrencia de cambios en ellos, evidenciando una marcada diferencia con los otros enfoques.

Respecto a la relación terapéutica y su vinculación con el cambio, vemos que los distintos autores y enfoques enfatizan de manera importante la relación que se establece con el niño/a, aunque con distintos matices. Así, dentro del enfoque psicoanalítico clásico, tanto A. Freud (1927) como Klein (1987) señalan el cambio en la relación terapéutica y resolución de la transferencia como un cambio significativo en sí mismo, que debe ser observado y que daría cuenta de los efectos positivos de la psicoterapia. Winnicott (1971), por su parte, plantea el vínculo como una experiencia reparadora, que permite al niño/a obtener un sentimiento básico de confianza y, desde ahí, desplegar su creatividad y continuar con su desarrollo. El enfoque humanista-gestáltico también da gran relevancia a la relación del niño/a con el terapeuta en el logro y generación del cambio. Se plantea que, a través de esta relación, en un rol activo, el niño/a se irá conociendo a sí mismo, podrá autoexplorarse y experimentarse en la relación con otros,

irá logrando conectarse con el “aquí y ahora”, y así, se irán promoviendo los cambios en él.

El enfoque sistémico también se centra en lo interaccional como centro de las intervenciones, pero de forma distinta a los otros enfoques. Aquí la responsabilidad del cambio se pone principalmente en el sistema familiar, en las dinámicas y comunicación entre sus integrantes, y no en la relación individual terapeuta-paciente, ya que, como se ha señalado, serían los cambios en la interacción familiar los precursores del cambio en el niño/a.

Como hemos visto, y a modo de conclusión final, vemos que existen diferencias, similitudes y complementariedad entre los distintos enfoques revisados. Cada uno de ellos considera y enfatiza, en mayor o menor medida, y de manera directa o indirecta, distintas dimensiones del desarrollo del niño/a y su contexto. Sin embargo, ninguno lograría, por sí solo, abarcar la multidimensionalidad del individuo.

Haciendo una revisión de modelos psicoterapéuticos más genéricos (no adscritos a un determinado enfoque y que emergen más desde la empírea que desde la teoría), encontramos dos que aportan en la definición del contenido del cambio desde una mirada más integrativa. El primero es el modelo general de cambio terapéutico planteado por Karasu (1986, citado en Krause, 2005) quien, a partir del análisis de los aspectos comunes de las distintas técnicas o intervenciones terapéuticas, concluye que existen tres dimensiones del cambio que se encontrarían en todas ellas: la “vivencia afectiva”, el “dominio cognitivo” y la “regulación (o modificación) conductual”. Si bien el modelo de Karasu aporta información relevante para fundamentar una propuesta integrativa del cambio en psicoterapia infantil, hay algunas dimensiones que no están consideradas –al menos explícitamente-, principalmente las que dicen relación con el inconsciente, lo interpersonal y el desarrollo de la identidad.

La segunda propuesta, desarrollada específicamente en el marco de la psicoterapia infantil, es la que realizan Shirk y Russell (1996), quienes plantean que, pese a la considerable diversidad que habría en la práctica clínica, los psicoterapeutas infantiles están unidos por un supuesto central: que los niños/as no responderían directamente a las influencias del medio social, sino que los *procesos psicológicos internos* median

entre el mundo social y la experiencia emocional y el comportamiento de los niños/as. Bajo este supuesto, son entonces estos constructos mediacionales los que constituyen el principal objetivo y foco de las intervenciones terapéuticas.

Shirk y Russell (1996) sostienen que el cambio en la psicoterapia infantil no es un proceso unitario, por lo que proponen tres procesos psicológicos de cambio internos, que si bien están relacionados entre sí, constituyen dominios o áreas claramente distinguibles: los procesos interpersonales –referidos principalmente al repertorio interpersonal del niño/a-, afectivos –entendidos como dificultades en la vivencia, la expresión y/o la regulación de las emociones-, y cognitivos –definidos como déficit o distorsiones en las estructuras, procesos y “productos” cognitivos-. Y son dichos procesos los que determinan el comportamiento y los síntomas.

Si bien la propuesta de Shirk y Russell (1996) tendría un carácter mayormente multidimensional, considerando varios ámbitos –el interpersonal, afectivo y cognitivo, e incluyendo también el comportamiento y los síntomas-, hay otras dimensiones que no considera (al menos explícitamente): lo relacionado con la elaboración e integración de aspectos inconcientes, el fortalecimiento del yo, el desarrollo de la identidad, el self y de la capacidad para mentalizar, principalmente. Por ende, para nuestra intención de generar un modelo más integrativo y multidimensional, también sería incompleta, y requeriría ser complementada.

Vistas las concepciones de cambio en el niño/a que subyacen a los principales enfoques teóricos, y dos posibles modelos integrativos, cabe concluir que, para lograr definir y determinar qué es lo que cambia en la psicoterapia infantil -es decir, el contenido de dicho cambio- de manera más integral, y describir cómo evoluciona y cómo se produce dicho cambio, es necesario formular un modelo de proceso, genérico y multidimensional. La propuesta de nuestra investigación fue justamente esa: generar un modelo del proceso de cambio en psicoterapia infantil, que considere distintos enfoques psicoterapéuticos y distintas dimensiones del desarrollo del niño/a y su contexto, como el que existe para la psicoterapia con adultos (e.g. Krause, 2005; Krause et al., 2006).

Para lograr este propósito, se realizó el Estudio 2, cuyos resultados se presentan a continuación.

## **Resultados Estudio 2**

A continuación se presentan los principales resultados obtenidos en el Estudio 2. Se describen los principales cambios percibidos y/o vivenciados por los participantes del proceso terapéutico en relación al niño/a, sus padres y otros contextos en el transcurso de la psicoterapia. Se analizan las principales similitudes y diferencias encontradas al comparar las perspectivas de los distintos participantes -terapeutas, niños/as y sus padres- en relación a los cambios percibidos. Se describe también cómo se presentan y cómo evolucionan dichos cambios durante el proceso terapéutico. Posteriormente, se analiza si existen cambios centrales o más predominantes en cada fase de la terapia, para finalmente, a partir de todos los resultados anteriores, proponer un modelo de cambio para la psicoterapia infantil, mediante un análisis de proceso (que incluye en la evolución de los cambios la dimensión temporal).

Cabe recordar que para el análisis descriptivo de los datos, y tal como se señaló en el apartado de la Metodología, se consideraron algunos procedimientos del modelo CQR, seleccionando aquellas categorías que resultaron ser las más predominantes para cada dominio en todos los casos analizados, para luego hacer una descripción detallada de ellas.

El primer hallazgo dice relación con que los cambios o logros percibidos y vivenciados por los participantes del proceso terapéutico se presentan en distintos niveles (distintos sujetos y contextos). De esta manera, se describen cambios a nivel individual en el niño/a, cambios en los padres y a nivel familiar, algunos cambios en los profesores y/o contexto escolar, y cambios a nivel del contexto –setting- terapéutico. También aparece la descripción de algunos cambios en los padres y los niños/as desde la percepción de otros significativos (profesores, otros familiares), no participantes del proceso terapéutico (y que tampoco fueron entrevistados directamente. Más adelante explicaremos este punto). Los cambios descritos pueden clasificarse o agruparse en cinco áreas o dimensiones: afectiva, cognitiva, comportamental, identitaria o de representación de sí mismo, y relacional.



Considerando que se incluyen distintas perspectivas y distintos sujetos y contextos de cambio, a continuación se presenta un esquema (ver Figura 1), que pretende contribuir a guiar en la lectura de estos resultados:

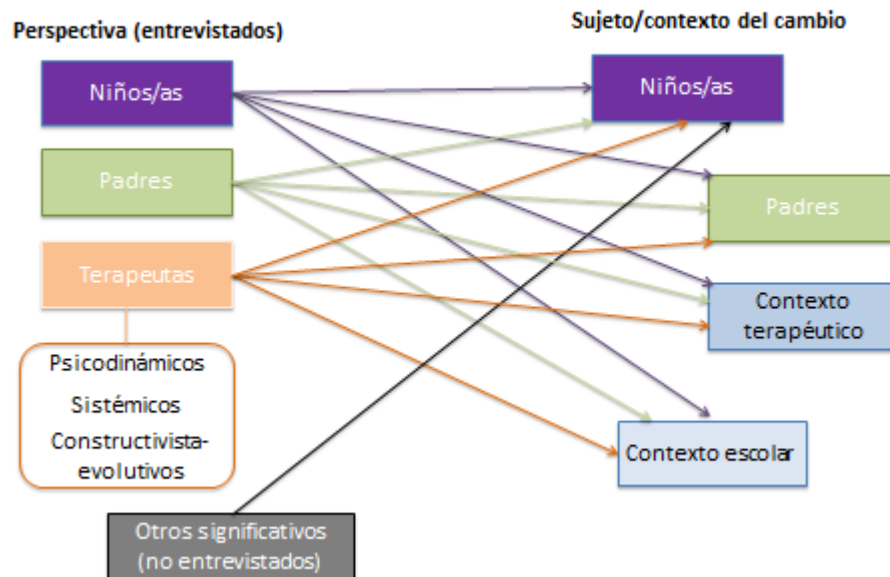


Figura 1. Esquema descripción de los contenidos del cambio.

**1. Cambios en el Niño/a.** Primero se hará una descripción de los principales cambios observados en el niño/a, a nivel de contenidos (es decir, qué es lo que cambia en él/ella en el transcurso de la psicoterapia), para luego analizar cómo se presentan y cómo evolucionan dichos cambios a lo largo del proceso terapéutico.

**1.1 Contenidos del cambio en el niño/a.** Todos los padres y terapeutas entrevistados dan cuenta de que la terapia generó principalmente cambios en el niño/a, en todas las dimensiones antes señaladas -afectiva, cognitiva, comportamental, identitaria o de representación de sí mismo, y relacional-. Casi todos los niños/as también dan cuenta de cambios en sí mismos, ya sea en términos generales como a nivel de contenidos específico. Solamente un niño, de la terapia 71<sup>7</sup>, no señala ningún cambio

<sup>7</sup> Cabe recordar que todos los ID de las terapias corresponden al que les fue asignado en el Proyecto Fondecyt donde se insertó la presente investigación.

en relación a sí mismo, aunque su madre y terapeuta sí dan cuenta de algunos cambios en él (cabe señalar que este niño sí da cuenta de cambios en su madre a propósito de la terapia, como se verá más adelante). Este caso corresponde al proceso más breve (6 sesiones, correspondientes a 1 mes y medio de duración), ya que el motivo de consulta tenía relación principalmente con un psicodiagnóstico solicitado desde el colegio. Según el terapeuta, este niño nunca logró configurar un motivo de consulta propio y su motivación por asistir al proceso siempre fue muy baja. Por este motivo, la terapia fue evaluada como mixta (y no como positiva) por parte del terapeuta y del niño; la madre realizó la misma evaluación, pero en su caso la parte negativa tuvo que ver con su disconformidad con la relación que logró construir ella con el terapeuta.

Respecto al análisis que se hizo de los 11 dibujos, cabe señalar que en 8 casos (T54, T68, T91, T98, T106, T123, T126 y T129) los niños/as dan cuenta y logran representar cambios a través de ellos, tanto desde el dibujo mismo como a través del relato que elaboran respecto de éste en el transcurso de la entrevista (el análisis detallado de lo anterior se realizará más adelante, a propósito de las dimensiones del cambio). Hay 3 casos en donde los niños/as no representan cambio en sus dibujos, los cuales se detallan a continuación.

En el caso de la terapia 71 el niño, como ya se señaló, evaluó la terapia como mixta, ya que si bien señala que le gustaba ir a sesión y refiere un buen vínculo con el terapeuta, su motivación por asistir al proceso siempre fue muy baja. Su dibujo y el respectivo relato dan cuenta de aquello: en el antes, se dibuja a sí mismo con cara de desgano y “lateado” por tener que asistir a terapia, mientras que en el después se dibuja a sí mismo con cara de felicidad ya que la terapia había finalizado.

En el caso de la T57, la evaluación del niño respecto a la terapia también fue mixta. Si bien en general valoró positivamente la terapia, por los juegos que allí podía realizar, señala que “le cargaba ir”, porque el centro le quedaba muy lejos y porque asistir a las sesiones le impedía hacer otras actividades que le gustaban, como jugar a los videojuegos; manifiesta además sentirse “aliviado” porque la terapia ya había terminado. Su dibujo es la representación de sí mismo en la micro, yendo a terapia (antes), y luego él jugando videojuegos (después). No obstante lo anterior, este niño sí reporta algunos

cambios en sí mismo en el transcurso de la entrevista, tanto en términos generales como en algunas dimensiones específicas, principalmente en el ámbito cognitivo.

La evaluación de la niña de la T124 respecto a la terapia también fue mixta. Esto debido a que si bien destaca muy positivamente el vínculo y varias cualidades de la terapeuta, la niña habría quedado muy triste y molesta con el término del proceso, el cual fue determinado exclusivamente por la terapeuta. Ella no quería que la terapia se terminara y esto aparece reflejado en su dibujo: en el antes se dibuja contenta, porque estaba asistiendo a terapia, mientras que en el después se dibuja triste, porque la terapia se había terminado. En este caso, la niña de todos modos da cuenta de algunos cambios en sí misma, ya sea de manera general como en algunas dimensiones, específicamente en el ámbito afectivo y relacional.

**1.1.1 Cambios afectivos en el niño/a.** El ámbito donde se reporta una mayor cantidad y diversidad de cambios (16 categorías, con 265 alusiones en total) dice relación con lo afectivo (afectos, emociones y sentimientos de los niños/as). Todos los terapeutas y todos los padres reportan cambios en esta dimensión (con 110 y 97 alusiones en total, respectivamente), a lo cual se suman 10 de los 11 niños/as entrevistados (con 48 alusiones en total).

Sin embargo, dentro de esta dimensión no hay tanta coincidencias entre las distintas perspectivas en relación a cuáles serían los cambios mayormente destacados por cada grupo. Así, por ejemplo, en el caso de los terapeutas, lo que más destacan (7 de los 11 casos entrevistados) dice relación con que el niño/a pueda expresar y verbalizar mayormente los propios afectos, sentimientos y emociones, las propias necesidades y deseos, así como también las propias vivencias. En el caso de los padres, estos cambios son señalados por 4 entrevistados, mientras que 3 niños/as aluden a alguno de ellos (1 niño/a de distintos casos para cada categoría).

Para los padres, el cambio más relevante (señalado por 7 de los 11 entrevistados) dice relación con la mejora en el estado anímico general del niño/a (sensación de que “se ve más feliz”). Este cambio también es el más destacado por los mismos niños/as, siendo señalado por 6 de los 11 entrevistados. Cabe señalar que, como se verá más adelante, este cambio también es el mayormente representado a nivel de las metáforas y/o

representaciones visuales de los niños/as (dibujos), apareciendo, de diversas maneras, en 4 de los 8 dibujos que simbolizaron un cambio, bajo la forma de pasar de estar triste (en el momento anterior a la terapia) a sentirse más feliz (en el momento presente, una vez finalizada la terapia). Respecto a los terapeutas, habría cierta coincidencia, ya que este cambio es señalado por 5 de los 11 casos entrevistados. Una terapeuta (T126) agrega que este cambio ella lo pudo observar también metafórica y simbólicamente, a través de los dibujos que hacía el niño en el transcurso de la psicoterapia, pasando de hacer *“un dibujo de un río que estaba seco y sucio (...) Y después (en otra sesión) un río que tenía peces, estaba limpio y tenía a árboles y vegetación”* (p.206-208).

Otro cambio relevante, tanto para los terapeutas (6) como para los padres (5), dice relación con que el niño/a pueda reconocer y contactarse en mayor medida con las propias emociones y afectos. Este cambio no es señalado por los niños/as.

Siguiendo con los terapeutas, también aparece como cambio relevante la disminución de la ansiedad en general y síntomas ansiosos específicos (como trastornos del sueño, somatizaciones y el exceso en la ingesta de comida), siendo señalado por 6 de los 11 terapeutas (casos) entrevistados. Esta categoría, en cambio, es señalada sólo por 1 madre y un niño (en la forma de disminución de las pesadillas), ambos de la misma terapia (T126).

Tanto los padres como los terapeutas destacan, en más o menos igual medida (5 y 4 casos, respectivamente) una mayor madurez y/o “crecimiento” en el niño/a. Sólo 1 niña (T123) alude también a este cambio, de “sentirse más madura”, coincidiendo con lo que perciben su madre y terapeuta.

Otro cambio donde hay cierta coincidencia entre las 3 perspectivas dice relación con la disminución de los miedos en el niño/a, categoría que es señalada por 4 terapeutas (casos), 3 padres y 3 niños/a. En el caso de los niños/as, este cambio aparece también desde las metáforas y/o representaciones visuales (que se verán más adelante en detalle), bajo la forma, en 2 niñas, de pasar de sentirse asustada y/o con miedo a sentirse más segura (T68 y T123) y en otro niño (T126) desde la representación del miedo como una manzana; en palabras de la terapeuta:

*“(El miedo) él siempre lo graficaba con una manzana, decía que cuando él había llegado acá (a la terapia), él había llegado con una manzana grande de miedo y después le*

*quedaba la mitad de la manzana, y ahora le quedaba una lonjita (...) (Un hito o momento significativo de la terapia fue) la primera vez que me dijo que se le había caído la mitad de la manzana del miedo” (T126, terapeuta, p.112-114, 197-198).*

Hay un cambio, descrito como pasar de una sensación de malestar general a otra de mayor bienestar, que es señalado principalmente por los niños/as (4), tanto en las entrevistas como a través de los dibujos. Este cambio es señalado también por 2 terapeutas y 1 madre, habiendo coincidencia entre las perspectivas sólo en un caso (T91). Algo similar ocurre con otra categoría, que dice relación con que el niño/a haya logrado una mayor regulación emocional o de los propios afectos. Este cambio es reportado nuevamente por 4 niños/as, 3 padres y 2 terapeutas (casos), habiendo coincidencia entre las 3 perspectivas sólo en 2 casos (T68 y T98). En otros 2 casos (T106 y T123), las niñas entrevistadas dan cuenta de haber experimentado una sensación de desahogo, liberación y alivio emocional a propósito de la terapia; una de estas niñas (T123) lo verbaliza además metafóricamente, en el relato de su dibujo, como *“haberse sacado un peso de encima”*. Este cambio también es reportado por 2 madres (T91 y T124), pero sin coincidencia entre las perspectivas.

Finalmente, 3 madres (T57, T98 y T129) dan cuenta de una mayor tolerancia a la frustración por parte del niño/a. Este cambio es señalado sólo por 1 terapeuta (T68), sin coincidir las perspectivas. Ningún niño/a hace alusión a esta categoría.

Las restantes 4 categorías no serán mencionadas ya que fueron señaladas sólo por 1 o 2 de los entrevistados, sin coincidir las perspectivas.

*1.1.1.1 Metáforas y representaciones visuales de los cambios afectivos: análisis de los dibujos en conjunto con el relato de los niño/as.* De los 8 dibujos en los cuales aparece una representación gráfica de los cambios, 6 dan cuenta principalmente de cambios afectivos (T68, T91, T106, T123, T126, T129). Como ya se ha señalado, esto aparece tanto desde el relato que los niños/as elaboran a propósito de su dibujo como en algunos elementos del dibujo en sí. Cabe recordar que todos los dibujos fueron siempre analizados en conjunto con el relato.

A nivel de lo que hemos denominado la gúestalt e impresión general que transmite el dibujo, esto aparece reflejado en un cambio significativo en la tonalidad afectiva y emocional que se transmite, pasando de una tonalidad más bien negativa a una más positiva. A modo de ejemplo, la niña de la terapia 68 describe su dibujo (ver Figura 2) y vivencia como pasar de las ruinas al paraíso emocional: “Ese (después) es el paraíso y estas (antes) son las ruinas (...) El paraíso es muy bonito (...) (El antes) Está muy triste, muy feo lugar, y éste (el después) muy lindo lugar. Este se llama ‘ruinas’, y eso sería ‘paraíso’” (p.246-263).



Figura 2. Dibujo niña T68.

Además de la gúestalt, los cambios afectivos aparecen representados principalmente a nivel de cambios en la figura central del dibujo. En 5 casos, esto aparece predominantemente en cambios en los rostros de las figuras (boca, cejas, ojos), pasando de una cara que expresa tristeza, malestar o miedo a una cara sonriente, que expresa felicidad. A modo de ejemplo, la niña de la T106 señala, en relación a su dibujo (ver Figura 3):

*E: ¿Qué diferencia hay entre el dibujo de acá, del ‘antes’, y el de ‘después’? ¿Qué diferencia hay entre estas dos personas?*

*P: En la boca y en las cejas.*

*E: Ah, ya. Y cuéntame, ¿cómo está esa boca y esas cejas en el ‘antes’?*

*P: Eh, la boca está... está triste y las cejas con la alineación de cuando uno empieza a llorar.*

*E: Y esto que agregaste aquí, ¿qué es?*

*P: Es una lágrima de tristeza (...)*

*E: Y ahora cuéntame, ¿qué diferencia hay entonces con la boca y las cejas de ‘después’?*

*P: Eh, que están como media... las cejas medias alineadas en la posición de feliz y la boca igual” (p.132-141).*



Figura 3. Dibujo niña T106.

La niña de la T123 (ver Figura 4) enfatiza más bien el cambio relacionado con pasar del miedo o susto a una mayor felicidad aparejada de seguridad. Al respecto, señala:

*P: “En antes de la terapia es así, con todas esas ‘vibraciones’ porque (...) a veces (...) todo estaba tembloroso, y yo no podía ver nada feliz o tan colores alegres.*

*E: ¿Y eso tembloroso es porque... cómo estabas, cómo te sentías?*

P: Yo me sentía asustada, con miedo (...) Pero después de la terapia un círculo normal (...) con todo feliz (...)

E: ¿Y tu carita cambió también?

P: Sí.

E: ¿Acá (antes) qué carita tienes?

P: De susto.

E: ¿Y acá (después)?

P: Felicidad.

E: ¿Y cómo te sientes tú con ese cambio?

P: Más segura” (p.161-180).



Figura 4. Dibujo niña T123.

En el caso del niño de la T91 (ver Figura 5), el cambio afectivo también aparece representado en la figura central, pero más bien desde una figura que expresa nerviosismo, desgano y desesperanza, a otra que expresa un mayor bienestar emocional. Al respecto, el niño señala:

“E: ¿Ese serías tú (señalando el antes)?



P: Sí

E: ¿Tu polerón también expresa cómo te sentías?

P: Sí, pero ya no existe

E: Ya, ¿y cómo te sentías ahí al principio, que tienes una expresión distinta, un arma contra tu cabeza, un polerón triste, cómo era ese momento para ti?

P: Con nervios, ganas de irme, no hacer nada (...)

E: (leyendo el dibujo de P) 'Estoy acabado'. Realmente te sentías muy mal en ese primer momento, ¿cierto? (...) Si tuvieras que dibujarte después de la terapia, o sea ya ahora, una vez que ya hiciste la terapia, ¿cómo te dibujarías? (niño realiza el dibujo en silencio) (...) ¿Qué fue lo que te ayudó a pasar de esto (antes) a esto (después)? ¿Qué fue lo que más te ayudó? (...)

P: Mejorar en cómo sentirte, en cómo ser con las otras personas, cómo sentirte emocionalmente, eso es lo que cambió para mí, me ha cambiado a mí" (T91, P.63-81).



Figura 5. Dibujo niño T91.

En el caso del niño de la T126, el cambio afectivo, que en este caso es principalmente de un mayor bienestar emocional, también aparece representado en la figura central (ver

Figura 6), pero no desde una figura humana, sino desde la metáfora de un árbol, que pasa de estar dañado y seco a ser un árbol sano y frondoso. En palabras del niño:

*P: Mira, me siento como un... emmhh, antes yo me sentía como un árbol quebrado, que se le caían las hojas, pero ahora me siento bien (...) como un árbol que tiene sus hojitas, está verde, no tiene su tronco rotpido.*

*E: Ahá, ¿antes sentías que el tronco estaba...?*

*P: Medio malo*

*E: Medio malo... yaya, entonces tú te sentías como este árbol antes*

*P: Ahá*

*E: Y te sientes como este árbol ahora*

*P: Ahá” (T126, p.36-44).*



Figura 6. Dibujo niño T126.

Pero los cambios afectivos no sólo aparecen representados a través de las figuras centrales. En algunos casos, principalmente los dibujos de la T68, T91 y T123 (y en menor medida el de la T106), también aparecen en el entorno y percepción del ambiente. Así, se observan entornos que pasan de ser amenazantes, inseguros, fríos o

inhóspitos, a otros más acogedores, seguros y/o cálidos; o ambientes que pasan de ser más “feos”, tristes, marchitos o desvitalizados, a otros más “hermosos”, felices y llenos de vida. Esto aparece simbolizado en el relato y a través de diversos elementos de los dibujos, como la presencia, en el antes, de un entorno más oscuro, con nubes negras y densas, rayos, lluvia, truenos, flores marchitas, entre otros vs soles, árboles, vegetación, caritas felices, etc. en el después.

En este punto, el dibujo y relato más representativo es el de la niña de la T68 (ver Figura 2), quien señala:

*P: (En relación a la descripción del antes) Las nubes (...) un murciélago... no es nada hermoso. Flor marchitadas... Aquí no ves nada bonito (...) Otro rayo (...) Murciélagos, lluvia, truenos. Éste es en antes. Triste. (En relación a la descripción del después) ¡Un sol! Muy alegre (...) Ahora la flor (...) Ésta está más alegre y ésta (antes) está más triste (...) Mire, en éste hay nubes y en este (después) sol (...) Aquí hay algo diferente que está volando. Mira, diferencia entre murciélago y esta mariposa (...) Éste es... malvado el lugar. Y éste es un buen lugar. Falta otra cosa (...) Una nubecita. Pero es muy diferente a la otra, mire.*

*E: ¿Qué diferencia tienen esas dos nubes?*

*P: Que esa es más bonita, y esa es más horrible (...) Espera, déjeme... me faltó algo. Un corazón partido y, como que parece de pena. Así sabrán cómo me siento yo (...)*

*E: ¿Qué hay ahí?*

*P: Un corazón partido que lo veo yo. Lo voy a poner más grande (...) No es nada bonito. Mire que hay algo diferente de ese corazón partido de este corazón.*

*E: ¿Y cómo está ese otro corazón?*

*P: Feliz, y no está partido, está unido (...) con mucho amor (...) Aquí hay muchos corazones” (p.115-134, 246-295).*

Finalmente, como se habrá podido observar en los dibujos de las terapias T68 y T123, el color también es un medio utilizado para representar cambios afectivos. Así, en ambos, el antes es dibujado con muy poco o nada de color (dibujos en blanco y negro), mientras que en el después se utilizan variados colores, esto en la figura central y/o en el entorno.

**1.1.2 Cambios comportamentales en el niño/a.** El siguiente ámbito donde los entrevistados reportan una gran diversidad de cambios (15 categoría), aunque con una frecuencia inferior a la anterior (118 alusiones en total), dice relación con el comportamiento y/o conducta de los niños/as, tanto en la escuela como en el hogar. Los padres son los que más reportan este tipo de cambios; de los 11 entrevistados, 10 aluden a ellos, en varias ocasiones (48 alusiones en total). Los padres que más reportan este tipo de cambios son los de las terapias 98, 57 y 71. Respecto a los terapeutas, 8 de los 11 (casos) entrevistados dan cuenta de al menos un cambio en la conducta y/o comportamiento del niño/a (con 24 alusiones en total). Los niños/as, por su parte, 9 de ellos dan cuenta de algún cambio en sí mismos en esta dimensión (con 46 alusiones en total). Y dos niños (T54 y T126) destacan también algunos cambios comportamentales en sus dibujos, como se verá más adelante.

El cambio mayormente destacado por los padres, siendo señalado por 5 de los 11 entrevistados (T98, T106, T124, T126, T129), dice relación con el logro de un funcionamiento más autónomo por parte del niño/a, tanto en aspectos cotidianos, como vestirse y bañarse solo, poder dormir solo, hacer su mochila y tareas, entre otros, como en el enfrentamiento de sus propios problemas (también de la cotidianeidad). Estos cambios también son señalados por 3 niños/as (T68, T57, T129), coincidiendo la perspectiva con la de los padres sólo en 1 caso (T129). Respecto a los terapeutas, también son 3 los entrevistados que aluden a este cambio relacionado con la autonomía; uno es el de la terapia 129, coincidiendo así su perspectiva con la de la madre y la de la niña, y los otros son los de las terapias 68 y 57, coincidiendo su perspectiva con la de los niños/as.

Otros cambios destacados por los padres fueron que el niño/a pudiera adaptarse de mejor manera al contexto y las normas escolares, así como también que evidenciara una mejora en su rendimiento académico y trabajo escolar. Ambos cambios fueron señalados por 4 de los 11 padres entrevistados. 3 terapeutas también aluden a la adaptación al contexto escolar, mientras que 2 señalan lo relativo al rendimiento y trabajo académico, coincidiendo las perspectivas en los casos T71, T57 y T98 en la primera categoría, mientras que sólo en un caso (T57) en la segunda categoría. Respecto a los niños/as, el

entrevistado de la T98 alude a ambos cambios en sí mismo, mientras que el de la T54 da cuenta de la mejora en su rendimiento y trabajo escolar.

Siguiendo con la perspectiva de los padres, 3 de los 11 entrevistados (T57, T71 y T98) aluden también a la disminución de conductas opositoras en el niño/a, relacionadas principalmente con “hacer más caso”, tanto a los padres como a los profesores. Este cambio también es señalado por la niña de la T123, no coincidiendo su perspectiva con la de la madre. Ningún terapeuta alude a esta categoría.

Algunos padres (T68, T71 y T126) también señalan como cambio relevante que el niño/a esté realizando nuevas actividades que antes de la terapia no realizaba, como jugar más, hacer deporte o salir al parque. Este cambio también es señalado por el terapeuta de la T71, coincidiendo así con la perspectiva de la madre, y por el niño de la T98, cuya perspectiva no coincide con la de su madre ni con la de su terapeuta.

Hay un cambio que es mayormente reportado por los terapeutas (T57, T98 y T129), cual es que el niño/a tenga un mayor control y modulación en la expresión o manifestación de sus impulsos. Este cambio es señalado sólo por una madre, de la T98, coincidiendo así su perspectiva con la del terapeuta, y por sólo una niña (T106), sin coincidencia entre las perspectivas en este caso.

Hay dos cambios que si bien presentan una baja frecuencia, es importante señalarlos ya que aparecen no sólo en las entrevistas de algunos niño/as, sino también en sus dibujos. El primero es la disminución de conductas disruptivas, entendidas como “portarse mejor” en el colegio (no pararse tanto en la sala de clases, no conversar tanto, no interrumpir o distraer el trabajo de los compañeros), el cual es señalado por 2 niños (T54 y T98). Este cambio también es señalado por la madre de la T98, coincidiendo así su perspectiva con la de su hijo, y por la terapeuta de la T57, sin coincidencia entre las perspectivas.

El otro cambio comportamental señalado por dos niños, de la T91 y T126, y que aparece reflejado también en el dibujo del segundo, dice relación con ser más extrovertido, tener un mayor desplante y mostrarse frente a otros. Este cambio también es señalado por la madre de la T91, coincidiendo su perspectiva con la del niño, pero no es señalado por ningún terapeuta.

Las restantes 5 categorías no serán mencionadas ya que presentaron una muy baja frecuencia.

#### *1.1.2.1 Metáforas y representaciones visuales de los cambios en el comportamiento.*

De los 8 dibujos en los cuales aparece una representación gráfica de los cambios, 2 dan cuenta de cambios en el comportamiento (T54 y T126). Como ya se ha señalado, esto aparece tanto desde el relato que los dos niños elaboran a propósito de su dibujo como en algunos elementos del dibujo en sí.

Es en el dibujo de la T54 donde lo central es el cambio en el comportamiento, relacionado principalmente con la disminución de conductas disruptivas y una mejora en el trabajo y/o rendimiento escolar. A nivel de la gúestalt e impresión general del dibujo (ver Figura 7), lo que aparece como más significativo es el cambio observado en la acción y actitud de la figura central, la cual pasa de estar de pie e interrumpiendo el trabajo de los compañeros (conducta disruptiva), a estar sentado, trabajando concentrado en su puesto. En palabras del niño:

*P: Dibujé mi antes y después.*

*E: Ya. ¿Qué me puedes contar de tu antes?*

*P: Mi antes estaba, yo antes (...) conversaba, me paraba (...) hacía todo eso. Y después me, me empecé a comportar bien (...) me empecé a portar bien (...) estaba haciendo todas mis tareas (...) y eso me ayudó a no, a no pararme (...) a no conversar (...) y a no molestar a los que estaban trabajando*

*E: Ah, ok. ¿Y eso significa portarse bien?*

*P: Sí*

*E: ¿Y quiénes son estas personas que aparecen en tu antes?*

*P: Soy yo (...) conversándole a la amiga de atrás (...)*

*E: Ya, m-hm. Y aquí en el después, ¿quiénes son esas personas?*

*P: Soy yo, sentado, y mi amiga haciendo su tarea*

*E: ¿Y tú qué estás haciendo?*

*P: Mi tarea” (T54, p.119-157).*



Figura 7. Dibujo niño T54.

En este caso, vemos que los cambios a nivel gestáltico coinciden con los cambios observados en la figura central, pero ya no en las características de sus rostros, como se vio que ocurría predominantemente en los cambios afectivos, sino más bien a nivel de las acciones y actitud de la figura central.

Respecto al entorno, también se observan cambios en él, aunque esto aparece sólo en el dibujo, sin mayor relato al respecto, por lo que tiene un carácter más interpretativo. Lo que se puede observar principalmente es un cambio en el escritorio del niño, de uno desordenado a otro más ordenado; así, en el antes, se observa algo difuso en el escritorio, como “enmarañado”, mientras que en el después aparece una figura más clara, igual a la de su compañera que está trabajando. También aparecen cambios en la forma de la pizarra y en la letra que aparece escrita (ver Figura 7).

En el dibujo de la T126 (ver Figura 6) lo comportamental es secundario, ya que allí lo más relevante son los cambios afectivos (analizados en el punto anterior) y algunos cambios identitarios, que se analizarán más adelante. En este caso, el cambio

comportamental que aparece representado es tener un mayor desplante y poder mostrarse frente a otros (extroversión). En palabras del niño:

*P: (...) antes yo hablaba así como escondidito más o menos, hundido en la silla*

*E: Ah, ¿y cómo hablas ahora?*

*P: Ahora hablo mejor, ya no estoy así escondidito en la silla.*

*E: ¿Te atreves a hablar más en clases, cosas así?*

*P: Sí, esas cosas así.*

*E: Ya. ¿Y esto de las hojas qué significa?*

*P: Bueno, acá (antes) las hojas están caídas, aunque no las pude dibujar todas abajo (...)*

*Es porque yo estaba (...) yo estaba como escondidito, como si yo fuera una hoja y me fuera... porque me quiero esconder, pero acá (después) como están todas las hojas, soy una hoja y no me voy a esconder.*

*E: Ya, no te vas a esconder. ¿Y dónde va a estar esa hoja ahora entonces?*

*P: En la cima del árbol” (T126, p.148-158).*

**1.1.3 Cambios en las relaciones interpersonales.** La siguiente dimensión donde se reporta una gran cantidad de cambios en los niños/as (14 categorías, con 140 alusiones en total) dice relación con las relaciones interpersonales e interacción con otros, principalmente pares. Si bien son los terapeutas los que más reportan este tipo de cambios, con 64 alusiones en total, en 2 terapias (T54 y T106) los terapeutas no dan cuenta de ningún cambio en esta área de los niños/as atendidos. En el caso de los padres, 10 de los 11 entrevistados aluden al menos a un cambio relacional, con un total de 47 alusiones. Por su parte, 9 de los 11 niños/as también dan cuenta de cambios relacionales (29 alusiones en total), lo cual aparece representado sólo en uno de los dibujos (T98), ya que para ese niño lo relacional fue el principal cambio que pudo observar en sí mismo.

Hay dos cambios que fueron los mayormente destacados por los terapeutas, siendo señalados por 5 de los 11 entrevistados. El primero dice relación con que el niño/a haya ampliado y diversificado su red de amistades (tener más y diferentes amigos); mientras que el segundo tiene que ver con que el niño/a haya logrado integrarse de mayor y mejor manera al grupo de pares y tenga una mejor relación con ellos, incluyendo el desarrollo de algunas habilidades sociales. El primero de estos cambios fue señalado por los/las



terapeutas de las terapias T71, T91, T123, T124 y T129; mientras que el segundo fue señalado en las terapias T68, T57, T124, T126 y T129.

El cambio relacionado con la ampliación y diversificación de la red de amistades también fue uno de los más destacados por los padres, siendo mencionado por 5 de los 11 entrevistados, coincidiendo su perspectiva con la de los terapeutas en 4 casos (T71, T91, T124 y T129). Respecto a la mayor y mejor relación con pares y habilidades sociales, 3 padres aludieron a dicho cambio, coincidiendo su perspectiva con la de los terapeutas en 2 casos (T124 y T129).

Al igual que los terapeutas, los dos cambios antes señalados fueron los que más mencionaron los niños/as; en ambos, fueron 5 los niños/as que aludieron a ellos. El cambio referido a tener más y diferentes amigos fue señalado por los niños/as de las terapias T91, T98, T124, T126 y T129, coincidiendo así las tres perspectivas (terapeutas, niños/as y padres) en 3 casos (T91, T124 y T129). El cambio relacionado con llevarse mejor con los compañeros y poder interactuar de mejor manera con ellos, fue mencionado por los niños/as de las terapias T98, T106, T124, T126 y T129, coincidiendo así las tres perspectivas en los casos T124 y T129.

Otro cambio donde se observa coincidencia entre terapeutas, padres y niños/as dice relación con la mayor seguridad y/o empoderamiento en la relación con otros, incluyendo personas significativas. Así, 5 padres, 4 niños/as y 3 terapeutas aluden a este cambio, habiendo coincidencia entre las tres perspectivas en 3 casos (T123, T126 y T129).

Hay otro cambio que se relaciona con el anterior, pero que es señalado prácticamente sólo por los terapeutas (4), y es que el niño/a sea capaz de poner límites a otros. Dicho cambio es señalado por 2 niños/as, coincidiendo su percepción con la de sus terapeutas (T126 y T129), y sólo por 1 madre, cuya percepción también coincide con la de la terapeuta (T123).

También aparece como relevante para 3 de los terapeutas entrevistados el que el niño/a haya evidenciado un acercamiento y una mejora en la relación y comunicación con sus padres. Este cambio es mencionado por 2 niños y por 1 madre, coincidiendo las tres perspectivas en la terapia 57.

Finalmente, hay un cambio que es señalado por 3 terapeutas, sólo 1 niña y ningún padre, cual es que el niño/a pueda pedir ayuda a otros cuando lo necesita. En este caso, la percepción de una terapeuta (T129) coincide con la de la niña.

Las restantes 5 categorías no serán mencionadas ya que fueron señaladas sólo por 1 o 2 de los entrevistados, con una muy baja frecuencia y sin coincidir las perspectivas.

*1.1.3.1 Metáforas y representaciones visuales de los cambios en las relaciones interpersonales.* Algunos cambios relacionales aparecen representados en uno de los dibujos analizados, específicamente en el del niño de la T98 (ver Figura 8), ya que para él esta dimensión fue aquella en la cual pudo observar mayores cambios en sí mismo. Los cambios que aparecen representados, tanto a nivel de las metáforas y representaciones visuales como en el relato que el niño verbaliza en torno al dibujo, dicen relación principalmente con tener más amigos, llevarse mejor y poder interactuar más y de mejor forma con ellos. Al respecto, el niño señala:

*E: Ya, ¿qué me puedes contar entonces de este dibujo P98? Partamos por el antes.*

*P: Ahí era cuando yo peleaba en la sala de clases (...) cuando me peleaba con mis compañeros.*

*E: (...) ¿Y qué me puedes contar ahora de esta parte de tu dibujo, del después?*

*P: Después fue (...) que me puse a jugar fútbol con mis compañeros, entonces la pasamos muy bien (...)*

*E: Ya. ¿Y si tú comparas cómo eras tú aquí en el antes y cómo eres ahora?*

*P: Antes era como (...) yo pensaba mal, porque... o sea, como que así me pegaban y yo pegaba, entonces como que me dolía a veces.*

*E: Ya. ¿Y cómo eres ahora?*

*P: Ahora no pego, eh, no peleo (...) Ayer hicimos el amigo secreto y regalé algo yo y me regalaron. (...) entonces ahí fue como que fuimos cambiando todos.*

*E: ¿Como en qué fuiste cambiando?*

*P: Sí (...) Yo cuando entré este año empecé a hacer... empecé a hacer muchos amigos (...) y todo el curso como que empezó a ser mi amigo, y el curso quería ser mi amigo, yo quería ser su amigo, empezamos a jugar, a jugar, y ahí empezábamos, por eso dibujé este dibujo con mi mejor amigo, que estábamos jugando, yo estaba acá y él acá” (T98, p.27-30, 101-118, 259-269).*



Figura 8. Dibujo niño T98.

El cambio principal del dibujo, a nivel de la gestalt, se encuentra en la interacción entre los personajes. En este sentido, al igual que en el dibujo de la T54, el nivel de la gestalt coincide con los cambios en la figura central, principalmente en la interacción y relación que se observa entre las dos figuras representadas. Así, se pasa de una escena hostil, donde las figuras están peleando, con los puños apretados, a otra escena más lúdica, donde las figuras aparecen jugando fútbol juntas.

**1.1.4 Cambios en la identidad (self, representación de sí mismo).** La siguiente dimensión donde se reportan diferentes cambios (11 categorías), pero con una frecuencia bastante menor a las anteriores (70 alusiones en total), dice relación con lo identitario. Si bien nuevamente son los terapeutas los que más reportan este tipo de cambios, con 45 alusiones en total, en 3 terapias (T54, T68 y T71) los terapeutas no dan cuenta de ningún cambio en esta área de los niños/as, lo que se diferencia con otros terapeutas, como los de la T123 y T126, que dan cuenta de varios cambios identitarios. En el caso de los padres, 8 de los 11 entrevistados aluden al menos a un cambio en esta

área, con un total de 14 alusiones. Por su parte, 5 de los 11 niños/as también dan cuenta de al menos un cambio en la propia identidad (11 alusiones en total), lo cual aparece representado en 2 de los dibujos analizados (T68 y T126), como se verá más adelante.

El cambio mayormente destacados por los terapeutas, siendo señalado por 5 de los 11 entrevistados (T57, T98, T123, T124 y T126), dice relación con una mejora en el autoconcepto del niño/a y la incorporación de elementos positivos en la representación de sí mismo. Este cambio también es señalado por 2 niños (T98 y T126), coincidiendo su perspectiva con la de sus terapeutas, y sólo por 1 madre (T129), sin coincidencia entre las perspectivas.

Padres y niños/as coinciden en connotar como cambio más significativo en el ámbito identitario el haber desarrollado una mayor confianza y seguridad en sí mismo. Este cambio es señalado por 4 de los 11 entrevistados en cada grupo, destacando además el hecho de que ambas perspectivas coinciden en las 4 terapias (T91, T98, T123, T126). En el caso de los terapeutas, son 3 los que aluden a este cambio (T91, T123, T126), coincidiendo también su perspectiva con la de los padres y los niño/as.

Otro cambio importante para 4 terapeutas (T91, T106, T123 y T126) dice relación con que el niño/a haya vuelto a ser, sentirse y/o comportarse acorde a su etapa evolutiva; es decir, como niño/a. Esto se traduce, por ejemplo, en volver a jugar y jugar más que antes, abandonar actitud de “adulto”, volver a posicionarse en el rol de hijo/a, volver a tener problemas propios de un niño/a (como discutir o enojarse con los compañeros en el colegio), entre otros. Cabe señalar que los 4 terapeutas que aluden a este cambio son aquellos que atendieron a niños/as en cuyos casos había abuso, maltrato y/o sospecha de abuso. Hay también una pareja de padres, de la T106, que aluden a este cambio, coincidiendo su perspectiva con la de la terapeuta. Ningún niño/a da cuenta de este cambio.

Hay dos cambios que fueron destacados por 3 terapeutas. El primero dice relación con una mejora en la percepción de autoeficacia y capacidad para enfrentar situaciones y/o problemas por parte del niño/a, el cual fue señalado por las terapeutas de la T91, T123 y T126; mientras que el segundo tiene que ver con que el niño/a haya desarrollado una autoestima positiva y una mayor valoración de sí mismo, siendo señalado por las terapeutas de la T123, T126 y T129. El primero de estos cambios también fue

evidenciado por un niño (T126), coincidiendo su perspectiva con la de su terapeuta; mientras que el segundo fue señalado por la madre de la T98, sin coincidencia entre las perspectivas.

Finalmente, 3 padres/madres destacan también que su hijo/a haya logrado reconocer, reafirmar y/o aceptar en mayor medida características de sí mismo, tanto de su forma de ser como algunas características físicas. Este cambio fue señalado por los padres/madres de la T57, T68, T98. Ningún terapeuta ni niño/a da cuenta de él.

Las restantes 5 categorías no serán mencionadas ya que fueron señaladas sólo por 1 o 2 de los entrevistados, con una muy baja frecuencia y sin coincidir las perspectivas.

*1.1.4.1 Metáforas y representaciones visuales de los cambios en la identidad, self, representación de sí mismo.* Algunos cambios identitarios aparecen representados en dos de los dibujos analizados, correspondientes al niño de la T123 y la niña de la T68; específicamente, a través de cambios en la figura central. En el primer caso, los cambios identitarios aparecen tanto a nivel de la metáfora y representación visual como en el relato que el niño verbaliza. En el segundo caso, dichos cambios aparecen más bien desde la metáfora y la representación visual, sin un relato tan explícito (aunque sí lo hay); por ende, el análisis realizado, al contener un mayor nivel de interpretación, constituye sólo una propuesta que puede ser debatible (ya que en este dibujo y relato lo más evidente son los cambios afectivos, como ya se señaló).

En el dibujo del niño de la T126 (ver Figura 6), los cambios identitarios que aparecen representados y verbalizados dicen relación con tener una mayor confianza y seguridad en sí mismo, un mejor autoconcepto y una mayor percepción de autoeficacia. Al respecto, el niño señala:

*“E: Ya, y en el caso de la A (terapeuta), ¿qué te decía ella que habías cambiado? ¿Qué cambios notaba ella en ti?”*

*P: Bueno, notaba que yo estaba más firme (...) Igual que como el árbol, porque cuando... cierto que acá tiene como un hoyito roto porque antes yo estaba débil y ahora yo estoy firme como este árbol, el tronco firme, las hojas también están firmes.*

*E: Y cuando te refieres a un tronco débil y a un tronco firme, ¿a qué te refieres? ¿Débil en qué sentido?”*

*P: Débil que no soy capaz de hacer cosas muy simples, como hablar, cantar.*

*E: ¿Y el tronco firme qué significa ahora?*

*P: Emh... que puedo hablar con tono más tranquilizado, firme.*

*E: Ahá, puedes decir las cosas así más firme.*

*P: Ahá (...) Porque antes yo hablaba así como escondidito más o menos, hundido en la silla.*

*E: Ah, ¿y cómo hablas ahora?*

*P: Ahora hablo mejor, ya no estoy así escondidito en la silla.*

*E: ¿Te atreves a hablar más en clases, cosas así?*

*P: Sí, esas cosas así.*

*E: Ya. ¿Y esto de las hojas qué significa?*

*P: Bueno, acá (antes) las hojas están caídas, aunque no las pude dibujar todas abajo (...) Es porque yo estaba... como se llama, lo que te contaba que yo estaba como escondidito, como si yo fuera una hoja y me fuera... porque me quiero esconder, pero acá (después) como están todas las hojas, soy una hoja y no me voy a esconder.*

*E: Ya, no te vas a esconder. ¿Y dónde va a estar esa hoja ahora entonces?*

*P: En la cima del árbol” (T126, p.137-158).*

Cabe señalar que si bien la última parte de esta cita ya había sido codificada como un cambio en el comportamiento, relacionado con tener mayor desplante frente a otros, creemos que también contiene algunos de los cambios identitarios antes señalados (mayor confianza en sí mismo, mejora en el autoconcepto y en la percepción de autoeficacia).

Respecto al dibujo de la niña de la T68 (ver Figura 2), el cambio identitario que aparece dice relación principalmente con el autoconcepto y la autoimagen, apareciendo representado a través de un cambio en el “look” y apariencia física de la figura central, pasando de uno que podríamos denominar como más descuidado a otro más “bonito”, cuidado. Esto se observa en un cambio en el peinado, en los labios (que aparecen pintados en el después), en los ojos (que aparecen luego con pestañas más marcadas) y en la ropa, que pasa de ser en blanco y negro a tener variados colores. En palabras de la niña:

*“P68: Antes yo tenía otro look*

*E: ¿Tenías qué?*

*P68: Otro look.*

*E: Otro look. ¿Y cómo era ese look?*

*P68: Chasquilla así, normal (...) Mmm, nada bonito ese look... (...) no es nada lindo (...)  
Mmm, carita triste, llorando (...)*

*E: Ya.*

*P68: Y voy hacer un diferente look (...) Mmm, aquí faltan pestañas (...)*

*E: Uhm. Me decías que le habías hecho un diferente look.*

*P68: Sí, este es el diferente look.*

*E: ¿Y cómo es ese look, qué tiene de diferente?*

*P68: En esto (...) A esto (señalando el cabello de la figura central).*

*E: Ya, el pelo.*

*P68: Sí, o sea la chasquilla.*

*E: ¿Y qué más es distinto entre esas dos niñas?*

*P68: Mmm... espere, le falta algo (...) dibujar su falda (...) Voy a poner como pinta  
labios (...) Tengo que pintar la boca roja (...) No quiero seguir, pero voy a pintar este  
vestido (...)" (T68, p.76-84, 264-293, 396-399, 461-474).*

**1.1.5 Cambios cognitivos en el niño/a.** Finalmente, la dimensión que presenta una menor frecuencia (63 alusiones en total), pero diversidad de categorías (15), dice relación con lo cognitivo (pensamientos, cogniciones y funcionamiento cognitivo de los niños/as). La mayoría de las 15 categorías sólo fueron señaladas por 1 o 2 de los entrevistados, por lo cual se analizarán solamente aquellas que fueron las más destacadas en cada grupo.

Nuevamente son los terapeutas los que aluden en mayor medida a este tipo de cambios (29 alusiones en total), aunque sin mucha diferencia con los padres (23 alusiones en total). En este sentido, si tomamos el total de entrevistados (por caso), son más los padres los que aluden a estos cambios, ya que de los 11 entrevistados, sólo los padres de la T106 no dieron cuenta de ningún cambio cognitivo en su hija. Por su parte, en el caso de los terapeutas, 8 aluden a cambios de este tipo. Respecto a los niños/as, 7 de ellos aluden al menos a un cambio cognitivo en sí mismos, aunque con una frecuencia muy baja (11 alusiones en total).

Respecto a los padres, el cambio que más destacan (T71, T54 y T98) dice relación con que el hijo/a haya adquirido una mayor claridad y comprensión respecto a las

propias responsabilidades. Este cambio también es señalado por 2 terapeutas (T54 y T57), coincidiendo las perspectivas sólo en un caso (T54). Ningún niño/a alude a esta categoría.

Los terapeutas, por su parte, destacan principalmente dos aspectos. Uno, que el niño/a haya adquirido una mayor conciencia y/o insight respecto a su problemática (T91, T123 y T124), y dos que haya logrado un mayor desarrollo de su capacidad reflexiva y/o de discernimiento (T68, T91 y T129). Ambos cambios son señalados también por 3 madres, coincidiendo las perspectivas en dos casos en la primera categoría (T123 y T124), y sólo en uno en la segunda categoría (T129). Una niña (T124) alude también al desarrollo de la capacidad reflexiva. Ninguno da cuenta de una mayor conciencia y/o insight respecto a su problemática.

Finalmente, retomando la perspectiva de los niños/as, dos de ellos (T106 y T126) señalan como cambio cognitivo importante el haber logrado asimilar y/o elaborar de mejor manera una experiencia pasada difícil y/o traumática. Cabe señalar que ambos niños/as vivieron experiencias de abuso, en un caso, y de maltrato en el otro. Este cambio también es señalado por dos terapeutas, T123 (que corresponde a un caso de sospecha de abuso) y T126 (maltrato), coincidiendo en este segundo caso su perspectiva con la del niño. Ningún padre/madre alude a este cambio.

No se presentaron metáforas ni representaciones visuales en torno a los cambios cognitivos en los dibujos de los niños/as.

**Síntesis y conclusiones.** A modo de síntesis y conclusión, podemos observar que la dimensión donde se señala una mayor cantidad y diversidad de cambios en el niño/a por parte de todos los entrevistados es la afectiva (16 categorías, con 265 alusiones en total). Así, todos los padres y terapeutas reportan cambios en esta dimensión, aun cuando los segundos hacen levemente mayor alusión a ellos (110 alusiones de terapeutas y 97 de padres). Lo mismo ocurre con los niños/as: 10 de los 11 entrevistados dan cuenta de cambios afectivos, con 48 alusiones en total. Esta dimensión también fue la mayormente representada en los dibujos de los niño/as a través de metáforas y representaciones visuales (6 de los 8 dibujos en los cuales apareció una representación gráfica de los cambios dieron cuenta principalmente de cambios afectivos).



El siguiente ámbito donde los entrevistados reportan una gran diversidad de cambios (15 categorías), aunque con una frecuencia inferior a la anterior (118 alusiones en total), fue en el comportamiento y/o conducta de los niños/as, tanto en la escuela como en el hogar. Si comparamos las perspectivas, fueron los padres quienes reportaron mayormente este tipo de cambios; 10 de los 11 entrevistados aludieron a ellos, en varias ocasiones (48 alusiones en total). Los niños/as, por su parte, también mencionaron esta dimensión en varias oportunidades: 9 de los 11 entrevistados dieron cuenta de algún cambio en la propia conducta y/o comportamiento, con 46 alusiones en total. A esto se suma que dos niños destacaron también algunos cambios comportamentales en sus dibujos. Los terapeutas fueron quienes menor alusión hicieron a este tipo de cambios: si bien 8 de los 11 entrevistados dieron cuenta de al menos un cambio en la conducta y/o comportamiento del niño/a, totalizaron 24 alusiones.

En el ámbito de las relaciones interpersonales, también se reportaron una gran cantidad de cambios (14 categorías, con 140 alusiones en total), siendo los terapeutas quienes más los mencionaron (9 de los entrevistados, con 64 alusiones en total), seguidos por los padres (10 entrevistados, con 47 alusiones). 9 de los 11 niños/as también dieron cuenta de cambios relacionales, con 29 alusiones en total, apareciendo además dichos cambios representados en uno de los dibujos.

Los entrevistados también dan cuenta de cambios a nivel de la identidad, self y representación de sí mismo en el niño/a (11 categorías), pero con una frecuencia bastante menor a las dimensiones anteriores (70 alusiones en total). Nuevamente son los terapeutas quienes más reportan este tipo de cambios (8 de los 11 entrevistados, con 45 alusiones en total). En el caso de los padres, 8 de los 11 entrevistados aluden a algún cambio en esta área, aunque en mucha menor proporción que los terapeutas (14 alusiones). Destaca el hecho de que algunos niños/as también mencionan algunos cambios identitarios en sí mismos (5 entrevistados, con 11 alusiones en total), los cuales además aparecen representados en 2 dibujos.

Finalmente, la dimensión cognitiva es la que presentó la menor frecuencia (63 alusiones en total), pero con diversidad de categorías (15). Los terapeutas fueron quienes mayormente aludieron a estos cambios cognitivos (8 entrevistados, con 29 alusiones), aunque sin mayores diferencias con los padres (10 entrevistados, con 23 alusiones).

Respecto a los niños/as, 7 de ellos aludieron al menos a un cambio cognitivo en sí mismos (11 alusiones en total). Estos cambios no aparecieron representados en ninguno de los dibujos analizados.

Si hacemos un análisis por perspectiva según la frecuencia en que cada dimensión fue mencionada por los distintos participantes, observamos que el orden fue el siguiente: en el caso de los terapeutas, la dimensión más mencionada fue la afectiva (110 alusiones), seguida por las relaciones interpersonales (64 alusiones), la identidad (45 alusiones), el ámbito cognitivo (29 alusiones) y finalmente el comportamiento (24) del niño/a. En el caso de los padres, la dimensión más mencionada también fue la afectiva (97 alusiones), seguida por el comportamiento (48 alusiones), las relaciones interpersonales (47 alusiones), el ámbito cognitivo (23) y finalmente la dimensión identitaria (14 alusiones). En el caso de los niños/as, lo más mencionado fue nuevamente lo afectivo (48 alusiones), seguido, al igual que los padres, por el comportamiento (46 alusiones) y las relaciones interpersonales (29 alusiones), y finalmente lo identitario y cognitivo en igual proporción (11 alusiones en cada dimensión).

Si hacemos ahora una comparación de las perspectivas de los terapeutas según su enfoque teórico, vemos que en algunas dimensiones se observan ciertas diferencias por enfoque, principalmente entre los terapeutas del enfoque constructivista-evolutivo, y los psicodinámicos y sistémicos.

Así, dentro de la *dimensión afectiva*, que es donde se reporta una mayor cantidad de cambios por parte de los terapeutas (110 alusiones en total), son las del enfoque sistémico quienes mayor alusión hacen a estos cambios (50 alusiones en total); en los 4 casos atendidos bajo este enfoque, se reporta una gran cantidad de cambios afectivos. Todas las terapeutas del enfoque psicodinámico también dan cuenta de cambios afectivos en los 3 casos que atendieron, totalizando 37 alusiones. Finalmente, los terapeutas del enfoque constructivista-evolutivo totalizan 23 alusiones, destacando que en un caso (T54) el terapeuta no reporta ningún cambio afectivo, mientras que en otro (T71), atendido por el mismo terapeuta, sólo se reporta un cambio en esta dimensión.

En la *dimensión de las relacionales interpersonales*, donde se totalizan 64 alusiones, nuevamente son las terapeutas del enfoque sistémico quienes más reportan cambios (33 alusiones), aun cuando en uno de los casos atendidos bajo este enfoque (T98) no se

reportó ningún cambio relacional (lo que contrasta con la visión del niño y su dibujo, ver figura 8). En 2 de los 3 casos atendidos bajo el enfoque psicodinámico sus terapeutas reportaron cambios relacionales, con 18 alusiones en total. En los 4 casos atendidos por los terapeutas constructivista-evolutivos se reportaron cambios en 3 de ellos, totalizando 13 alusiones.

En la *dimensión identitaria*, que totalizó 45 alusiones, no se observan mayores diferencias entre los enfoques sistémico y psicodinámico. Así, en todos los casos atendidos por estas terapeutas (7 en total) se reportaron cambios identitarios, con 23 y 19 alusiones respectivamente. Esto contrasta con lo observado en el enfoque constructivista-evolutivo; de los 4 casos atendidos por estos terapeutas, sólo en uno se reportaron cambios, totalizando sólo 3 alusiones. En los otros 3 casos no se reportó ningún cambio identitario.

En el *ámbito cognitivo* (29 alusiones) no se observan mayores diferencias entre los 3 enfoques. Así, las terapeutas del enfoque sistémico aluden a estos cambios en 12 ocasiones, aunque en 1 de los 4 casos atendidos no se reporta ningún cambio cognitivo. Algo similar ocurre con el enfoque psicodinámico: sus terapeutas totalizan 10 alusiones, y en 1 de los casos no se reporta ningún cambio en este ámbito. Lo mismo para los terapeutas del enfoque constructivista-evolutivo: aluden a cambios cognitivos en 7 ocasiones, y en 1 de los 4 casos atendidos no se reportan cambios en esta dimensión.

En la *dimensión del comportamiento y/o conducta*, que totalizó 24 alusiones, se observan mayores diferencias entre los enfoques. En este caso, son los terapeutas del enfoque constructivista-evolutivo quienes mayor alusión hacen a este tipo de cambios, totalizando 16 alusiones, correspondientes a los 4 casos atendidos bajo este enfoque. Les siguen las terapeutas sistémicas, que totalizaron 7 alusiones, también en los 4 casos atendidos bajo dicho enfoque. Las terapeutas psicodinámicas, en cambio, aluden sólo a 1 cambio en el comportamiento, sólo en 1 de los casos atendidos. En los otros 2 casos no se señala ningún cambio en esta dimensión.

Si hacemos ahora un análisis por enfoque, podemos observar lo siguiente: las terapeutas del *enfoque sistémico* lo que más reportan son cambios afectivos (50 alusiones), seguidos por los cambios relacionales (33 alusiones) e identitarios (23 alusiones); y luego, en menor medida, aluden a cambios cognitivo (12 alusiones) y

comportamentales (7 alusiones). Las terapeutas del *enfoque psicodinámico*, por su parte, también aluden mayormente a cambios afectivos (37 alusiones), seguidos por lo identitario (19 alusiones) y relacional (18 alusiones); y luego, en menor medida, aluden a lo cognitivo (10 alusiones) y casi nada a lo comportamental (1 alusión). Finalmente, los terapeutas *constructivista-evolutivos* también aluden mayormente a lo afectivo (23 alusiones), seguido por lo comportamental (16 alusiones) y lo relacional (13 alusiones); y luego, en menor medida, hacen alusión a lo cognitivo (7 alusiones) y a lo identitario (3 alusiones, aunque en 1 sólo caso).

**1.1.6 Percepción de cambios en el niño/a desde otros significativos.** Además de analizar lo que los mismos participantes del proceso terapéutico señalan en relación a los cambios observados en el niño/a, hay otro fenómeno que aparece como muy relevante de ser considerado a la luz del análisis de las entrevistas, y que dice relación con el reporte que otras personas (no participantes del proceso terapéutico) pueden hacer en relación a los cambios observados en el niño/a. Pareciera ser que éste es un fenómeno particularmente relevante en la psicoterapia infantil, en comparación a la terapia con adultos.

Lo anterior se observa principalmente en el discurso de algunos terapeutas (T54, T57, T68, T124, T126, T129), quienes señalan que a veces para ellos era difícil visualizar los avances y cambios en el niño/a en el transcurso de las sesiones. Por ello, el reporte y retroalimentación de los mismos padres, así como también de los profesores y otros profesionales que atendían al niño/a (psiquiatra, neurólogo/a) respecto a lo que estaba ocurriendo con él/ella fuera de la terapia (en el hogar, en el colegio), resultaba fundamental para el proceso terapéutico. En algunos casos, por ejemplo, esto incidía en la planificación, objetivos o actividades de la terapia, y/o en la decisión de continuar o ir haciendo el cierre del proceso. También en algunos casos, especialmente en los terapeutas más nóveles, esto tenía incidencia a nivel más personal y profesional (satisfacción por el trabajo realizado, mayor seguridad en las propias habilidades clínicas, entre otros).

Algunas madres (T91, T98, T123, T124, T126) también dan cuenta de la relevancia que tenía lo que otros podían reportar respecto a los cambios observados en el niño/a.

Ellas hacen alusión principalmente al reporte de otros familiares, profesores, padres y apoderados y contexto escolar en general.

Varios niños/as (T54, T57, T98, T106, T124, T126) también dan cuenta de este fenómeno. En este caso, los niños/as aluden más bien a que otras personas, además de sus padres y terapeuta, también les decían que notaban cambios en ellos/ellas. Aluden principalmente a sus profesores, pares y compañeros del colegio.

A continuación se detallará el contenido del cambio reportado por estos otros significativos a través del relato de los entrevistados.

*1.1.6.1 Percepción de cambios en el niño/a desde los profesores y contexto escolar.* Algunos de los entrevistados (4 madres, 3 terapeutas y 3 niños/as) señalan que los profesores y otros profesionales del colegio notaban cambios positivos en el niño/a y así se los hacían saber. A nivel del contenido específico, se alude principalmente a cambios en el comportamiento: adaptarse al contexto y/o normas escolares, evidenciar una mejora en el trabajo y/o rendimiento escolar, la disminución de conductas disruptivas y tener un mayor desplante y/o mostrarse frente a otros. También se señalan algunos cambios afectivos, específicamente evidenciar una mayor madurez y/o crecimiento, mayor regulación emocional y la disminución de síntomas ansiosos; y un cambio relacional, cual es la mejora en la relación con los pares.

*1.1.6.2 Percepción de cambios en el niño/a desde otros padres y apoderados.* Dos de las madres entrevistadas (T98 y T126) señalan que otros padres y apoderados, que tenían contacto con sus hijos principalmente en actividades extraprogramáticas, también les decían que notaban cambios positivos en ellos. Destaca el hecho de que algunos de estos cambios no fueron señalados directamente por los entrevistados, lo que nuevamente releva la percepción de estos otros significativos no participantes del proceso terapéutico. Así, por ejemplo, se señalan algunos cambios en el comportamiento, como una mayor participación en actividades y juegos y una mejora en el desempeño de los niños en actividades deportivas. También se alude a cambios relacionales, como mostrar una actitud de colaboración y ayuda hacia otros e interactuar más con los pares. Finalmente, se alude a un cambio afectivo (que fue uno de los

mayormente reportados por los entrevistados), que es la mejora en el estado anímico del niño (notarlo “más contento y feliz”).

*1.1.6.3 Percepción de cambios en el niño/a desde otros familiares y personas que lo cuidan o profesionales que lo atienden.* Una madre (T91) señala que parte de su familia extensa, específicamente la abuela y tía del niño, también le manifestaban su percepción de que éste evidenciaba cambios positivos. Específicamente, aluden a cambios afectivos, como verlo más maduro y más grande y que logra expresar y verbalizar sus necesidades y deseos; y a un cambio en el comportamiento, cual es que evidencia un mayor desplante y capacidad para mostrarse frente a otros.

La madre de la T98, por su parte, señala que la nana que cuida al niño también nota cambios positivos en él, aunque no especifica en qué aspectos.

Por su parte, los terapeutas de la T54 y T57 señalan que otros profesionales que atendían a sus pacientes (neurólogo y psiquiatra, respectivamente) también notaban cambios positivos en ellos, aunque no especifican tampoco en qué aspectos o situaciones.

*1.1.6.4 Percepción de cambios en el niño/a desde sus pares y compañeros.* Finalmente, destaca el hecho de que tres niños/as (T57, T106 y T124) dan cuenta de que sus pares y compañeros también les señalaban que notaban cambios positivos en ellos/ellas. Se alude a algunos cambios en el comportamiento, como portarse mejor en clases; cambios relacionales, como pelear menos con los compañeros y ser “más simpático/a” con ellos; y cambios afectivos, como poder controlar más las emociones.

**1.2 Forma de presentación y evolución de los cambios en el niño/a en el transcurso de la psicoterapia.** Visto y descrito el contenido del cambio en el niño/a, es decir, qué es lo que cambia en el transcurso de la psicoterapia, cabe analizar ahora cómo se presentan y cómo evolucionan dichos cambios a lo largo del proceso terapéutico.

*1.2.1 Dónde y de qué manera se manifiestan y es posible observar los cambios en el niño/a.* Un primer hallazgo da cuenta de que algunos cambios se evidencian y/o

expresan en distintos contextos (fuera de la terapia), principalmente en el hogar, en el ámbito familiar y en el contexto escolar. También se señala que algunos niños/as, fuera de la sesión, son capaces de verbalizar y/o narrar sus propios cambios a los padres. Pero dichos cambios se manifestarían no sólo desde el relato verbal; algunos entrevistados, principalmente madres, señalan que a veces los cambios se evidencian también en las actitudes, gestualidad, rostro y/o corporalidad de los niños/as (cambio en la expresión de los ojos, poder dormir con el cuerpo más relajado, entre otros). Tanto la verbalización de los cambios a los padres como su manifestación desde lo no verbal aparecen reflejados en la siguiente cita:

*“E: ¿Y en qué cosas tú ibas viendo como que iba avanzando?”*

*M: En sus ojitos, en sus actitudes, tenía menos miedo, en las noches, por ejemplo, hubo un momento en que todas las noches yo me acostaba con él, le acariciaba el pelito, le cantaba una canción, hasta que él empezó ‘mamá, ¿sabes qué? Quiero dormirme solo’, ahí yo no lo sentí como ‘pucha, mi hijo no me quiere’, no lo sentí como que ya mi hijo no necesitándome, sino que ya está superando sus penas, superando sus miedos (...) y así nos dimos cuenta. Con el tiempo P empezó a querer salir al parque, a no tener miedo, hasta que él me dijo, estábamos al final de las terapias con T, ‘mamá, ya no le tengo miedo a la M’ (nana) y yo ‘oh ¿en serio? ¡Qué bueno poh hijo!’, ‘sí mamá, ya no le tengo miedo, si ella se acerca no voy a correr, voy a hacer como que no existe, yo sé que ella me hizo mucho daño y que es una mala persona, así que yo ya no le tengo miedo, no tengo pesadillas en la noche’, entonces para mí fue, fue en realidad un logro, fue maravilloso (...) Con el tiempo nos dimos cuenta que P iba cambiando, dormía mejor, P era un niño que dormía así, yo me levantaba en la noche tres, cuatro veces a verlo cómo estaba, si es que estaba llorando, yo lo movía y tieso así, dormía tieso (...) Al tiempo yo lo movía y era una lana (...) dormía relajado, entonces eso fue una tranquilidad enorme, ya ver que mi hijo estaba más tranquilo (...) El miedo se acabó por completo (...) después de la terapia yo sentí que ya no hay miedo, en sus ojitos ya no había ese susto” (T126, mamá, p.69-70, 78-82, 102).*

Respecto a lo que ocurre al interior del contexto terapéutico, se señala que algunos padres reportan y dan cuenta de los cambios en el niño/a al terapeuta en el transcurso de las sesiones, apareciendo nuevamente la relevancia que tiene el reporte de otros significativos en los procesos terapéuticos con niños/as.

Pero también aparece otro aspecto muy relevante: que algunos cambios se observan durante el desarrollo de las sesiones. Esto, a través del relato de los mismos niños/as (algunos verbalizan y/o narran sus propios cambios en sesión), pero también a través de sus actitudes y/o comportamientos durante las sesiones, su gestualidad y expresión en el rostro, y las actividades, juegos y/o dibujos que realizan (tanto a nivel del contenido como en la manera cómo realizan dichas actividades lúdicas y/o artísticas). Lo anterior aparece reflejado en las siguientes citas de terapeutas:

*“E: ¿Qué cambios pudiste ir percibiendo en el proceso?”*

*T106: En el caso de la P106 la vi jugando de manera mucho más libre, al principio ella estaba como, como que escenificaba muchos más conflictos en relación a la familia, por ejemplo no quería alimentar a algunos de la familia, hay algunos que los dejaba afuera, eh, estaba igual muy preocupada por el tema del tiempo (...) Y al final de las sesiones (...) se instalaba fácilmente, ya tenía sus cosas como bien ordenadas, eh, le gustaba y sabía exactamente dónde estaban, o sea como que se sentía mucho más en casa, entonces fueron más que verbalizaciones, yo creo que es cómo ella ocupaba el espacio lo que yo vi*

*E: ¿Y de qué manera crees que se fueron dando esos cambios, cómo los describirías tú?”*

*T106: Yo creo que había algo en la gestualidad de ella, en el rostro de P106 (...) ella de a poquito fue dibujando y complementando cosas que ella pensaba que le faltaban a la familia, entonces por ejemplo está el dibujo de la familia siempre al lado de ella, en su casa (...) después también podía jugar mucho más (...) se permitía también desde la ternura que los personajes pudieran estar como enojados, pero también en buena” (T106, terapeuta, p.146, 153-158).*

*“E: Y en ese sentido, ¿cómo fuiste viendo los avances?”*

*T: Con las cosas que él me reportaba, los dibujos cómo iban cambiando, por ejemplo él hizo un dibujo de un río que estaba seco y sucio (...) Y después un río que tenía peces, estaba limpio y tenía a árboles y vegetación. Entonces los dibujos, lo que él me reportaba verbalmente, su actitud, su ánimo, porque en la época en que estaba más grave, él venía con una actitud más desganada y se irritaba más fácil. Después ya no se irritaba tanto, tenía un ánimo más estable, estaba más abierto a conversar, a contar sus cosas (...)*

*E: Ok. Y en el juego, ¿te sirvió como indicador de cambio?”*

*T: El juego sí, el juego cambió. Ya no jugó más a la guerra y quiso jugar juegos de la familia, juegos más de colaboración (...) Igual aparecían sus cosas como medias de*



*oposición al juego, pero tenían que ver más con su personalidad. Pero ya no era un juego tan agresivo” (T126, terapeuta, p.205-214).*

Si bien la frecuencia de todas estas categorías no es tan alta (76 alusiones en total), destaca el hecho de que son mencionadas por más de la mitad de los terapeutas (T57, T91, T106, T123, T124, T126, T129), 5 madres (T57, T98, T123, T124, T126) e incluso 2 niños/as (T91 y T123).

**1.2.2 Cómo ocurren y cómo se presentan los cambios en el niño/a en el transcurso de la psicoterapia.** Otro fenómeno central relevante, y que responde a esta pregunta, dice relación con que los cambios en el niño/a se van dando de manera interrelacionada (como veremos más adelante, este mismo fenómeno se repite para los cambios en los padres y algunos referidos al contexto terapéutico). Este fenómeno se presenta de dos maneras. Por una parte, puede ocurrir que cambios en un área vayan generando cambios en otras áreas del niño/a (como ya hemos visto, las áreas en las cuales se presentan los cambios dicen relación con el ámbito afectivo, cognitivo, comportamental, identitario y relacional, representados en el esquema con distintos colores<sup>8</sup>). Por otra parte, puede ocurrir que cambios dentro de un área vayan generando otros cambios dentro de la misma área (ver Figura 9).

---

<sup>8</sup> Para facilitar la lectura de los esquemas, en lo sucesivo los cambios serán representados por los mismos colores. Afectivo: rosado; cognitivo: gris; comportamental: verde; identitario: amarillo; y relacional: celeste.

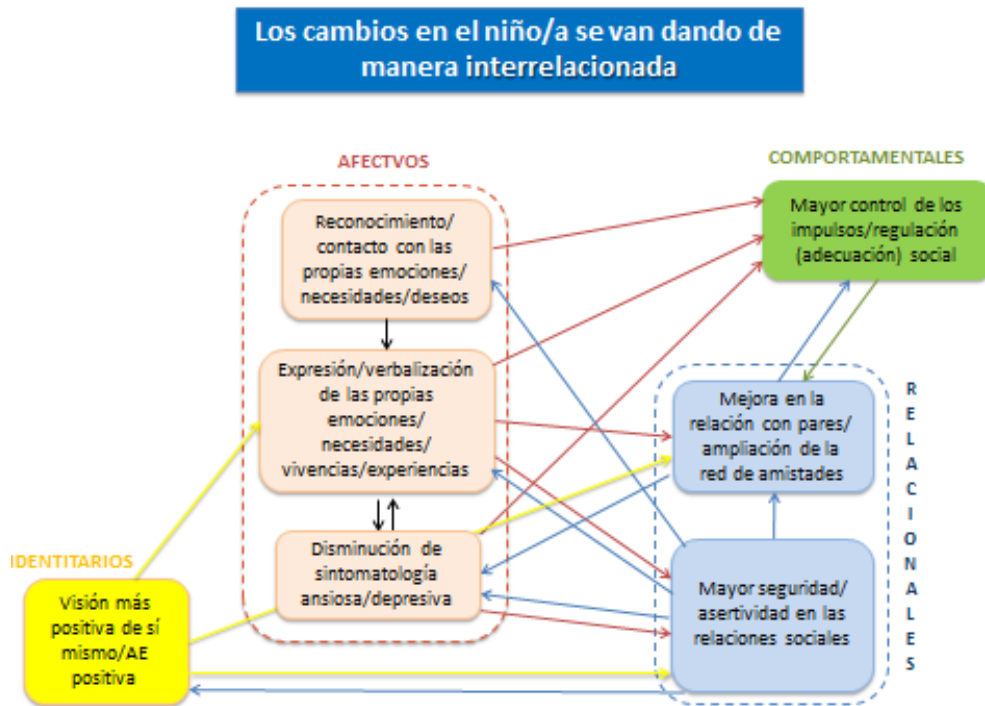


Figura 9. Los cambios en el niño/a se van dando de manera interrelacionada.

Respecto a lo primero, lo que predominantemente se observa en varios de los casos analizados es que cambios en el área de las relaciones interpersonales favorecen y/o se relacionan con cambios afectivos; y viceversa. Así, por ejemplo, aparece que una mayor seguridad, empoderamiento y/o asertividad en las relaciones con otros (cambio relacional) favorece tanto el reconocimiento y contacto con las propias emociones, necesidades y/o deseos, así como también su expresión y verbalización (cambios afectivos). Este mismo cambio relacional, vinculado a la asertividad en las relaciones sociales, favorece también la disminución de síntomas ansiosos y/o depresivos.

Esta disminución de la sintomatología ansiosa y/o depresiva también se ve favorecida por otro cambio relacional: tener más amigos. Así lo refiere la niña de la T124 cuando explica su dibujo a la entrevistadora (antes/después de la terapia):

E: *Y ahora, ¿sigues sintiéndote igual de triste?*

N: *Ahora estoy contenta (...).*

E: *¿Y qué es lo que te tiene tan contenta?*

N: *Que tengo amigos ahora.*

E: *¿Y dónde hiciste amigos?*

N: *Aquí en la casa.*

E: *¿Y que no los tenías antes?*

N: *No (...).*

E: *¿Y juegas con ellos?*

P: *Sí.*

E: *¿Y qué cosas hacen?*

N: *Jugamos a la escondida, todo” (T124, niña, p.351-367).*

Por otra parte, la mayor expresión y/o verbalización de emociones, necesidades, vivencias y/o experiencias favorece ambos cambios relacionales: sentirse más seguro y ser más asertivo en las relaciones sociales, así como también tener más amigos y una mejor relación con los pares. Y este cambio de sentirse más seguro y ser más asertivo también se ve favorecido por otro cambio afectivo: la disminución de síntomas ansiosos y/o depresivos.

También se observa que cambios afectivos, específicamente el poder reconocer y contactarse con las propias emociones, necesidades y/o deseos, poder verbalizar aquello -junto con las propias vivencias y/o experiencias-, así como también la disminución de síntomas ansiosos y/o depresivos; propician cambios comportamentales, específicamente lograr un mayor control y/o modulación de los impulsos y una mayor regulación y/o adecuación social.

Este mismo cambio comportamental también es favorecido por cambios en el área de las relaciones interpersonales, específicamente tener más amigos y/o una mejor relación con los pares. Resulta relevante destacar que esta misma relación, en otros casos, se observa de manera inversa; es decir, que tener un mayor control y/o modulación de los impulsos también favorece la buena relación con los pares.

Finalmente, en algunos casos también se observa una relación entre cambios identitarios, con cambios afectivos y relacionales. Específicamente, lo que aparece es que el desarrollo de una autoimagen y autoestima más positiva en el niño/a favorece una mayor expresión y/o verbalización de las propias emociones, necesidades y/o deseos, por una parte, así como también la ampliación de la red de amistades y una mayor seguridad y/o asertividad en las relaciones sociales. Esto último también se da en sentido

inverso; es decir, una mayor seguridad y asertividad en la relación con los otros fortalece una autoimagen y autoestima positiva en el niño/a.

A continuación se presenta una cita de la terapeuta de la T129, que grafica varias de las relaciones anteriormente señaladas:

*“T: (...) Entonces empezó a expresar sus necesidades, a poner límites, incluso a la mamá, cosa que ella no hacía antes. Y ahí empezó a disminuir la ansiedad, las conductas de auto estimulación se extinguieron (...) Bueno, con S también todo esto le permitió empezar a expresarse porque ella era muy inhibida. Empezó a decir lo que quería, lo que no quería, lo que le gustaba y eso aportó también a sus relaciones sociales. Empezó a poner límites a esta compañerita que era su mejor amiga, que finalmente era ésta la que no la dejaba tener más amigos, o sea ella sentía que no podía tener más amigos porque traicionaba a su amiguita. Y cuando empezó a empoderarse, empezó a tener una autoestima más sana, se sentía más querida en la casa, más validada, empezó a ponerle límites a la compañera y empezó nuevas amistades (...) Entonces el cambio que yo vi, es que empezó a expresar más sus necesidades, empezó a darse más valor como mejorar su autoestima, y a partir de eso, empezó a pedir, empezó a exigir o a expresar lo que no le gustaba en la casa, cosa que antes no hacía (...) Eso por un lado, empezó a poner límites a los compañeros, a hacer más amigos y lo otro es que ella tenía mucha ansiedad social, como ante el desempeño, la evaluación, hablar en público y eso también empezó a bajar” (T129, terapeuta, p.75-79, 89-90).*

Respecto a la segunda forma de presentación del fenómeno (cambios dentro de un área generan otros cambios dentro de la misma área), esto se observa predominantemente dentro de las áreas afectiva y relacional. Así, por ejemplo, en el área afectiva, se observa que, en algunos casos, el poder reconocer y/o contactarse con las propias emociones, necesidades y/o deseos, favorece la expresión y verbalización de las mismas. También aparece que esta expresión y verbalización de emociones, necesidades y deseos ayuda en la disminución de la sintomatología ansiosa y/o depresiva, y viceversa (menor sintomatología ayuda en la expresión y/o verbalización de aspectos propios). Respecto a lo primero, una terapeuta (T123) señala:

*“T: Y en un momento (...) que la P123 se angustió de irse con el papá, cuando la P123 en terapia se empezó a contactar con sus emociones, empezó a expresar rechazo a ir a*

*donde el padre, porque ya dejó un poco de lado la actitud como sumisa de ir no más”*  
(T123, p.245-247).

En el ámbito de las relaciones interpersonales, lo que se observa es que una mayor seguridad y/o asertividad en las relaciones sociales, favorece la ampliación de la red de amistades y propicia una mejor relación con los pares. Así lo refiere la misma terapeuta de la T129 en la cita antes señalada:

*“T: P129 (...) Empezó a poner límites a esta compañerita, que era su mejor amiga (...). Y cuando empezó a empoderarse (...) empezó a ponerle límites a la compañera y empezó nuevas amistades”* (T129, terapeuta, p.89-90).

## **2. Cambios en los Padres y a Nivel Familiar**

Tal como señaláramos al inicio de este apartado, la terapia no sólo propició cambios a nivel individual en los niños/as, sino que también se generaron cambios en los padres y a nivel familiar. Al igual que como se hizo en el caso de los niños/as, primero se hará una descripción de los principales contenidos del cambio observados en los padres y a nivel familiar, para luego analizar cómo se presentan y cómo evolucionan dichos cambios a lo largo del proceso terapéutico.

**2.1 Contenidos del cambio en los padres y a nivel familiar.** Los entrevistados dan cuenta de que la terapia, además de propiciar cambios en el niño/a a nivel individual, también generó (aunque en menor medida) cambios en los padres y a nivel de toda la familia. Todos los padres reportan cambios en relación a sí mismos y la familia, así como también todos los terapeutas. En el caso de los niños/as, la mayoría de ellos (9 de los 11 entrevistados) también da cuenta de algunos cambios en este nivel. En algunos casos, los niños/as logran identificar el contenido específico del cambio, aunque en otros sólo señalan haber percibido cambios en sus padres en términos generales.

A continuación se describen los principales cambios observados por los participantes en cada una de las áreas o dimensiones señaladas previamente, ordenadas según la diversidad de categorías y frecuencia de presentación.

**2.1.1 Cambios cognitivos en los padres.** El ámbito donde se reporta una mayor cantidad de cambios (5 categorías, con 67 alusiones en total) dice relación con lo cognitivo (pensamientos, cogniciones y funcionamiento cognitivo de los padres). Todos los terapeutas y todos los padres reportan cambios en esta área, a lo cual se suma 1 niño.

El cambio que más se destaca, ya que presenta significativamente la mayor frecuencia de todos los cambios encontrados (considerando todos los ámbitos), dice relación con la ampliación de la perspectiva y/o haber logrado un mayor entendimiento y/o una mayor comprensión de la problemática que presenta el hijo/a. Cabe señalar que este cambio es señalado por todos los padres y todos los terapeutas entrevistados, de los 11 casos, a lo cual se suma, además, el niño de la terapia 71.

A modo de ejemplo, los padres de la terapia 68, cuya niña presentaba un posible trastorno del desarrollo, señalan:

*“Pa68: Personalmente yo quedé súper conforme (con la terapia) (...)*

*Ma68: Yo también.*

*Pa68: Como de, de las cosas que (...) vi a P68 (niña) y los resultados. Entiendo que (su problema) es algo, es algo de largo aliento, lo que vivimos acá fue provechoso.*

*Ma68: Sí, provechoso.*

*Pa68: Nos llevó a entender mucho más a nuestra hija, a entender (...) de mejor manera, emm, cuáles podían ser las cosas que nosotros podíamos hacer para mejorar su situación (...) Y en particular yo estoy ahora bastante, emm, bastante seguro entre comillas de que P68 tiene un, un, hay ciertas dificultades con P68 (...) y mi postura frente a esa dificultad. Respecto de eso estoy seguro (...) Pero yo, antes pensábamos que era algo que se podía pasar, o que podía no pasar, teníamos mucha duda, y ahora hay cierta incertidumbre que, si bien la da la propia preocupación de que hay un problema, también está la tranquilidad de saber qué le pasa” (T68, padres, p.11-15, 196-202).*

Respecto a este mismo cambio, otra madre, cuya hija presentaba conductas de autoestimulación en el colegio, señala:

*“(...) y habían varias situaciones que nosotros (los padres) no entendíamos por qué le pasaba, y ahí (en la terapia) logramos determinar qué eran las cosas que le molestaban en el colegio, qué tema tenía con algunos compañeros, que por qué ella se sentía aislada y le costaba participar, o estaba muy encerrada con una sola amiga y eso no era bueno, que tenía que abrirse con otras amigas” (T129, madre, p.74).*

Relacionado con la ampliación de la perspectiva y el mayor entendimiento respecto a la problemática del hijo/a, casi la mitad de los adultos entrevistados (6 padres y 5 terapeutas) señalan también como cambio cognitivo importante el comprender que los padres tienen una gran incidencia y participación en la problemática del hijo/a, ya sea en su origen y/o en la solución de la misma. Al respecto, la terapeuta del caso anterior (T129) señala:

*“Y yo sentía que había que trabajar mucho con la mamá, porque la mamá, a la base, por decirlo así, tenía una psicopatología importante, una historia de vida complicada que de alguna manera estaba marcando un poco su manera de relacionarse con su hija. Y ella me lo reconoce así, que había unos ratos que se descontrolaba, que le gritaba a la niña, entonces empezamos a trabajar el autocontrol en la mamá también, la sensibilidad parental (...) Entonces en la medida que la mamá se comprometió con este tratamiento, se empezó a dar cuenta que los cambios que ella tenía influían mucho en la actitud de S (niña). Hasta que creo que en un momento me dice ‘sí, en realidad ella está mucho mejor, porque yo estoy mucho mejor’ (...) Yo creo que ellos (los padres) se dieron cuenta, que es súper obvio para un psicólogo, pero para un papá no, que todo lo que ellos hacen o dejan de hacer, expresado verbal o no verbalmente, influye en sus hijos, partir de esa premisa que ellos no tenían antes (...) Y se dieron cuenta que todo lo que ellos hacían, influía, desde cosas súper mínimas, hasta cómo se trataban ellos como papás” (T129, terapeuta, p.67-68, 206).*

Otro cambio importante mencionado a nivel cognitivo, y que podría relacionarse con el anterior, dice relación con el reconocimiento y tener mayor conciencia respecto a la existencia de un problema en sí mismo y/o en la propia forma de ser de los padres, el cual fue señalado por 3 madres y 4 terapeutas, habiendo coincidencia entre las perspectivas en 2 casos. Algunos de los problemas reconocidos por los padres fueron tener dificultades para autorregularse y controlar las propias emociones e impulsos (el cual aparece ejemplificado en la cita anterior), sentirse estresado/a, ser un padre ausente, arrastrar secuelas no tratadas por vivencias de trauma o situaciones difíciles en la infancia, ser muy aprehensivos/as y/o sobreprotectores/as con el hijo/a, y tener dificultades para visualizar y manejar los problemas y dificultades del hijo/a. A lo

anterior se suma también, en 3 casos (2 terapeutas y 1 madre), el reconocimiento de la existencia de un problema en la pareja parental (conflictos, peleas, mala relación o falta de comunicación entre padre y madre).

Otro cambio cognitivo mencionado, aunque en menor medida, pero que podría relacionarse con el reconocimiento de un problema, fue el reconocer la necesidad de ayuda terapéutica para sí mismo(s), el cual fue señalado por 1 madre y 3 terapeutas.

Finalmente, algunos entrevistados aluden al incremento de la capacidad reflexiva por parte de los padres, como poder reflexionar sobre los contenidos abordados en la terapia, sobre los propios actos, vivencias y limitaciones, o ser capaz de reflexionar y darse un tiempo para pensar antes de actuar o tomar decisiones. Este cambio cognitivo fue señalado casi en igual medida por padres y terapeutas (3 padres y 4 terapeutas), habiendo coincidencia entre las perspectivas en 2 casos (T106 y T129).

**2.1.2 Cambios comportamentales en los padres.** El siguiente ámbito donde los entrevistados reportan una gran cantidad y diversidad de cambios (mayor diversidad que la anterior, con 7 categorías, pero con una frecuencia un poco menor) dice relación con el comportamiento y/o conducta de los padres. Todos los terapeutas y todos los padres reportan cambios en esta dimensión (43 alusiones entre ambos), a lo cual se suman 5 niños/as (8 alusiones).

Lo que más destacan los entrevistados, principalmente los padres (8 de los 11 entrevistados) y varios terapeutas (6 de 11), dice relación con haber adquirido y/o reforzado herramientas para poder manejar de mejor manera la problemática del hijo/a. Dentro de este aspecto, se señala el poder manejar de mejor manera la conducta y el comportamiento del niño/a, poder ponerle normas y límites claros, saber qué hacer y cómo reaccionar frente a situaciones y/o problemas del niño/a, ayudarlo a reconocer y regular sus emociones, fortalecer la confianza y seguridad en sí mismo/a, y propiciar y/o fortalecer su autonomía. A modo de ejemplo, en relación al manejo conductual, poder poner límites y propiciar la autonomía, una madre (terapia 98) señala:

*“Como te digo (...) era como, ‘¿qué mierdale hago poh?! ¿Cachai? Entonces, suponte ahí con la TP98 (terapeuta) empezamos a trabajar un tema de que, ejemplo, yo tenía que decirle las reglas que había (...) y que él supiera, ejemplo, las consecuencias del no*



*cumplimiento de reglas (...) entonces suponte empezamos a ponerle una pizarra, le dijimos que él tenía que tener ese (compromiso), y tenía que cumplir, y si no le iba a pasar esto (...) Era el tema de controlar (...) él tenía una Tablet, o su celular, controlar las horas de uso (...) De repente también empezábamos a hacer que si lunes, jueves se portó bien, el viernes podía llevar su celular al colegio, porque todos los amigos jugaban el mismo juego, entonces sí con reglas como más tangibles, ¿cachai? Entonces yo creo que también sirvió (...) Yo como que siempre igual le doy a elegir, ¿ya? Entonces igual lo premio, o sea, cuando lleva una semana que se porta bien, le encanta ir a tomar helado, le compro su helado (...) Y lo otro que me ayudó bastante fue de que, por temas prácticos, yo todavía al P98 (niño) no sé poh, lo vestía, lo bañaba, le amarraba los zapatos, ¡todo! Entonces ella un día me dijo ‘no poh, si ya es grande, entonces que él arregle su ropa, que él se vista’ y yo le digo ‘pero si se viste se demora ene’, ‘no importa, se levanta antes, pero él se viste, él arma su mochila’ y ahí también ya fuimos así como trabajando un poquito (...) que él hiciera sus cosas, no que yo estuviera ahí, porque claro para mí por comodidad, por tiempo todo (...) yo hacía todo, entonces no, ahí (...) Eso también lo trabajamos que cambiamos, así el P98 tenía reglas que se tenía que bañar, arreglar su mochila (...)” (T98, mamá, p.80-84, 178-180, 256, 296).*

En algunos casos, siguiendo con la adquisición y/o el reforzamiento de herramientas, también se alude a poder ayudar al hijo/a con problemas más específicos, relacionados directamente con el motivo de consulta, como poder manejar el trauma por el maltrato sufrido, responsabilizarse por sus propios actos y ponerse en el lugar de los otros, mejorar la relación con sus pares y ayudarlo a manejar aspectos relativos a su sexualidad.

En el caso de los niños/as, son dos los que aluden a este cambio en los padres; específicamente, en lo relativo a propiciar y favorecer la propia autonomía en un caso, y en el otro, ayudarlo a superar la experiencia traumática de maltrato sufrida por parte de su nana. Respecto a esto último, el niño de la terapia 126 señala:

*“E: ¿Y sientes que ayudó a otras personas ir donde la A (terapeuta)? (...) Por ejemplo, ¿sientes que ayudó también a tu mamá, a tu papá?”*

*P: Bueno sí (...) Los ayudó (...) a que ellos me ayudaran a que me explicaran cosas que no podían pasar, antes yo me imaginaba que ella (la nana) podía subir a este piso y...*

*E: Ah ¿que la M (nana) podía subir hasta acá?”*

*P: Ahá.*

*E: Ya... ¿y tus papás te explicaron qué cosas?*

*P: Que ella no podía escalar hasta acá y que además hay un teléfono allí que en consejería cada vez que alguien le avisa al conserje que va a visitar a uno de (...) de las personas que viven en este edificio, el conserje le avisa a esas personas y ahí las personas elijen si entra o no la persona” (T126, niño, p.171-182).*

Respecto a este mismo caso, y en relación al fortalecimiento de las propias herramientas para ayudar al hijo/a con su problema, la madre señala:

*“Yo creo que para eso están los psicólogos, ahora yo entendí que en realidad los psicólogos funcionan, es un profesional que sí aporta (...) No es simplemente para contar las penas, sino que te da las herramientas y si tú tienes esas herramientas escondidas y no te das cuenta que las tienes, y con T (terapeuta) nos pasó, yo tenía las herramientas, pero no sabía que las tenía, T me dijo ‘sí las tienes’ y claro de ahí me di cuenta que sí las tenía, gracias a ella en realidad” (T126, mamá, p.185-187).*

Otro cambio comportamental destacado por casi la mitad de los padres y terapeutas (con coincidencia entre ambas perspectivas en los 5 casos), dice relación con estar más presentes y/o disponibles para el hijo/a y haber logrado una mayor cercanía con él/ella. En un caso (T123), este cambio también es señalado por el niño a su terapeuta en sesión. Respecto a esta mayor presencia y disponibilidad, a modo de ejemplo, una madre y la terapeuta de la T57 señalan:

*“Durante el proceso, la mamá se lleva a vivir al P57 (niño) con ella. Entonces un poco el foco estuvo más en esa línea (...) que la mamá pudiera problematizar esta necesidad del hijo de tenerla, de poder estar con ella (...) La mamá comenzó, por ejemplo, a acompañarlo a la escuela de fútbol donde el P57 iba, y le encantaba que fuera su mamá y la mamá nunca había ido (...) Yo creo que (la terapia) va a ser importante porque desde acá se construyó que ellos pudieran vivir juntos. Ellos no habían vivido juntos (...) Él desde muy pequeño empezó a vivir en este sistema de... con los abuelos, que la mamá iba en las tardes (...) Y desde acá se fue construyendo esa idea, se fue problematizando las implicancias que tenía desde el rol materno, desde la relación, ehh, y se fue devolviendo también esta, esta posibilidad de, de que ellos juntos podían estar bien (...) Entonces, eh,*

*desde ahí yo creo que va a ser bien importante. Yo creo que ese fue como uno de los mayores logros de la terapia (T57, terapeuta, p.222-234, 413-415, 599-611).*

*“Para mí (la terapia) fue algo maravilloso. (...) Yo llegué acá porque P57 tenía problemas en el colegio, se habían dado como varias situaciones, y en este año y medio con TP57 (terapeuta) (...) fui como recuperando a mi hijo en realidad, entonces eso pa’ mí fue genial (...) Al final terminé llevándome al P57 a la casa, emm, lo cambié de colegio, lo tuve conmigo (...) viajaba conmigo todos los días, se quedaba conmigo todos los días (...) Con la terapia yo me di cuenta, porque ya habíamos empezado a conversar con la TP57 el tema de que a lo mejor al P57 era bueno que se fuera conmigo (...) en el fondo era eso, o sea no era únicamente el tema del colegio. Entonces cuando lo cambié de colegio ya el P57 se tuvo que ir todos los días conmigo (...) Entonces, claro, lo recuperé en el sentido de que, eh, se iba conmigo, comía conmigo” (T57, mamá, p.12, 43-57).*

Otro cambio comportamental frecuentemente mencionado, principalmente por los padres (6 de los 11 entrevistados) pero también por algunos terapeutas (4 de los 11 entrevistados), coincidiendo las perspectivas en 2 casos, es tener una actitud más activa y proactiva en el enfrentamiento de los problemas y en la búsqueda de soluciones para esos problemas, relacionados principalmente con el hijo/a. También se hace alusión, aunque en menor medida, a la activación de redes de apoyo en el contexto inmediato de la familia (familia extensa, instituciones) (2 padres y 2 terapeutas), flexibilizar el control parental (1 caso, pero en el cual coinciden las tres perspectivas) y también, en algunos casos, se alude a la aparición y/o incremento de conductas de protección y/o supervisión parental (2 casos, 1 madre y 1 terapeuta).

Finalmente, hay un cambio comportamental que cabe destacar debido a que es señalado solamente por los niños/a, específicamente por 3 de los entrevistados, cual es que los padres sean más comunicativos, dialogantes y/o mejoren la forma de comunicarse con ellos. A este respecto, un niño (T54) y una niña (T124) señalan:

*“E: ¿Y sientes que cambió algo en otras personas, por ejemplo de tu mamá o en tú papá?*

*P: Ahá.*

*E: ¿Y qué cosas sientes que cambiaron en ellos?*

*P: En que mi papá (...) se puso más, más, se puso más conversador conmigo”  
(T54 niño p.566-573).*

*“E: ¿Y alguien más cambió? ¿Por ejemplo tu mamá, tu papá u otra persona?*

*P: Mi mamá y mi papá (...)*

*E: Ya. ¿Y cómo ayudó la psicóloga a tus papás?*

*P: Que hablen conmigo y todo.*

*E: Ah, ¿porque antes no hablaban mucho contigo?*

*P: No.*

*E: Ya. ¿Y ahora hablan más contigo?*

*P: Sí” (T124, niña. p.195-196, 211-216).*

**2.1.3 Cambios identitarios y/o en la representación de sí mismos como padres.** Otra dimensión donde los entrevistados dan cuenta de cambios en los padres (4 categorías), aunque con una frecuencia un poco menor que las anteriores (35 alusiones de padres y terapeutas más una niña), dice relación con lo identitario. Esta dimensión alude a aquellos cambios relacionados con la identidad y la representación de sí mismos, tanto en términos personales pero principalmente en su rol de padres.

El principal cambio que apareció, en 10 de los 11 casos, fue sentir una mayor seguridad y empoderamiento en el ejercicio del rol materno o paterno y en las propias habilidades parentales, lo cual, en algunos casos, va aparejado con la sensación de ser mejor mamá/papá. Este cambio de mayor empoderamiento fue señalado en las entrevistas de 8 padres (padres y madres) y 8 terapeutas, habiendo coincidencia entre las perspectivas en 6 casos. A esto se suma una niña (T123), pero cuya percepción de este cambio aparece en la entrevista de la madre. Respecto a este caso, las entrevistadas (terapeuta y madre) señalan:

*“E: Y en ese sentido, ¿como cuáles eran tus expectativas del trabajo con la madre y cuánto lograste con ella? ¿Cuáles fueron como los principales cambios que tú podrías...?*

*T: O sea, los principales cambios fue que la madre como que se posicionó en el rol de madre (...) porque en el fondo cuando llegaron ellas dos la sensación era que eran como dos niñas maltratadas (...) donde la madre no lograba proteger a la P123 (niña) (...)*

*Entonces empezamos a hacer cosas como que, si la P123 iba de visita donde el papá, la mamá la llamaba, porque la mamá no llamaba, nunca, dejaba a su hija de siete años del viernes al domingo y no llamaba nunca, no se comunicaba con la niña (...) Porque le daba miedo que el papá fuera muy pesado y todo, entonces fue empoderarla, que ella tenía un derecho materno de llamar y decirle 'buenas noches' a su hija, o preguntarle cómo estaba, y que la P123 podría empezar a sentir que ella estando con el papá no dejaba... no estaba sola, estaba la mamá también circulando (...) Eh, de comunicarle, cuando la P123 le reportaba cosas, de comunicarle al padre vía correo electrónico, por ejemplo, lo que la P123 le había comunicado, solicitando al padre que tuviera cuidado con eso (...) cosas que antes no hacía (...) Le tenía tanto miedo (al padre) que se paralizaba también. (...) Ella tenía mucho mejor vínculo con la tía, no con el papá ni con los abuelos, entonces también fue fortalecer esa comunicación, que no llamara al papá, que llamara a la tía, que estaba presente durante las visitas, y a través de la tía le dijera 'oye, soy la mamá, necesito saber cómo está mi hija' (...) Que el papá percibiera el mensaje que él no estaba como solo con esta niña, sino que esta niña tenía una madre, tenía protección.*

*E: M-hm ¿y sientes que eso se logró?*

*T: Se logró mucho (...) La mamá se empoderó, la mamá toleró que de repente el papá fuera pesado, no se lo auto refirió, sino que se siguió como conectando con el rol materno, eh, sí, mucho, la mamá se empoderó mucho, entendió, desarticuló un poco la dinámica como de víctima en torno al papá, fue muy bonito el crecimiento de la mamá” (T123, terapeuta, p.71-102).*

*“E: Y tú me comentabas que también tú sentías que la terapia te había ayudado a ti. ¿Qué cosas sientes que lograste o que tú cambiaste?*

*M: Yo me logré empoderar (risa) (...) Porque el problema que tenemos yo con la P123 (niña), que se dio cuenta la T123 (terapeuta), que yo y P123 hacíamos lo mismo. Porque de cuando empezamos con esto de las visitas, para mi igual fue así como 'ah', y que se fuera todo el fin de semana, y estaba chiquitita, entonces fue terrible, terrible, terrible, lo pasé muy mal, entonces (...) todo el fin de semana yo me desdoblaba, 'ya, no existe P123', yo no hablaba con P123 por teléfono, yo no sabía nada, se iba el viernes y yo el domingo volvía a saber de ella, porque además había problemas (con el papá), o sea, me llamaba y él, como que... me hacía sentir yo creo (...) así como 'es mi fin de semana, tú no te metas'. Entonces yo como que... igual yo le decía a T123, yo me controlaba,*

*entonces yo me ponía una máscara y listo, entonces yo no pensaba, yo mal, vivía mi vida de fin de semana, y la niña, la P123, también (...) se iba con el papá y no existía la mamá.*

*E: ¿Y tú, por lo que me estás explicando, como que la T123 te ayudó a ver eso?*

*M123: Sí poh, me dijo 'oye, tú tienes todo el derecho, tú tienes que llamar y hacer presencia porque la P123 lo necesita, porque ella lo necesita' (...) entonces me dijo 'entonces tú vas a llamar, o si no, llamas a la hermana, intenta, y haces el esfuerzo para poder hablar con P123'. Eso igual fue... fue trabajoso para mí, pero ya, ya me empoderé (...) Es que yo he tenido que... con esta relación, he tenido que hacer eso, he tenido que decir 'OK, en beneficio de la P123', he hecho cuestiones así 'listo, lo hago', punto, no lo pienso, nada, lo hago. Y así empezó poh (...) (Yo antes) no tuve ese... punch para hacerlo, pero la T123 me dijo 'tienes que hacerlo' (...) entonces 'OK, listo, ya, listo', y lo hice (...) Y yo ahora todos los fines de semana '¿cómo estás?' y 'buenas noches' (...) en dos palabras, pero ella sabe que estoy ahí y sabe que yo la voy a llamar (...) y sabe que si cualquier cosa, yo la voy a buscar, entonces sabe que está la presencia de la mamá ahí (...) Entonces en ese sentido me ayudó ene, porque como que, como te digo, me empoderé yo, entonces (...) yo le empecé a poner límites (al papá) así como 'oye, voy a llamar, voy a hacer esto', eh, 'tiene una actividad, tienes que llevarla' y le escribía un mail, bien polite, así corto, preciso, eh, las cosas que tenía que hacer (...) entonces así iba como marcando así (...) Y en eso me ayudó harto la T123, para en ese sentido así 'oye, yo no me estoy metiendo más allá, me estoy metiendo lo que corresponde y me tienes que dar ese espacio' (...) Entonces eso fue como súper power con la T123 (...) porque yo tenía el mismo problema con él, entonces era como, y no me atrevía a decirle, como que, y siempre como que era un susto, tenía como un susto de él (...) Pero ese susto como que ya, ahora (...) ya no existe, en realidad ya no tengo susto, ya no me da susto (...) (Y) la P123 fue viendo ella eso (...) Me decía 'ah, ya no te noto así nerviosa' (...) ya no me ve con ese temor que me veía antes, porque (...) se da cuenta de las reacciones de uno y qué se yo, entonces, pero como te digo eso fue súper importante" (T123, mamá, p.110-133).*

Otro cambio importante a nivel identitario dice relación con tomar consciencia respecto a cómo se está ejerciendo el rol materno/paterno (cómo soy y cómo quiero ser como madre/padre) y respecto a las propias capacidades o habilidades parentales. Este cambio fue señalado por 5 madres y 3 terapeutas, habiendo coincidencias entre

perspectivas en tres casos. En relación a esta toma de consciencia respecto al ejercicio del rol parental, una madre señala:

*“En cierto punto (la terapia) me hizo despertar y darme cuenta que soy una mujer muy ocupada (...) que necesitaba un tiempo extra para él (el hijo), y eso como que sí, me hizo como una alarma (...) Y bueno, traté de hacer los cambios (...) Decidí ir a dejarlo yo todos los días al colegio, entonces conversamos, de ahí lo voy a buscar, cosa que el año pasado no hacía, entonces perdí mucho contacto con él (...) definitivamente tuve el año pasado a (mi hijo) medio abandonado. Y este año las cosas cambiaron (...) La terapia me hizo despertar (...) me llamó la atención” (T71, madre, p.132-144).*

Finalmente, otros cambios identitarios mencionados, aunque en menor medida, tienen que ver con la identidad en términos más personales, a nivel general, y no sólo en el rol de padres. Dichos cambios dicen relación con el fortalecimiento personal de los padres y tener mayor consciencia respecto a sí mismos y la propia historia. El primero fue señalado por 2 madres y 2 terapeutas, coincidiendo las perspectivas en ambos casos (T91 y T123), y el segundo fue señalado por 2 madres y 3 terapeutas, coincidiendo las perspectivas sólo en un caso (T91).

**2.1.4 Cambios afectivos en los padres.** Otra dimensión donde los entrevistados dan cuenta de variados cambios (6 categorías), con una frecuencia similar a los cambios identitarios (30 alusiones en total), dice relación con cambios afectivos (afectos, emociones y sentimientos de los padres). Cabe destacar que en esta dimensión, además de los padres y terapeutas, 4 niños/as también reportan cambios en sus padres.

El cambio que más destacan los adultos entrevistados (4 padres y 2 terapeutas), a lo cual también se suma un niño, dice relación con que los padres se sienten más tranquilos y/o menos preocupados respecto a la problemática por la cual llevaron al hijo/a a consultar. Cabe señalar que, en relación a esta categoría, no hay total coincidencia entre las distintas perspectivas. Esto porque, en 2 casos, sólo los padres señalan este cambio, en 2 casos lo señalan padres y terapeutas, mientras que en otro caso sólo lo señala el niño. En uno de los casos donde las perspectivas de padres y terapeutas coinciden (terapia 106, cuya niña presentaba sintomatología ansiosa producto de un abuso sexual intrafamiliar), la terapeuta y el padre señalan:

*“E: m-hm, ¿y cuáles fueron como los cambios que pudiste ir observando durante el proceso?”*

*T: (...) yo le fui explicando (a la mamá), yo creo que también uno de los objetivos era mostrarle qué sintomatología (...) se da normalmente en niños que han sufrido situaciones de transgresión sexual, como explicar la sintomatología ansiosa como parte (...) de lo traumático (...) Como también dando cuenta un poco de que hay un, esto pasa muy seguido (...) del rechazo de la familia, de la incredibilidad como una manera de alejar y separar a quien habla sobre esto. Entonces (...) yo creo que de los cambios, yo creo que la mamá (...) creo que (esto) tuvo un efecto en que la madre estuviera un poco más tranquila (...) Yo creo que hubo un movimiento en relación a nombrar la experiencia, entender qué consecuencias puede tener a nivel familiar y cómo entender lo que le estaba pasando, el malestar de P106 (niña) en relación a esta situación (...) Yo creo que hubo un... no sé (...) pero yo la vi más tranquila a la mamá” (T106, terapeuta, p117-126, 134-138, 350-365).*

*“(La terapeuta) trató de, de ayudarnos. Eh, como le digo, eh, ayudó más a mi señora (...) porque ella (la mamá) (...) no anda tan, cómo te dijera, tan sobreprotectora con la P106 (niña), que incluso ella sobreprotegía a la P106 contra nosotros mismos, o sea, mi hijo y yo, y nosotros también la entendimos. Pero ahora ella se ha dado cuenta que, con las sesiones y todo el tema, le ha ido mejor, ha quitado ese tema. La idea no es que tampoco confíe en todas las personas, pero ha mejorado bastante (...) en su carácter (T106, papá, p.301-303).*

Otro cambio mencionado por los entrevistados en el ámbito afectivo dice relación con desarrollar una mayor sensibilidad y/o empatía respecto a las vivencias, afectos y/o necesidades del hijo/a, el cual es señalado por 3 madres y 2 terapeutas, coincidiendo las perspectivas sólo en uno de los casos (T123). También aparece el poder expresar mayormente afecto, cariño, apoyo y/o contención hacia el niño/a, cambio que es mencionado por 3 padres (1 padre y 2 madres), 2 terapeutas y 2 niños/as, coincidiendo las perspectivas de madre y terapeuta en dos casos (T57 y T91). Al respecto, las entrevistadas de la T57 señalan:

*TP57: “(...) La manera como la madre se relacionaba con el hijo yo creo que fue uno de los elementos más, más centrales dentro de este proceso.*



*E: Y dentro de eso, ¿cuáles fueron sientes tú que fueron como los logros (...)?*

*TP57: Ehh, bueno, creo que uno de los elementos fue que la madre se saliera de una interacción centrada en lo normativo y en los aspectos académicos a una más centrada en los afectos.*

*E: ¿Eso en la relación que la madre tenía con el hijo?*

*TP57: Uhm” (T57, terapeuta, p.381-385).*

*M57: (...) Por ejemplo, ahora veníamos medios enojados porque se enojó porque yo le llamé la atención, o sea, es que (...) cruzamos a tomar la micro y le digo ‘P57, hazte para acá’, y él dice que no me escuchó y justo iba a doblar un vehículo, entonces lo grito y él detesta que uno lo grite. Entonces se sentó y se amurró (...) y después en la micro se venía todo enojado, entonces le empecé hablar, ‘P57, mira si yo te hablé, yo no te grité’, le digo yo, ‘a lo mejor tú escuchaste que te hablé muy fuerte’, pero no... no, y enojado. Entonces después le digo, ‘ya dime, qué es lo que tú realmente quieres (...) qué quieres que yo haga’. Entonces me queda mirando así y ‘nada’, me dice. ‘Ya, entonces dame la mano’, y no. ‘Pero es que dame la mano’, le digo yo. Ya, lo dejé, como no me quiso dar la mano lo dejé. Ya poh, de repente siento así que se me tira encima (ríe) (...) Y me abraza, me dice ‘sí te quiero’. ‘Sí’, le digo, ‘yo también te quiero, yo también te amo’, le digo yo” (T57, mamá, p.71-73).*

*E: “¿Y hay algún momento así como especial que tú recuerdes en la terapia? ¿Algo que tú digas, ‘oh!, este momento fue súper importante’?”*

*M57: Eh, mira (...) Fue un día que estábamos con la TP57, el P57 y yo e hicimos un juego. Estábamos jugando (...) y a P57 se le sale un gas, se le sale un pun (...) Y él así como que... Ya, entonces como lo que hice fue como abrazarlo poh. Pero no lo reté, nada. Pero yo lo hice inconscientemente, así yo nunca me di cuenta, y después la TP57 me dice, después cuando yo vine, no delante del P57, ella me hizo ver que lo que yo había hecho había estado bien (...) Porque podría haberlo retado me decía, en el minuto que estábamos de la terapia (...) ‘podrías haberlo retado o haberlo, no sé, haberlo dejado en ridículo, haber hecho cualquier cosa, pero fue tan importante’, me dice, ‘cómo tú reaccionaste, cómo tú lo tomaste, cómo tú lo cobijaste’, así como... no sé. Y pa mí fue como, como importante ese minuto. Y que después ella me hiciera ver que había estado bien” (T57, mamá, p.222-229).*

Considerando que, como ya se señaló, un niño (T54) y una niña (T124) también aluden a este cambio de mayor expresión de afecto y cariño por parte de los padres, resulta relevante rescatar lo que uno de ellos dice:

*E: “¿Y qué cosas sientes que cambiaron en ellos (los padres)?*

*P: En que mi mamá se puso más cariñosa conmigo.*

*E: Ah, ya, ¿en eso sientes que cambiaron ellos?*

*P: Sí” (T54, niño, p. 566-573).*

Otros cambios afectivos mencionados fueron lograr un mayor contacto y/o conexión con las propias emociones, el cual es señalado sólo por terapeutas (2); y ser capaz de canalizar y/o controlar de mejor manera las emociones, incluyendo el control y regulación de la rabia hacia el niño/a. Este último cambio es señalado por 3 madres, 1 terapeuta y 1 niña, habiendo coincidencia en un caso (T129) entre las tres perspectivas. Al respecto, las entrevistadas señalan:

*E: ¿Y tú crees que ir a la psicóloga ayudó a otras personas, por ejemplo, a tu mamá o a tu papá?*

*P129: O sea, a mi mami también, como que (...) cuando se enojaba conmigo, aprendió a controlarse más.*

*E: (...) ¿Tuvo que ver con la psicóloga crees tú?*

*P129: Sí.*

*E: ¿Qué crees que hizo la psicóloga para lograr eso? (...) ¿Tú crees que hizo algo con tu mamá para lograr que ella cambiara?*

*P129: Mmmhh (afirma)*

*E: ¿Qué habrá hecho?*

*P129: Decirle que... que ya se tenía que controlar más cuando se enojaba porque le hacía mal cuando descontrolarse tanto” (T129, niña, p.213-222).*

*E: Tú me decías que la A (terapeuta) te había dado como herramientas, ¿tú sientes que en ese sentido hubo cambios en tu forma de ser mamá o ejercer tu rol de mamá?*

*M: Cuando tengo que llamarle la atención a S (niña), sí (...) trato de no ser tan hiriente (...) y aprender el tema del perdón. Esa es una cuestión que uno tiene que trabajar y creo que el año pasado fue un poco terapia de la S, y lo que tenía yo, una vez al mes con la A, a mí me sirvió en eso (...) Yo soy de la escuela antigua, entonces tuve que aprender la*

*escuela nueva de ser mamá, lo del sí no más, ya no (...) ya no corría, y eso ayuda a uno a controlarse, porque no la puedes gritonear porque sí, hay que explicarle las cosas y te obliga a que tú tienes que pensar también” (T129, mamá, p.160-161, 137-139).*

*E: ¿Y qué cambios por ejemplo te reportaba la mamá en ella?*

*T: Por ejemplo la mamá empezó a... cuando ella venía estresada del trabajo, que cuando S (niña) le pedía cosas, a veces ella reaccionaba mal, empezó a tomar consciencia de eso, que cuando ella estaba estresada, reaccionaba mal con su hija y empezó ella a hacerse tiempo afuera o a expresarle directamente a la hija que en ese momento no podía, por ejemplo, jugar a algo, porque ella estaba mal genio. Entonces eso evitaba que terminaran en crisis, peleas en que la mamá le gritara y la niña se asustara (...) y eso tuvo que ver un poco, porque ella empezó a hacer un trabajo de autoconocimiento, de auto reflexión y de controlarse, porque yo le pedí que se controlara por su hija finalmente” (T129, terapeuta, p.70-71, 113).*

Un último cambio afectivo, señalado por un padre en relación a la madre (desde el discurso de esta última), la misma madre y la terapeuta (T126), habiendo coincidencia entre las perspectivas, fue evidenciar una mejora en el estado anímico general.

**2.1.5 Cambios relacionales.** Esta dimensión da cuenta de aquellos cambios en las relaciones y/o interacciones al interior de la familia. A diferencia de los cambios anteriores, donde la unidad de análisis fueron el o los padres individualmente, en esta dimensión la unidad de análisis fueron las diadas (madre-padre, padres-hijos/as) y la familia en su conjunto. De esta manera, cuando los cambios señalados por los entrevistados eran sólo de los padres, a nivel individual (del padre, la madre o ambos, pero no de la relación entre ambos), se codificaron como cambios cognitivos, comportamentales, identitarios o afectivos, según correspondiera; en cambio, cuando los cambios eran a nivel familiar, de las interacciones entre las diadas y/o de la familia en general, se codificaron como cambios relacionales.

En esta dimensión, los adultos entrevistados dan cuenta de variados cambios (6 categorías), con una frecuencia similar a los cambios afectivos (31 alusiones en total).

Cabe destacar que en esta dimensión relacional sólo los padres y terapeutas reportan cambios, no así los niños/as.

El principal cambio fue el aumento y/o mejora de las interacciones y/o dinámicas familiares, y que alude principalmente a “llevarse mejor”, tener una mayor cercanía y contacto mutuo, compartir y unirse más como familia y también a la disminución de los conflictos en las interacciones familiares. Este cambio relacional fue señalado por 6 madres y 3 terapeutas, habiendo coincidencia entre las dos perspectivas en 3 casos (T71, T57 y T129). A modo de ejemplo, dos madres señalan:

*E: ¿Cómo se sintieron ustedes como papás?*

*M: ¡Bien! ¡Muy bien! O sea, en realidad, eh, nos sirvió hasta como terapia de familia, yo creo (...) porque (...) nosotros (los padres) trabajábamos mucho (...)*

*E: ¿Y cómo siente que la terapia les influyó en ustedes como familia?*

*M: Lo que pasa es que como trabajamos tanto (...) esto nos sirvió como ‘ah, nos juntamos a las 4:00’, veníamos acá los tres (...) podíamos compartir más (...) y nos daba tiempo para conversar (...)*

*E: ¿O sea, en la terapia se dio como un espacio para que ustedes se comunicaran más también?*

*M: ¡Claro! (...) porque a pesar de que vivimos juntos, vivimos los tres solos, eh, en la rutina diaria, ah, bueno a todos nos mata” (T54, mamá, p.87-101).*

*“M57: (...) Y también lo otro que fue como importante, es que nosotros con el papá de P57 (niño), como nos separamos, el papá de él no lo veía mucho (...) Lo veía así como muy a lo lejos, entonces con todo este proceso (...) el P57 empezó a ver al papá como todas las semanas poh, o dos veces a la semana, tres veces a la semana. El papá vino como dos veces, eh, con nosotros a terapia, pero sí nos venía a buscar todos los viernes (...) y el P57 se sentía, eh, eh, súper importante (...) Porque además él esperaba el día viernes, aparte de venir para acá, que le gustaba, era que su papá lo venía a buscar y después pasábamos a tomar once (...)*

*“E: ¿Y en ese sentido, como me contabas antes, también sientes que ha habido una mejora en la relación tuya con él (el niño)?*

*M57: Sí, sí. Con él y con el hermano también.*

*E: ¿Tuya?, ¿tuya con él y tuya con el hermano?*

*M57: Sí, y con el papá también (...) O sea, no era que yo peleara con el papá, pero no nos hablábamos. Nosotros llevábamos, ehh, cinco años separados y estuvimos como dos años y algo, ehh, sin hablarnos, tres años sin hablarnos. Si nosotros nos empezamos hablar desde cuando Pad57 (nombre del padre) empezó a venir (...) Pero no era porque yo no le quisiera hablar, sino que, ehh, él no, no hablaba, él no llamaba, él no veía a los niños, si los veía, los veía cuando yo no estaba.*

*E: Y eso es lo que tú dices que también favoreció que, que el P57 viera más a su papá.*

*M57: Claro” (T57, mamá, p.91-97; 325-336).*

Otros cambios, que podrían relacionarse con el anterior, aunque fueron mencionados sólo por algunos de los entrevistados, son el aumento y/o mejora de la comunicación entre padres e hijos/as (3 madres y 2 terapeutas, sin coincidencias entre las perspectivas) y el aumento y/o mejora de la comunicación en la pareja parental (2 madres). Estos dos cambios también aparecen reflejados en las citas anteriores.

El fortalecimiento del vínculo y de una relación de confianza, específicamente entre madre e hijo/a, también apareció como otro cambio relacional, siendo señalado por 3 madres y 2 terapeutas, habiendo coincidencia entre las perspectivas en 2 de estos 3 casos (T91 y T123). Al respecto, las entrevistadas de la T91 señalan:

*“E: En relación a los logros, ¿qué resultados viste en P91 (niño)?*

*T: (...) Yo creo que se fortaleció (...) también la relación con su mamá (...) Yo creo que en la actualidad es una relación donde él puede confiar mucho más en la F (mamá), donde él habla mucho más, le cuenta mucho más cosas, por ejemplo, que le gusta una niña, o que le llama la atención no sé qué, que antes no le contaba a la F. De que se nota que hay un muy buen vínculo entre ellos, de mucho cariño y de que se da el espacio para ser más niño también con ella, pedirle más cosas, de enojarse porque no les da ciertas cosas (...) porque antes P91 no le contaba cosas, porque sentía que la tenía que proteger (...) (Él ahora sabe) que cuenta con su mamá (...) yo creo que eso es importante, que él tenga un buen vínculo con la mamá, entonces es alguien con quien puede confiar” (T91, terapeuta, p.89-90, 130).*

*“E: ¿Y qué otro cambio fuiste percibiendo en ti, o en la familia, o en el papá?*

*M: Eh, ¿cambios que fui percibiendo en mí? Bueno, lo principal es eso, que nos acercamos mucho más, eh-*

E: ¿Tú con P91 (niño)?

P: Sí, sí, de que nos acercamos mucho más y de que, en realidad, me empezó a contar cosas que yo jamás pensé que me iba a contar poh, y que también lo... lo comparaba un poco con la relación que había tenido yo con mi mamá (...) que yo con mi mamá nunca tuve mucha confianza, entonces como que él me contaba cosas a mí que yo jamás en mi vida le habría contado a mi mamá (...) Por ejemplo, de repente era como que me decía que le gustaba una niña (...) o que había otra niña que le mandó una carta (...) Entonces, hasta ese momento él nunca me había contado esas cosas” (T91, mamá, p.79-90).

Finalmente, algunos entrevistados mencionan otros cambios relacionales, como lograr una mayor coordinación entre los padres para el manejo del hijo/a y su problemática y un mayor ordenamiento y/o una mejor delimitación de los roles y/o funciones que debe tener cada miembro de la familia (madre, padre, hermanos y eventualmente abuelos) en la relación con el niño/a y su crianza (cambio señalado por 3 padres y 1 terapeuta); y haber logrado instalar un sistema normativo más estructurado al interior de la familia (1 madre y 2 terapeutas).

**Síntesis y conclusiones.** A modo de síntesis y conclusión, si comparamos las perspectivas de los entrevistados en relación a los cambios percibidos en los padres y a nivel familiar, podemos observar que, en la *dimensión cognitiva* (donde se señalan mayores cambios), todos los padres y terapeutas reportan cambios, aun cuando los segundos hacen mayormente alusión a esta dimensión que los primeros (40 alusiones de terapeutas y 27 de padres). En este sentido, la dimensión donde los terapeutas reportan más cambios, en comparación a todas las dimensiones, es en ésta, la cognitiva.

En la *dimensión comportamental*, también todos los padres y todos los terapeutas entrevistados reportan cambios, habiendo cierta coincidencia entre las perspectivas; sin embargo, son los padres los que hacen mayor alusión a este tipo de cambios en sí mismos (25 alusiones en contraposición a las 18 de los terapeutas).

De este modo, se observa que las dimensiones donde los padres perciben mayores cambios, dicen relación con lo cognitivo y lo comportamental en prácticamente igual proporción (27 alusiones para la primera dimensión y 25 para la segunda).

En el *ámbito afectivo*, si bien es mencionado por los entrevistados adultos en menor proporción que los anteriores, también se observan ciertas similitudes entre padres y terapeutas. Así, 9 padres y 8 terapeutas reportan algún cambio afectivo, con 15 y 11 alusiones respectivamente, coincidiendo en general las perspectivas. Hay solamente 1 terapeuta, que atendió 3 casos, que no menciona ningún cambio afectivo en ninguno de los casos que atendió.

Las dimensiones donde se observan ciertas diferencias entre las perspectivas de padres y terapeutas son la *identitaria* y relacional. En la primera, 9 padres y 7 terapeutas perciben cambios, con 20 y 15 alusiones respectivamente, pero coincidiendo las perspectivas en 6 de estos 9 casos. 2 padres y 4 terapeutas no aluden a cambios identitarios.

En la *dimensión relacional*, 8 padres y 7 terapeutas reportan cambios, con 20 y 11 alusiones respectivamente, coincidiendo las perspectivas en 6 de estos 8 casos. 4 terapeutas y 3 padres no aluden a cambios relacionales.

Respecto a los niños/as, la dimensión donde perciben mayores cambios es en la conducta y/o comportamiento de sus padres. En este caso, 5 de los de los 11 entrevistados aluden a esta dimensión, en 8 ocasiones. La segunda dimensión donde los niños/as perciben cambios es la afectiva; en este caso, son 4 los entrevistados que señalan cambios afectivos en sus padres, con 4 alusiones en total. En la dimensión cognitiva, solamente 1 niño, en una ocasión, señala cambios en su madre; lo mismo ocurre en la dimensión identitaria con otra niña, que alude a un cambio en su madre. Finalmente, en la dimensión relacional, ningún niño/a reporta cambios en sus padres y/o a nivel familiar.

Si hacemos ahora una comparación entre la perspectiva de los terapeutas según su enfoque teórico, vemos que en la *dimensión comportamental* (mencionada por los terapeutas en 18 ocasiones en total) no hay mayores diferencias por enfoque. Así, los terapeutas del enfoque constructivista-evolutivo hacen alusión a cambios comportamentales en 7 ocasiones, correspondientes a los 4 casos atendidos por ellos; las 3 terapeutas del enfoque psicodinámico-psicoanalítico aluden a estos cambios en 6 ocasiones, también en todos los casos atendidos por ellas (3 casos), al igual que las

terapeutas del enfoque relacional-sistémico, que mencionan este tipo de cambios en 5 ocasiones, correspondientes a los 4 casos que atendieron.

En la *dimensión relacional*, donde los terapeutas hacen solamente 11 menciones a este tipo de cambios, tampoco se observan grandes diferencias. Así, los terapeutas del enfoque constructivista-evolutivo aluden a cambios relacionales en 5 ocasiones (correspondientes a 3 de los 4 casos atendidos), mientras que las terapeutas de los enfoques psicodinámico-psicoanalítico y relacional-sistémico lo hacen en 3 ocasiones (correspondientes a 2 de los 3 casos y 2 de los 4 casos atendidos en cada uno de estos enfoques, respectivamente).

Respecto a los *cambios identitarios*, a los cuales los terapeutas aluden en 15 ocasiones en total, tampoco hay mayores diferencias por enfoque. Así, en las terapias constructivista-evolutivas los terapeutas mencionan este tipo de cambios en 3 ocasiones (correspondientes a 2 casos), mientras que en las terapias de los otros dos enfoques los cambios identitarios son señalados en 6 ocasiones en cada caso (correspondientes a 3 de los 4 casos atendidos bajo el enfoque relacional-sistémico y a 2 de los 3 atendidos bajo el enfoque psicodinámico-psicoanalítico).

En la dimensión cognitiva, que es donde los terapeutas en general reportan mayores cambios (40 menciones en total), sí se observan ciertas diferencias según enfoque. Así, si bien en los 4 casos atendidos bajo el enfoque constructivista-evolutivo sus terapeutas dan cuenta de algunos cambios cognitivos, aluden a ellos sólo en 9 ocasiones; a diferencia de lo que ocurre con las terapeutas psicodinámicas-psicoanalíticas, que aluden a este tipo de cambios en 14 ocasiones (correspondientes a los 3 casos atendidos), y las terapeutas relacionales-sistémicas, que lo hacen en 17 ocasiones (correspondientes a los 4 casos atendidos).

Finalmente, las mayores diferencias según enfoque se encuentran en los cambios afectivos, que es una de las dimensiones donde los terapeutas señalan menos cambios (11 menciones en total). Así, las terapeutas que más reportan este tipo de cambios fueron las del enfoque relacional-sistémico; en los 4 casos atendidos bajo ese enfoque, se reportan cambios en esta dimensión, con 7 alusiones en total. Las 3 terapeutas del enfoque psicodinámico-psicoanalítico también reportan cambios afectivos, aunque cada una realiza sólo 1 alusión a este tipo de cambios (3 en total). Por su parte, de los 4 casos



atendidos bajo el enfoque constructivista evolutivo, en sólo uno de ellos la terapeuta reporta 1 cambio afectivo; el otro terapeuta, que atendió los otros 3 casos, no reporta ningún cambio en esta dimensión en los padres que atendió.

**2.2 Forma de presentación y evolución de los cambios en los padres en el transcurso de la psicoterapia.** Visto y descrito el contenido del cambio en los padres, es decir, qué es lo que cambia en el transcurso de la psicoterapia, cabe analizar ahora cómo se presentan y cómo evolucionan dichos cambios a lo largo del proceso terapéutico, tal como se hizo previamente con los niños/as.

**2.2.1 Dónde y de qué manera se manifiestan y es posible observar los cambios en los padres.** Si bien las categorías que responden a esta pregunta presentan una frecuencia bastante más baja a lo encontrado en los niños/as (21 alusiones en total), de todos modos hay algunos hallazgos que asoman como relevantes, principalmente por la similitud entre ambos grupos.

Así, por ejemplo, una madre (T129) y una terapeuta (T124) señalan que los padres internalizan y/o ponen en práctica los aprendizajes obtenidos durante la terapia fuera de la sesión. Algunos terapeutas (T123, T124, T126, T129) agregan que, en ocasiones, los cambios en los padres se manifiestan y/o se evidencian durante el desarrollo de las sesiones, tanto a través de su propio relato y/o narración (los padres reportan o dan cuenta de sus cambios en sesión), como también a través de sus actitudes y/o comportamientos en las actividades y/o juegos que se realizan durante las sesiones.

Otro fenómeno relevante, pero que no aparece desde el discurso mismo de los entrevistados sino más bien desde la perspectiva del investigador, es que algunos de los cambios descritos a nivel del contenido es posible observarlos al momento de analizar las entrevistas, no sólo por aquello que los padres explícitamente señalan haber cambiado, sino también desde el discurso mismo, cómo lo verbalizan y expresan, cómo estructuran y articulan su relato, cómo van narrando ciertos eventos o situaciones (pasadas y actuales), cómo describen su proceso de antes/después de la terapia, entre otros aspectos. Por ejemplo, en el caso de la madre de la T91, en algunos párrafos se evidencian cambios en el mismo relato, en su discurso, relacionados principalmente con

el ámbito cognitivo (comprensión de su participación en el origen y/o solución del problema del hijo/a, reconocimiento y/o mayor consciencia respecto a la existencia de un problema en sí mismo y/o en la propia forma de ser) e identitario (toma de consciencia respecto al ejercicio del rol materno). En la cita que aparece a continuación se observan estos códigos, cuando el relato de la madre comienza desde algo más representacional en torno a la psicoterapia para luego focalizarlo en su propia experiencia:

*E: Como para ir terminando entonces la entrevista, lo último que te quisiera preguntar, a partir de esta experiencia digamos, ¿qué consejo le darías tú a los papás que tienen que llevar a sus hijos al psicólogo?*

*M: Eh, consejos de que sí, realmente sienten que es necesario llevarlo, o si hay alguna inquietud, que los lleven, pero, creo que es súper importante que para ir, uno como adulto, también tiene que estar súper dispuesto a recibir eh, no sé si la crítica, como el otro lado que, en el fondo, en este caso sería el psicólogo, la psicóloga, porque creo que muchas veces como que los papás alejamos nuestra responsabilidad en lo que está pasando con el niño, entonces es como bien abierta esa idea, que si el psicólogo dice, no sé, que a lo mejor tu hijo está siendo muy agresivo, uno también tener la disposición y como la apertura de mente de preguntárselo así, ¿estás siendo muy agresivo? Y ahí mismo ir yendo trabajándolo, porque finalmente los niños son como son, es uno el ejemplo de ellos, entonces si uno no cambia, imposible que el niño cambie, el niño no es solo, no es así porque se le ocurrió, o sea es así porque los papás, la mamá, por cómo viven en la casa, por las cosas que le pasan en el colegio, pero siento que la base aquí va en los padres poh, totalmente, entonces yo siempre me digo, hasta el día de hoy cuando me enojo, digo '¡ay, estos cabros!', pero digo, 'ya, qué estoy haciendo mal' JaJa, porque es así, qué tengo que cambiar, en el fondo la autocrítica, saber ser autocrítico frente a los problemas de los niños.*

*E: Y esa como autocrítica o esa reflexión, ¿tú sientes que fue por la terapia, y que la has logrado mantener?*

*M: Sí, sí, fue como un llamado de atención, como un tirón de oreja, puede ser, que nunca fue algo así como, puedes estar haciendo eso, y uno mismo se va dando cuenta poh, frente a las cosas, y de la misma terapia, pero como digo, finalmente para yo darme cuenta de eso, yo también tuve que abrir mi mente a recibir, en el fondo, esos mensajes, si yo me*

*hubiese cerrado, probablemente no hubiésemos seguido yendo, y hubiese dicho ‘no, esta galla está loca, está hablando puras leseras’, JaJa” (T91, madre, p.283-286).*

**2.2.2 Cómo ocurren y cómo se presentan los cambios en los padres en el transcurso de la psicoterapia.** Al igual que como vimos en el caso de los niños/as, los cambios en los padres también se van dando de manera interrelacionada: cambios en un área van generando cambios en otras áreas de los padres, por una parte, y cambios dentro de un área van generando otros cambios dentro de la misma área, por otra parte (ver Figura 10).

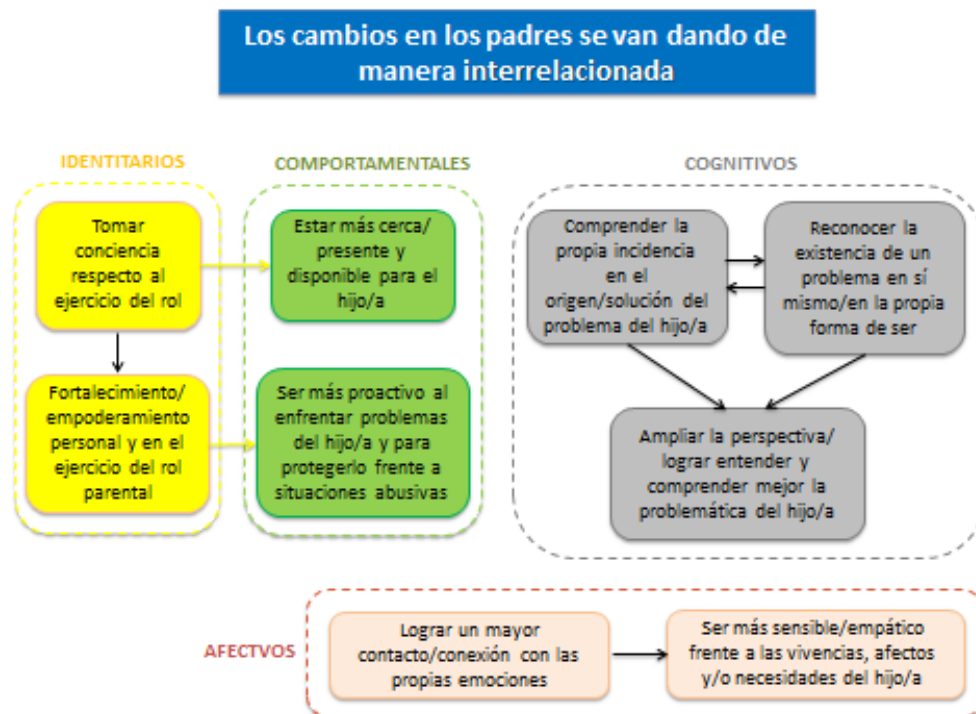


Figura 10. Los cambios en los padres se van dando de manera interrelacionada.

Lo primero que se observa en varios de los casos analizados es que algunos cambios identitarios generan y/o favorecen algunos cambios en el comportamiento y/o conducta de los padres/madres en relación al hijo/a. Así, el estar más conscientes y conectados con la forma cómo se está ejerciendo el rol parental (cómo estoy siendo y cómo quiero ser como padre/madre) hace que los padres/madres se acerquen más y estén más

disponibles y presentes en la vida cotidiana de sus hijos/as. Por otra parte, lograr un fortalecimiento personal y una mayor seguridad y empoderamiento en el ejercicio del rol parental, favorece que los padres/madres sean más activos y proactivos al enfrentar los problemas del hijo/a, así como también sean más protectores frente a situaciones abusivas que el niño/a pueda estar vivenciando, por ejemplo en el colegio (problemas con pares, profesores) o con otros miembros de la familia.

Dentro del área de la identidad, también vemos que el estar más consciente respecto a cómo se está ejerciendo el rol parental ayuda a que los padres/madres se vayan sintiendo también más seguros, fortalecidos y empoderados en el ejercicio de dicho rol.

Otro hallazgo importante dice relación con el ámbito de las cogniciones. Aquí vemos que, por una parte, el que los padres/madres logren reconocer y darse cuenta de la existencia de un problema en sí mismos y en la propia forma de ser, los ayuda a comprender la injerencia que tienen en el problema del hijo/a, ya sea en el origen y/o en la solución del mismo. Esta relación también se da de manera inversa (comprender la propia injerencia en el problema del hijo/a ayuda a reconocer la existencia de un problema en sí mismos). Ambos aspectos, a su vez, ayudan a los padres/madres a ampliar su perspectiva respecto al problema que presenta el hijo/a, a entenderlo y comprenderlo de mejor manera.

Algunas de las relaciones anteriormente mencionadas aparecen ejemplificadas en la siguiente cita de una terapeuta (T129):

*“E: Y de eso específicamente, de la función reflexiva para que vieran a la niña, ¿cuánto sientes que de eso se logró en ellos (los padres) (...), como en término de los principales hitos, cambios que tú ves en esa línea?”*

*T: Yo creo que, por ejemplo ellos se dieron cuenta, que es súper obvio para un psicólogo pero para un papá no, que todo lo que ellos hacen o dejan de hacer, expresado verbal o no verbalmente, influye en sus hijos, partir de esa premisa que ellos no tenían antes, o sea ‘a mi hija le pasa esto vea cómo lo soluciona’. Y se dieron cuenta que todo lo que ellos hacían, influía, desde cosas súper mínimas, hasta cómo se trataban ellos como papás. A partir de esto (...) fue que la mamá empezó a tomar más consciencia de que ella se desregulaba, o sea que ella perdía el control en varias ocasiones del día, y que eso al final generaba miedo a la S (niña). Y si le generaba miedo, no confiaba en ella, no le contaba sus cosas y por eso se inhibía. Y con el papá por ejemplo, el papá tomó*

*consciencia de que tenía que ser más papá. Con el papá hicimos tareas, y por ejemplo 'hágase un horario y en el horario escriba los días que va a ver a su hija y lo organiza con su hija'. El papá no llamaba a su hija en la semana, era súper poco constante (...) el papá empezó a darse cuenta que si él quería tener un mejor vínculo con la niña, tenía que ser un papá más presente. Y eso le iba a dar más seguridad a S, que el papá estaba ahí. Entonces yo creo que esas cosas fueron como las que más les quedaron a los papás. El papá por su lado, de ser un papá que se esfuerza y que le da más tiempo, como que está más disponible emocionalmente. Y la mamá esta cosa de que aprendiera a reconocer cuando ella estaba mal y se iba a desregular, para evitar un conflicto con S. Esas fueron las cosas que traté de rescatar de los dos” (p.203-206).*

Finalmente, en el ámbito afectivo, se observa que, en algunos casos, el lograr contactarse y conectarse más con las propias emociones ayuda a los padres/madres a ser más sensibles y empáticos con el hijo/a, en relación a sus vivencias, afectos y/o necesidades.

Otro fenómeno que aparece como muy relevante es que los cambios en el niño/a y sus padres también se van dando de manera conjunta e interrelacionada, tal como aparece en la Figura 11. De esta manera, encontramos que así como la terapia va propiciando cambios tanto en los niños/as como en sus padres de manera directa, también se observa que los cambios que se van produciendo en el niño/a van generando y/o ayudando a la generación de cambios en los padres, y viceversa; que los cambios que se van presentando en los padres en el transcurso de la terapia también ayudan y van generando y/o fortaleciendo los cambios en el niño/a.

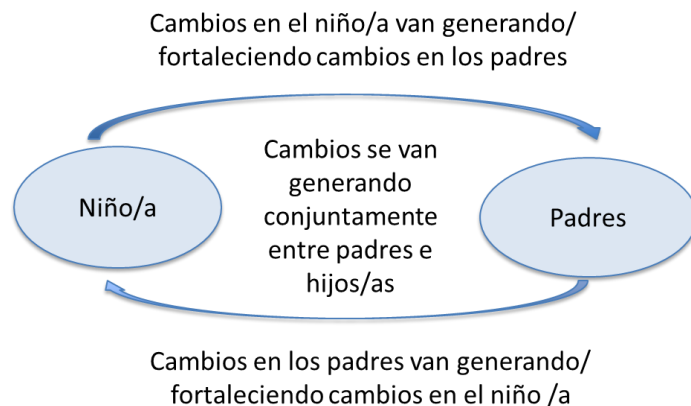


Figura 11. Los cambios en niño/as y padres se van dando de manera conjunta e interrelacionada.

En algunas de las entrevistas analizadas, este fenómeno de que los cambios se van dando de manera conjunta e interrelacionada y con una influencia recíproca entre padres e hijos/as, aparece descrito de manera más bien general, sin especificar necesariamente el contenido del cambio en ambos actores. A modo de ejemplo, a continuación se presentan algunas citas sobre cómo ciertos cambios en los padres fueron favoreciendo el proceso de cambio en el niño/a, en términos generales:

*“M: mira, a ver, te puedo decir que en general la experiencia con la T123 (terapeuta) fue como súper buena, súper buena, porque no sólo fue una terapia para P123 (niña), en el sentido para ayudarla a ella con todos sus temas, sino que a la vez también como que a mí me ayudó para poder ayudar a la P123 (...) Entonces en el fondo eh, fue como súper complementario todo, la terapia, porque en realidad han ido también van saliendo cosas que de repente uno no, no se ha dado cuenta, eh, formas de actuar o qué se yo, de ver las cosas, entonces con, con esa conversación que teníamos cada cierto tiempo como para ir evaluando un poco el progreso de P123, eh, ahí ella me iba dando los tips, me iba diciendo ‘oye, tal cosa’ y en el fondo como que me quedaban también tareas a mí, entonces y con esas tareas como que, la verdad que es súper importante porque en el fondo... esta cuestión como es el compromiso de los papás o el papá que está o mamá que está acompañando al niño o la niña es como súper importante. Yo encuentro, o sea, no sé si hubiese tenido tanto, tan buen resultado o tan rápido, o tan efectivo si no hubiese estado esa otra parte que es la parte mía (...) en el sentido de que, de que eso ayudaba (...) no me di cuenta como de a poco yo misma como que fui adoptando formas, actitudes y que a mí me sirvieron ene también porque, por la temática de todo lo que había con P123, eh, me ayudó mucho (...) me ayudó mucho a mí también entonces... claro, y en el fondo le repercutió a ella también (...)” (T123, madre, p.11-17).*

En la cita anterior, lo que vemos es que la terapia ayudó a la madre a ayudar a su hija, y que ciertos cambios que se propiciaron en ella a propósito de la terapia repercutieron positivamente también en la niña.

*“T: Yo sentía que había que trabajar mucho con la mamá, porque la mamá, a la base, por decirlo así, tenía una psicopatología importante, una historia de vida complicada que de alguna manera estaba marcando un poco su manera de relacionarse con su hija. Y ella me lo reconoce así, que había unos ratos que se descontrolaba, que le gritaba a la*

*niña, entonces empezamos a trabajar el autocontrol en la mamá, también la sensibilidad parental, el que empezara a tomar consciencia de quién era su hija, de qué cosas necesitaba, porque a veces la mamá no veía a S (niña), entonces por eso S a veces se desregularizaba y trataba de inhibir sus afectos, y a costa de que eso significaba más ansiedad en la niña (...) Entonces en la medida que la mamá se comprometió con este tratamiento, se empezó a dar cuenta que los cambios que ella tenía influían mucho en la actitud de S. Hasta que creo que en un momento me dice ‘sí, en realidad ella está mucho mejor, porque yo estoy mucho mejor’ (T129, terapeuta, p.67-69).*

En esta otra cita encontramos algo similar, donde la terapeuta relata que la misma madre logró darse cuenta de que los cambios que ella tuvo en el transcurso de la terapia y la propia mejoría que experimentó, ayudaron a que su hija también estuviera mejor.

*“E: Y usted me comentaba que la F (niña) como que cambió hartito la relación con otros niños.*

*M: Sí.*

*E: Que se puso como más tolerante...*

*M: Incluso en el colegio (...) ahí la profesora me dijo que la F había tenido un cambio bueno, muy bueno (...) Que tenía más relación con sus compañeros (...)*

*E: Mmmh. ¿Y usted cree que estos cambios fueron gracias a la terapia, a más cosas? ¿Qué cree usted?*

*M: Yo pienso que... bueno, a la terapia y a lo que también... bueno, porque uno es papá pero no nace sabiendo, pero lo que ella (terapeuta) también a nosotros nos enseñó a... no a ser papás, pero a darnos consejos, cómo podríamos hacer esto, llegar a la F, eeeh sí.*

*E: Ósea ustedes pusieron también hartito.*

*M: Sí?” (T124, mamá, p.287-300).*

Finalmente, en esta última cita, nuevamente vemos que la madre atribuye los logros de la hija no sólo a la terapia con la niña, sino también a lo que ellos como padres fueron aprendiendo en el transcurso de la terapia para poder manejar de mejor manera la problemática de la hija.

En otros casos, sí resulta más claro poder establecer relaciones entre el contenido del cambio de padres e hijos/as; es decir, qué cambios específicamente en los padres generan, favorecen o propician determinados cambios en el niño/a, y viceversa.

Primero revisaremos de qué manera algunos cambios en los padres y/o a nivel familiar van generando o fortaleciendo determinados cambios en los niños/as.

Tal como se observa en la Figura 12, vemos que determinados cambios cognitivos, afectivos y en el comportamiento de los padres generan un cambio afectivo en el niño/a, cual es que se pueda sentir más tranquilo y con un mayor bienestar emocional.

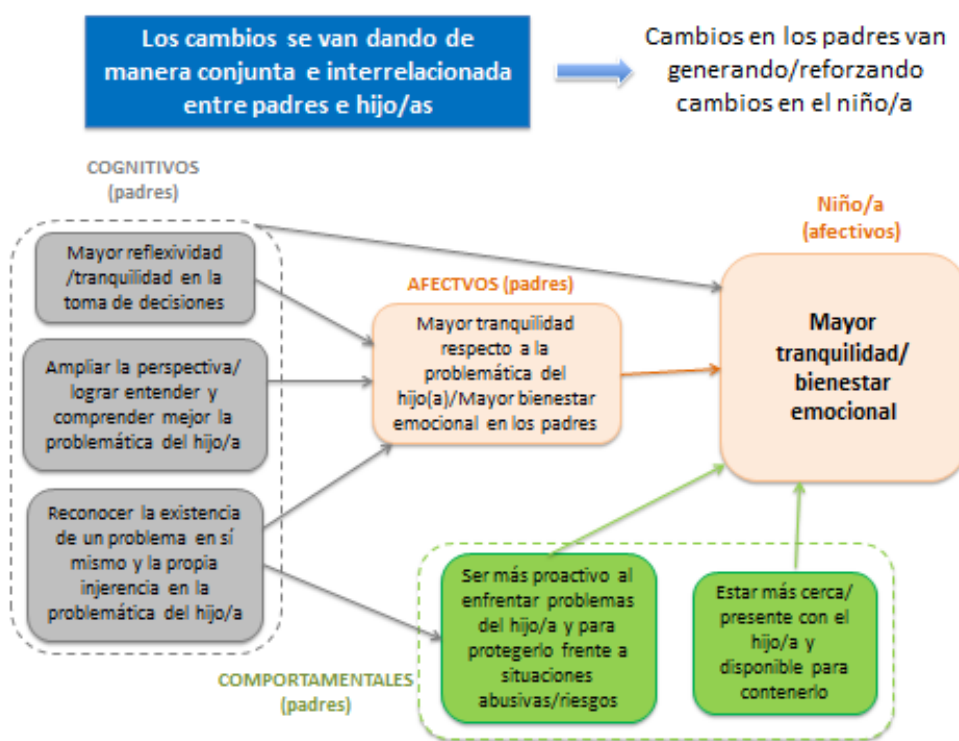


Figura 12. Cambios en los padres van generando y reforzando cambios afectivos en el niño/a.

Así, el hecho de que los padres logren desarrollar una mayor capacidad reflexiva y tranquilidad en la toma de decisiones respecto del hijo/a, logren comprender de mejor manera la problemática del niño/a, y puedan reconocer la existencia de un problema en ellos mismos y en la propia forma de ser (a nivel personal y como padres) y comprender cómo aquello incide en la problemática del hijo/a, logran estar más tranquilos en relación al problema por el cual llevaron a consultar al niño/a y así sentirse mejor



psicológica y emocionalmente. Esto, a su vez, redundaba en que el niño/a también se pueda sentir más tranquilo y vivenciar un mayor bienestar emocional. De esta manera, vemos que ciertos cambios afectivos en los padres median en la relación entre los cambios cognitivos y el cambio afectivo en el niño/a. Sin embargo, uno de estos cambios cognitivos (mayor capacidad reflexiva y tranquilidad en la toma de decisiones) también incide directamente en el bienestar emocional del niño/a.

Tal como aparece en la Figura 12, también se observa que cambios en el comportamiento de los padres, como ser más proactivos para enfrentar los problemas del hijo/a y protegerlo frente a posibles situaciones abusivas o de peligro, así como también estar más cerca, presentes y disponibles para contenerlo, ayudan al niño/a a sentirse mejor y estar más tranquilo.

En las siguientes citas vemos graficado gran parte de lo anteriormente señalado:

*E: ¿Y cuáles fueron como los cambios que pudiste ir observando durante el proceso?*

*T: A ver, yo creo que la mamá, me parece que mucho de lo que, de la tranquilidad de P106 (niña) pasaba más por cómo la mamá iba también dándose un tiempo para poder pensar (...) entender además que, que lo que ocurría en el colegio no tenía tanto que ver con... con la negligencia del colegio para contener a su hija, sino que también por la necesidad que tenía T106 de que su ma- de probar que su mamá estaba cerca en caso de que ella la necesitara (...) La mamá entonces, yo le fui explicando, yo creo que también uno de los objetivos era mostrarle qué sintomatología podía (...) que se da normalmente en niños que han sufrido situaciones de trasgresión sexual, como explicar la sintomatología ansiosa como parte también de lo traumático (...) Yo creo que de los cambios, yo creo que la mamá pudo entender que no era una situación en la que solamente ella se encontraba, sino que las cosas, el efecto que había generado denunciar era parte también de algo que ocurre muchas veces en situaciones de abuso al interior de la familia, yo creo que eso sí le pudimos poner, ponerle nombre, creo que tuvo un efecto en que la madre estuviera un poco más tranquila (...)*

*E: ¿Y de qué manera crees que se fueron dando esos cambios (en la niña), cómo los describirías tú?*

*T: Creo que algo de eso puede haber sido que, ahora que recuerdo, cuando la mamá dejó de insistir en que el cambio (de colegio) iba sí o sí, la P106 pudo estar más tranquila, como saber que al menos esa decisión se iba a postergar y se iba a pensar un poco más*

*(...) yo creo que la activación del padre, o de la madre en particular y la tranquilidad, algo de la tranquilidad de la madre la tranquilizó a ella también” (T106, terapeuta, p.117-126, 153-158).*

*“M: T (terapeuta) me ayudaba cómo tenía que tratar yo a P (niño), ya y ahí con las terapias con T, las que me hacía a mí, yo empecé a ver este problema de una manera distinta (...) No enfocarnos en la rabia, porque yo tenía mucha rabia, entonces no enfocarme en la rabia, sino que en sacar adelante a mi hijo, o sea, sacar toda esa rabia y esa pena para atrás y enfocarme en mi hijo, en lo que realmente a él le pasaba. Lo otro es que con él, tenemos una conexión con mi hijo muy grande, entonces si él me ve mal, él anda mal, entonces yo me daba cuenta de eso, si yo andaba llorando por las esquinas, mi hijo andaba con pena, entonces yo cambié el switch, cambié el switch, esta cosa no nos va a ganar, entonces cada vez que yo a mi hijo lo veía mal, lo levantaba, lo subía, y ahí empezamos, ahí empezó a agarrar el ritmo, entonces ahí mi marido empezó a darse cuenta que si yo andaba bien y él andaba bien, andábamos todos bien e íbamos a poder salir adelante rápido y así fue, con la ayuda de T nos fuimos en un tubo y logramos sacar a P adelante” (T126, madre, p.46-48).*

Otro ejemplo en el cual vemos que algunos cambios en los padres y/o a nivel familiar van generando o fortaleciendo determinados cambios en los niños/as es el que aparece en la Figura 13.

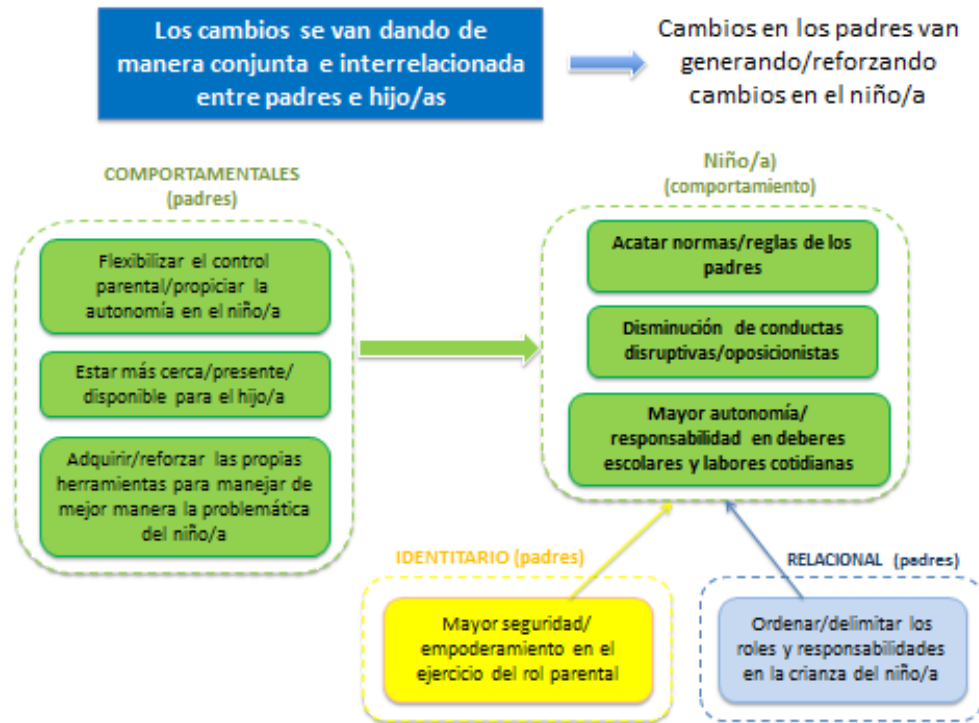


Figura 13. Cambios en los padres van generando y reforzando cambios en el comportamiento del niño/a.

Lo que podemos observar aquí es que algunos cambios en el comportamiento de los padres, junto con algunos cambios identitarios y en las relaciones al interior de la familia, favorecen algunos cambios en el comportamiento del niño/a. Así, el que los padres logren flexibilizar el control parental y dar más autonomía al niño/a, junto con poder manejar de mejor manera su problemática, en este caso, su conducta y comportamiento mediante normas y reglas claras, y a su vez hayan logrado un mayor acercamiento y estar más presentes en la vida de sus hijos/as, contribuye a que los niños/as logren regular su conducta, acatar las normas y límites de los padres, y también vayan siendo más autónomos en la realización de sus deberes escolares y labores cotidianas. Estos cambios en el comportamiento de los niños/as también se ven favorecidos cuando los padres logran empoderarse en el ejercicio de su rol como autoridad parental, así como también cuando, a nivel familiar, se logra ordenar y delimitar que los padres son los responsables y encargados de normar la conducta y crianza del niño/a (y no otros miembros de la familia, como abuelos, tíos o hermanos mayores).

A continuación se presenta la cita de una madre que refrenda gran parte de lo anteriormente expuesto:

*E: ¿Y esto de cambiar un poco la forma en cómo respondían ustedes ante las pataletas de él y la frustración de él?*

*M: Es que eso (...) también empezamos a cambiar de que el P98 era como que hacía la pataleta y estaba ahí, ahí, ahí, y entonces ya después fue como 'si quiere hacer pataleta se va a su pieza' (...) y ser firme, ¿cachai? Antes era como que ya lo mismo, entonces al final como que te agotaba y tú tratabas de convencerlo, de hacer algo, entonces ahora no poh, era como 'tú quieres ser así, a tu pieza, listo', ¿te fijas?*

*E: O sea, hubo un cambio de actitud también en ustedes.*

*M: ¡Claro! Y suponte lo otro como te decía ya también los hermanos y nosotros como 'ya poh P98, ya, córtala' (...) yo creo que el P98 nos tenía colapsados a todos (...) y el problema era de que yo trataba como de aguantar y contar hasta diez, hasta quince, hasta no sé dónde, pero el resto veía así como que yo le tenía demasiada paciencia, entonces empezaban 'pero mira mamá, ¡pero cómo lo dejas hacer eso!' (...) Entonces todos se metían al final poh, porque unos decían 'pero pucha, cómo lo dejas hacer, tú tienes que castigarlo', y después opinaba el otro, y el otro... todos se metían (...) entonces por eso te digo que colapsaba así a todos poh, por decirte no sé, se ponía a patear las cosas, le rompía cosas al hermano, y el hermano se ponía a pelear que por qué teníamos que aguantarle, ¿te fijas? Entonces, eh, entonces al final yo al principio era como que, como que trataba de contenerlo y no me resultaba y como que todo era como para peor, en cambio ya después era como 'no, y no te lo voy a aguantar, y así quédese castigado o te quito esto' y claro, y a mí costó mucho tener... Como te digo, (la terapeuta) me dijo eso de que le hiciera castigos cortitos pero efectivos (...) De repente también empezábamos a hacer que si lunes, jueves se portó bien, el viernes podía llevar su celular al colegio, porque todos los amigos jugaban el mismo juego, entonces así con reglas como más tangibles, ¿cachai?, entonces, entonces yo creo que también sirvió. Y que lo fuimos aplicando todos en realidad (...)*

*E: Y en ese sentido, ¿cómo eso ayudó al proceso?*

*M: Sí, ayudó, porque el P98 ya se fue dando cuenta que ya era más grande y no era el, el casi el bebecito poh.*

*E: O sea, si bien entiendo, el cambio tuyo fue para que él se responsabilizara.*

*M: Claro.*

E: De sí mismo, de su higiene, del orden de su mochila, eso ayudó un poco a que él también...

M: Claro (...) sí, porque entre comillas T98 me explicaba que yo tampoco lo dejaba como ser, como que a él le arreglábamos todo, entonces que no poh, él tenía que tener sus cosas, tener su espacio. Que hacer sus cosas, sus hábitos y todo. Era como que no sé, la D (hermana) que es más chica, era como que yo hacía... (La terapeuta) me decía 'él se puede ver igual que la hermana y la hermana tiene dos', entonces yo decía 'claro, a los dos les hago todo', entonces ahí él fue logrando más autonomía (T98, madre, p.287-296, 329-336).

Finalmente, un último ejemplo donde es posible observar que varios cambios en los padres y a nivel familiar van generando o fortaleciendo varios cambios en los niños/as, aparece en la Figura 14.

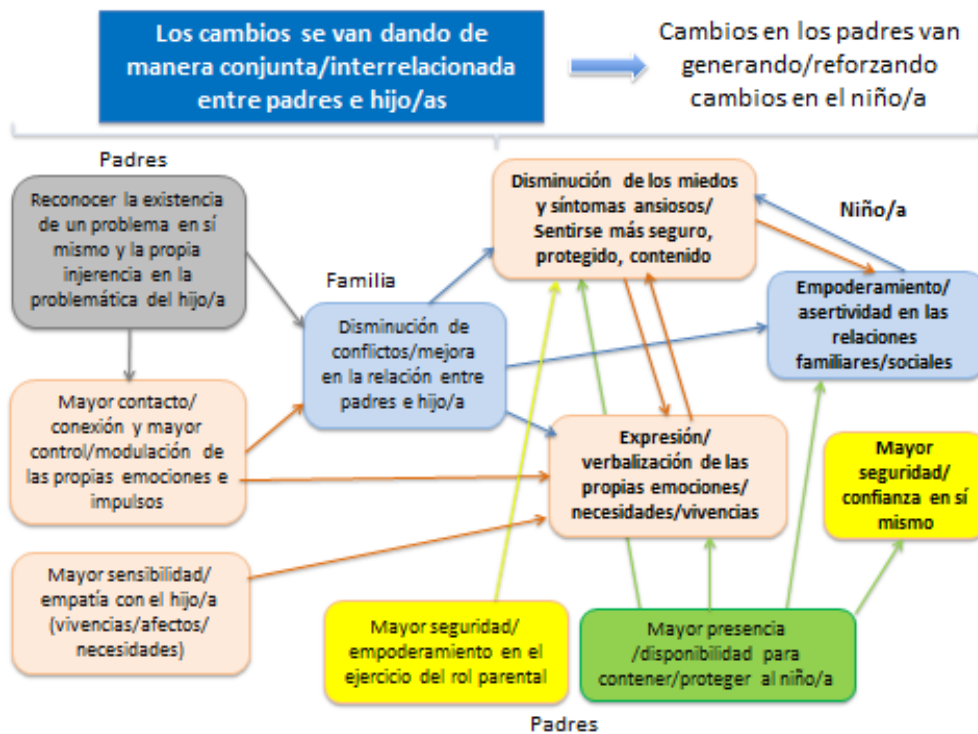


Figura14. Cambios en los padres y a nivel familiar van generando y reforzando cambios afectivos, relacionales e identitarios en el niño/a.

Como vemos, en este caso las relaciones son bastante más complejas. Se observa que, por una parte, el que los padres logren reconocer que tienen un problema y que ellos inciden en la problemática del hijo/a (cambio cognitivo) les permite a su vez un cambio afectivo, cual es poder contactarse y regular mejor las propias emociones e impulsos. Ambos aspectos contribuyen a que los conflictos entre padres e hijo/a disminuyan, y así la relación mejore. Este cambio relacional tiene impacto en varios cambios en el niño/a. Por una parte, ayuda a que disminuyan los miedos y síntomas ansiosos, y a su vez se sienta más seguro, protegido y contenido; también contribuye a que el niño/a se atreva a verbalizar más lo que le pasa (emociones, vivencias, necesidades); y además favorece que se sienta más empoderado en sus relaciones familiares y sociales. Vemos entonces que nuevamente un cambio, en este caso, en la dinámica familiar, actúa como mediador entre determinados cambios en los padres (cognitivos y afectivos) y ciertos cambios en el niño/a (afectivos y relacionales).

Parte de lo anterior aparece reflejado en la siguiente cita:

*“E: ¿Y qué cambios por ejemplo te reportaba la mamá en ella y en S (niña)?*

*T: Por ejemplo la mamá empezó a que cuando ella venía estresada del trabajo, y S le pedía cosas, a veces ella reaccionaba mal, empezó a tomar consciencia de eso, que cuando ella estaba estresada, reaccionaba mal con su hija y empezó ella a hacerse tiempo afuera o a expresarle directamente a la hija que en ese momento no podía por ejemplo, jugar a algo, porque ella estaba mal genio. Entonces eso evitaba que terminaran en crisis, peleas en que la mamá le gritara y la niña se asustara (...) Entonces eso hizo que S se sintiera más segura en su casa (...) entonces empezó a expresar, sus necesidades, a poner límites, incluso a la mamá, cosa que ella no hacía antes. Y ahí empezó a disminuir la ansiedad, las conductas de auto estimulación se extinguieron (...) Bueno y con S también todo esto le permitió empezar a expresarse porque ella era muy inhibida. Empezó a decir lo que quería, lo que no quería, lo que le gustaba y eso aportó también a sus relaciones sociales. Empezó a (...) ponerle límites a la compañera y empezó nuevas amistades” (T129, terapeuta, p.70-76).*

Pero el hecho de que los padres logren contactarse y regular más sus emociones e impulsos también influye de manera directa en un cambio afectivo en el niño/a, cual es atreverse a verbaliza más lo que le sucede. Este último cambio, referido a la

verbalización de emociones, necesidades y/o vivencias, también se ve favorecido cuando los padres logran empatizar más con lo que le ocurre al hijo/a y cuando están más presentes y disponibles, tanto para contenerlo como para protegerlo. Lo anterior aparece reflejado en las siguientes citas de una madre:

*E: ¿Y él te fue contando como vivencias, también fue como expresando emociones?*

*M: Eh, claro, por ejemplo en un principio recuerdo que me empezó a contar como cosas que le habían pasado antes 'el año pasado me pasó esto, cuando iba a primero me pasó esto' (...) se daba mucho que los niños de sexto o de séptimo pasaran y los botaran, y como que no era solamente con él (...) pero como él es así como pa' dentro, se lo guardaba, entonces ya cuando empezó a contar (...) me empezó a decir esas cosas que le habían pasado antes, hasta que un minuto ya se puso a llorar eh, como que reventó, y que se sentía mal, y que no se aguantaba, se sentía que estaba mal y todo, y ahí como yo tratar de contenerlo y siento que eso también ayudó a que de ahí en adelante me empezara a contar como las cosas que le estaban pasando en su presente, en ese minuto.*

*E: Ya, como la contención que tú pudiste empezar a darle digamos.*

*M: Claro, que también fue mediante, mediante la terapia, porque cuando hablábamos con T91 (terapeuta), me decía que yo muchas veces era como súper alterada pa' reaccionar, (...) era como si me decía 'ay, el niño me pegó', y yo era como ¡ay, cómo que te pegó!!!', y así (...) entonces ella me decía no, que mejor que no sea así, la idea es que él sienta que tú lo vas a apoyar y que lo vas a contener (...) Que en el fondo como perdiendo el control tampoco le va ayudar mucho a poder avanzar, entonces claro, ahí yo me di cuenta que me tenía que bajar un poco las revoluciones JaJa, y... en el fondo tratar de ser un poco más neutral con las cosas pa' que él también pudiera conversar con confianza poh, eso es lo más importante (...)*

*E: Y en ese sentido, ¿qué sientes que principalmente ayudó a ese proceso? En general, tanto de la terapia, de ti, del mismo T91?*

*M: Eh, yo creo que lo que ayudó, fue a partir de la terapia, el sintió mucha contención que quizás antes no existía, que quizás antes no había.*

*E: Ya, ¿contención de parte tuya?*

*M: De parte mía, y de parte de la misma terapia (...) Yo creo que eso le dio mucha confianza, entonces claro, de que yo también estaba mucho más involucrada en querer su bienestar, en el fondo que él lo sintiera, porque uno siempre quiere lo mejor para un hijo, pero eh, se nota cuando, cuando, el niño nota que uno quiere verlo bien poh, de que sienta esa seguridad (T91, madre, p.67-78, 271-276).*

El que el niño/a sienta menos miedos, esté menos ansioso y se sienta más seguro y protegido también se ve favorecido cuando los padres evidencian una mayor seguridad en el ejercicio de su rol y una mayor cercanía y capacidad para contenerlo y protegerlo. Finalmente, esta mayor presencia, cercanía, disponibilidad y/o contención de los padres también ayuda a que el niño/a se sienta más seguro de sí mismo y más empoderado en sus relaciones sociales.

Así como determinados cambios en los padres favorecen y/o refuerzan ciertos cambios en el niño/a, este fenómeno, como ya lo adelantamos, también se da de manera inversa; es decir, que algunos cambios en el niño/a van generando y/o fortaleciendo algunos cambios en los padres.

Tal como se observa en la Figura 15, un primer fenómeno encontrado es que, en algunos casos, determinados cambios en la conducta o comportamiento de los niños/as, así como también determinados cambios afectivos en ellos, propician un importante cambio afectivo en los padres:

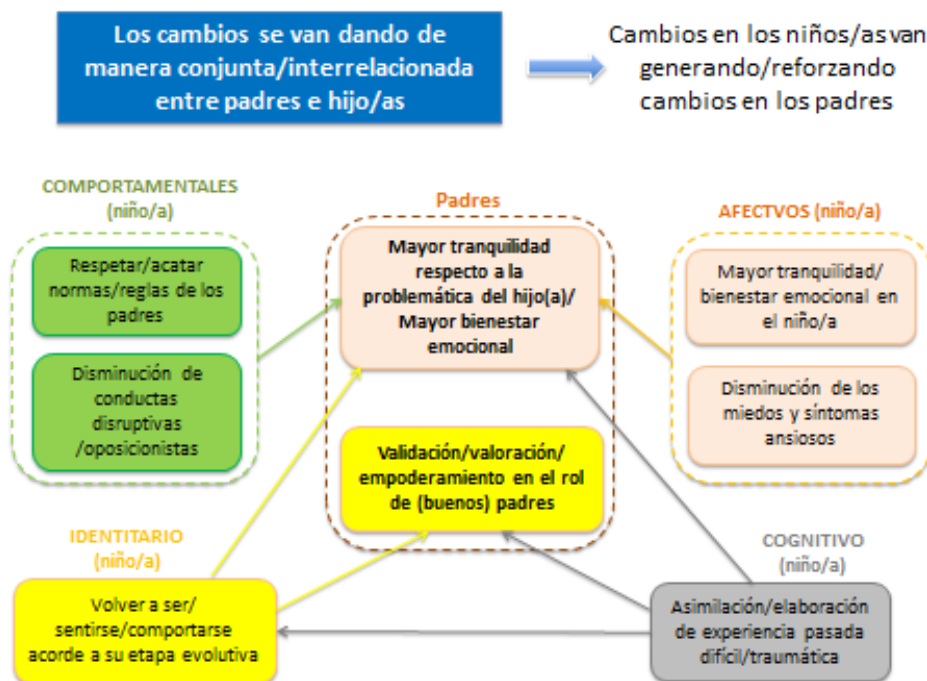


Figura15. Cambios en el niño/a van generando y reforzando cambios afectivos e identitarios en los padres.



El hecho de que en algunos niños/as vayan disminuyendo las conductas disruptivas y oposicionistas y vayan respetando en mayor medida las normas y reglas que señalan los padres, ayuda a que estos últimos se vayan sintiendo más tranquilos y con una menor preocupación respecto a la problemática por la cual llevaron al hijo/a a consultar (problemas en el comportamiento), asociado también a un mayor bienestar emocional. Lo anterior se ve reflejado en el relato del niño de la T98:

*E: ¿Y tú sientes que además de ti, el ir con la T98 (terapeuta) ayudó a otras personas?*

*P: Hmm - sí, a mi mamá.*

*E: A tu mamá, ¿y en qué sientes que la ayudó?*

*P: En que ya ella no tenía que preocuparse tanto de mí por el colegio, porque igual se tenía que preocupar, pero ya no la llamaban tanto.*

*E: Ah, ya. ¿Antes la llamaban mucho?*

*P: Eh, generalmente sí.*

*E: ¿Y por qué cosas la llamaban?*

*P: La llamaban casi siempre porque no escribía, porque me escapaba, porque no hice la prueba, por muchas cosas así, porque me manchaba a veces (...)*

*E: Ya, ¿y ahora la llaman más, menos?*

*P: Menos (...) ya no la llaman, como hace cuatro meses no la llaman (...)*

*E: ¿Y sientes que en eso tuvo que ver algo el haber ido con la T98 (terapeuta)?*

*P: Sí (...)*

*E: Y si yo te pregunto a ti respecto a tu mamá, ¿en qué sientes que cambió tu mamá?*

*P: En que ya no me, ya no me tiene que retar tanto, no me tiene que explicar las cosas, porque ella antes como tenía que cuidar a los bebés, se preocupaba mucho por los bebés y también tenía que preocuparse por mí, porque, por todos, pero generalmente se preocupaba por mí porque yo me portaba mal” (T98, niño, p.137-166).*

En otros casos, estos mismos cambios afectivos en los padres (mayor tranquilidad y menor preocupación por la problemática del hijo/a, asociado a un mayor bienestar emocional) se ven favorecidos cuando los síntomas ansiosos y los miedos de los niños/as van disminuyendo, y se les ve más tranquilos y con un mayor bienestar emocional. Al respecto, una madre señala:

*“M: Es que sabes tú, es un miedo horrible, porque salir a comprar a la calle, porque en una oportunidad nos encontramos con ella (nana que lo había maltratado) (...) y P (niño)*

*del terror, del miedo, porque esta mina le habló, le dio vitiligo, se manchó (...) se le manchó su piel con manchitas blancas y yo inmediatamente a la semana lo llevé a la dermatóloga y la dermatóloga me dijo ‘¿qué le pasó al niño, que situación vivió?’ Y yo ahí ‘ya, esto fue’, o sea te das cuenta, es el miedo que yo tenía, que si me hijo se vuelve a encontrar con ella, ¿qué le va a pasar? Entonces no puedo estar exponiéndolo (...) entonces fue todo un cambio, nos cambiamos de departamento, fue todo un cambio para que él estuviera bien, de hecho él nos pidió que nos cambiáramos de departamento, ‘mamá por favor, yo me quiero ir, no me quiero quedar aquí’, yo creo que a lo mejor le recordaba todo lo que le había pasado (...) Y al final de la terapia me dijo ‘mamá, si tuviéramos que cambiarnos de nuevo de departamento, yo volvería al mismo que estábamos antes, porque ya no tengo miedo’, entonces ya con mi marido ya listo.*

*E: Felices.*

*M: Sí, felices, estábamos bien, estábamos contentos, así que increíblemente T nos ayudó bastante (...) con el tiempo nos dimos cuenta que P iba cambiando, dormía mejor (...) Ya dormía relajado, entonces eso fue una tranquilidad enorme, ya ver que mi hijo estaba más tranquilo, es un niño, tiene que hacer cosas de niño, no preocuparse por cosas terribles (...) Lo importante es que pudimos hablar con él y sacarlo adelante” (T126, madre, p.74-82).*

Junto con estos cambios afectivos en el niño/a y sus padres, también destaca el hecho de que, en algunos casos (principalmente aquellos relacionados con experiencias de maltrato o abuso), el que los niños/as vayan elaborando las situaciones pasadas difíciles o traumáticas, y, a propósito de aquello, se vayan comportando y sintiendo de manera más acorde a su etapa evolutiva, además de propiciar mayor tranquilidad y bienestar a los padres, los ayuda también a reconocerse, validarse, valorarse y empoderarse en su rol de (buenos) padres. Esto aparece reflejado en una cita de la terapeuta del mismo caso antes referido (T126):

*“T: En la sesión de cierre con la mamá, vimos los avances, comparamos cómo llegó ella y cómo se iba, qué cosas sentía que faltaban tal vez.*

*E: ¿Y qué te decía ella respecto a eso?*

*T: Ella sentía que al principio pensaba que esto nunca lo iba a superar y ahora lo sentía más superado (...) que ya no era tan determinante en la vida de ellos esta nana, no todo giraba en torno a ella, y ella se dio cuenta de eso cuando vio que los conflictos de su hijo*

*empezaron a ser otros (...) O sea que su hijo ya no hablaba de la nana, o tenía miedo a la nana; sino que su problema era que se había peleado con un compañero de curso (...) Y ahí la mamá se da cuenta que su hijo estaba teniendo problemas propios de su edad y que estaba superando esto. El P (niño) un día le dice 'mamá, ¿sabes qué? Yo ya no quiero hablar más de la M (nana), porque la M ya no es un tema para mí, me da lata' y la mamá cuando escucha eso dice 'estamos listos'.*

*E: ¿Y ella te lo reportó?*

*T: Ella me lo reportó, y al verlo a él bien, yo me sentí bien y ella también (...) Porque ella sentía que... tenía mucha inseguridad desde que su hijo se caía mucho, siempre estaba con esguinces y cosas, y todo eso la hacía sentir como mala mamá (...) Y cuando hacemos una evaluación de todas las cosas que ella hizo durante este año y medio y antes, se da cuenta de lo súper mamá que había sido, y me dice 'en realidad ahora me doy cuenta que mi hijo no estaría hoy día, no sería hoy lo que es, o no habría avanzado si no hubiera sido por mí', cuando ella me dice eso, yo digo 'ya, está empoderada' (T126, terapeuta, p.229-246).*

### **3. Cambios en los Profesores y Contexto Escolar**

Primero se hará una descripción de los cambios observados en los profesores y contexto escolar, a nivel de contenidos, para luego analizar cómo se presentan dichos cambios y cómo se relacionan con los cambios observados en los niños/as y en los padres.

**3.1 Contenidos del cambio en los profesores.** Según algunos entrevistados, la terapia, además de generar cambios en el niño/a, sus padres y a nivel familiar, propició también algunos cambios en el contexto escolar, principalmente en los profesores. Si bien la frecuencia con la que fueron mencionados estos cambios fue baja, resulta de todos modos relevante describir este fenómeno, de que la terapia haya generado cambios en un contexto y personas no directamente vinculados a ella.

Los principales cambios dicen relación con el comportamiento del colegio y de los profesores. Así, una terapeuta (T98), un niño (T126) y una madre (T54) destacan la mejor disposición y actitud más positiva hacia el niño/a, la misma madre (T54) destaca también la entrega de incentivos y refuerzos positivos a su hijo, mientras que los padres

de la terapia 68 valoran la adquisición de herramientas por parte de los profesores para manejar de mejor manera la problemática de su hija.

La terapeuta de la T57 alude a un cambio afectivo, cual es la mayor expresión de afecto y cariño hacia el niño por parte de algunos profesores, mientras que las terapeutas de la T98 y T124 dan cuenta de un cambio cognitivo, relacionado con la mayor comprensión, un mayor entendimiento y ampliación de la perspectiva respecto al niño/a y su problemática.

Respecto a cambios en las relaciones e interacción entre profesores (colegio) y padres, el niño y la madre de la T98 dan cuenta de la disminución de las citaciones y de los reportes negativos respecto del niño por parte del colegio a los padres.

**3.2 Forma de presentación de los cambios en los profesores.** Cabe señalar que si bien se presenta con una baja frecuencia, nuevamente observamos el fenómeno de que los cambios se van dando de manera interrelacionada; en este caso, que algunos cambios en los niños/as y en los padres generan y favorecen ciertos cambios en el contexto escolar.

Así, por ejemplo, en el caso de la T98, se observa que ciertos cambios en la conducta del niño/a, como respetar y adecuarse mejor al contexto y normas escolares, junto con la disminución de conductas disruptivas y oposicionistas, ayudan a que el colegio tenga una mejor disposición y actitud más positiva hacia el niño/a, sean más tolerantes y comprensivos frente a su problemática, y a su vez disminuyan las citaciones y reportes negativos que emiten a la madre. Parte de lo anterior se ve reflejado en la siguiente cita de la terapeuta:

*“E: ¿Y qué pasó en el colegio, no lo echaron?”*

*T: En el colegio... al final no lo echaron, eh, pero sí lo hicieron repetir, y yo creo que fue una muy buena decisión, porque efectivamente en términos emocionales, en términos académicos está más a la par ahora que el año pasado (...) Y como él fue cambiando su comportamiento de forma importante, en el colegio también lo dejaron un poquito más tranquilo (...) Entonces claro, ahí fueron, yo creo que fueron entendiendo más al P98 también, y con un diagnóstico también adecuado de la terapeuta ocupacional” (T98, terapeuta, p.59-66).*

En el caso de los padres se observa que, por ejemplo, en la T68, cuando ellos logran adquirir más y mejores herramientas para manejar la problemática de la niña, y son capaces de transmitir este conocimiento a los profesores y otros apoderados del colegio, estos a su vez logran también manejar de mejor manera los problemas que presenta la niña en el contexto escolar. Lo anterior aparece reflejado en una cita de los mismos padres:

*“Pa68: A veces papás que veían algo y se sorprendían, ahora saben que a la P68 (niña), saben contenerla. De hecho, saben contenerla también porque nosotros lo hemos hecho, cómo lo hemos hecho nosotros, eh (...) Y los profesores también saben cómo contenerla.*

*Ma68: Todos los profesores...*

*Pa68: Todos...*

*Ma68: Tiene distintos profesores en todos los ramos, hablamos con la profesora jefe y se lo dijimos a todos...*

*Pa68: A grandes rasgos saben lo que tienen que hacer.*

*Ma68: Cómo tienen que... qué le pasa a la P68 y cómo tienen que, cómo quizás... las estrategias...*

*Pa68: En la entrevista que tuvimos hoy día la profesora escribió esta carta para comunicarla a los demás profesores y después decirles todas las cosas nuevas que habría que hacer con la P68, cómo habría que abordar el tema, todo.*

*Ma68: Y también TP68 (terapeuta) nos dijo que cualquier cosa...*

*Pa68: Él podía hablar con ella (la profesora)...*

*Ma68: Pero no lo hemos necesitado.*

*Pa68: Por suerte somos buenos interlocutores.*

*Ma68: Sí” (T68, padres, p.275-302).*

En el caso de la T124, lo que se observa es que el hecho de que la madre asuma una actitud más proactiva, protectora y empoderada para abordar el problema de su hija en el colegio, genera que los profesores y directivos logren comprender y entender de mejor manera lo que le ocurre a su hija y ampliar su perspectiva respecto a la niña, su forma de ser y el problema que tiene. Lo anterior se ve reflejado en la siguiente cita de la madre:

*“M: Y los compañeros, bueno, el bullying, le hacían mucho y yo me daba cuenta de que era así (...) De hecho yo fui a conversar con la profesora. La A (terapeuta) me dijo que eso no podía ser, yo conversé con la profesora, conversé con la directora, con la*

*profesora jefe, y ahí empezaron ellos como a despertar en eso, porque ellos veían que la F era una niña muy tierna, que ella siempre estaba pendiente de..., muy esforzada, incluso en el colegio ella se sacaba premio por la niña más esforzada (...) A pesar de que a ella le cuesta mucho aprender, pero ella... ellos la veían así, pero no le veían esa parte que la niña sufría (...) Que sufría en el sentido de que ella llegaba a la casa, que 'mamá, no quiero ir más al colegio', que lloraba, que a veces me llamaban, oh que la niña se hizo (pipí), allá partía yo (...) Entonces eran esas cosas, y después ya yo... la A me ayudó a que no poh, que yo tenía que sacar la voz por mi hija (...) Porque (...) siempre yo andaba ahí poh, tranquilita (...) Entonces ella me dijo que no poh, que yo tenía ir a hablar, y ahí yo empecé a ponerme las pilas en el colegio, incluso la amenacé, igual me fui al extremo, le dije que si no hacían algo, yo me iba a ir a la corporación y todo... así que ahí, se notó un cambio, así bien radical.*

*E: Ya, en el colegio.*

*M: En el colegio. A pesar que el colegio es bueno y todo, pero tuve que llegar a esos extremos" (T124, mamá, p.16-38).*

#### **4. Cambios en el Setting y Contexto Terapéutico**

Además de todos los cambios antes descritos a propósito de la terapia en relación al niño/a, sus padres y profesores, algunos entrevistados también dan cuenta de ciertos cambios relacionados con el contexto o setting terapéutico, que fueron ocurriendo en el transcurso de la psicoterapia. A continuación presentaremos los principales contenidos de dicho cambio, para luego referirnos a la relación que existe entre algunos de estos cambios en el contexto y ciertos cambios en el niño/a y sus padres.

**4.1 Contenidos del cambio a nivel del setting y contexto terapéutico.** Lo más destacado en este nivel dice relación con la ocurrencia de cambios en la actitud de los niños/as y sus padres hacia la psicoterapia, cambios en la relación terapéutica (relación del terapeuta con el niño/a y con sus padres), así como también con cambios observados en los objetivos terapéuticos y en las actividades y/o formas de trabajo.

**4.1.1 Cambios en la actitud de los niño/as hacia la psicoterapia.** A partir del análisis de las entrevistas, se pudo observar que algunos niños/as, en el transcurso del proceso,

evidenciaron algunos cambios referidos a su actitud hacia la terapia, que hemos considerado como parte de los cambios en el contexto o setting terapéutico. De los 33 entrevistados, 22 de ellos dan cuenta de algún cambio actitudinal, la mayoría terapeutas (11), a los que se suman 6 padres/madres y 5 niños/as, con 66 alusiones en total.

Lo que más destacan los entrevistados (4 terapeutas, 4 madres y 3 niños/as), a nivel del comportamiento, dice relación con cambiar de una actitud definida como “negativa” a otra más “positiva”. Esto se traduce principalmente en pasar de una resistencia inicial, desmotivación y pocas ganas de asistir a sesión, a evidenciar un mayor compromiso, ganas y motivación por asistir. También se evidencia en pasar de una resistencia inicial a colaborar y participar en las actividades propuestas por el terapeuta, a una mejor disposición y mayor participación en dichas actividades.

También en la dimensión comportamental, algunos entrevistados (2 padres y 2 terapeutas) aluden a la mayor evidenciación y/o expresión de la problemática por parte del niño/a en sesión, lo que es visto de manera positiva (como un avance terapéutico). Tres terapeutas aluden también a la disminución de conductas disruptivas y/o agresivas en sesión.

Otros cambios comportamentales mencionados, aunque sólo por terapeutas, dicen relación con que el niño/a se va mostrando de manera más auténtica o “real” en el transcurso de las sesiones (T123), que va desplegando todas sus capacidades y potencialidades a medida que avanza la terapia (T124), que se va empoderando y/o apropiando del espacio terapéutico (T91 y T106) y que va mostrándose más autónomo respecto al terapeuta y la terapia en general (T129).

En la dimensión cognitiva, 4 terapeutas señalan como cambio relevante el pasar de no tener un motivo de consulta o dar cuenta solamente de un motivo de consulta externo (de los padres y/o del colegio), a construir un motivo de consulta propio por parte del niño/a y/o lograr comprender el motivo por el cual lo llevaron a consultar. Una terapeuta (T98) destaca también, hacia el final de la terapia, la emergencia en el niño de una sensación de que ya no es necesario o útil seguir asistiendo, debido a los cambios percibidos en sí mismo.

Dos niños/as (T98 y T123), por su parte, dan cuenta de una modificación en sus expectativas respecto a la terapia. Por una parte, aluden a pasar de una expectativa

previa de que la terapia no ayuda, a una percepción de que sí funciona; y, por otra parte, señalan el pasar de una expectativa de que en terapia sólo se habla de las cosas que a uno le pasan (experiencias), a una percepción de que en ella también se pueden expresar los propios sentimientos y emociones.

Finalmente, en el ámbito afectivo, algunos entrevistados destacan de manera importante que el niño/a se vaya sintiendo “más libre”, cómodo y/o seguro en el espacio terapéutico (5 terapeutas, 2 niños/as y 1 madre). También se destaca que la resistencia inicial que evidencian algunos niños/as a abrirse y relatar sus experiencias y/o a trabajar en relación a sus emociones vaya disminuyendo gradualmente en el transcurso de las sesiones (2 terapeutas, 1 niño y 1 madre).

Tres entrevistados, 1 madre (T129) y 2 niños/as (T129 y T91), también dan cuenta de otro cambio en el ámbito afectivo: pasar de estar con timidez, sentir vergüenza y/o miedo, a sentirse feliz y contento/a en sesión. Destaca el hecho de que, en el caso de la niña de la T129, este cambio aparece representando en su dibujo del antes/después de la terapia (ver Figura 16).

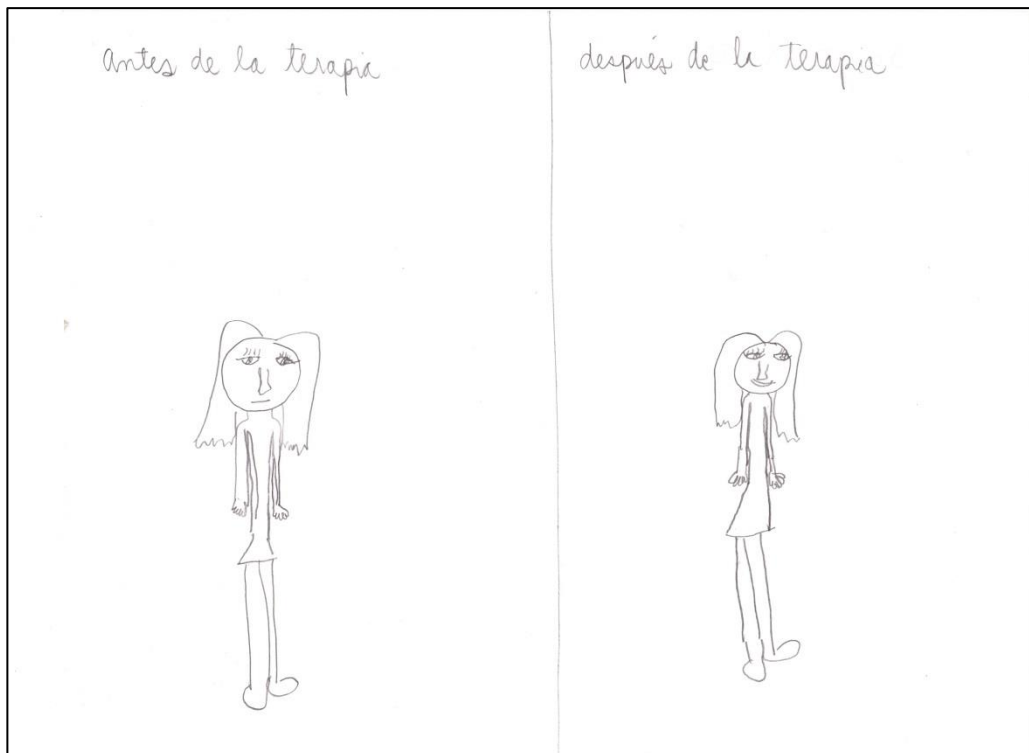


Figura 16. Dibujo niña T129.



En este caso, lo que vemos es un cambio en el rostro de la figura central del dibujo, el cual podría ser descrito como pasar de una cara que expresa timidez y/o vergüenza a una cara sonriente, que expresa felicidad. En palabras de la niña:

*E: Cuéntame A (niña), aquí en tu dibujo, ¿cómo estabas antes? ¿Cómo estaba esta A de antes?*

*P: Un poco tímida y extrañaba a mi mamá (...)*

*E: ¿Al principio de la terapia entonces te sentías tímida y te sentías un poco triste porque tenías que entrar sola, sin tu mamá?*

*P: Mmmhh (afirma).*

*E: Y cuéntame, ¿cómo estás (...) en esta parte de la hoja (después)?*

*P: Estaba feliz porque me gustaba mucho estar con la C (terapeuta) (...) Y también porque jugábamos, estaba feliz porque íbamos a jugar.*

*E: Estabas feliz porque te gustaba estar con la C...*

*P: Mmmhh afirma).*

*E: ¿Eso es lo más importante para ti?*

*P: Mmmhh (afirma).*

*E: Ya. ¿Y qué diferencia hay entre ésta A (antes), y esta A (después)?*

*P: Que ésta está más tímida y ésta está más feliz, y eso.*

*E: Ya. ¿Y cómo te hace sentir ese cambio de... de la más tímida a la más feliz?*

*P: Bien” (T129, niña, p.240-266).*

**4.1.2 Cambios en la actitud de los padres hacia la psicoterapia.** En el caso de los padres, algunos entrevistados (7) también dan cuenta de un cambio en su actitud en el transcurso de la psicoterapia, aunque con una frecuencia bastante menor a lo señalado en relación a los niños/as (21 alusiones en total). Los principales cambios mencionados dicen relación con los ámbitos cognitivo y del comportamiento. Los primeros son señalados sólo por madres respecto a sí mismas (4), mientras que los segundos son señalados sólo por terapeutas (3).

En el ámbito cognitivo, y de manera similar a lo ocurrido con los niños/as, aparece como un cambio relevante para las mismas madres la modificación de sus expectativas respecto a la terapia. Se alude a pasar de una expectativa negativa, asociada a malas experiencias anteriores, a una expectativa más positiva, asociada al compromiso y proactividad de la terapeuta (madre T91). También se señala pasar de una expectativa y

percepción de que la terapia es sólo para el hijo/a, a otra que considera que la terapia también involucra a los padres (madre T124).

Otros cambios a nivel cognitivo dicen relación con pasar de una sensación de no cambio/estancamiento por parte de los padres a una sensación de estar siendo ayudados, y pasar de una sensación de miedo, rechazo y/o aprehensión respecto a la terapia a una percepción de utilidad y ocurrencia de cambios (madre T126). Finalmente, la madre de la T57 también señala como cambio relevante su mayor apertura a las intervenciones del terapeuta en el transcurso de la terapia.

Los terapeutas, por su parte, aluden más bien a cambios en el ámbito del comportamiento. Así, señalan como relevante pasar de una asistencia irregular y/o intermitente a terapia a otra más regular y constante (T91 y T129), pasar de una ausencia de validación y valoración de la terapia a un acompañamiento del proceso por parte de los padres (T57), y evidenciar un mayor compromiso con el tratamiento en el transcurso de la psicoterapia (T91 y T129). Finalmente, la terapeuta de la T129 también da cuenta de una mejor y mayor adecuación por parte de la madre al espacio terapéutico, principalmente en relación a los contenidos abordados en él.

**4.1.3 Cambios en la relación terapéutica.** Más de la mitad de los entrevistados (20 de los 33, con 70 alusiones en total) dan cuenta de cambios y de una evolución en la relación terapéutica en el transcurso de la terapia, principalmente en la relación entre el terapeuta y el niño/a, aunque también se mencionan algunos aspectos sobre la relación con los padres.

Respecto a la relación con el niño/a, lo que más destacan los entrevistados (8 terapeutas, 4 padres y 1 niño) es que el establecimiento de la relación terapéutica, así como también la construcción de una relación de confianza, son procesos que se van dando de manera gradual en el transcurso de la psicoterapia.

Algunos entrevistados (2 terapeutas y 1 niño) connotan este cambio como pasar de una ambivalencia inicial por parte del niño/a, a una mayor confianza en la relación con el terapeuta. Otros entrevistados (2 niñas, 1 madre y 1 terapeuta), en cambio, señalan que se dio una buena relación desde un inicio.

Otros dos terapeutas (T57 y T126) señalan que, en el transcurso de la psicoterapia, se va dando un proceso de adaptación y de crecimiento mutuo, donde terapeuta y paciente van también “negociando” algunas situaciones, como las actividades a realizar en sesión, a medida que se desarrolla la relación terapéutica.

Respecto al accionar y actitud del terapeuta, 5 entrevistados (4 terapeutas y 1 niño) destacan el hecho de que éste, en el transcurso de las sesiones, se va flexibilizando y adaptando a las características y necesidades particulares del niño/a, así como también que se va flexibilizando en el ejercicio de su rol, pasando de un rol de “experto” y de una relación más bien distante a una relación más cercana y lúdica. Dos terapeutas (T57 y T91) relevan también el ir empatizando, “encariñándose” y preocupándose más por el niño/a a medida que avanza la terapia

Respecto al niño/a, estas mismas dos terapeutas (T57 y T91) destacan que éste también se va “encariñando” con el terapeuta y con el espacio terapéutico. Dos niños/as (T91 y T129), por su parte, destacan que la vergüenza que sentían al principio va disminuyendo en el transcurso de las sesiones, gracias a la ayuda de la terapeuta.

Sobre la relación entre el terapeuta y los padres, lo que más destacan los entrevistados apunta al desarrollo de la confianza. Algunos entrevistados (2 terapeutas y 2 madres) señalan que la confianza de los padres hacia el terapeuta, en relación a sus capacidades y habilidades, se fue construyendo gradualmente, a medida que fueron percibiendo en él/ella un trabajo colaborativo, comprometido y proactivo. Una madre (T129) añade que, en su caso, la confianza de la niña hacia la terapeuta favoreció su confianza en ella.

Finalmente, una terapeuta (T123) destaca que, en su caso, pudo transitar de la rabia que le generaba la madre, por su comportamiento con la hija, hacia la construcción de una relación de cariño hacia ella.

**4.1.4 Cambios en los objetivos, técnicas y formas de trabajo terapéutico.** Varios de los entrevistados (15), principalmente terapeutas (7) y padres/madres (6), también dan cuenta de cambios en estos aspectos en el transcurso de la psicoterapia (con 55 alusiones en total).

Así por ejemplo, en relación a los objetivos terapéuticos, 5 terapeutas señalan que la primera fase de la terapia estuvo abocada a la evaluación, psicodiagnóstico y comprensión de la problemática del niño/a. Destaca el hecho de que los padres de dos casos (T68 y T91) y 1 niño (T98) también aluden a este aspecto. Tres terapeutas (T57, T91 y T123) señalan que esta primera fase también estuvo abocada a la construcción y al fortalecimiento del vínculo con el paciente, así como también a la construcción de un espacio terapéutico acogedor, seguro, protegido y contenedor para el niño/a. Una terapeuta (T91) también alude a la construcción y/o explicación del motivo de consulta al niño en esta primera fase de la terapia.

Algunos de los entrevistados (2 padres y 1 terapeuta) señalan que la segunda fase de la terapia estuvo abocada al tratamiento de las problemáticas del niño/a, mientras que la última estuvo dirigida a realizar una evaluación y conclusiones generales respecto al proceso, así como también a reforzar y reconocer los logros y recursos del niño/a.

Varios de los entrevistados dan cuenta de que, en el transcurso de la psicoterapia, también hubo cambios tanto en las técnicas como en las formas de trabajo terapéutico. La mayoría de los terapeutas (7), así como también varios padres/madres (5) y algunos niños/as (2) señalan que, además de utilizarse variadas técnicas durante la terapia (juegos, dibujos, pintura, cuentos, títeres, etc.), estas técnicas, las formas de trabajo y el setting terapéutico fueron cambiando y adaptándose según las características, intereses y necesidades de los niños/as y sus familias. Así, por ejemplo, se señala que se realizaron sesiones individuales con los niños/as y con los padres (por separado), así como también algunas sesiones familiares; que la incorporación de los padres y/o las madres se fue realizando en función de los cambios observados y objetivos terapéuticos, entre otros aspectos.

**4.2 Forma de presentación y evolución de los cambios a nivel del setting y contexto terapéutico.** Al igual que lo observado en los cambios a nivel de los niño/as, padres y contexto escolar, nuevamente encontramos que los cambios a nivel del contexto o setting terapéutico también se van dando de manera interrelacionada.

Por una parte, y tal como se muestra en la Figura 17, vemos que algunos cambios en el setting, a nivel de las actividades y formas de trabajo, así como también los cambios

que se van generando en los niños/as y los padres en el transcurso del proceso, van generando cambios en la actitud de estos últimos hacia la terapia.

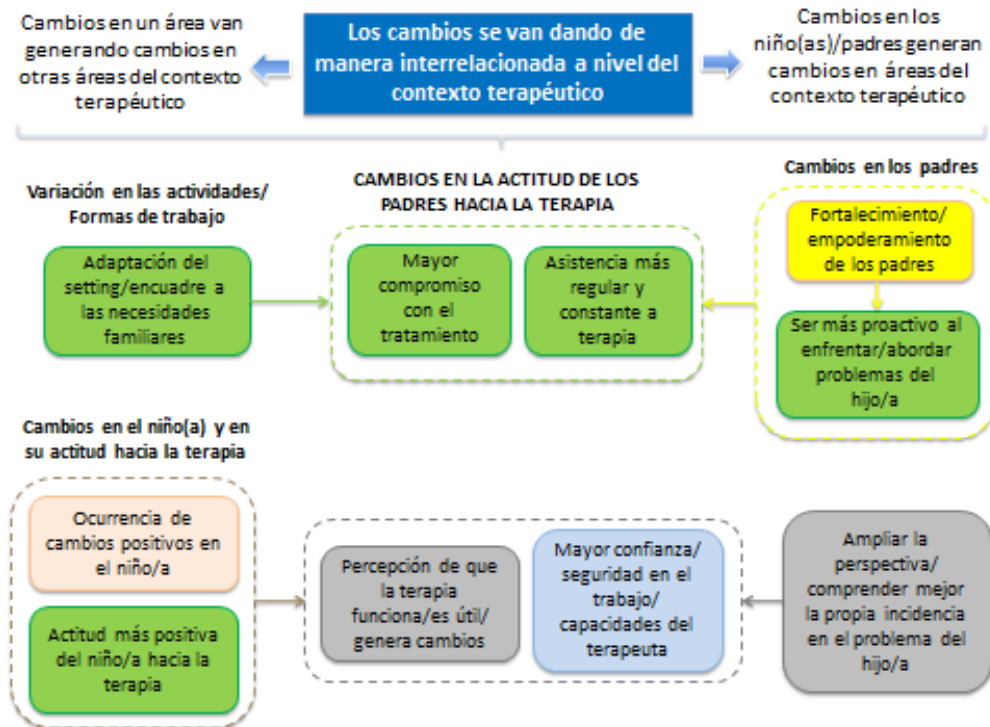


Figura 17. Los cambios se van dando de manera interrelacionada a nivel del contexto terapéutico.

La adaptación que los terapeutas hacen en ocasiones en el setting y/o encuadre terapéutico para que éste se adapte de mejor manera a las necesidades de la familia, en algunos casos contribuye a que los padres evidencien un mayor compromiso con la terapia y asistan de manera más regular y constante a las sesiones. Al respecto, una terapeuta señala:

*“Retomamos el tratamiento en la clínica (nombre de la clínica) primero, porque yo no tenía horas disponibles acá (...) La primera vez media intermitente al comienzo, como que faltaban harto. Y venían una vez cada dos semanas, siempre avisaban cuando no podían venir, pero faltaban harto. Y yo sentía que venían un poco cuando estaban como en crisis (...) Entonces cuando la mamá sentía que la S (niña) estaba mejor, ella no la llevaba, porque siempre tenía algo más relevante. Así estuvimos varios meses. Entonces cuando retoman en estos momentos de crisis yo le hago un encuadre a la mamá, y le digo*

*que en realidad si ella va a venir cuando hay una crisis, no estamos haciendo psicoterapia, no vamos a ver un proceso, un efecto significativo en S, así que necesito que se comprometan. Y ahí la mamá me lo plantea súper honestamente, que tiene que ver con un tema financiero también (...) Entonces ahí, lo que hicimos es que yo le bajé la tarifa (...) y ahí empezó como más comprometida con el tratamiento, volvimos a involucrar al papá; el papá fue a las horas que yo lo cité, y cuando se me produce un cupo acá, yo la traspaso a la clínica psiquiátrica, porque a la mamá le acomodaba más por su trabajo, el valor, etc. (...) Y ahí se pusieron más consistentes con las sesiones. Yo trabajé fundamentalmente cada 15 días con S, y cada 15 días con la mamá” (T129, terapeuta, p.51-65).*

El cambio en la actitud de los padres anteriormente señalado también se va viendo favorecido por la ocurrencia de cambios en ellos mismos. Así, cuando los padres se van fortaleciendo y empoderando, tanto a nivel personal como en su rol parental, y logran ser más proactivos y movilizarse para enfrentar y abordar los problemas del hijo/a, ambos aspectos los ayudan a comprometerse y asistir más regularmente a terapia.

En algunos casos, la ocurrencia de cambios positivos en el niño/a, que van siendo percibidos por los padres, junto con un cambio de actitud de los mismos niños/as hacia la terapia (actitud más positiva), va favoreciendo en los padres cambiar desde una percepción de que la terapia no está funcionando y el niño/a no avanza, a otra de que la terapia sí funciona, es útil y genera cambios. Los cambios que se van dando en el niño/a también ayudan a los padres a ir confiando más en el trabajo y en las capacidades y habilidades del terapeuta. Estos mismos cambios en la percepción de los padres, de que la terapia sí ayuda y el terapeuta es capaz, también se van viendo favorecidos cuando los padres van ampliando su perspectiva en relación a la problemática del hijo/a y van asumiendo la injerencia que tienen ellos mismos en dicha problemática (ya sea en su origen y/o en su solución).

Lo anterior se ve reflejado en la siguiente cita de una madre:

*“E: Y en ese sentido tú dices que la primera etapa con T (terapeuta) fue más difícil. ¿Y qué fue lo difícil en esa etapa?”*

*M: Que si iba a servir o no la terapia (...) Si esta niñita, porque es tan jovencita, nos va a ayudar o no (...) o sea si es que esto nos va a servir, si mi hijo va a salir adelante con esto*

*o voy a tener que andar buscando otro profesional y otro profesional y es difícil saber si acaso la persona que te está atendiendo es buena o no (...)*

*E: ¿Y en qué minuto cambió? Porque tú dices que en algún minuto eso cambió y se fue un poco como por un tubo.*

*M: Mira, para mí fue largo, dije 'ya, démosle tiempo', yo encontraba que mi hijo quedaba ahí, como que de repente eran crisis muy así, entonces era como 'pucha, no avanzó' y mi marido '¿viste? vamos a tener que buscar a otra persona' y yo diciendo que le diéramos más tiempo. T me ayudaba cómo tenía que tratar yo a P (niño), y ahí con las terapias con T, las que me hacía a mí, yo empecé a ver este problema de una manera distinta (...) entonces yo cambie el switch (...) esta cosa no nos va a ganar, entonces cada vez que yo a mi hijo lo veía mal, lo levantaba, lo subía, y ahí empezamos, ahí empezó a agarrar el ritmo, entonces ahí mi marido empezó a darse cuenta que si yo andaba bien y él andaba bien, andábamos todos bien e íbamos a poder salir adelante rápido y así fue, con la ayuda de T nos fuimos en un tubo y logramos sacar a P adelante (...) Así que increíblemente T nos ayudó bastante, no le teníamos mucha fe al principio, de verdad que no le teníamos mucha fe, pero con el tiempo nos dimos cuenta que con el tiempo, P iba cambiando (...)*

*E: Y cuéntame, ¿cómo era la relación de P con T?*

*M: Súper bien (...) T lo iba a buscar, 'Hola' decía él y la saludaba y se iba y cuando salía de la terapia 'Mamá, con la T hicimos este juego', entonces yo de repente como 'juego, puro juego' (ríe), como que no entendía mucho ese asunto, como que 'oh, ya de nuevo, igual que las otras terapias que lo hacía pintar y no hacía nada', pero me di cuenta que de repente esos juegos... después T me explicó que a través de esos juegos, él iba entrando en el tema y P iba a empezar a soltar y así fue poh (...)*

*(...) Cuando yo le dije a P que teníamos que ir al psicólogo, él como '¡oh, que lata!' (...) pero se dio cuenta con las terapias que (la terapeuta) era cercana, que no era así como para preguntar 'a ver ya, cuéntame qué te pasó', no es como un adulto, entonces ahí se dio cuenta él que no solamente iba a pintar, iba a jugar, pero también a contar lo que a él le pasó, y a él le gustaba (...) decía 'ya, vamos mamá, voy a llevar este juguete', y yo 'cómo va a llevar un juguete si va a terapia' y ahí claro, llevaba su juguete y colocaban el juguete en el juego que tenía la T en su terapia y así nos dimos cuenta de que funcionaba" (T126, mamá, p.37-48, 88, 131-140).*

Otro fenómeno que aparece a nivel del contexto y/o setting terapéutico, es que determinados cambios en las actividades y formas de trabajo, así como también aspectos referidos a la evolución de la relación terapéutica, van generando y favoreciendo determinados cambios en la actitud de los niños/as (cambios positivos) hacia la terapia (ver Figura 18).

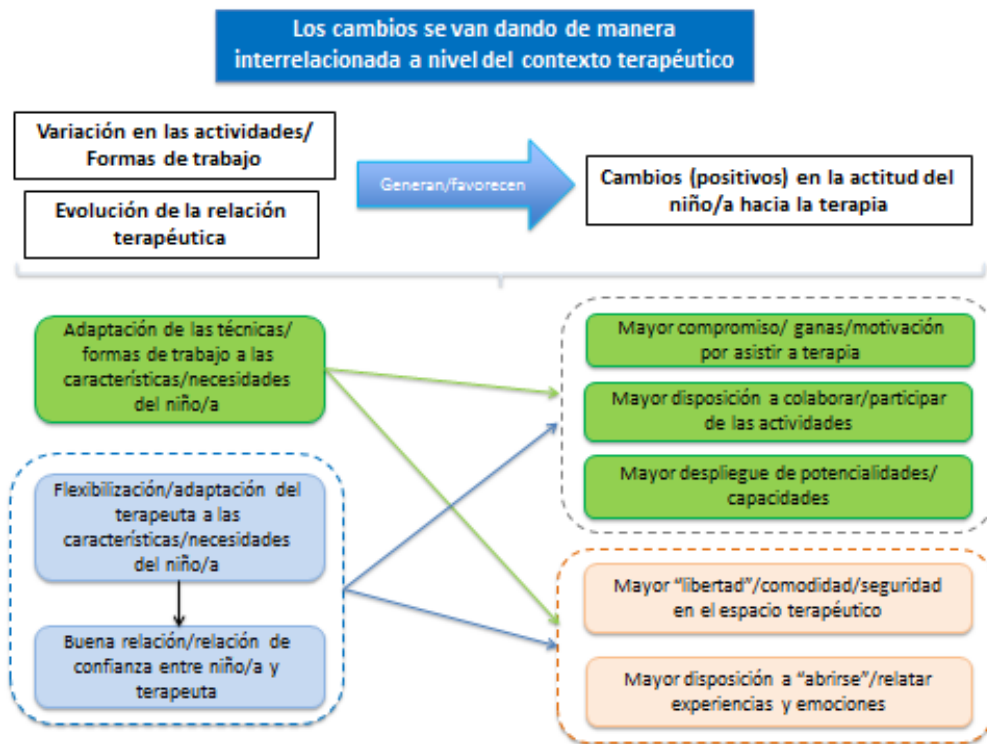


Figura 18. Cambios en el setting favorecen cambios en la actitud del niño/a hacia la terapia.

Tal como se aprecia en la figura 18, el hecho de adaptar las técnicas y formas de trabajo a las características y necesidades del niño/a, así como también la flexibilización y adaptación del terapeuta a dichas características y necesidades y el que se vaya logrando una buena relación y una relación de confianza entre el niño/a y el terapeuta, van favoreciendo varios cambios positivos en la actitud del niño/a hacia la terapia. Por una parte, a nivel del comportamiento, el niño/a va evidenciando un mayor compromiso, ganas y/o motivación por asistir a terapia, una mayor disposición a colaborar y participar de las actividades en sesión y va desplegando todas sus potencialidades y capacidades a medida que avanza el proceso terapéutico. Por otra parte, a un nivel más afectivo, el



niño/a se va sintiendo más libre, cómodo y seguro en el espacio terapéutico, y va evidenciando una mayor disposición a “abrirse” y a relatar sus experiencias y emociones en sesión.

Cabe agregar que, a nivel de la relación terapéutica, el hecho de que el terapeuta se vaya flexibilizando en su quehacer y rol y se vaya adaptando a las características y necesidades particulares del niño/a, ayuda a mejorar la relación y a generar una relación de confianza entre el niño/a y el terapeuta.

Las relaciones anteriormente descritas y diagramadas en la figura 18 aparecen reflejadas en las siguientes citas de una terapeuta y una madre:

*“E: ¿Y (el niño) venía igual motivado o cómo...?”*

*T: Mira, en las primeras sesiones él (...) siempre como muy cauteloso en la interacción, como que si yo le pedía hacer dibujo como ‘¿qué me van a evaluar?’ o ‘pucha, mi dibujo no está tan bueno, no soy tan bueno dibujando’, le costaba mucho, nos costó mucho vincularnos, esa es la verdad, como muy temeroso por parte de mi figura, por ejemplo yo le pasé cartas y él muy preocupado de hacer buenas historias, de si estaba bien la historia o no estaba bien, entonces como que nos costó mucho vincularnos, de hecho yo creo que gran parte del primer período fue fortalecer el vínculo la verdad, como que él sintiera que este era un espacio seguro, que no era un espacio para juzgarlo o para evaluarlo, sino que era para que él pudiera sentirse contenido, que era un espacio propio, que él podía proponer cosas y yo poder ajustarme a eso también. Y en un principio para mí también fue difícil, porque con este motivo de consulta (sospecha de abuso) uno dice chuta, yo decía todo el rato tengo que saber bien que está pasando con esto (...) entonces yo siento que en un principio yo estaba así como un poco rígida en que P (niño) pudiera apropiarse del espacio bajo su modo... su lenguaje. Entonces él a veces quería ver videos, o hacer otras cosas, pero yo... ‘sí, pero tenemos que hacer esto, tenemos que hacer esto otro’, y ahí ver si hubo abuso o no hubo abuso (...) Entonces eso hizo que a mí me costara mucho permitirle a P que se desplegara también, siento que había algo de ambos, en ese caso. Y fue a partir de un momento que yo dije ‘ya, sabes que esto no va a avanzar si yo estoy tan apremiada por querer saber todo al tiro’ (...) Y me permití que me mostrara videos, que jugáramos con su play o con su tablet, que siempre la traía, entonces cuando jugábamos a eso, eran los momentos en que yo me sentía mucho más cómoda y sentía que él se sentía mucho más cómodo, empezamos a vincularnos mejor (...) Y creo que, no es menor, que en ese tiempo yo era estudiante en*

*práctica y me supervisaba con una persona que era experta en abuso (...) entonces en mi rol como estudiante en práctica, sentía que tenía que hacerle caso a lo que ella me dijera, a pesar de que yo sintiera otra cosa en el momento. Entonces tenía que decir 'chuta, tengo que hacer esto, porque esta señora me dijo que lo tenía que hacer'. Y cuando me escuché a mí misma me dije 'no poh, esto es lo que siento que tengo que hacer con él, a pesar de que esta persona me está diciendo esto'.*

*E: ¿Y qué cosas te decía ella?*

*T: Me decía ciertas actividades que tenía que hacer... poner ojo aquí...de tener cuidado con no sé qué, o de preguntar esto, o preguntar esto otro, no eran malas las intervenciones pero no era el tiempo creo yo (...) Como que el tiempo de P es más lento, entonces proponerle actividades tan preestablecidas, creo que no era lo que necesitaba en ese tiempo” (T91, terapeuta, p.18-32).*

*“E: Y en ese sentido, ¿cómo era la relación de él (niño) con la TP57 (terapeuta)?*

*M57: Al principio le costó poh, le costó darse, ¿ya? Que él hablara, que contara cosas. Y de a poco ya él empezó a hacerlo, a venir con ganas. Sí, la primera vez fue espantoso, yo me acuerdo que llegué súper atrasada porque (estaba) acostado, tapado y no había caso que lo levantara. Ya no poh, después ya empezó a venir contento.*

*E: ¿Y qué tú crees que habrá influido en eso, en eso que en un principio no quería venir y después empezó a venir más contento?*

*M57: Emmh, cómo lo recibía la TP57.*

*E: ¿Y qué veías tú ahí de cómo lo recibía, de la relación?*

*M57: Yo veía que se llevaban bien (...) Que ella lo aceptaba, lo incorporaba en todo (...) A veces veníamos caminando y ella venía más atrás y el P57 (niño) '¡ay, viene la TP57!', y él feliz poh (...)*

*E: Tú veías ahí que había una buena relación.*

*M57: Había una buena relación entre ellos, sí” (T57, mamá, pp.168-187).*

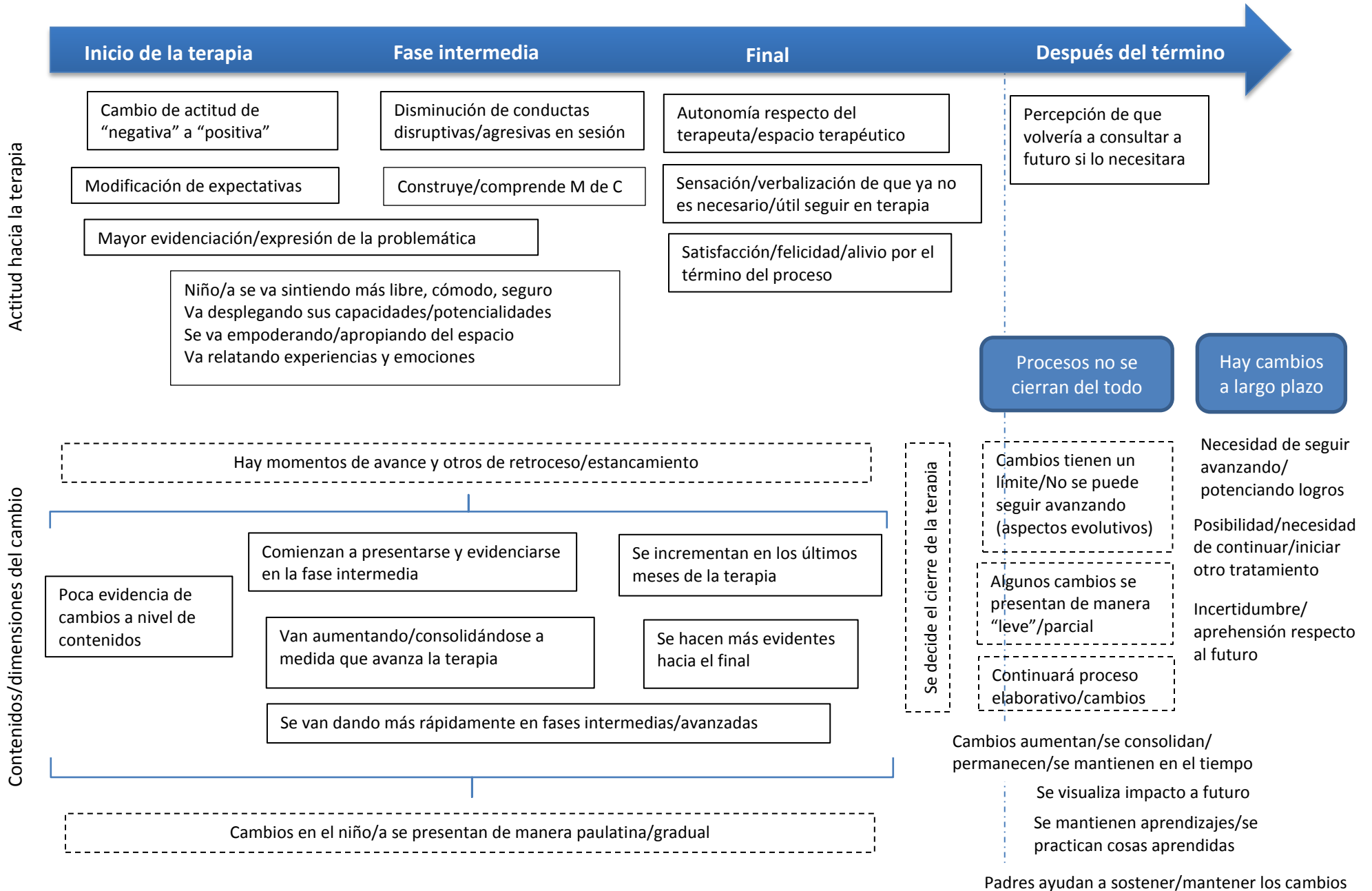
## **Evolución del Proceso de Cambio en Niños/as, Padres y Contexto Terapéutico en el Transcurso de la Psicoterapia: Análisis Integrativo.**

Visto el contenido, forma de presentación y evolución del cambio en los tres niveles antes señalados –niños/as, padres y contexto terapéutico–, cabe analizar ahora, de manera integrada, la ocurrencia de dichos cambios a lo largo del proceso terapéutico, incluyendo la dimensión temporal. A partir del análisis de las entrevistas y los resultados anteriormente presentados, es posible identificar, desde el discurso de los mismos participantes, la presencia de 4 momentos o tiempos en el transcurso de la psicoterapia: un momento inicial, otro intermedio, otro final y un tiempo que transcurre después de finalizado el proceso. A continuación analizaremos qué ocurre, en términos de los procesos de cambio, en cada uno de esos momentos.

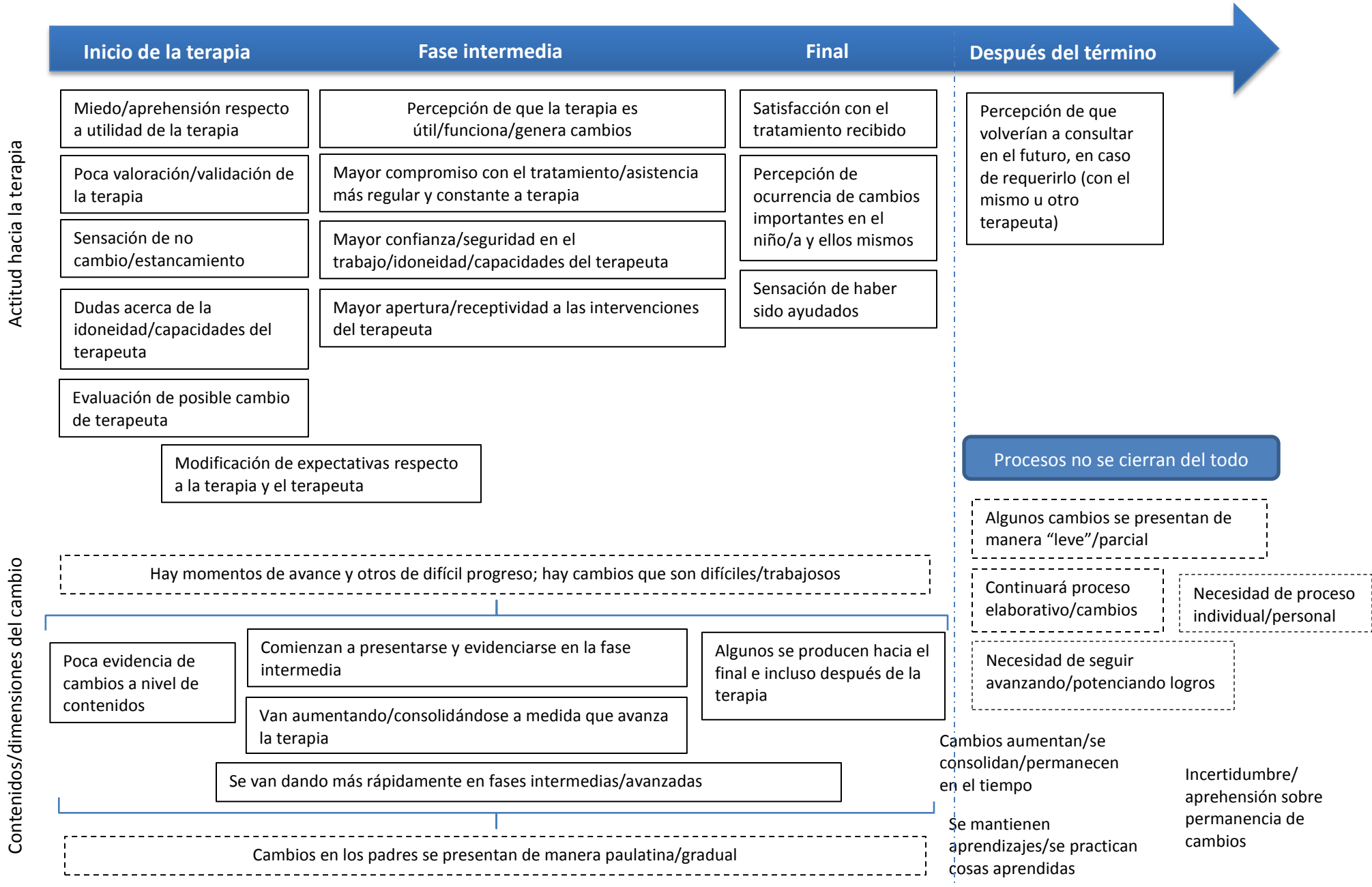
Para efectos de la claridad, los resultados de este análisis se presentarán en cuatro esquemas separados (ver Figuras 19, 20, 21 y 22), pero su descripción se hará de manera integrada, explicando qué va ocurriendo en cada fase de la terapia respecto a todos los cambios y cómo se va dando la relación entre algunos de ellos. Los cambios y algunas de estas relaciones ya fueron presentados en los apartados anteriores (a propósito de los resultados descriptivos y relacionales), pero ahora serán analizados incluyendo la dimensión temporal.

Cabe señalar que este análisis integrado y de proceso se hizo incluyendo todos los casos y a todos los participantes de la investigación (niños/as, terapeutas y padres de las 11 terapias).

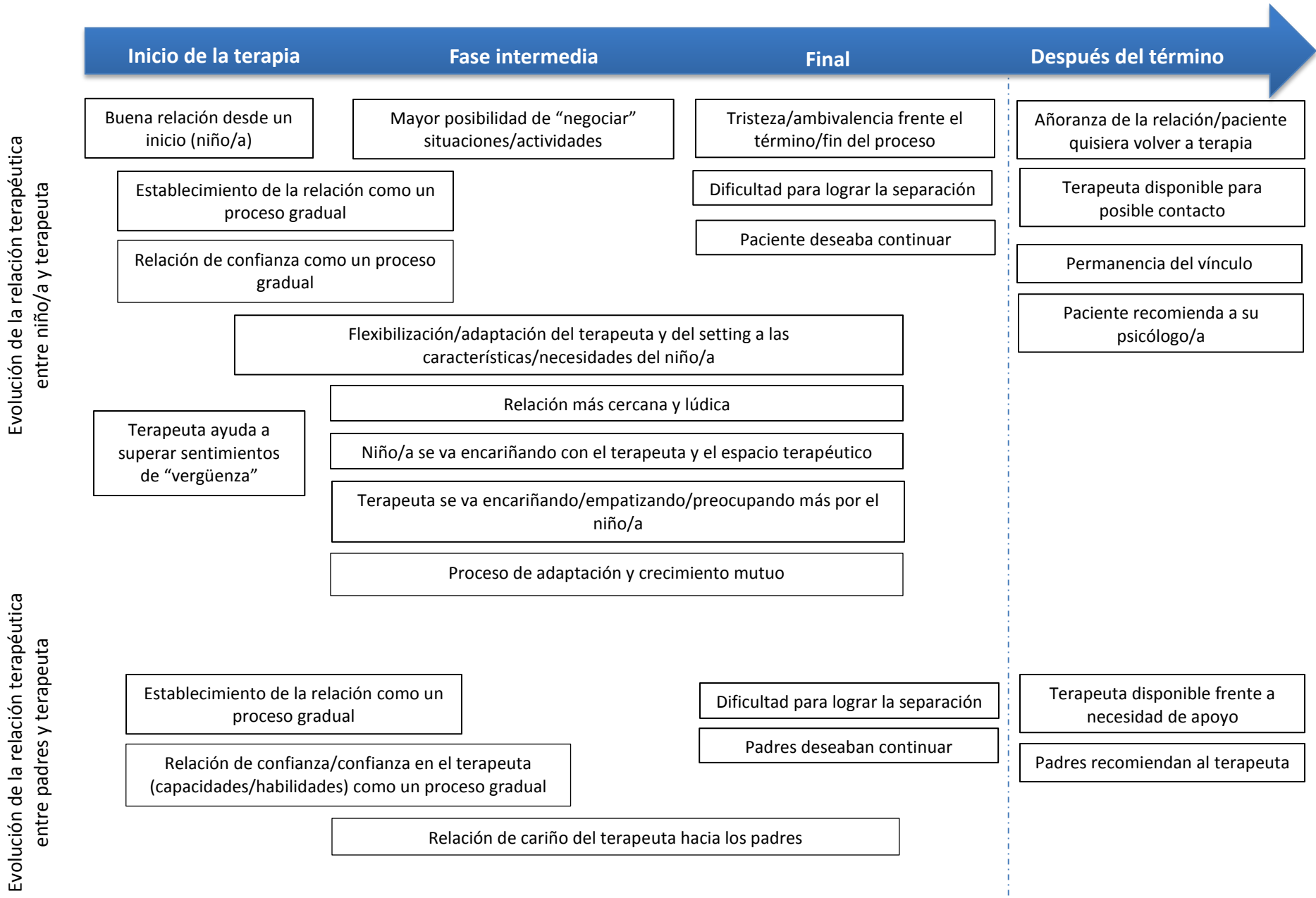
**Figura 19. Evolución del proceso de cambio en el niño/a (contenidos, actitud hacia la terapia).**



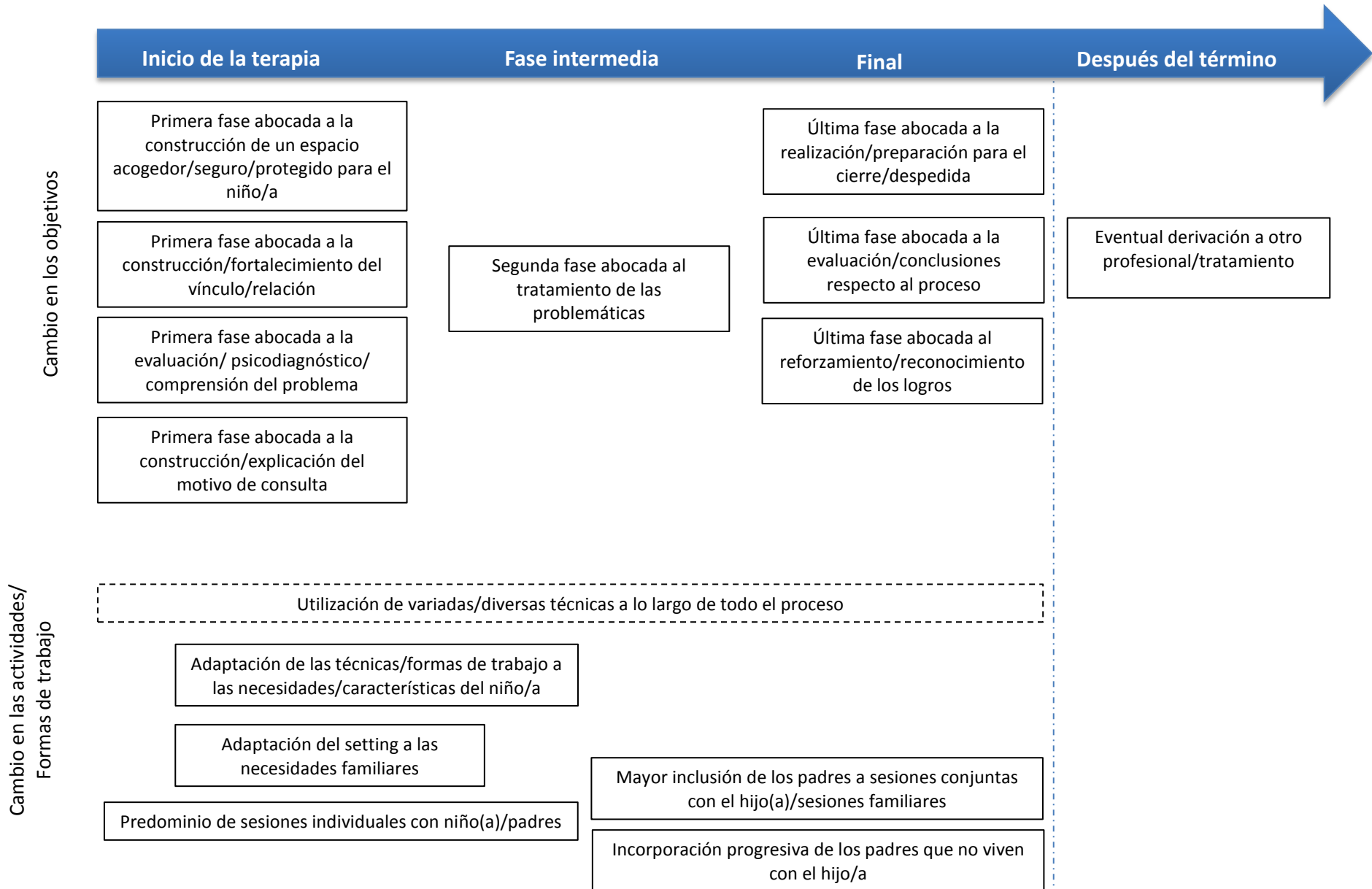
**Figura 20. Evolución del proceso de cambio en los padres (contenidos, actitud hacia la terapia).**



**Figura 21. Evolución del proceso de cambio en el contexto terapéutico (relación terapéutica).**



**Figura 22. Evolución del proceso de cambio en el contexto terapéutico (objetivos, actividades).**



Tal como se observa en las cuatro figuras anteriores, podemos decir que, en el inicio de la terapia, generalmente los niños/as llegan con una actitud definida por los entrevistados como “más negativa” o difícil. Esto dice relación con una mayor resistencia y desmotivación por asistir a terapia, cierta actitud ambivalente y/o ansiosa durante las primeras sesiones, cierta resistencia a participar en las actividades así como también cierta resistencia y/o dificultad para “abrirse” y relatar sus emociones y experiencias. En algunos casos, también se presentan algunas conductas disruptivas e impulsivas en sesión. En todos los casos, sin embargo, esta actitud más “negativa” se presenta sólo durante las primeras sesiones, dando paso rápidamente a una actitud de mayor compromiso y motivación por asistir a terapia, y una mayor disposición a “abrirse” y participar de las actividades.

En algunos casos, también se presenta una disminución de las conductas disruptivas y/o agresivas, pero eso ocurre más avanzada la terapia (en la fase intermedia). Y en otros casos, niños/as que en un principio se mostraron más “adaptados” o sin evidenciar mayores problemas, en el transcurso de la terapia logran irse “soltando” y evidenciar sus problemáticas de manera más abierta en sesión (desregulación emocional, sentimientos de tristeza, u otros).

Al inicio, también se produce una modificación en las expectativas de algunos niños/as. Al principio algunos creen que la terapia no ayuda mucho, ya que en ella sólo se habla, y que hay que hacerlo sólo respecto a las cosas que a uno le van pasando (hechos, experiencias). Luego señalan haberse dado cuenta que la terapia sí funciona y que en ella se puede hablar también de las cosas que uno siente (emociones, sentimientos).

Considerando que la primera fase de la terapia, a nivel de los objetivos terapéuticos, está abocada a la construcción de un espacio acogedor, seguro y protegido para el niño/a, así como también a la construcción y fortalecimiento del vínculo y de la relación terapéutica, parte de los cambios positivos observados en la actitud de los niños/as hacia la terapia se relacionaría con aquello; es decir, con el logro de ese espacio acogedor y el establecimiento de una buena relación y de una relación de confianza entre el niño/a y el terapeuta.



En este cambio positivo en la actitud de los niños/as hacia la terapia, también influye, como ya vimos en el apartado anterior, la utilización de variadas técnicas por parte de los terapeutas (dibujos, juegos, entre otros) -aunque esto se da a lo largo de toda la terapia- y principalmente la adaptación que hace la mayoría de ellos de dichas técnicas y formas de trabajo a las necesidades, características e intereses particulares de cada niño/a.

En el inicio de la terapia, los objetivos también están abocados, en algunos casos, a lograr construir con el niño/a un motivo de consulta propio, o poder explicarle el motivo por el cual lo llevaron a consultar. Esto ayudaría a otro cambio de actitud en el niño/a, que se presenta más bien en la fase intermedia de la terapia, cual es lograr efectivamente construir ese motivo de consulta propio y/o comprender la razón por la cual sus padres lo llevaron al psicólogo/a.

Respecto a la actitud de los terapeutas al inicio, algunos (sobre todo los más noveles) reconocen haber estado un poco rígidos en su rol de “experto”, más preocupados de realizar un adecuado psicodiagnóstico (objetivo que también aparece como propio de la fase inicial de la terapia), y en una actitud más distante o “neutral”. A medida que fue avanzando la terapia, sienten haberse flexibilizado en este rol, logrando adaptarse a las necesidades, características y tiempos de los niños/as, así como también sienten haber logrado construir una relación más cercana y lúdica con ellos, junto con lograr ir empatizando, preocupándose más y encariñándose con el niño/a. Como se vio en el apartado anterior, estos cambios en la relación y en la actitud del terapeuta favorecerían también, en conjunto con la construcción del espacio seguro y contenedor y el fortalecimiento del vínculo, otros cambios en la actitud en el niño/a, que van apareciendo entre la fase inicial y la intermedia. Dichos cambios son que el niño/a se va sintiendo más libre, cómodo y seguro en el espacio terapéutico, va logrando desplegar todas sus capacidades y potencialidades, se va empoderando y apropiando más del espacio, asume un rol más protagónico en las actividades y va logrando relatar y expresar sus vivencias y emociones más abiertamente, sin la vergüenza, reticencia o timidez inicial. El niño/a, además, se va encariñando tanto con el espacio como con la figura del terapeuta.

En este sentido, aparece también que, en el transcurso de la terapia, se va dando un proceso de adaptación y de crecimiento mutuo entre terapeuta y paciente (niño/a).

Cabe agregar que los cambios antes señalados en la relación y en el espacio terapéutico, así como también en la actitud del niño/a y del terapeuta, van permitiendo también, en la fase intermedia de la terapia, una mayor “negociación” respecto a las actividades y otros que se van realizando en sesión en algunos casos, donde el niño/a adquiere mayor protagonismo y poder de decisión.

Respecto a la actitud de los padres, cabe señalar que, en un inicio, algunos de ellos (principalmente aquellos atendidos por terapeutas más jóvenes) muestran cierto temor, miedo y/o aprehensión respecto a la utilidad de la terapia, así como también ciertas dudas en relación a la idoneidad, preparación, capacidades y/o habilidades del terapeuta. En otros casos, también aparece una poca valoración y validación de la terapia como algo que les va a servir y/o que logrará generar cambios en el niño/a. Esto va asociado a que, efectivamente, desde la percepción de los entrevistados, tanto padres como terapeutas (y algunos niños/as), al inicio de la terapia no se observan mayores cambios en el niño/a, a nivel de los contenidos y dimensiones (vinculados al motivo de consulta). Esto refuerza las dudas de algunos padres, llegando incluso, un par de ellos, a evaluar la posibilidad de cambiar de terapeuta. En esto también influye, en algunos casos, malas experiencias anteriores con otros terapeutas.

La poca evidencia de cambios en el niño/a al inicio de la terapia también podría relacionarse, eventualmente, con que en esta fase los terapeutas están más abocados a realizar un psicodiagnóstico y a lograr evaluar y comprender de mejor manera la problemática del niño/a, junto con construir un espacio terapéutico seguro y el establecimiento de la relación terapéutica.

Cuando el niño/a empieza a evidenciar cambios, los cuales se van presentando ya en la fase intermedia de la terapia de manera más clara y evidente, y los padres también comienzan a percibir cambios en ellos mismos en esta misma fase, su actitud hacia ella y hacia el terapeuta también van cambiando. Así, de la desconfianza y poca validación inicial, pasan a percibir que la terapia sí es útil, funciona y genera cambios, van evidenciando un mayor compromiso y participación en la terapia, van asistiendo de manera más regular y constante (en esto también influye el encuadre y la flexibilización

en el setting), y van confiando más en el terapeuta, tanto en el trabajo que realiza como en sus capacidades e idoneidad. También se van mostrando más abiertos y receptivos a las intervenciones que realiza el terapeuta.

De esta manera, vemos que, al igual que en el caso de los niños/as, el establecimiento de la relación entre padres y terapeuta y la generación de un vínculo de confianza, son procesos que se van dando de manera gradual, entre el inicio y fase intermedia de la terapia. El terapeuta, a su vez, también se va encariñando más con los padres, en la medida que estos se muestran más comprometidos y van también evidenciando cambios en ellos mismos y en la relación que establecen con el niño/a.

Como señaláramos anteriormente, los cambios en el niño/a, así como también en los padres (a nivel de contenido y dimensiones), comienzan a presentarse y evidenciarse en la fase intermedia de la terapia; a medida que ésta avanza, van aumentando y consolidándose, y entre la fase intermedia y final se van dando más rápidamente. En los padres, algunos cambios se producen más hacia el final de la terapia o incluso después de que ésta ya ha finalizado.

Esta presentación de los cambios durante la fase intermedia y su incremento, consolidación y fortalecimiento entre la fase intermedia y final, se condice con los cambios en los objetivos terapéuticos. Así, según los mismos entrevistados, la fase intermedia está abocada justamente al tratamiento de las problemáticas, mientras que la fase final se aboca al reforzamiento y reconocimiento de los logros, junto con la evaluación y conclusiones respecto al proceso y la preparación para el cierre.

Los cambios en los niños/as y en los padres no se presentan de manera repentina o súbita, o como “hitos” en la terapia. Todos los entrevistados coinciden en señalar que este proceso de cambio se va dando de manera paulatina, gradual y progresiva. Así, hacia la fase final de la terapia, los cambios se van incrementando y se van haciendo aún más evidentes, sobre todo en el caso de los niños/as. Y esta evidencia de cambios es la que, justamente, va decidiendo el cierre de la terapia (como explicaremos más adelante).

No obstante lo anterior, el proceso de cambio no está exento de dificultades. Según algunos terapeutas y padres, en el transcurso de la terapia también se presentan momentos de retroceso y/o de estancamiento en los niños/as, mientras que en los padres

aparece el fenómeno de que ciertos cambios son difíciles, trabajosos y/o dolorosos, y en estos momentos se hace más difícil avanzar.

En el inicio de la terapia, predomina la realización de sesiones individuales, tanto con el niño/a como con los padres. A medida que avanza el proceso, y al parecer en función de los cambios que los terapeutas van observando en niños/as y padres, así como también en función de los objetivos terapéuticos, se van realizando más sesiones conjuntas, ya sea diádicas (generalmente madre-niño/a) o familiares. En aquellos casos donde los padres son separados, y el padre no vive con el niño/a, su incorporación a la terapia se va haciendo de manera más paulatina y gradual, entre la fase intermedia y hacia el final de la terapia.

Respecto al proceso de cierre, éste se decide, en casi todos los casos, en función de los cambios observados (principalmente en el niño/a, aunque también en los padres en algunos casos) y el logro de los objetivos propuestos. Generalmente lo planifica el terapeuta, pero la decisión suele ser en conjunto o en acuerdo con el niño/a y sus padres. En un caso (T124) esto no ocurrió (la niña no fue considerada en el proceso de cierre, vivenciándolo de manera abrupta), y aquello generó rabia y pena en la niña, ya que ella deseaba continuar con el proceso, pues además de la buena relación que tenía con la terapeuta, sentía que sus problemas (bullying de los compañeros) no habían sido resueltos.

En aquel caso donde el niño nunca logró construir un motivo de consulta propio ni motivarse por ir a terapia (T71), de igual forma el cierre se decidió por el logro del objetivo propuesto, que además fue “negociado” con el mismo niño (realización del psicodiagnóstico solicitado por el colegio).

En relación a la actitud hacia la terapia, hacia el final del proceso algunos niños/as se van mostrando más autónomos en relación a la terapia y el terapeuta, y algunos van también sintiendo y verbalizando de que ya no es necesario seguir yendo a terapia, porque sienten haber logrado resolver los problemas que tenían y sentirse mucho mejor. En este sentido, varios manifiestan satisfacción y una suerte de orgullo por lo logrado. Esto también es considerado por los terapeutas como una evidencia de cambio positivo, y por ende, también influye en la decisión del cierre.

Aquellos niños/as que no estaban muy motivados por asistir a terapia (T57 y T71) manifiestan más bien felicidad y “alivio” de que el proceso haya terminado, ya que ahora tienen más tiempo para realizar otras actividades. Algunos niños/as manifiestan también cierta tristeza y/o ambivalencia frente al fin de la terapia, ya que señalan que querían continuar y evidencian, según los terapeutas, cierta dificultad para lograr la separación (esto, en relación al vínculo terapéutico).

Respecto a los padres, casi todos manifiestan satisfacción con el tratamiento al final del proceso, en función, principalmente, de los cambios observados en el niño/a y por la ayuda recibida para ellos mismos. Algunos padres, sin embargo, también evidencian cierta dificultad para lograr la separación del terapeuta, y manifiestan que les hubiese gustado continuar con el proceso (aunque la mayoría considera que el tiempo que duró la terapia fue el adecuado, nuevamente por los cambios que lograron percibir).

Respecto a lo que ocurre después de finalizada la terapia (recordemos que las entrevistas para esta investigación se realizaron después de terminado el proceso), algunos niños/as manifiestan una suerte de “añoranza” por la relación con el terapeuta, y señalan que les gustaría volver a terapia y/o que volverían a consultar a futuro si lo necesitaran (esto último también se aplica a los padres). En ese sentido, hay una suerte de permanencia en el vínculo con el terapeuta. Esto se ve reforzado por la disponibilidad que manifiestan todos los terapeutas para que se contacten con ellos en caso de requerirlos, y que es percibida tanto por los niños/as como por sus padres. Varios niños/as y varios padres, además, señalan que recomendarían a otros a su psicólogo/a.

Finalmente, en relación a los cambios observados en los niños/as y sus padres (contenidos y dimensiones), la gran mayoría de los entrevistados señalan que estos aumentan, se consolidan y permanecen en el tiempo. Añaden que después de la terapia se mantienen los aprendizajes y se practica lo aprendido, e incluso en varios casos se visualiza un impacto futuro. Todo lo anterior aparece reflejado en las siguientes citas, una de terapeuta y otra de un niño:

*“E: Y para cerrar TP123 (nombre terapeuta), ¿con qué elemento o con qué sensación... con qué te quedas respecto a esta terapia y cómo terminó el proceso?”*

*T: Me quedo contenta, como motivada (...) fue bien bonita la terapia, fue bien exitosa en lo profundo, desde la profundidad que se alcanzó.*

*E: ¿Profundidad te refieres como a los cambios?”*

*T: A la profundidad de los cambios, sí. Y me quedo, o sea, son el tipo de terapias que me motivan un poco a, a seguir en, siendo terapeuta de niños, o sea, ese tipo de terapias que tú dices ‘pucha, sí, sí vale la pena’, porque hay otras que frustran, y ésta a pesar de ser súper demandante, me costó mucho trabajo, hubo momentos difíciles, no fue todo tan fluido, sí te deja con la sensación de que el trabajo clínico con niños puede favorecer y potenciar cambios tan importantes en la vida de un niño, y que son cambios duraderos y que los acompañan para el resto de la vida, o sea, me conecta con lo relevante que es la clínica con niños.*

*E: Y en ese sentido, en el caso de la P123 (niña), ¿tú sientes que estos cambios se van a perpetuar?*

*T: Que se van a perpetuar, y que no la van a dejar nunca, que ya la historia está escrita (risa), que ya es parte de ella (...) Entonces sí poh, ahí te conecta con, con lo bonito y lo significativo que es el trabajo con los niños cuando, cuando resulta digamos todo, sí” (T123, terapeuta, p.415-418).*

*“E: ¿En qué cosas sientes que te ayudó la terapia?*

*P: En no hablar tanto, no pararme tanto, en hacer las tareas.*

*E: Y cuando ya dejaste de venir (a terapia), ¿qué pensaste, qué sentiste?*

*P: Yo me sentí, no sé, yo me sentía bien (...) porque pasé todo (...) y ahora nada puede volver a ser como antes (...).*

*E: Y pensando en cuando ya seas más grande, ¿crees que te va a haber servido haber venido con TP54?*

*P: Sí.*

*E: ¿Y en qué crees que te va a servir cuando seas más grande?*

*P: Yo creo que (...) cuando vaya a la universidad no hablaré tanto” (T54, niño, pp.778-787).*

Si bien en general se visualiza la permanencia de los cambios, una pareja de padres, cuya hija tenía un problema de base más permanente, manifiestan cierta aprehensión e incertidumbre respecto al futuro de la niña, mientras que un terapeuta (novel) manifiesta cierta incertidumbre respecto a la permanencia de los cambios en los padres.

Además de lo anterior, aparece como muy relevante y generalizado el fenómeno de que, pese a todos los logros obtenidos, hay un punto en el proceso donde los

participantes (terapeutas y padres) sienten que ya no se puede seguir avanzando y que los cambios en el niño/a tienen un límite, al menos en el proceso actual, por un tema maduracional y evolutivo. En este sentido, se plantea que hay cambios y logros que se pueden ir dando en el tiempo, más a largo plazo, cuando el niño/a haya desarrollado otras habilidades y capacidades necesarias justamente para alcanzar dichos logros. Es en este sentido que se plantea que algunos cambios se presentan de manera “leve” o parcial, que es necesario seguir avanzando y potenciando los logros obtenidos y que se visualiza que continuará el proceso de cambios en el niño/a.

A propósito de lo anterior, aparece la idea generalizada de que, en la terapia con niños/as, los procesos no se cierran del todo, que siempre quedan aspectos o áreas que se pueden seguir reforzando, pero que para ello se requiere esperar un mayor desarrollo evolutivo. En algunos casos, incluso, se visualiza la posibilidad de que el niño/a requiera un nuevo proceso terapéutico más adelante, cuando “decanten” algunos procesos o reaparezcan temáticas que en la terapia actual no pudieron ser resueltas, por temas evolutivos, como señaláramos anteriormente. A continuación se presentan algunas citas de terapeutas y madres que dan cuenta de este fenómeno:

*T: Yo creo que fue una buena terapia, pero llegamos como a límites en la terapia donde ya no pudimos seguir avanzando, eh, entonces tuvimos avances importantes en lo que tenía que ver con el auto concepto, con la regulación emocional, con el reconocimiento emocional, eh, pero ya llegamos a un punto en que no pudimos avanzar más y ahí se derivó (...) con la recomendación de que siguieran después en un momento más adelante donde el P98 (niño) tuviera más herramientas, tal vez iniciara otro proceso terapéutico (...) Porque no nos fue mal, pero faltaron hartas cosas, o sea (...) los objetivos si bien se trabajaron, no se alcanzaron por completo.*

*E: ¿Como cuáles?*

*T: Como el tema de la autoimagen que todavía falta (...) Mejoró, pero no alcanzó el máximo de lo positivo que tal vez podríamos haber alcanzado, eh, todavía hay temas en - en la tolerancia a la frustración, como que está bien, pero todavía le cuesta hacer algunos trabajos o esto de seguir intentándolo a pesar de que no le salga, como que ese tipo de cosas todavía permanecen.*

*E: ¿Y qué crees tú que hizo falta para que eso se pudiera lograr como en su totalidad?*

*T: Yo creo que el timing de él, o tal vez nada poh, que él madurara más, o sea, esperar a su proceso de maduración no más.*

*E: Que en el fondo por eso sugeriste como una terapia posterior.*

*T: Claro, claro” (T98, terapeuta, 1-2, 81-86).*

Respecto a este mismo caso, la madre señala:

*“E: O sea, de acuerdo a lo que hemos conversado, hay cosas que cambiaron, pero hay otras cosas que quedaron un poco ahí, sin resolverse...”*

*M: Mira, cuando conversamos con la T98 (terapeuta) de que ya así como entre comillas iba a dar de alta al P98 (niño), efectivamente siempre no todo se soluciona así – definitivo, que también tiene que ir viendo con el proceso de madurez de P98, y que hay que seguir como reforzando las cosas (...)*

*E: ¿Y qué te pareció esta explicación que dio T98 respecto a que en psicoterapia hay algunas cosas que cambian, pero hay algunas cosas que igual puede que no cambien del todo?*

*M: Es decir, no sé si no cambian del todo, yo creo que claro, es como gradual el tema.*

*E: Ah, ya, ¿es como que aun cuando se acabe la terapia, se van resolviendo más adelante?*

*M: Se supone que, claro, eso me iba diciendo ella, que habían temas de que el P98 tiene que ir en la medida en que vaya madurando y vaya también creciendo y todo tiene que ir cambiando algunas, algunos temas, eso yo le encuentro como sentido, se me ocurre que tampoco es como que, bueno, en terapia (risa) todo cambia al tiro, ¿cachai?, pero – pero mira, sabes que nosotros, yo de verdad quedé súper contenta (...) (porque) yo sí, yo creo que son procesos” (T98, mamá, 187-204).*

En la siguiente cita de una terapeuta, se describe no sólo lo relativo a que los procesos con niño/as no se cierran del todo y que hay cambios más de largo plazo, sino también algunos aspectos mencionados más arriba (que los cambios se van dando de manera gradual y que se hacen más evidentes hacia el final de la terapia, por ejemplo):

*“E: ¿Y cómo se fueron dando estos cambios que describías en P?*

*T: Mmmm*

*E: Por ejemplo rápido o fue gradual...*

*T: No, yo creo que fue gradual. Ahora es difícil, es difícil esa pregunta siempre jajaja porque es difícil responderla pero...creo que en la medida en que la F (mamá) se fue posicionando más en su rol, como que le permitió a P (niño) también, o posibilitó los*



*cambios de P, pero sí fueron graduales, siento que se evidenciaron más en la etapa de cierre, en la etapa final, porque al principio hacía aparecer como que estábamos caminando sin ver mucho en realidad.*

*E: ¿Y tú crees que se solucionaron los problemas que lo llevaron a consultar?*

*T: Sí, yo creo que en gran medida sí. Ahora, no tengo la pretensión, por ejemplo, de que a él no le vuelvan... como a dificultar su sexualidad, cuando sea más grande, de hecho es algo que le dije a F cuando cerramos (...) Que podría ser que después en la adolescencia, P, no sé si presentara como problemas, pero que quizás, ciertas dudas o preguntas, o como algo en esa línea y no siento como que la terapia lo hubiese abarcado todo en ese sentido y como él es chico, siento que la adolescencia, además es un período donde también hay un desarrollo sexual importante. Creo que en general sí pero... la vida continúa poh... jajaja, y el cambio también (...)*

*E: ¿Y qué fue lo más relevante para ti?*

*T: Yo creo que la importancia del vínculo, como el vínculo terapéutico, también el vínculo familiar, no sólo de mí con F o con P, sino de la importancia de generar condiciones para que P, más adelante, también se pueda desarrollar de manera más óptima, entendiendo que eso no es que no vaya a tener problemas o dificultades. Yo creo que también es como eso, un poco de decir como 'bueno, en la terapia nunca lo va a abarcar todo' y también uno tiene que... tener en cuenta eso, como de no creer que va a poder hacerlo todo sino que ayuda en un momento, con ciertas circunstancias y que esperemos que también, confiar un poco en lo que se hizo y lo que la vida también ofrece, confiar en que a ellos, esta terapia les haya servido para las etapas que le siguen" (T91, terapeuta, p.103-110, 132-138).*

Para terminar, y en relación al proceso de cambio en los padres, también aparece el fenómeno de que los procesos no se cierran del todo, que algunos cambios se presentan de manera parcial y que por ende es necesario seguir avanzando y potenciando los logros. También se visualiza que los procesos elaborativos y de cambio continuarán en los padres, y, en algunos casos, se plantea la necesidad de que los padres inicien o continúen un proceso de terapia personal e individual, para trabajar temáticas propias.

## Conclusiones y Discusión

Para comenzar, haremos una síntesis y comparación entre los principales hallazgos de los estudios 1 y 2; específicamente entre los contenidos y conceptualización del cambio presentes en cada uno de los enfoques psicoterapéuticos revisados –teoría psicoanalítica y desarrollos posteriores del psicoanálisis, enfoques cognitivos, teoría humanista-gestáltica y enfoques sistémicos- y los cambios mayormente destacados por los terapeutas entrevistados, según el enfoque al cual adscriben. También compararemos estos resultados con algunos estudios encontrados sobre cambio en niños/as desde la perspectiva de los terapeutas, y que aparecen desarrollados en la sección de Antecedentes. Esto, con el propósito de analizar similitudes y diferencias. Cabe señalar que, como limitación del Estudio 2, no fue posible contar con terapias del enfoque humanista-gestáltico, por lo cual en ese enfoque no se podrá hacer la comparación tan directa entre el estudio teórico y el empírico a nivel de los contenidos del cambio en niños/as y padres. Más adelante profundizaremos en esta limitación.

Cabe señalar que la clasificación que se hizo de los cambios en las 5 dimensiones que ya hemos referido –afectiva, identitaria, cognitiva, comportamental y relacional-, tanto en el Estudio 1 como en el 2, corresponde a una propuesta nuestra. En general, en los enfoques teóricos revisados no se alude tan explícitamente a estas dimensiones, como lo hacemos nosotros. Y en el caso de las investigaciones revisadas, tampoco; en ellas, los cambios son más bien señalados de manera azarosa, sin un orden o clasificación específica (salvo cuando se especifican aquellos cambios que son más propios del contexto y relación terapéutica, como veremos más adelante). En virtud de lo anterior, creemos que esta clasificación y ordenamiento por dimensión constituye uno de los primeros aportes de la presente investigación. Dado que esta clasificación es sólo una propuesta, el lector podrá (o no) estar de acuerdo con ella, sobre todo en algunos cambios donde pudiera no ser tan claro a qué dimensión pertenecen o si pudieran pertenecer a más una dimensión.

Posteriormente, recordaremos los principales cambios en los niños/as y sus padres encontrados en el Estudio 2, desde sus propias perspectivas, y los analizaremos a la luz de algunas investigaciones encontradas.

Luego haremos una comparación del Estudio 1 y de investigaciones encontradas con otros resultados del Estudio 2, específicamente aquellos referidos a los cambios en el contexto terapéutico, nuevamente desde todas las perspectivas e independiente del enfoque teórico, ya que en dichas categorías no se encontraron mayores diferencias por enfoque.

Una vez analizados los contenidos del cambio en niños/as, padres y en el contexto terapéutico, a la luz de los enfoques teóricos e investigaciones revisadas, haremos un análisis de la forma de presentación y evolución de los cambios; es decir, cómo se van presentando los cambios en los niños/as y en los padres en el transcurso de la terapia; y analizaremos dichos resultados nuevamente a la luz de los postulados de los enfoques teóricos y algunas de las investigaciones revisadas. Esta comparación la haremos a nivel más general; es decir, no estrictamente por enfoque teórico y desde la perspectiva de todos los participantes -tal como se describió en la sección de los resultados, donde los análisis relacionales se hicieron considerando las tres perspectivas (niños/as, padres y terapeutas)-.

Finalmente, haremos una comparación referida al análisis del proceso de cambio en relación a las fases de la terapia, y algunas investigaciones y modelos formulados para adultos (revisados en la sección de Antecedentes).

**Contenidos del cambio en el niño/a desde la perspectiva de los terapeutas y los enfoques teóricos.** Tal como vimos en el Estudio 1, dentro del **enfoque psicoanalítico clásico** lo que más se enfatiza son los cambios intrapsíquicos, relacionados principalmente con la elaboración consciente de los conflictos, afectos y emociones. Dentro de esta dimensión, se destaca la elaboración de la angustia y disminución de la ansiedad y la neurosis, el logro de un mayor alivio y bienestar emocional, situarse a menor distancia de los impulsos y emociones (disminuir su inhibición) y un mayor desarrollo del lenguaje, que le permita al niño/a verbalizar y dialogar con el terapeuta sobre su vida, sus emociones y otros aspectos en sesión.

Esto se condice con los hallazgos del Estudio 2 en relación a las terapeutas del enfoque psicodinámico, ya que ellas aluden fuertemente a cambios afectivos en el niño/a en su relato. Así, también dan cuenta de la disminución de la ansiedad y síntomas

ansiosos, poder contactarse con las propias emociones, verbalizarlas (junto con la verbalización de las propias experiencias, vivencias, necesidades y deseos) y evidenciar una mejora en el estado anímico (mayor felicidad y bienestar) y una mayor tranquilidad, como cambios importantes.

Algunos de estos cambios aparecen también en el estudio desarrollado por Odhammar et al. (2011) con terapeutas psicodinámicos, donde se destaca la verbalización espontánea de ideas y sentimientos, la capacidad para expresarse más claramente, el poder contactarse y expresar más las emociones, que el niño/a se vea más “relajado”, contento y con una visión más positiva y esperanzadora sobre el futuro.

Llama la atención que, tanto desde lo teórico como desde el estudio antes referido, aparece como cambio importante también la mayor tolerancia a la frustración. Este cambio también aparece en nuestra investigación, pero reportado principalmente desde los padres (que recibieron terapia desde otros enfoques), y no desde los terapeutas. Sólo un terapeuta, del enfoque constructivista-evolutivo, aludió a dicho cambio.

En otro estudio realizado con terapeutas psicodinámicos (Carlberg, 2009), se reportan cambios similares desde lo afectivo, como la capacidad del niño/a para contactarse consigo mismo, y para expresar y verbalizar distintas emociones y sentimientos, así como también experiencias y vivencias, presentes y/o pasadas.

Vinculado a lo intrapsíquico, dentro del enfoque psicoanalítico clásico también se destaca, desde sus planteamientos teóricos, la dimensión identitaria, planteando como cambios importantes la integración y fortalecimiento de un yo más sano y maduro en el niño/a y la recuperación de la continuidad de su ser, acorde a su etapa evolutiva. En palabras de Anna Freud, esto último se traduce en volver a poner en marcha el proceso de desarrollo que ha estado detenido, lo cual se puede observar cuando el niño/a da señales de realizar actividades propias de su edad y disfrutar con ellas.

Estos cambios identitarios también aparecen en el discurso de las terapeutas psicodinámicas del Estudio 2, principalmente bajo la forma de una mejora en el autoconcepto, autoestima e incorporación de elementos positivos en la representación de sí mismo. También aparece como cambio muy relevante que el niño/a vuelva a ser, sentirse y comportarse acorde a su etapa evolutiva, y que justamente incluye también volver a realizar actividades propias de la infancia (tal como lo señala Anna Freud).

Al igual que en los cambios afectivos, algunos de estos cambios identitarios también aparecen en los estudios de Odhammar et al. (2011) y Carlberg (2009). En ambos los terapeutas aluden a una mejora en la autoestima de los niños/as y que éstos se comportarían de manera más acorde a su edad. En el estudio de Odhammar et al. (2011), esto último se relaciona más bien con mayor madurez. En el caso de nuestro estudio, esta mayor madurez también aparece, pero en el discurso sólo de una de las terapeutas psicodinámica (aparece más en el relato de terapeutas de los otros enfoques, pero sobre todo en el discurso de los padres, de distintas terapias).

En el ámbito relacional, desde el enfoque psicoanalítico clásico (Estudio 1) también se destacan algunos cambios, vinculados principalmente a que el niño/a se pueda relacionar adecuadamente con sus pares y desenvolverse adecuadamente en su ambiente natural (hogar y escuela). En el discurso de las terapeutas psicodinámicas entrevistadas en el Estudio 2, la dimensión relacional también aparece con cierta relevancia, donde se destaca justamente algo muy similar a lo planteado desde la teoría: el empoderamiento en la relación con otros, la mejora en la relación con los pares y poder integrarse más y mejor al grupo, aumentando también la red de amistades.

Cambios muy similares aparecen también en los estudios con terapeutas psicodinámicos antes mencionados, de Odhammar et al. (2011) y Carlberg (2009). Así, en estos se alude a la mejora en la relación con pares y compañeros, tener más amigos y al establecimiento de relaciones más cooperativas y significativas con otros. En estos estudios, así como también desde lo teórico (Estudio 1), también se alude a la mejora y disminución de conflictos en la relación con los padres. Este cambio también apareció en nuestro Estudio 2, pero fue señalado por terapeutas de los otros enfoques y por una madre y dos niños atendidos en terapias del enfoque constructivista–evolutivo.

En el ámbito del comportamiento, si bien éste no es un cambio fundamental para los autores revisados en el enfoque psicoanalítico clásico (Estudio 1), algunos de ellos sí lo mencionan como evidencia de la ocurrencia de cambios a nivel intrapsíquico. En el caso de las terapeutas psicodinámicas entrevistadas en el Estudio 2, en cambio, la dimensión del comportamiento prácticamente no aparece mencionada.

En el caso del estudio de Odhammar et al. (2011) y Carlberg (2009), aparece mencionado un cambio en el comportamiento que, en nuestro estudio, sí tuvo gran

relevancia, principalmente para los padres (2 de ellos atendidos en terapias psicodinámicas), para algunos terapeutas pero de otros enfoques, no psicodinámicos (2 constructivista-evolutivos y 1 sistémico) y también para algunos niños/as (tampoco de terapias psicodinámicas), y dice relación con el logro de un funcionamiento más autónomo e independiente.

En el ámbito cognitivo, si bien tampoco es ésta un área de cambio tan fundamental en el enfoque psicoanalítico, algunos autores como Melanie Klein y Anna Freud hacen alusión a un cambio que se daría cuando ya ha comenzado el análisis y que es tener mayor consciencia de enfermedad y conflicto y “voluntad para curarse” (como símil de lo que ocurre en los adultos, según señalan las autoras). En las terapeutas psicodinámicas del Estudio 2, lo cognitivo tampoco es algo preponderante, pero hacen alusión a un cambio de este tipo, cual es que el niño/a adquiriera mayor consciencia o insight respecto a su problemática. En los estudios de Odhammar et al. (2011) y Carlberg (2009) no se alude a ningún cambio propiamente cognitivo (desde nuestra propuesta de clasificación).

Respecto a los **postulados más recientes del psicoanálisis (mentalización y teoría del apego)**, hay un aspecto que para la teoría es fundamental, cual es la regulación afectiva o autorregulación emocional, junto con el control de sí mismo. De hecho, esto se plantea como el eje del cambio que produce el tratamiento psicoanalítico. Llama la atención que estos cambios, tan relevantes desde lo teórico, y que en nuestro Estudio 2 fueron codificados como mayor regulación emocional desde lo afectivo, y como mayor control o modulación de los impulsos desde lo comportamental, no fueron mencionados por ninguna de las terapeutas psicodinámicas (y sí por terapeutas de los otros enfoques). En los estudios de Odhammar et al. (2011) y Carlberg (2009), en cambio, sí aparecen, señalados como mayor control de impulsos y capacidad para manejar distintas emociones y sentimientos.

Lo que sí aparece en el discurso de las terapeutas psicodinámicas del Estudio 2 y en las investigaciones de los autores antes mencionados, es el reconocimiento, contacto y expresión de las propias emociones en el relato de las terapeutas (como lo señalamos más arriba), aspectos que también aparecen desde lo teórico, bajo la forma de reconocer, aceptar e integrar las propias emociones, tanto las “positivas” como las “negativas”.

En la dimensión identitaria, que también resulta ser muy relevante para este enfoque, hay cierta coincidencia con el relato de las terapeutas psicodinámicas (Estudio 2). Así, desde lo teórico, se enfatiza desarrollar el sentido de seguridad, confianza en sí mismo y competencia social. Si bien estas terapeutas no hacen alusión a la categoría de mayor confianza y seguridad en sí mismo -que sí es mencionada por terapeutas de otros enfoques del Estudio 2 y también por los terapeutas del estudio de Odhammar et al. (2011)- sí mencionan la mejora en el autoconcepto, autoestima, autoeficacia e incorporación de elementos positivos en la representación de sí mismo, todos elementos identitarios (como lo señaláramos más arriba, a propósito de la comparación con la teoría psicoanalítica clásica).

Relacionado con la mayor confianza y seguridad en sí mismo, desde este enfoque teórico de la mentalización también se alude al desarrollo de la autonomía. Como lo señaláramos más arriba, dicha categoría tampoco fue mencionada por las terapeutas psicodinámicas del Estudio 2 -y sí por los terapeutas entrevistados en los estudios de Odhammar et al. (2011) y Carlberg (2009)-.

Otro aspecto identitario muy relevante desde lo teórico apunta a la construcción de un self real o autobiográfico, entendido como una autorepresentación biográfica organizada y coherente. Se señala que experiencias de trauma infantil pueden generar una estructuración inadecuada del self, por lo que la intervención tendiente al cambio apuntaría a propiciar una mayor integración para favorecer el logro del self real y autobiográfico que se espera el niño/a desarrolle. Desde lo empírico, cambios muy similares aparecen en el relato de una terapeuta psicodinámica, que justamente atendió un caso de abuso: la adquisición de una mayor consciencia e insight respecto a sí mismo (quién soy), el logro de una identidad más integrada y un mayor empoderamiento respecto a la propia historia y acontecimientos vitales significativos. Lo relevante es que las dos últimas categorías fueron mencionadas sólo por esta terapeuta psicodinámica, de los 11 casos entrevistados, mostrando coherencia con el enfoque al cual adscribe (considerando que otros terapeutas también atendieron temáticas de trauma pero no aludieron a estas categorías). Ninguno de estos elementos identitarios aparecen en las investigaciones de Odhammar et al. (2011) y Carlberg (2009), dando cuenta de una diferencia relevante con nuestros hallazgos.

Respecto a la dimensión relacional, tanto desde lo teórico como desde lo empírico se alude a poder relacionarse satisfactoriamente con pares, habiendo así coincidencia entre los planteamientos de la teoría y el relato de las terapeutas psicodinámicas.

En relación a **las teorías cognitivas**, considerando que dos de los terapeutas entrevistados en el Estudio 2 adscriben al enfoque **constructivista-evolutivo**, y no al enfoque cognitivo-conductual clásico, la comparación se hará principalmente con el primero. Dentro de las investigaciones empíricas revisadas, se encontraron dos realizadas desde este enfoque (Capella et al., 2015; Rodríguez, 2014), pero desde la perspectiva de los niños/as, por lo cual dichos hallazgos serán analizados cuando sinteticemos nuestros resultados del Estudio 2 en relación a los cambios percibidos por los niños/as en relación a sí mismos.

Desde lo teórico, en el enfoque constructivista-evolutivo se da un importante énfasis a la reestructuración cognitiva y a la organización de la personalidad y la identidad. Llama la atención que los terapeutas constructivista-evolutivos entrevistados, justamente a las que menos alusión hacen es a las dimensiones cognitiva e identitaria, al dar cuenta de los cambios observados en el niño/a. Así, aparece una baja coincidencia entre el enfoque que declaran y los postulados teóricos de éste (estos terapeutas, en general, son los que menos coincidencia evidencian con el enfoque al cual adscriben).

En la dimensión identitaria, sólo una terapeuta alude a dos cambios en este ámbito; uno es tener mayor consciencia o insight respecto a sí mismo (quién soy), y que concuerda con los planteamientos de Sepúlveda (2013) respecto a que uno de los objetivos terapéuticos es justamente lograr en el niño/a un mayor reconocimiento de sí mismo. El otro cambio destacado por la terapeuta dice relación con la mejora en el autoconcepto, pero este aspecto no aparece tan claramente relevado desde lo teórico.

En cambio, otro aspecto relevante desde lo teórico, que es el logro de una identidad más integrada y autobiográfica, que apareció en una terapeuta de otro enfoque (psicodinámico), no aparece en el relato de ninguno de los terapeutas constructivista-evolutivos entrevistados.

Respecto al ámbito cognitivo, lo que se destaca desde la teoría, como señaláramos anteriormente, es la reestructuración cognitiva y la construcción de nuevos significados.



Y desde los terapeutas entrevistados, lo único que aparece relacionado con este concepto es el desarrollo de la capacidad reflexiva y de la capacidad para discernir, que alguna semejanza podrían tener.

Otro concepto en el que también hay cierta coincidencia dice relación con que el niño/a logre adquirir mayor consciencia o claridad respecto a las propias responsabilidades. Esto aparece tanto desde lo teórico como en el discurso de los dos terapeutas de este enfoque.

En el enfoque constructivista-evolutivo, si bien se enfatiza principalmente lo cognitivo e identitario, Sepúlveda (2013) plantea que en la terapia y en las intervenciones también se incorporan elementos emocionales y las experiencias del niño/a con el medio (ámbito relacional). Aquí habría mayor coincidencia con los terapeutas entrevistados, ya que ambos aluden, en varias ocasiones, a cambios en el área afectiva y relacional como aspectos importantes.

El ámbito del comportamiento no aparece tan claramente en este enfoque desde la teoría, pero sí aparece en el discurso de los entrevistados, principalmente en relación a la adaptación al contexto y normas escolares y la mejora en el trabajo y rendimiento académico. De hecho, de todos los terapeutas participantes del Estudio 2, los del enfoque constructivista-evolutivo son quienes más aluden a este ámbito. Esto los hace tener mayor coincidencia, en esta área, con algunos de los postulados del enfoque cognitivo-conductual clásico, donde los cambios en la dimensión del comportamiento son muy relevantes (como ya vimos en el Estudio 1).

En relación al **enfoque sistémico**, y también como ya revisamos en el Estudio 1, se promueve salir de lo intrapsíquico para focalizarse en el ámbito relacional, siendo éste el eje fundamental del cambio. Se plantea que el cambio en la dinámica familiar se vería reflejado en la disminución de los síntomas en el niño/a y en su forma de interactuar, tanto con su entorno inmediato –familia- como con el medio circundante, logrando ajustarse a una nueva realidad y desarrollando nuevas formas de vincularse con otros.

Más adelante analizaremos los cambios en los padres y a nivel familiar (que para este enfoque son fundamentales). Ahora analizaremos la coincidencia entre los postulados de este enfoque respecto al niño/a y los cambios predominantemente reportados por las

terapeutas sistémicas del Estudio 2 en relación a ellos. Dentro de las investigaciones empíricas revisadas, se encontró una realizada desde el enfoque sistémico (Stith et al., 1996), pero desde la perspectiva de los niños/as y sus familias, por lo cual dichos hallazgos serán analizados cuando sinteticemos nuestros resultados del Estudio 2 en relación a los cambios percibidos por los niños/as y sus padres.

En la dimensión relacional, se observan bastantes coincidencias entre lo teórico (Estudio 1) y lo empírico (Estudio 2), ya que las terapeutas que adscriben al enfoque sistémico dan cuenta de varios cambios en esta dimensión, que, recordemos, es lo que más se releva desde la teoría. Así, las terapeutas entrevistadas aluden a la mejora en la relación con los pares y habilidades sociales, al empoderamiento en la relación con otros y mayor capacidad para poner límites en la relación, así como también a la ampliación en la red de amistades de los niños/as. Adicionalmente, resulta relevante que una de estas terapeutas alude a dos cambios en la relación entre el niño/a y sus padres, que son poco mencionados por los otros terapeutas entrevistados; uno es el mayor acercamiento y la mejora en las relaciones y en la comunicación, y la otra es la mayor confianza que el niño/a desarrolla hacia los padres.

Respecto a la disminución de los síntomas que se plantea desde el enfoque sistémico, que si bien pueden ser de distinta índole (ámbito) -ya que, desde este enfoque, son reflejo de la dinámica familiar más que por problemas del niño/a en sí-, las terapeutas hacen alusión a varios cambios que pueden ser considerados como sintomáticos (desde los motivos de consulta y diagnóstico de los niños/as), como la disminución de los miedos y síntomas ansiosos y la mejora en el estado anímico (ámbito afectivo) y el mayor control o modulación de los impulsos (ámbito del comportamiento). Más adelante recordaremos de qué manera estos cambios en el niño/a (u otros) son reflejo o se ven facilitados por cambios en los padres y/o a nivel familiar, lo cual también coincidiría con los planteamientos teóricos del enfoque sistémico.

Cabe señalar que las terapeutas del enfoque sistémico también dan cuenta de otros cambios, en otras dimensiones, en el niño/a; principalmente en el área afectiva e identitaria (además del relacional), y que no necesariamente pueden ser consideradas como “sintomáticas”, y que por ende, no serían abordadas desde la teoría. Esto, junto

con la coincidencia relativa encontrada en el enfoque constructivista-evolutivo entre lo teórico y lo empírico, nos lleva a preguntarnos hasta qué punto las diferencias encontradas entre los terapeutas, que tampoco son sustanciales, obedecerían al enfoque al cual adscriben o a otro motivos; por ejemplo, los años de experiencia. Cabe recordar que los terapeutas constructivista-evolutivos son los más nóveles, y fueron quienes reportaron menor cantidad de cambios en casi todas las dimensiones, salvo en el ámbito del comportamiento. Como veremos más adelante, en el caso de los cambios en los padres, las diferencias por enfoque son mínimas, lo cual de alguna manera refuerza nuestra hipótesis de que el enfoque no sería al parecer tan determinante en relación a los cambios reportados por los terapeutas, así como tampoco por los otros participantes (niños/as y padres).

De hecho, si analizamos los postulados del enfoque humanista-gestáltico, al cual ninguno de los terapeutas dijo adscribir, vemos que varios de los cambios ahí señalados también fueron reportados por varios terapeutas, principalmente en el ámbito afectivo (que el niño/a logre hacer insight respecto de sus emociones y sentimientos y lograr expresarlos), identitario (fortalecer el sentido de sí mismo, agudizar la toma de consciencia, favorecer la expresión y el reconocimiento de su “yo interno”) y comportamentales y relacionales (lograr ajustarse a las exigencias del medio, tener un cambio “positivo” en la conducta, lograr un mayor y mejor contacto con el entorno).

Otra pregunta que surge a partir de lo anterior es hasta qué punto, actualmente, los terapeutas infantiles adscriben tan ortodoxamente a un solo enfoque terapéutico, o más bien declaran un enfoque como preponderante (como se les solicitó para efectos de la presente investigación), pero de todas formas utilizan técnicas o procedimientos de diferentes enfoques durante la psicoterapia, en función de la problemática del niño/a y de buscar lo que más se ajuste a sus necesidades y requerimientos. Más adelante, después de que revisemos los resultados en relación al contenido de los cambios en los padres, profundizaremos en este aspecto.

En este sentido, como limitación de la presente tesis y también como posible línea de investigación futura, sería importante, primero, incluir terapias del enfoque humanista-gestáltico (que en la presente tesis fue imposible conseguir), y segundo, analizar la posible incidencia de los años de experiencia y edad de los terapeutas en los resultados

obtenidos. Una posibilidad es tener muestras más homogéneas, para controlar este aspecto, o tener muestras aún más heterogéneas pero incluir la variable edad y años de experiencia en el análisis de los resultados, que en la presente tesis no fue considerado como un objetivo (ya que la idea era más bien ver las convergencias para poder generar un modelo genérico de cambio).

A continuación analizaremos la convergencia y divergencia entre los enfoques en relación a los cambios en los padres, desde el estudio teórico (Estudio1) y el empírico (Estudio 2), y lo hallado en otras investigaciones empíricas desde la perspectiva de los terapeutas.

**Contenidos del cambio en los padres desde la perspectiva de los terapeutas y los enfoques teóricos.** En relación a los padres, y como ya vimos en el Estudio 1, desde el **enfoque psicoanalítico clásico**, en general se plantea que su participación es prescindible o incluso contraproducente. Por ende, no se trabaja directamente con ellos ni se esperan mayores cambios en ese nivel. Esto contrasta fuertemente con los hallazgos del Estudio 2, ya que todos los terapeutas entrevistados, incluyendo las del enfoque psicodinámico, reportaron haber incluido a los padres en el proceso terapéutico y haber observado diversidad de cambios en ellos, en distintas dimensiones.

En los postulados más recientes del psicoanálisis, específicamente lo referido a la **mentalización**, en cambio, sí hay coincidencia con los resultados del Estudio 2, ya que desde dicho enfoque la participación de los padres se considera como parte integral del tratamiento. Dentro de los cambios esperados están el desarrollo de la capacidad reflexiva y de mentalización, la conexión con sus propios afectos, mayor consciencia respecto a los propios actos y comportamientos, y una mejora en las interacciones entre padres e hijo/as. En este sentido, se promoverían cambios principalmente en las dimensiones cognitiva, afectiva, comportamental y relacional.

Si lo comparamos con los resultados del Estudio 2, vemos que todos estos aspectos son mencionados por los terapeutas, en mayor o menor medida, de los diferentes enfoques. Cabe recordar que, en relación a los cambios en los padres, las diferencias encontradas por enfoque fueron muy pocas, menores a las encontradas en el caso de los

niños/as. Por eso el análisis comparativo lo haremos predominantemente de manera integrada.

En relación a los cambios postulados desde el **enfoque de la mentalización**, las similitudes las encontramos en las siguientes categorías: en el ámbito cognitivo, aparece el incremento de la capacidad reflexiva, la ampliación de la perspectiva y lograr un mayor entendimiento y comprensión de la problemática del hijo/a, así como también de la propia injerencia en el origen y solución del problema del niño/a y el reconocimiento de la existencia de un problema en sí mismo. Todas estas categorías fueron mencionadas por las terapeutas del enfoque psicodinámico del Estudio 2. En el ámbito afectivo, también aparece el mayor contacto con las propias emociones, pero en el discurso de sólo 2 terapeutas, una del enfoque psicodinámico. También aparece el desarrollar una mayor sensibilidad y/o empatía respecto a las vivencias, afectos y necesidades del hijo/a, lo cual también se relacionaría con la capacidad mentalizadora planteada por este enfoque, y que fue mencionado por una de las terapeutas psicodinámicas. En el ámbito relacional, la coincidencia aparece en la categoría aumento y/o mejora de las interacciones y dinámicas familiares, la cual fue mencionada sólo por terapeutas de los otros enfoques (ninguna psicodinámica).

En relación al enfoque **constructivista-evolutivo**, no encontramos, explícitamente, postulados relacionados con la participación de los padres en la terapia ni los cambios que se esperarían en ellos. Sin embargo, en los postulados de Kendall (1991), como desarrollo más reciente del enfoque cognitivo-conductual, sí se plantea la incorporación de los padres, pero sólo en la medida en que su funcionamiento cognitivo y/o comportamental influya en la problemática del niño/a. La coincidencia de estos postulados con nuestros hallazgos del Estudio 2 la analizaremos más adelante, cuando nos refiramos a la relación encontrada entre los cambios que se producen en los niños/as y en los padres (referida a que los cambios se dan de manera conjunta e interrelacionada).

No obstante lo anterior, considerando los postulados generales del enfoque constructivista-evolutivo, cabría esperar que los principales cambios se dieran en las dimensiones cognitiva e identitaria, primeramente, y secundariamente en la afectiva y relacional (como vimos a propósito del análisis de los cambios en los niños/as). En este

sentido, cabe señalar que los terapeutas constructivista-evolutivos de nuestro Estudio 2 aluden a cambios en los padres en estas 4 dimensiones, además de la comportamental; aunque en la dimensión cognitiva, donde se esperaría que ellos aludieran a una mayor cantidad de cambios en comparación a los otros terapeutas, eso no ocurre (ya que en esta dimensión sí hubo algunas diferencias entre los terapeutas según enfoque). También llama la atención lo que ocurre con la dimensión afectiva, donde también hubo ciertas diferencias por enfoque; en este caso, sólo un terapeuta constructivista-evolutivo aludió a un cambio afectivo.

Respecto al **enfoque sistémico**, como vimos en el Estudio 1, el trabajo psicoterapéutico con los padres es parte esencial del tratamiento, donde el eje fundamental del cambio está en el ámbito relacional. Los principales objetivos terapéuticos son modificar la estructura, el funcionamiento, la comunicación y las interacciones familiares disfuncionales, así como también, más recientemente, modificar significados y creencias disfuncionales (que podría considerarse más propio de una dimensión cognitiva a nivel familiar, siguiendo nuestra clasificación por dimensiones).

Si analizamos ahora los resultados de nuestro Estudio 2, encontramos que los cambios en la dimensión relacional de los padres no fueron tan predominantes, y en ella, además, como ya lo adelantamos, no se observan mayores diferencias por enfoque de los terapeutas. De todos modos, la gran mayoría de los cambios reportados en esta dimensión por los terapeutas coinciden con los postulados teóricos del enfoque. Así, se alude al aumento y mejora de las interacciones y dinámicas familiares y de la comunicación entre padres e hijos/as, al fortalecimiento del vínculo madre-hijo/a, y un mayor ordenamiento y/o mejor delimitación de los roles y funciones que debe tener cada miembro de la familia en la relación con el niño/a y su crianza. Todos estos cambios fueron reportados, en mayor o menor medida, por las terapeutas sistémicas (además de los terapeutas de los otros enfoques).

Respecto a la teoría humanista-gestáltica, no se encontraron postulados en relación al trabajo directo con padres ni respecto a la posible ocurrencia de cambios en ellos, evidenciando una marcada diferencia con los otros enfoques.

Como ya lo adelantamos, todos los terapeutas entrevistados, de los diferentes enfoques, dieron cuenta de cambios en los padres en las 5 dimensiones que hemos

considerado, y sin mayores diferencias por dimensión, salvo la cognitiva y la afectiva, donde hay ciertas diferencias, pero no vinculadas al enfoque al cual adscriben los terapeutas. Así, por ejemplo, en la dimensión cognitiva, los que más reportan cambios son las terapeutas sistémicas y psicodinámicas; y no los constructivista-evolutivos, como era de esperarse. Lo mismo ocurre con la dimensión afectiva.

Lo anterior nos lleva a concluir nuevamente, tal como lo adelantamos a propósito de los cambios en los niños/as, que las pocas diferencias encontradas entre los terapeutas no obedecen al enfoque teórico. Y que, como las diferencias son escasas, actualmente los terapeutas no se apegan tan estrictamente al enfoque que declaran y/o en el cual se formaron.

Lo anterior encuentra sustento en los planteamientos de Von Sydow et al. (2013) y Retzlaff et al. (2013), quienes señalan que los límites entre los enfoques efectivamente se han ido desdibujando, y la mayoría de los terapeutas, en la práctica, son bastante más integrativos que en décadas anteriores; así, elementos de uno y otro enfoque pueden combinarse en un mismo tratamiento, enriqueciendo la práctica clínica. Y esto es, justamente, lo que creemos haber encontrado en la presente tesis, dando sustento al objetivo general que nos planteamos: generar un modelo genérico de cambio para la psicoterapia infantil.

También encontramos sustento para nuestro planteamiento -de que las diferencias entre terapeutas son muy pocas y no necesariamente se deben al enfoque al cual adscriben- en los resultados de la investigación realizada por Pereira (2014), cuyo objetivo fue indagar en los criterios que terapeutas infantiles de distintas orientaciones teóricas consideraban como relevantes para medir el progreso (cambio) de los niños/as durante la psicoterapia, y si esos criterios diferían según su orientación. A partir de sus hallazgos, la autora concluye que, a pesar de las diferencias teóricas, los psicoterapeutas, en la práctica, parecieran utilizar criterios semejantes para analizar los avances de los niños/as en terapia. A modo de ejemplo, algunos de estos criterios coinciden con algunos de los cambios encontrados en nuestro Estudio 2, como el mejoramiento de las relaciones interpersonales -familia, compañeros, profesores-, demostrar interés en actividades nuevas (que en nuestra investigación fue codificado como realizar nuevas actividades, dentro de los cambios comportamentales) y reconocer los propios errores

(que en nuestra investigación no apareció bajo ese nombre pero sí está presente en algunas categorías, principalmente cognitivas y relacionales).

**Contenidos del cambio en los niño/as y sus padres desde sus propias perspectivas: análisis a la luz de los hallazgos de otras investigaciones.** Como vimos en los resultados del Estudio 2, los principales cambios que reportan los niños/as en relación a sí mismos dicen relación con lo afectivo, tanto desde el relato de las entrevistas como a través de las metáforas y representaciones visuales (dibujos). También dan cuenta de cambios en el ámbito del comportamiento, en las relaciones interpersonales y, en menor medida, en el ámbito de la identidad, tanto en el relato de las entrevistas como en algunos dibujos. La dimensión menos mencionada fue la cognitiva; de hecho, en ninguno de los dibujos este cambio aparece representando.

Si comparamos estos resultados con estudios cualitativos que han indagado en la percepción de cambio desde la perspectiva de los niño/as, encontramos varias similitudes. Cabe señalar que dos de estos estudios fueron hechos a partir de terapias de enfoque constructivista-evolutivo, uno con terapias psicodinámicas y el otro con terapias sistémicas; es decir, los tres enfoques considerados en nuestro Estudio 2. Sin embargo, considerando que en nuestro estudio no se encontraron mayores diferencias por enfoque, sobre todo desde la perspectiva de los niños/as y sus padres, la comparación la haremos de manera integrada.

Cabe sí hacer la salvedad de que, en los dos estudios con terapias constructivista-evolutivas, los niños/as habían sido víctimas de abuso sexual, por lo que la comparación de nuestros resultados con este estudio debiera ser tomada con mayor cautela. Pese a lo anterior, considerando la muy escasa investigación existente en esta temática (estudios cualitativos desde la perspectiva de los niños/as), decidimos incorporarlos de todos modos, tomando en cuenta además que en nuestro estudio hay 3 casos de niños/as que fueron víctimas de situaciones abusivas y/o maltratantes. En esos casos, por ende, la comparación es aún más pertinente.

En el estudio desarrollado por Carlberg et al. (2009) con 10 niños/as que recibieron terapia psicodinámica, los entrevistados destacan como los principales efectos terapéuticos una mejoría en sus relaciones interpersonales (con familiares, pares y



profesores); una mejoría en su bienestar emocional, estado de ánimo y en su autoconcepto. Como vimos en nuestros resultados, todos estos cambios también fueron señalados por los niño/as en el Estudio 2. En el estudio de Carlberg et al. (2009) también se alude a que los niños/as se muestran más esperanzados respecto al futuro, expresan sentimientos de mayor felicidad y manifiestan estrategias de autocontrol. En nuestro estudio, estos cambios aparecerían bajo la forma de sentir que los cambios logrados en la terapia se mantendrán a futuro (categoría que aparece en el momento de después de la terapia, en nuestro análisis de proceso), sentirse más feliz y el mayor control y modulación de los impulsos, desde lo comportamental (aunque este cambio aparece mencionado sólo por una niña).

Respecto al estudio de Stith et al. (1996) desarrollado con 16 niños/as que recibieron terapia sistémica, se encontró que, en relación a la pregunta sobre qué había cambiado en el transcurso de la terapia, los niños/as aludieron principalmente a que ésta los había ayudado a resolver problemas vinculados al colegio y a la forma de relacionarse con otros. En nuestro Estudio 2, ambos aspectos aparecen desde el discurso de los niño/as; por una parte, todo lo relativo a lo comportamental en el colegio (adaptarse a las normas y contexto escolar, la disminución de conductas disruptivas en el colegio, y la mejora en el trabajo y rendimiento académico, principalmente); así como también todo lo relativo a la relación con pares (mayor seguridad y empoderamiento en la relación, mejora en la relación, tener más amigos).

Finalmente, en los estudios realizados en Chile por Capella et al. (2015) y Rodríguez (2014), que indagaron acerca del cambio psicoterapéutico desde la perspectiva de niños/as que habían sido víctimas de abuso sexual –utilizando tanto entrevistas narrativas como dibujos-, lo más visible fueron aquellos cambios relacionados con los estados afectivos, como sentirse mejor emocionalmente y poder estar feliz. Como ya lo señaláramos, estos mismos cambios afectivos fueron también los más preponderantes en los niños/as de nuestro Estudio 2 (en todos, no sólo en los que vivieron algún tipo de experiencia abusiva). Y también resulta relevante que, tanto en las investigaciones mencionadas como en nuestro estudio, estos cambios aparecieron tanto desde la verbalización de los niños/as como a través de sus dibujos y los relatos que emanaron de ellos.

Otros cambios reportados por Capella et al. (2015) y Rodríguez (2014), y que son bastante similares a los encontrados en nuestra investigación, fueron: cambios en la percepción de sí mismos, como el crecimiento personal, el empoderamiento y el fortalecimiento de la autoimagen; cambios en la visión de mundo, desde un entorno amenazante a uno más acogedor y protector; y cambios sintomáticos, principalmente en la línea ansiosa y depresiva. También aparecen algunos cambios vinculados a la visión de mayor independencia, madurez y autonomía; la adquisición de herramientas y habilidades interpersonales y sociales para relacionarse con otros de manera más empoderada; y el retorno a actividades cotidianas y propias de la infancia, como jugar.

En nuestro estudio, aparecen varios de estos cambios. Por un lado, desde lo identitario, algunos niños/as también dieron cuenta de una mejora en su autoconcepto, mayor seguridad y confianza en sí mismo y una mejora en la percepción de autoeficacia. En este caso, los niños/as que dieron cuenta de estos cambios sí fueron aquellos que vivieron experiencias abusivas o de maltrato (T106, T123 y T126), lo que coincide con los hallazgos de Capella et al (2015) y Rodríguez (2014).

Respecto a los cambios en la visión de mundo, esto también aparece en nuestro estudio, pero predominantemente a través de los dibujos (metáforas y representaciones visuales), en el cambio en los entornos y percepción del ambiente de los dibujos de los niños/as de la T68, T91, T123 y T106, donde se pasa de ambientes amenazantes, inseguros, fríos o inhóspitos, a otros más acogedores, seguros y/o cálidos. Cabe señalar aquí que sólo las niñas de la T123 y T106 vivieron situaciones de abuso.

Respecto a los cambios sintomáticos, en nuestro estudio aparece principalmente desde lo afectivo, en la disminución de síntomas ansiosos (pesadillas), mejora en el estado anímico y disminución de los miedos. Estos cambios fueron señalados tanto por niños/as que no fueron víctimas de situaciones abusivas como aquellos que sí lo fueron.

La mayor autonomía y madurez también fueron cambios mencionados por algunos niños/as de nuestro estudio, desde lo comportamental y lo afectivo, respectivamente. Los cambios en la dimensión interpersonal, como ya hemos dicho, también aparecieron en nuestro estudio.

Finalmente, lo relativo a volver a realizar actividades cotidianas y más propias de la infancia también apareció en nuestro estudio desde lo identitario, bajo la forma de

volver a ser, sentirse y comportarse acorde a la etapa evolutiva, pero no en el discurso de los niños/as, sino más bien desde los terapeutas.

Respecto a los cambios percibidos en los niños/as desde la perspectiva de los padres, y los cambios percibidos por los padres en relación a ellos mismos, sólo se encontró un estudio de carácter cualitativo, con entrevistas en profundidad a padres (Dussert et al., 2017), pero nuevamente relativo a niños/as que habían sido víctimas de abuso sexual. Por ende, si bien sus resultados pueden ser comparados con nuestros 3 casos que presentaron la misma problemática (T106, T123 y T126), la comparación con los otros casos debe ser hecha con mayor cautela. En este sentido, creemos que nuestra investigación es un gran aporte, considerando los pocos estudios disponibles desde la perspectiva de los padres, y que el nuestro considera diferentes problemáticas y motivos de consulta (no sólo casos de abuso).

Los principales cambios a los que aluden los padres en este estudio de Dussert et al. (2017) en relación a sus hijos/as, ya han aparecido en otras de las investigaciones revisadas (principalmente desde la perspectiva de los niños/as). Estos cambios aluden, por ejemplo, a la remisión de sintomatología ansiosa, que en nuestro estudio apareció principalmente bajo la forma de disminución de los miedos y, en un caso de maltrato (T126), también como disminución de las pesadillas y problemas para dormir.

Otros cambios dan cuenta de modificaciones en los patrones de conducta de sus hijos/as a nivel interpersonal y afectivo, como mayor vinculación con las propias emociones, mayor confianza y cercanía en la relación con otros. También aparecen cambios vinculados a la adquisición de mayor autonomía e independencia, y mayor confianza y seguridad en sí mismos. Todos estos cambios, a nivel afectivo, relacional, comportamental e identitario, también fueron mencionados por varios padres de nuestro estudio, no sólo en aquellos casos vinculados a situaciones de abuso o maltrato.

En el estudio de Dussert et al. (2017), destaca el hecho de que estos cambios en los hijos/as se visualizan como estables en el tiempo, lo que también coincide con nuestros hallazgos en el análisis de proceso que realizamos; de que los cambios permanecen en el tiempo y se visualiza su impacto a futuro.

Respecto a los cambios percibidos por los padres en relación a ellos mismos, nuevamente encontramos algunas coincidencias entre nuestro estudio y el de Dussert et

al. (2017). Así, se alude a poder experimentar menor afectación emocional en relación a la experiencia vivida por el hijo/a, que en nuestro estudio apareció en el discurso de varios padres bajo la forma de sentirse más tranquilos en relación a la problemática del hijo/a. También se señala la remisión sintomatológica, que en nuestro estudio aparece como una mejora en el estado anímico general; y cambios en la identidad como padres, vinculados a haber experimentado un crecimiento en su rol parental y fortalecimiento personal, que en nuestro estudio también está muy presente en el discurso de los padres, principalmente bajo la categoría de la mayor seguridad y empoderamiento en el ejercicio del rol. Finalmente, se señala poder comprender mejor a sus hijos/as, que en nuestro estudio podría relacionarse con aquel cambio cognitivo que presentó la mayor frecuencia (desde todas las perspectivas), bajo el nombre de ampliación de la perspectiva y mayor entendimiento respecto a la problemática del hijo/a.

No se encontraron estudios cualitativos que indagaran en la percepción de cambio en los padres desde la perspectiva de los niños/as, por lo cual nuevamente consideramos que nuestro estudio, en este ámbito, es un gran aporte.

Cabe señalar que, en general, no se encontraron mayores diferencias entre las dimensiones del cambio predominantemente reportadas y percibidas en los niños/as desde su propia perspectiva y la de sus padres. Recordemos que, tanto los padres como los niños/as, la dimensión que más mencionaron fue la afectiva, seguida por el comportamiento, las relaciones interpersonales, y finalmente la cognitiva e identitaria. Esto contrasta con los planteamientos de algunos autores, como Stith et al. (1996) y Davies y Wright (2008), de que las perspectivas de padres y niños/as suelen diferir.

En el caso de los terapeutas, se observan ciertas diferencias con los niños/as y padres, ya que si bien la dimensión más mencionada por ellos también fue la afectiva, le siguió la dimensión relacional, identitaria, cognitiva y finalmente la del comportamiento. Esto coincide con lo señalado por Carroll (2002), de que en ocasiones la perspectiva de los terapeutas difiere de la de los padres y niños/as.

**Cambios en el contexto terapéutico y su evolución a lo largo de la terapia: análisis a la luz de los enfoques teóricos y algunas investigaciones empíricas.** Según nuestros hallazgos, los cambios, además de presentarse en niños/as y padres, ocurren

también a nivel del contexto terapéutico, principalmente en la actitud hacia la terapia, la relación terapéutica y los objetivos, actividades y formas de trabajo.

En algunos de los enfoques teóricos (Estudio 1) e investigaciones empíricas revisadas, encontramos algunos de estos aspectos, que coinciden con nuestros resultados del Estudio 2. Por ejemplo, respecto de la actitud de los niños/as hacia la psicoterapia, nuestros hallazgos dan cuenta de un cambio de actitud de “negativa” a “positiva” al inicio de la terapia. En la investigación de Odhammar et al. (2011), los terapeutas reportaron que, en un inicio, los niños/as se mostraron resistentes a la terapia y a participar de las actividades, mientras que después, avanzado el proceso, mostraron entusiasmo por asistir a terapia y una actitud más colaboradora, activa y participativa. Esto es muy similar a nuestros hallazgos del Estudio 2, y también a lo que plantea Hug-Helmuth (precursora del psicoanálisis infantil), en relación a que el primero objetivo del análisis es lograr una cooperación positiva por parte del niño/a. La diferencia entre nuestro estudio y el de Odhammar et al. (2011) es que, en nuestro caso, estos cambios actitudinales fueron más bien iniciales que intermedios.

En la fase intermedia de la terapia, en nuestra investigación aparece la construcción y comprensión del motivo de consulta por parte del niño/a, lo cual se asemejaría a lo que plantean Melanie Klein y Anna Freud, respecto a que, después de unas pocas sesiones, el niño/a, que antes no tenía ningún incentivo para “analizarse”, ahora logra comprender el uso y valor de este procedimiento y tiene mayor consciencia respecto a sus problemáticas. En ese sentido, el niño/a debe hacerse “analizable”: establecer en él la conciencia de enfermedad, de sus conflictos y sufrimientos y convertir en interior la decisión exterior de analizarse.

Volviendo a los cambios en la actitud del niño/a, según nuestros hallazgos del Estudio 2, a medida que la terapia avanza, el niño/a se va sintiendo más libre, cómodo seguro; puede evidenciar y expresar con mayor libertad sus problemáticas, así como también sus experiencias y emociones; y va desplegando así también todas sus capacidades y potencialidades. Esto se asemeja a lo que se plantea desde la teoría humanista-gestáltica, en relación a que el niño/a, en la terapia, puede actuar y expresar todos aquellos sentimientos y conductas que ha tenido guardados (rabia, frustración, tensión, agresión, etc.), logrando así el desbloqueo emocional. Algo muy similar aparece

en las investigaciones de Odhammar et al. (2011) y Pereira (2014): los terapeutas señalan que, a medida que avanza la terapia, los niños/as van expresando más libremente su rabia, conflictos, sentimientos negativos y otros problemas que presentan. Posteriormente, según estos mismos estudios, los niños/as van disminuyendo estas conductas agresivas y/o disruptivas. Lo mismo se encontró en nuestra investigación, en la fase intermedia de la terapia.

Respecto a la relación terapéutica, vimos que los terapeutas de nuestro estudio señalan que en la fase inicial uno de los objetivos es lograr construir con el niño/a dicho vínculo, así como también un espacio terapéutico seguro y acogedor. Esto también lo plantea Anna Freud, cuando dice que en la primera fase del tratamiento el terapeuta debe infundirle confianza al niño/a, tanto en él como en el análisis mismo. Algo similar aparece en el estudio de Odhammar et al. (2011).

De los postulados de Anna Freud también se desprende la concepción de que la construcción de la relación terapéutica y el establecimiento de una relación de confianza son procesos que se dan de manera gradual. Esto coincide con nuestros hallazgos, así como también con los de Odhammar et al. (2011), Carlberg (2009) y Pereira (2014), donde se habla de una mayor confianza y del fortalecimiento de la relación a medida que avanza la terapia.

Tanto en nuestro estudio empírico como en los ya señalados, también aparece la emergencia de sentimientos de cariño entre paciente y terapeuta, mayor calidez, cercanía y comprensión en la relación, y afinidad mutua a medida que avanza la terapia (fase intermedia).

Hay otros hallazgos nuestros que coinciden con la investigación de Rodríguez (2014) respecto a cambios en el espacio terapéutico. En ambas investigaciones aparece la disminución de sentimientos de vergüenza y timidez en el niño/a al inicio de la terapia, así como también que el niño/a se va sintiendo más cómodo en el espacio terapéutico a medida que el proceso avanza.

Finalmente, nuestra investigación y la de Odhammar et al. (2011) también coinciden en otro hallazgo, relacionado con cambios en los terapeutas en la relación: que a medida que avanza la terapia, estos se van flexibilizando en su rol, se van sintiendo más relajados y logran así generar una relación más cercana y lúdica con el niño/a.

**Forma de presentación y evolución de los cambios en niño/as y padres en el transcurso de la terapia: análisis a la luz de los enfoques teóricos y algunas investigaciones empíricas.** Tal como describimos en nuestros resultados, uno de nuestros importantes hallazgos fue que los cambios se daban de manera interrelacionada.

Lo primero que describimos fue que, en el caso de los niños/as, cambios en un área generaban cambios en otras áreas, y que cambios dentro de un área generaban otros cambios dentro de esa misma área. Algo de esto aparece reflejado en los planteamientos de Arminda Aberastury, quien señala que, una vez que se han generado una serie de cambios en el niño/a, todos intrapsíquicos, principalmente identitarios y afectivos, aparecen otros cambios, principalmente relacionales y en el comportamiento. También esto se desprende de los planteamientos de algunos autores psicoanalíticos más recientes en relación a la mentalización, quienes establecen claras relaciones e influencias recíprocas entre las distintas dimensiones del cambio, principalmente entre lo cognitivo, lo afectivo, lo relacional y lo identitario. Lo mismo desde el enfoque cognitivo-conductual clásico: la relación es entre lo cognitivo, lo afectivo y lo conductual. En el caso de la teoría humanista-gestáltica, la relación se establece entre los cambios identitarios y afectivos, y, secundariamente, con cambios comportamentales e interpersonales. Finalmente, en los postulados más recientes de Shirk y Russell (1996), la relación se establece entre los procesos interpersonales, afectivos y cognitivos; los que, a su vez, determinan el comportamiento y los síntomas.

Lo relevante es que, más allá de la direccionalidad de las relaciones, casi todos los enfoques y modelos coinciden en señalar que los cambios se van dando de manera interrelacionada, entre las distintas dimensiones, de manera similar a nuestros hallazgos; aunque ninguno de ellos logra, por sí sólo, abarcar todas las dimensiones del cambio encontradas en nuestro Estudio 2.

Otro hallazgo relevante fue que los cambios en los niños/as y en los padres se iban dando de manera conjunta e interrelacionada; así, cambios en los padres generaban o reforzaban cambios en el niño/a, y viceversa. Esto se condice con los planteamientos de Melanie Klein y Arminda Aberastury, quienes reconocen que los cambios en el niño/a pueden generar cambios en los padres y en su ambiente en general, y sobre todo con los

planteamientos del enfoque sistémico, según los cuales cuando se generan cambios en un miembro de la familia, se generan a su vez cambios en los otros miembros. Almonte (2012) y Cortés y Benavente (2007) plantean algo similar: que la ocurrencia de cambios en los padres podrían generar modificaciones en las problemáticas del niño/a, y que los cambios asumidos por el niño/a promoverían cambios en su medio, principalmente en los padres y a nivel familiar.

Desde los estudios empírico revisados, este fenómeno lo encontramos solamente en el estudio de Dussert et al. (2017). Allí, desde el discurso de los mismos padres, se concluye que el proceso de cambio entre ellos y sus hijos/as (en este caso, la superación de la experiencia traumática), se va dando de manera conjunta, se va nutriendo mutuamente y se desarrolla de manera interrelacionada. Los padres también señalan que, en la medida que van observando logros en sus hijos/as, sienten que ellos también pueden avanzar en su propio proceso de recuperación.

Aquí nuevamente encontramos un importante aporte en nuestra investigación, ya que en ella pudimos dar cuenta de manera extensa y más detallada de este fenómeno, de que los cambios se van dando de manera interrelacionada, y pudimos describir cómo se da aquello en distintos niveles; primero, en los mismos niños/as, luego en los padres, luego entre ambos, y finalmente en relación a los cambios en el contexto terapéutico.

Para terminar esta parte de las conclusiones y discusión, analizaremos ahora cómo se van presentando los cambios en el niño/a y sus padres a lo largo del proceso terapéutico, comparando nuestro modelo de evolución del proceso de cambio en las distintas fases de la terapia con algunos modelos de cambio en adultos y algunas de las investigaciones revisadas.

A la luz de nuestros resultados, observamos algunas diferencias entre nuestro modelo y aquellos desarrollados para adultos (Gennaro et al., 2010, 2011; Prochaska et al., 1992; Stiles, 2002). Por una parte, en nuestro estudio no fue posible encontrar una secuencia en los contenidos del cambio en las distintas fases de la terapia, ni en los niños/as ni en los padres. Más bien lo que se encontró fue que los cambios se van dando de manera paulatina y gradual a lo largo de todo el proceso, que comienzan a presentarse en la fase intermedia de la terapia, que van aumentando y consolidándose a



medida que ésta avanza, que se incrementan en los últimos meses y que se hacen más evidentes hacia el final de la terapia.

Algunos de estos hallazgos coinciden con lo encontrado en el estudio de Carlberg (2009) en relación a la evolución del cambio en niños/as. En él se señala que los cambios se presentaron como un proceso continuo y gradual a lo largo de toda la terapia, más que como episodios significativos, hitos o puntos de inflexión (que es lo que aparece en algunos de los modelos de adultos, como momentos significativos o episodios de cambio). En el estudio de Carlberg (2009), al igual que en el nuestro -y a diferencia de lo planteado por Krause (2005) y Krause et al. (2006, 2007)-, no se encontraron diferencias en relación a la frecuencia y tipo de cambio en los distintos momentos de la terapia (inicio, medio y final). En nuestro estudio, sólo encontramos que al inicio no se observan mayores cambios en el niño/a ni en los padres a nivel de contenido, y que luego estos se van presentando, paulatina y gradualmente, como ya se dijo, a lo largo de toda la terapia.

Esta gradualidad en el proceso de cambio también aparece descrito en los hallazgos del estudio de Dussert et al. (2017). Y en este mismo estudio, aparece otra coincidencia con nuestros hallazgos respecto al proceso de cambio en los padres: que el proceso es difícil y a veces doloroso, sobre todo al inicio.

Donde sí encontramos algunas similitudes entre nuestro modelo y el propuesto por Krause (2005) y Krause et al. (2006, 2007), es que en la terapia sería posible distinguir tres momentos o fases (inicial, intermedia y final, aunque en nuestro modelo se agrega un momento que ocurre después de finalizada la terapia), que en la fase inicial es donde se consolida la estructura de la relación terapéutica, que en la fase intermedia se presentan mayormente los cambios y que hacia el final estos se van incrementando y consolidando.

Respecto a lo que ocurre después de finalizada la terapia, nuevamente encontramos algunas coincidencias entre nuestros hallazgos y la investigación de Dussert et al. (2017). En ambas aparece el fenómeno de que los padres ayudan a mantener y sostener los cambios en el hijo/a, que el proceso terapéutico no se cierra del todo, pudiendo conceptualizarlo incluso como un proceso en curso, que los cambios siguen ocurriendo después del término de la terapia y que se visualiza que los cambios logrados se

mantendrán en el tiempo y tendrán un impacto permanente, tanto en la vida de los hijos/as como en la de los padres.

### **Consideraciones Finales: Aportes, Limitaciones y Desafíos Futuros<sup>9</sup>**

En primer lugar, consideramos que, dado que la investigación en psicoterapia con niños/as es un área aún en desarrollo, la presente investigación resulta ser un aporte al conocimiento, sobre todo si consideramos que en ella se incluyó primero un estudio teórico, considerando los postulados de los principales enfoques psicoterapéuticos infantiles, y luego un estudio empírico, que además incluyó la perspectiva de todos los participantes del proceso terapéutico –niños/as, padres y terapeutas-. Creemos que esta multiplicidad de perspectivas, tal como lo plantea Midgley et al. (2018), complejiza pero a la vez enriquece la investigación.

Otro aporte dice relación con que este estudio se realizó en contextos naturales, lo que permitió una mayor heterogeneidad de los participantes, principalmente en relación a sus problemáticas y motivos de consulta. Esto permite que sus hallazgos sean más aplicables a la práctica clínica, considerando la crítica que generalmente se hace a las investigaciones desarrolladas en contextos artificiales (Midgely, 2009; Urwin et al., 2009; von Sydow et al., 2013).

Otro aspecto relevante fue considerar los principales enfoques teóricos en el Estudio 1 e incluir terapias de diversos enfoques en el Estudio 2. Esto, con el propósito de aportar a la generación de un modelo más integrativo y genérico, y por ende, más cercano al quehacer de los terapeutas infantiles, como lo plantean von Sydow et al. (2013) y Retzlaff et al. (2013). Cabe recordar sí que, como limitación de la presente investigación, no fue posible incluir terapias del enfoque humanista-gestáltico, quedando como desafío para estudios futuros incluir este tipo de terapias.

Otro aporte importante es que la presente investigación no se focalizó en la reducción de síntomas como principal criterio para evaluar el cambio. Como vimos, desde los resultados emergieron 5 dimensiones, y dentro de ellas, una diversidad de cambios, incluyendo también cambios en los padres y en otros contextos.

---

<sup>9</sup> Todos los aspectos éticos que involucró la presente investigación ya fueron desarrollados y expuestos en el apartado de la Metodología.

Respecto a este último punto, la inclusión de los cambios en los padres en nuestro modelo también resulta fundamental, toda vez que desde hace un tiempo se plantea que en la terapia infantil los padres deben ser incluidos (Gómez, 2006) e incluso considerados como parte del sistema consultante (Alamo, Capella & Nuñez, 2018). Y la presente investigación contribuye a reforzar esta idea, considerando no sólo los cambios que se encontraron en los padres, sino también cómo ellos influyen en la generación y mantención de los cambios en los niños/as.

La presente investigación buscó avanzar en la construcción de un modelo de cambio propio para la psicoterapia infantil, más que adaptar lo ya existente en adultos para este grupo etario, tal como lo plantean Midgley (2007) y Shirk y Russell (1996).

En el ámbito metodológico, creemos que la inclusión de los dibujos en las entrevistas con los niños/as resultaron ser un aporte muy relevante también. En general, los dibujos dan cuenta de aquello que los niños/as mayormente relevan o enfatizan respecto a los cambios percibidos y vivenciados durante la terapia, y permiten profundizar en aquellos cambios verbalizados durante las entrevistas. En términos evolutivos, los dibujos son una manera adecuada (sensible al desarrollo) de acercarse a la experiencia subjetiva del niño/a; son una puerta de entrada a su mundo interno, considerando su riqueza metafórica.

En la mayoría de los casos analizados en la presente investigación, los cambios representados en los dibujos iban acompañados de relato verbal. Pero hubo algunos en que no, y algunos cambios sólo pudieron ser observados desde la representación visual. Esto nos enfrenta al riesgo de caer en la sobre interpretación, donde pudiera primar la visión del investigador por sobre la intención del niño/a. Dada la escasa investigación en este ámbito, resulta muy necesario, como desafío futuro, incrementar el número de investigaciones donde se incluyan dibujos u otros medios de expresión más propios de los niños/as, tal como lo plantean algunos autores (Capella et al., 2015; Carlberg et al., 2009; Carroll, 2002; Darbyshire et al., 2005; Rodríguez, 2014; Stith et al., 1996).

Una limitación de la presente investigación, y que por ende nos enfrentan a desafíos futuros, tuvo que ver con la muestra, conformada en su totalidad por terapias que finalizaron; es decir, lo que podría considerarse como “terapias exitosas” (no obstante, como vimos en el apartado de la Metodología, varias de ellas fueron evaluadas como

mixtas). De esta manera, quedaron fuera las perspectivas de terapeutas, niños/as y padres de terapias no exitosas o casos no finalizados, por deserción, abandono u otro. Como desafío futuro, entonces, está el poder generar investigaciones que indaguen en los procesos de cambio en terapias no exitosas, para ver si allí también aparece una gran cantidad y/o diversidad de cambios, como los evidenciados en la presente investigación.

Considerando uno de nuestros hallazgos en relación a la importancia que tiene, sobre todo para los terapeutas, el reporte de otros (externos) en relación a los procesos de cambio en el niño/a, surge como desafío realizar investigaciones donde se incluyan estas otras perspectivas de manera directa (con entrevistas); por ejemplo, del contexto escolar (profesores) u otros familiares, además de los padres.

Otro desafío dice relación con incluir medidas cuantitativas de cambio terapéutico, y compararlas con resultados cualitativos como los del presente estudio. Esto, a propósito de cierta evidencia (Odhammar et al., 2011) que da cuenta de que terapias que pueden aparecer como no exitosas desde mediciones cuantitativas (sintomáticas), sí pueden producir importantes cambios, que sólo aparecen mediante estudios de carácter más cualitativo, que indagan en la experiencia subjetiva de los mismos participantes (niños/as, padres y terapeutas) a través de entrevistas u otros procedimientos.

Finalmente, y como desafío muy importante si queremos perfeccionar el modelo de proceso de cambio de nuestra investigación, está el poder realizar investigaciones con entrevistas en distintos momentos de la terapia (y no sólo al final, como se hizo en la presente investigación), así como también realizar observación de terapias –incluyendo así la perspectiva de un observador externo-, de tal manera de tener resultados más propiamente de proceso, que incluyan la dimensión temporal. Tal vez ahí podamos aportar mayor evidencia en relación a cómo se presentan los cambios, a nivel de contenido, a lo largo de la terapia; es decir, si estos van evolucionando en las distintas fases de la terapia, como lo plantea Krause en su modelo (Krause, 2005; Krause et al. 2006, 2007); o aquello ocurre de manera distinta en las terapias con niño/as, que es lo que arrojaron preliminarmente los resultados de la presente investigación.

## Referencias

- Aberastury, A. (1991). *Aportaciones al psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Aberastury, A. (1999). Psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica en niños. En A. Aberastury (Comp.), *El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones* (pp. 13-33). Ciudad de México (DF): Editorial Paidós.
- Alamo, N.; Capella, C.; Nuñez, L. & Krause, M. (Junio, 2018). Where do parents stand in child psychotherapy? Integrating children's, parents' and therapists' perspectives. En M. Krause (Program chair), *Integrating diversity into psychotherapy research*. Póster presentado en la 49th International Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research (SPR), Ámsterdam, Holanda.
- Almonte, C. (2012). Aspectos básicos del tratamiento en Psiquiatría infantil y del adolescente. En C. Almonte & M<sup>a</sup>E. Montt (Eds.), *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia* (2<sup>da</sup> edición, pp. 156-174). Santiago: Mediterráneo.
- Angus, L.; Watson, J.Ch.; Elliott, R.; Schneider, K. & Timulak, L. (2015). Humanistic psychotherapy research 1990–2015: From methodological innovation to evidence-supported treatment outcomes and beyond. *Psychotherapy Research*, 25(3), 330-347. Doi: 10.1080/10503307.2014.989290
- Andolfi, M. (1991). *Terapia familiar. Un enfoque interaccional*. Barcelona: Paidós.
- Andolfi, M.; Angelo, C.; Mengui, P. & Nicolo-Corigliano, A.M. (1985). *Detrás de la máscara familiar*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Asen, E. (2002). Outcome research in family therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 230-238. Doi: 10.1192/apt.8.3.230
- Apfelbeck, E.M. “El dibujo como técnica de evaluación psicológica”. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. Marzo, 1998.
- Axline, V. (1975). *Terapia de juego*. México: Editorial Diana.
- Bateson, G. (1976). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Carlos Lohlé.
- Beck, J. (1995). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Bruner, J. (1984). *Acción, pensamiento y lenguaje*. Madrid: Alianza Editorial.

- Bruner, J. (1988). *Desarrollo cognitivo y educación*. Selección de textos por Jesús Palacios. Madrid: Ediciones Morata.
- Capella, C.; Rodríguez, L.; Aguila, D.; Dussert D.; Lama, X.; Gutiérrez, C. & Beiza, G. (2015). Storied images of psychotherapeutic change: Approaching children's voices through drawings. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 18(2), 141-151. Doi : 10.7411/RP.2015.109
- Carlberg, G. (1997). Laughter opens the door: turning points in child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 23(3), 331-349. Doi: 10.1080/00754179708254556
- Carlberg, G. (2009). Exploring change processes in psychodynamic child psychotherapy: The therapist's perspective. En N. Midgley; J. Anderson; E. Grainger; T. Nestic-Vuckovic & C. Urwin (Eds.), *Child Psychotherapy and Research: New Approaches, Emerging Findings* (pp. 156-174). London and New York: Routledge.
- Carlberg, G., Thoren, A., Billstrom, S., & Odhammar, F. (2009). Children's expectations and experiences of psychodynamic child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 35 (2), 175-193. Doi: 10.1080/00754170902996130
- Carroll, J. (2002). Play therapy: the children's view. *Child and Family Social Work*, 7 (3), 177-187. Doi: 10.1046/j.1365-2206.2002.00234.x
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: influences of attachment relationships. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59 (2-3), 228-249. Doi: 10.1111/j.1540-5834.1994.tb01287.x
- Cena, M.T. (2004). El niño del psicoanálisis: distintos modelos teóricos y sus consecuencias en la clínica. *Revista Psicoanálisis*, (1). Recuperado de <http://www.elpsicoanalisis.org.ar/old/numero1/cena1.htm>
- Cerfogli, C. (2011). Apego y familias: relevancia del tema para terapeutas familiares. En G. Morales & C. Olivari (Eds.), *Psicoterapia de niños, niñas y adolescentes: Una mirada sistémico/relacional* (pp. 39-57). Santiago: Lom Ediciones.
- Cortés, J. & Benavente, M. (2007). *Manual de psicodiagnóstico y psicoterapia infantil*. Santiago: RIL Editores.

- Dallos, R. & Draper, R. (2005). *An introduction to family therapy. Systemic theory and practice*. Glasgow: MacGraw-Hill Education.
- Darbyshire, P.; Macdougall, C. & Schiller, W. (2005). Multiple methods in qualitative research with children: more insight or just more? *Qualitative Research*, 5(4), 417-436. Doi: 10.1177/1468794105056921
- Davies, J. & Wright, J. (2008). Children's voices: A review of the literature pertinent to looked-after children's views of mental health services. *Child and Adolescent Mental Health*, 13(1), 26-31. Doi: 10.1111/j.1475-3588.2007.00458.x
- Denzin, NK. (2009). *The research act. A theoretical introduction to sociological methods*. New York: Routledge.
- Dreher, A.U. (2000). *Foundations for conceptual research in psychoanalysis. The psychoanalytic monograph series*. London: Karnac Books.
- Driessnack, M. (2005). Children's drawings as facilitators of communication: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 20(6), 415-423. Doi: 10.1016/j.pedn.2005.03.011
- Dussert, D.; Capella, C.; Lama, X.; Gutiérrez, C.; Águila, D.; Rodripiguez, L. & Beiza, G. (2017). Narrativas de padres de niños, niñas y adolescentes que han finalizado psicoterapia por agresiones sexuales: un proceso de superación conjunta. *Psykhé*, 26(1), 1-14. Doi: <http://dx.doi.org/10.7764/psykhe.26.1.950>
- Escudero, C. (2001). *Fenómenos transferenciales en psicoterapia psicoanalítica con niños y adolescentes*. (Memoria para optar al grado de Doctor). Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología, Madrid, España.
- Estrada, A. & Russell, R. (1999). The development of the child psychotherapy process scales (CPPS). *Psychotherapy Research*, 9(2), 154-166. Doi: 10.1080/10503309912331332662
- Esquivel, F. (2010). Capítulo 1. Reseña histórica de la psicoterapia infantil. En F. Esquivel (Ed.), *Psicoterapia infantil con juego: casos clínicos* (pp. 1-28). México: El Manual Moderno.
- Feldman, R. (2008). *Desarrollo en la infancia* (4<sup>ta</sup> edición). México: Pearson Educación.
- Fishmann, H.C. (1994). *Terapia estructural intensiva*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Fishman, H. C. & Rosman, B.L. (1986). *Evolving models for family change: a volume in honor of Salvador Minuchin*. New York: Guilford Press.
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Freeman, J.; Epston, D. & Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños. Aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Fresler, A. (2014). *Niños en análisis. Presentaciones Clínicas*. Buenos Aires: Paidós.
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Freud, A. (1951). *Psicoanálisis del niño*. Buenos Aires: Ediciones Imán.
- Gennaro, A.; Al-Radaideh, A.; Gelo, O.; Manzo, S.; Nitti, M.; Auletta, A. & Salvatore, S. (2010). Modelling the psychotherapy process as a meaning-making dynamics. The Two Stage Semiotic Model (TSSM) and the Discourse Flow Analyzer (DFA). En S. Salvatore; J. Valsiner; J. Travers Simon & A. Gennaro (Eds.), *YIS: Yearbook of Idiographic Science 2009* (Vol. 2, pp. 131-170). Roma: Firera Publishing Group. Recuperado de [https://www.academia.edu/764182/Modelling\\_psychotherapy\\_process\\_as\\_a\\_sense-making\\_dynamic\\_The\\_Two\\_Stage\\_Semiotic\\_Model\\_TSSM\\_and\\_the\\_Discourse\\_Flow\\_Analyzer\\_DFA](https://www.academia.edu/764182/Modelling_psychotherapy_process_as_a_sense-making_dynamic_The_Two_Stage_Semiotic_Model_TSSM_and_the_Discourse_Flow_Analyzer_DFA)
- Gennaro, A.; Gonçalves, M.; Mendes, I.; Ribeiro, A. & Salvatore, S. (2011). Dynamics of sense-making and development of the narrative in the clinical exchange. *Research in Psychotherapy*, 14(1), 90-120. Recuperado de <http://www.researchinpsychotherapy.net/index.php?journal=rpsy&page=article&op=viewFile&path%5B%5D=44&path%5B%5D=32>
- Gispert, C. (1985). *Enciclopedia de la psicología. Trastornos del desarrollo* (1ª ed., Vol II). Barcelona: Océano.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine.
- Gómez, A.C. (2006). Los padres en la psicoterapia de los niños. *Pensamiento Psicológico*, 2(6), 103-113. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80100609>



- Hammer, E.F. (2016). Aspectos expresivos de los dibujos proyectivos. En E.F.Hammer (Ed.), *Test proyectivos gráficos* (2<sup>da</sup> ed., pp. 61-74). Buenos Aires: Paidós.
- Hill, C. (2009). *Helping skills: facilitating exploration, insight, and action*. USA: American Psychological Association.
- Hill, C.; Knox, S.; Thomson, B.; Williams, E.; Hess, Sh. & Ladany, N. (2005). Consensual Qualitative Research: an update. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 196-205. Doi: 10.1037/0022-0167.52.2.196
- Juan, S.; Gómez Penedo, J.M.; Etchebarne, I. & Roussos, A.J. (2011). El método de investigación cualitativa consensual (Consensual Qualitative Research, CQR): una herramienta para la investigación cualitativa en psicología clínica. *Anuario de Investigaciones*, XVIII, 47-56. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v18/v18a05.pdf>
- Kazdin, A. (2000). *Psychotherapy for children and adolescents: Directions for research and practice*. New York: Oxford University Press.
- Kazdin, A. (2002). The state of child and adolescent psychotherapy research. *Child and Adolescent Mental Health*, 7 (2), 53-59.
- Kazdin, A. (2004). Psychotherapy for children and adolescents. En M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 543-589). New York: Wiley & Sons.
- Kendall, P. (1991). Guiding theory for therapy with children and adolescents. En P. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (pp. 3-22). New York: The Guilford Press.
- Kimelman, M. (2003). Desarrollo psicológico del niño. En: C. Almonte, M<sup>a</sup>E. Montt y A. Correa (Eds). *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia* (pp. 17-36). Santiago: Mediterráneo.
- Kitron, D. (2003). Repetition compulsion and self-psychology: Towards reconciliation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 84(2), 427-441. Doi: 10.1516/PHT8-9K7N-ELYY-G90F
- Kleining, G. & Witt, H. (2000). The qualitative heuristic approach: a methodology for discovery in psychology and the social sciences. Rediscovering the method of introspection as an example. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum:*

- Qualitative Social Research*, 1(1). Recuperado de <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1123/2496>
- Knell, S.M. (1993). *Cognitive-Behavioral Play Therapy*. USA: Rowman & Littlefield.
- Koppitz, E.M. (1993). *El dibujo de la figura humana en los niños*. Guadalupe: Buenos Aires.
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación*, 7, 19-39. Recuperado de <http://investiga-aprende-2.wikispaces.com/file/view/Inv-cualitat-Krause.pdf>
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y cambio. Una mirada desde la subjetividad*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Krause, M.; Altimir, C.; Pérez, J.C. & de la Parra, G. (2014). Generic change indicators in therapeutic processes with different outcomes. *Psychotherapy Research*, Doi: 10.1080/10503307.2014.935516
- Krause, M.; de la Parra, G.; Arístegui, R.; Dagnino, P.; Tomicic, A.; Valdés, N.; Vilches, O.; Echávarri, O.; Ben Dov, P.; Reyes, L.; Altimir, C. & Ramírez, I. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38 (2), 299-325.
- Krause, M.; de la Parra, G.; Arístegui, R.; Dagnino, P.; Tomicic, A.; Valdés, N.; Echávarri, O.; Strasser, K.; Reyes, L.; Altimir, C.; Ramírez, I.; Vilches, O. & Ben Dov, P. (2007). The evolution of therapeutic change studied through generic change indicators. *Psychotherapy Research*, 17 (6), 673-689.
- Krause, M.; de la Parra, G.; Arístegui, R.; Dagnino, P.; Tomicic, A.; Valdés, N.; Vilches, O.; Echávarri, O.; Ben Dov, P.; Reyes, L.; Altimir, C. & Ramírez, I. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 299-325.
- Kelly, G.A. (1955). *The psychology of personal constructs*. Nueva York: Norton.
- Klein, M. (1987). *El psicoanálisis de niños*. Barcelona: Paidós.
- Leuzinger-Bohleber, M. & Fischmann, T. (2006). What is conceptual research in psychoanalysis? *The International Journal of Psychoanalysis*, 87(5), 1355-1386. Doi: 10.1516/73MU-E53N-D1EE-1Q8L

- Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1990). *Under-standing transference*. New York: Basic Books.
- Machover, K. (1974). *Proyección de la personalidad en el dibujo de la figura humana*. Bogotá: Cultura.
- Meichenbaum, D. (1991). Foreword: Common themes and unresolved challenges. En P. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (pp. 9-11). New York: The Guilford Press.
- Midgley, N. (2004). Sailing between Scylla and Charybdis: Incorporating qualitative approaches into child psychotherapy research. *Journal of Child Psychotherapy*, 30 (1), 89-111. Doi: 10.1080/0075417042000205814
- Midgley, N. (2007). Researching the process of psychoanalytic child psychotherapy. En E. Kennedy & N. Midgley (Eds.), *Process and outcome research in child and parent-infant psychotherapy: A thematic review* (pp. 8-53). London: NHS.
- Midgley, N. (2009). Research in child and adolescent psychotherapy: an overview. En M. Lanyado & A. Horne (Eds.), *The handbook of child and adolescent psychotherapy. Psychoanalytic Approaches* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 73-97). New York: Routledge.
- Midgley, N.; Ensink, K.; Lindqvist, K.; Malberg, N. & Muller, N. (2017). *Mentalization-based Treatment for children: A time-limited approach*. Washington: American Psychological Association.
- Midgley, N.; Capella, C; Goodman, G.; Lis, A.; Noom, M.; Tishby, O. & Weitkamp, K. (2018). Introduction to the special section on child and adolescent psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 28(1-2), 1-2. Doi: 10.1080/10503307.2017.1380864
- Minuchin, S. (1995). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. & Fishman, H. (1983). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S.; Montalvo, B., Guernsey, B., Rosman, B. & Schumer, F. (1985). *Families of the slums*. New York: Basic Books.
- Mortola, P. (2006). Prólogo. Aprender de la experiencia: el enfoque Oaklander en la formación de terapeutas infantiles. En V. Oaklander (2008), *El tesoro escondido: la vida interior de niños y adolescentes* (pp.11-19). Santiago: Cuatro Vientos.

- Oaklander, V. (1992). *Ventanas a nuestros niños. Terapia gestáltica para niños y adolescentes*. Santiago: Cuatro Vientos.
- Oaklander, V. (2008). *El tesoro escondido. La vida interior de niños y adolescentes. Terapia infanto-juvenil*. Santiago: Cuatro Vientos.
- Odhammar, F.; Sundin, E.C.; Jonson, M. & Carlberg, G. (2011). Children in psychodynamic psychotherapy: changes in global functioning. *Journal of Child Psychotherapy*, 37(3), 261-279. Doi: 10.1080/0075417X.2011.614744
- Olhaberry, M. (1998). Análisis infantil: Melanie Klein. *Artículos Clínicos Psicoterapia. Indepsi-Asf. Newsletter 24*. Recuperado de <http://www.alsf-chile.org/Indepsi/Articulos-Clinicos/Analisis-Infantil-Melanie-Klein.pdf>
- Osatuke, K.; Glick, M. J.; Stiles, W. B.; Greenberg, L. S.; Shapiro, D. A. & Barkham, M. (2005). Temporal patterns of improvement in client-centered therapy and cognitive-behavior therapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 18 (2), 95-108. Doi: 10.1080/09515070500136900
- Papalia, D.; Wendkos, S. & Duskin, R. (2005). *Psicología del desarrollo* (9<sup>na</sup> edición). México: McGraw-Hill
- Pereira, L. (2014). Criteria of progress in child psychotherapies according to psychotherapists. *Paidéia*, 24(57), 95-104. Doi: 10.1590/1982-43272457201412
- Piaget, J. (1971). *Epistemología y Psicología de la Identidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Plut, S. (2010). Sobre la epistemología del psicoanálisis marxista. Una investigación conceptual. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 14(1), 204-229. Recuperado de <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/831>
- Povinelli, D.J. & Simon, B.B. (1998). Young children's reactions to briefly versus extremely delayed images of the self: Emergence of the autobiographical stance. *Developmental Psychology*, 34 (1), 188-194.
- Prochaska, J. O.; DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114. Doi: 10.1037/0003-066X.47.9.1102
- Retzlaff, R.; von Sydow, K.; Beher, S.; Haun, M.W. & Schweitzer, J. (2013). The efficacy of systemic therapy for internalizing and other disorders of childhood

- and adolescence: a systematic review of 38 randomized trials. *Family Process*, 52(4), 619-652. doi: 10.1111/famp.12041
- Riessman, C.K. (2008). *Narrative analysis for the human sciences*. California: Sage Publications.
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Norma.
- Rodríguez, L. (2014). *Narrativas de cambio y fortalecimiento: Una aproximación al proceso de superación de experiencias de agresión sexual en niños y niñas*. (Memoria para optar al título de Psicólogo). Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Rosa, A.I.; Iniesta, M. & Rosa, A. (2012). Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales en el trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes: Una revisión cualitativa. *Anales de Psicología*, 28 (2), 313-326. Doi: 10.6018/analesps.28.2.121461
- Roubal, J. (2016). *Towards a research tradition in Gestalt Therapy*. UK: Cambridge Scholars Publishing.
- Russell, R. (2008). Child and adolescent psychotherapy: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research*, 18(1), 1-4. Doi: 10.1080/10503300701725090
- Rutter, M. & Sroufe, L.A. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Development & Psychopathology*, 12, 265-296.
- Sandler, J., Kennedy, H. & Tyson, R. (1996). *La técnica en psicoanálisis de niños: conversaciones con Anna Freud*. Barcelona: Gedisa.
- Sepúlveda, M.G. (2012). Introducción. En M. Sepúlveda; C. Alcaíno & G. García (Eds.), *Psicoterapia Evolutiva Constructivista en niños y adolescentes: métodos y técnicas terapéuticas* (pp. 13-19). Santiago: Universidad de Chile.
- Sepúlveda, M.G. (2013). *Psicoterapia evolutiva con niños y adolescentes*. Santiago: Mediterráneo.
- Shirk, S. & Burwell, R. (2010). Research on therapeutic processes: in psychodynamic psychotherapy with children and adolescents. En J. Tsiantis & J. Trowell (Eds.), *Assessing change in psychoanalytic psychotherapy of children and adolescents: today's challenge* (pp. 177-205). London: Karnac Books.

- Shirk, S. & Russell, R. (1996). *Change processes in child psychotherapy. Revitalizing treatment and research*. New York: The Guilford Publications.
- Sroufe, L.A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development*, 7 (4), 349-367.
- Stern, D. (1991). *El mundo interpersonal del infante: una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Stiles, W.B. (2002). Assimilation of problematic experiences. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 357-365). New York: Oxford University Press.
- Stith, S., Rosen, K., McCollum, E., Coleman, J., & Herman, S. (1996). The voices of children: Preadolescent children's experiences in family therapy. *Journal of Marital and Family therapy*, 22 (1), 69-86. Doi: 10.1111/j.1752-0606.1996.tb00188.x
- Strauss, A. & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Taylor, S.J. & Bodgan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.
- Thomson, F. (2007). Recognizing the infant as subject in infant-parent psychotherapy. *Institute of Psychoanalysis*, 88, 961-979. Doi: 10.1516/ijpa.2007.961
- Urwin, C.; Anderson, J.; Grainger, E.; Midgley, N. & Nestic-Vuckovic, T. & (2009). Introduction. En N. Midgley; J. Anderson; E. Grainger; T. Nestic-Vuckovic & C. Urwin (Eds.), *Child Psychotherapy and Research: New Approaches, Emerging Findings* (pp. 19-38). London and New York: Routledge.
- Vetere, A. & Dallos, R. (2003). *Working systemically with families: formulation, intervention and evaluation*. Great Britain: Karnac Books.
- Vetere, A. & Dallos, R. (2008). Systemic therapy and attachment narratives. *Journal of Family Therapy*, 30(4), 374-385. Doi: 10.1111/j.1467-6427.2008.00449.x
- von Sydow, K.; Retzlaff, R.; Beher, S.; Haun, M.W. & Schweitzer, J. (2013). The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalizing

- disorders: a systematic review of 47 RCT. *Family Process*, 52(4), 576-618. Doi: 10.1111/famp. 12047
- Weisz, J.; Yi Ng, M.; Rutt, C.; Lau, N. & Masland, S. (2013). Psychotherapy for children and adolescents. En M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5<sup>th</sup> ed., pp. 541-586). New York: John Wiley & Sons.
- Widlöcher, D. (1971). *Los dibujos de los niños. Bases para una interpretación psicológica*. Barcelona: Herder
- Winnicott, D. (1971). *Clínica psicoanalítica infantil*. Hormé: Buenos Aires.
- Winnicott, D. (1993). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Paidós: Buenos Aires.
- Woolfolk, A. (1999). *Psicología educativa* (7<sup>ma</sup> edición). México: Pearson Educación.
- Zukerfeld, R. La noción de muestra en investigación en psicoanálisis. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 13(2), 247-262. Recuperado de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1852-73102009000200008&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73102009000200008&lng=es&nrm=iso)

## ANEXOS



ANEXO 1

Carta de Autorización Directivos Centros de Salud Estudio 2



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**CARTA DE AUTORIZACIÓN**  
(Directivos de Centros de Salud)



Usted ha sido invitado/a a participar en el estudio sobre "Experiencias con la Psicoterapia", a cargo de la investigadora Mariane Krause, docente de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. El objetivo de esta carta es ayudarlo/a a tomar la decisión de participar en la presente investigación.

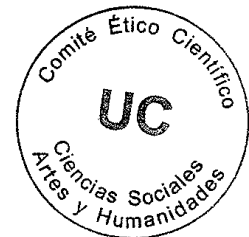
El propósito general del estudio es conocer las experiencias con tratamientos psicológicos desde la perspectiva de los involucrados, vale decir, pacientes y terapeutas. Los resultados de este estudio contribuirán al cuerpo de conocimientos sobre procesos psicoterapéuticos y sobre condiciones que inciden en su efectividad.

A través de la presente, se le solicita la autorización para que miembros de nuestro equipo de investigación acudan a su centro a fin de administrar cuestionarios y a entrevistar a pacientes y terapeutas que acepten libremente participar del estudio. A los pacientes se les solicitará responder algunos cuestionarios sobre su bienestar psicológico, al inicio y al final de su tratamiento, de media hora de duración aproximadamente y participar en una entrevista sobre su experiencia en este proceso, de una hora de duración aproximadamente, entre 2 y 6 meses luego de terminar la psicoterapia. Luego su psicoterapeuta será entrevistado, y ninguno de los dos tendrá acceso a la información que otorgue el otro participante. Asimismo, a través de la firma del presente documento, Ud. autoriza al equipo de investigación para acceder a la información diagnóstica registrada por sus profesionales tratantes en su ficha clínica, previa autorización de pacientes y terapeutas, la cual se tratará con los mismos estándares de confidencialidad señalados más arriba.

La entrevista será grabada en audio, el que será usado únicamente para el análisis de la investigación. La información sobre su psicoterapia será tratada confidencialmente, no será publicada en forma alguna que permita su identificación y será utilizada solamente con fines de investigación y de docencia especializada, para éste u otros estudios vinculados. Ningún terapeuta o paciente, y ninguna persona que se desempeñe en rol alguno en su institución, tendrá acceso a la información de los entrevistados. Asimismo, toda la información será debidamente almacenada y resguardada en la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, a cargo de la investigadora responsable, el tiempo que se estime necesario para el desarrollo de ésta y futuras investigaciones.

El procedimiento de toma de contacto con los participantes del estudio se describe a continuación:

En primer lugar, se solicitará consentimiento a los psicoterapeutas para su participación en el estudio. Los pacientes serán invitados a participar del estudio a través de un llamado telefónico previo a la 1ª sesión con el psicoterapeuta. Dicha invitación será para una entrevista en que un miembro del equipo de investigación explicará los detalles de su participación y, en caso que los pacientes accedan, se procederá a la firma del consentimiento informado. En el caso de niños y adolescentes, se los citará junto a un adulto responsable.





PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE  
**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**



Su institución se puede beneficiar con su participación en el estudio a través de una retroalimentación de tipo global sobre los resultados del estudio (una vez finalizado este) y con información científica general que el equipo de investigación les ofrecerá en formato de charlas.

Por parte de su institución se requerirá que facilite un espacio a miembros del equipo de investigación para realizar la aplicación de cuestionarios y las entrevistas de seguimiento.

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede contactar a la investigadora responsable Mariane Krause. Su teléfono es el 23547176 y su e-mail es mkrause@uc.cl. Si usted tiene alguna consulta o preocupación respecto a sus derechos como participante de este estudio, puede contactar a María Rosa Lissi, Secretaria Ejecutiva del Comité de Ética de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, e-mail: comité.etica.psicologia@uc.cl, fono 2354-5883.

Declaro que he leído el presente documento, se me ha explicado en qué consiste esta investigación y mi participación en la misma, he tenido la posibilidad de aclarar mis dudas, y tomo libremente la decisión de participar en el estudio. Además se me ha dado entrega de un duplicado firmado de este documento.

Acepto participar en este proyecto.

\_\_\_\_\_  
 Firma del (de la) Participante

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Nombre del (de la) Participante

\_\_\_\_\_  
 Firma del (de la) Investigador/a

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Nombre del Centro de Salud

(Firmas en duplicado: una copia para el participante y otra para el investigador)





ANEXO CARTA DE AUTORIZACIÓN  
(Directivos Centros de Salud)

¿Autoriza además al equipo de investigación para acceder a la información diagnóstica registrada por sus profesionales tratantes en las fichas clínicas, previa autorización de pacientes, padres y terapeutas? (Nota: se solicita autorización para acceder ÚNICAMENTE a la información diagnóstica, con el propósito de poder consignar el diagnóstico principal, dado por el terapeuta, y diagnóstico secundario, si lo hubiere. Esta información será tratada con los mismos estándares de confidencialidad señalados previamente en la presente carta).

Autorizo \_\_\_\_\_ No autorizo \_\_\_\_\_

FE DE ERRATAS

DONDE DICE: "Si usted tiene alguna consulta o preocupación respecto a sus derechos como participante de este estudio, puede contactar a" DEBE DECIR: "María Elena Gronemeyer, Presidenta del Comité Ético Científico de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades de la Pontificia Universidad Católica de Chile, e-mail [eticadeinvestigacion@uc.cl](mailto:eticadeinvestigacion@uc.cl)".

_____	_____
Firma del (de la) Participante	Fecha
_____	
Nombre del (de la) Participante	
_____	_____
Firma del (de la) Investigador/a	Fecha
_____	
Nombre del Centro de Salud	

(Firmas en duplicado: una copia para el participante y otra para la investigadora)



ANEXO 2

Cartas de Consentimiento y Asentimiento Informado Estudio 2



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA



#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (terapeuta)

Usted ha sido invitado a participar en el estudio sobre “experiencias con la psicoterapia”, a cargo de la investigadora Mariane Krause, docente de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

El objetivo de esta carta es ayudarlo a tomar la decisión de participar en la presente investigación.

#### ¿Cuál es el propósito de esta investigación?

El propósito del presente estudio es conocer su experiencia como psicoterapeuta respecto al tratamiento psicológico llevado a cabo con sus pacientes, hace un tiempo atrás.

#### ¿En qué consiste su participación y cuánto durará?

A sus pacientes se les solicitará participar en una entrevista sobre su experiencia en el proceso de psicoterapia, de una hora de duración aproximadamente (lo mismo con los padres de sus pacientes, en el caso que éstos sean niños y/o adolescentes). En el caso de los niños, la entrevista incluirá una actividad de dibujo. Luego, usted también será entrevistado y ninguno de los participantes tendrá acceso a la información que otorgue el otro participante.

#### ¿Qué riesgos corre al participar?

Ninguno.

#### ¿Qué beneficios puede tener su participación?

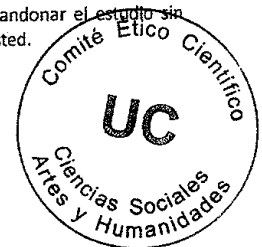
Aún cuando no obtendrá beneficios directos participando en este estudio, los resultados obtenidos en esta investigación favorecerán el desarrollo del conocimiento científico y el diseño de estrategias para favorecer la psicoterapia. Además, el participar de esta entrevista promueve una oportunidad para reflexionar sobre su experiencia como psicoterapeuta, en un espacio confidencial.

#### ¿Qué pasa con la información y datos que usted entregue?

La entrevista será grabada en audio, el que será usado únicamente para el análisis de la investigación. La información sobre su experiencia como psicoterapeuta será tratada **confidencialmente**, no será publicada en forma alguna que permita su identificación y será utilizada solamente con fines de investigación y de docencia especializada, para éste u otros estudios vinculados. Sus pacientes (ni los padres de éstos, en caso de ser menores de edad) tendrán información alguna de lo que usted narre en su entrevista, tampoco usted tendrá acceso a la información que ellos brinden en sus entrevistas. Asimismo, toda la información será debidamente almacenada y resguardada en la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, a cargo de la investigadora responsable, el tiempo que se estime necesario para el desarrollo de ésta y futuras investigaciones, además de docencia especializada.

#### ¿Es obligación participar? ¿Puede arrepentirse después de participar?

Se le ha pedido participar en esta actividad en forma voluntaria. Tiene el derecho a abandonar el estudio sin necesidad de dar ningún tipo de explicación y sin que ello signifique ningún perjuicio para usted.





Pontificia Universidad Católica de Chile  
**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**



**¿A quién puede contactar para saber más de este estudio o si le surgen dudas?**

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede contactar a la investigadora responsable Marlene Krause. Su teléfono es el 23547176 y su e-mail es [mkrause@uc.cl](mailto:mkrause@uc.cl). Si tiene alguna consulta o preocupación respecto a sus derechos como participante de este estudio, puede contactar a Christian Berger, Secretario Ejecutivo del Comité de Ética de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, e-mail [comite.etica.psicologia@uc.cl](mailto:comite.etica.psicologia@uc.cl), fono 2354-5883.

HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ESTA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, HACER PREGUNTAS ACERCA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, Y ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO.

\_\_\_\_\_

Firma del (de la) Participante

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Nombre del (de la) Participante

\_\_\_\_\_

Firma de la Investigadora

\_\_\_\_\_

Fecha

(Firmas en duplicado: una copia para el/la participante y otra para la investigadora)





ANEXO CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (terapeuta)

¿Autoriza además al equipo de investigación para acceder a la información diagnóstica registrada por Ud. en la ficha clínica del paciente? (Nota: se solicita autorización para acceder ÚNICAMENTE a la información diagnóstica, con el propósito de poder consignar el diagnóstico principal, dado por Ud., y diagnóstico secundario, si lo hubiere. Esta información será tratada con los mismos estándares de confidencialidad señalados previamente en la presente carta).

Autorizo \_\_\_\_\_

No autorizo \_\_\_\_\_

FE DE ERRATAS

DONDE DICE: "Si tiene alguna consulta o preocupación respecto a sus derechos como participante de este estudio, puede contactar a" DEBE DECIR: "María Elena Gronemeyer, Presidenta del Comité Ético Científico de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades de la Pontificia Universidad Católica de Chile, e-mail [eticadelainvestigacion@uc.cl](mailto:eticadelainvestigacion@uc.cl)".

\_\_\_\_\_  
Firma del (de la) Participante

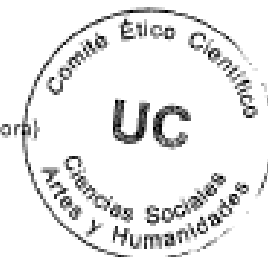
\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del (de la) Participante

\_\_\_\_\_  
Firma de la Investigadora

\_\_\_\_\_  
Fecha

(Firmas en duplicado: una copia para el/la participante y otra para la investigadora)







PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA



**CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO (niñas/os)**

Has sido invitado a participar en un estudio sobre "Experiencias con la psicoterapia", a cargo de la investigadora Marlene Krause, docente de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

El objetivo de esta carta es ayudarte a tomar la decisión de participar en esta investigación.

**¿Cuál es el propósito de esta investigación?**

El propósito del presente estudio es conocer la experiencia que tuviste en tu terapia con psicólogo/a.

**¿En qué consiste tu participación y cuánto durará?**

Te pediremos que participes en una entrevista donde conversaremos y dibujaremos sobre tu experiencia en la terapia con psicólogo/a (lo que experimentaste, lo que sentiste, lo que viviste), de una hora de duración aproximadamente. Luego, entrevistaremos a uno de tus padres y al psicólogo/a que te atendió, y ninguno de los tres podrá conocer la información que entreguen los otros participantes.

**¿Qué riesgos corres al participar?**

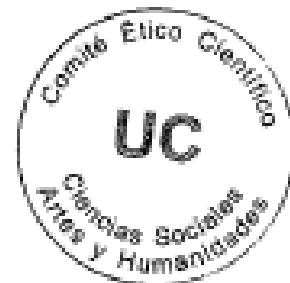
Ninguno.

**¿Qué beneficios puede tener tu participación?**

Aunque no tendrás un beneficio directo al participar de este estudio, los resultados que tengamos en la investigación podrán ayudar a desarrollar el conocimiento científico y a entregar un mejor apoyo a otros niños y adolescentes que necesiten terapia psicológica. Además, participar de esta entrevista te ayudará a pensar sobre la experiencia que tuviste en tu terapia, en un espacio confidencial.

**¿Qué pasa con la información y datos que tú entregues?**

La conversación y los dibujos que tendremos sobre tu experiencia en la terapia serán grabados en audio y guardados, y ambos serán usados únicamente para el análisis de la investigación. Toda la información que nos entregues será estrictamente confidencial, lo que significa que ni tu nombre ni tu voz ni ningún dato de identificación tuyo aparecerán jamás en las publicaciones o presentaciones que se deriven de este estudio u otros estudios vinculados. Ni tus padres ni tu terapeuta tendrán ninguna de las informaciones que tú nos entregues en la entrevista. Además, toda la información que obtengamos será debidamente resguardada en la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, en las oficinas de la investigadora responsable, por el tiempo que se estime necesario para el desarrollo de ésta y futuras investigaciones, además de docencia especializada. Al firmar este documento, autorizas al equipo de investigación para acceder a la información diagnóstica registrada por tus profesionales tratantes en tu ficha clínica, la cual será tratada con los mismos compromisos de de confidencialidad que te hemos indicado. También solicitaremos a tus padres y/o apoderado su autorización para que participes de este estudio.





Pontificia Universidad Católica de Chile  
**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**



**¿Es obligación participar? ¿Puedo arrepentirme después de participar?**

Tu participación en esta actividad es voluntaria. Tienes el derecho a abandonar el estudio sin dar ningún tipo de explicación y sin que ello signifique ninguna consecuencia negativa para ti.

**¿A quién puedo contactar para saber más de este estudio o si me surgen dudas?**

Si tú o tus padres tienen cualquier pregunta acerca de esta investigación, pueden contactar a la investigadora responsable Marlene Krause. Su teléfono es el 33547176 y su e-mail es mkrause@uc.cl. Si tú o tus padres tienen alguna consulta o preocupación respecto a tus derechos como participante de este estudio, pueden contactar a Christian Berger, Secretario Ejecutivo del Comité de Ética de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, e-mail [comite.etica.psicologia@uc.cl](mailto:comite.etica.psicologia@uc.cl), fono 3354-5883.

HE LEÍDO (O ME HAN LEÍDO) ESTA DECLARACIÓN DE ASENTIMIENTO INFORMADO, HE PODIDO HACER LAS PREGUNTAS QUE ME HAN SURGIDO SOBRE ESTE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y ME HAN RESPONDIDO COMO YO NECESITABA, Y ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO.

\_\_\_\_\_  
 Firma del (de la) Participante

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Nombre del (de la) Participante

\_\_\_\_\_  
 Firma de la Investigadora

\_\_\_\_\_  
 Fecha

(Firmas en duplicado: una copia para el/la participante y otra para la investigadora)





ANEXO CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO (niños/as)

¿Autorizas también a los investigadores para que lean tu diagnóstico en la ficha clínica del psicólogo/a? (el diagnóstico es lo que tu psicólogo/a cree que te pasa, y la ficha clínica es lo que tu psicólogo/a escribe sobre las sesiones que tienen). Esta información también será confidencial, como te explicamos antes en esta misma carta.

Sí \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

FE DE ERRATAS

DONDE DICE: "Si tú o tus padres tienen alguna consulta o preocupación respecto a tus derechos como participante de este estudio, pueden contactar a" DEBE DECIR: "María Elena Gronemeyer, Presidenta del Comité Ético Científico de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades de la Pontificia Universidad Católica de Chile, e-mail [eticadeinvestigacion@uc.cl](mailto:eticadeinvestigacion@uc.cl)".

\_\_\_\_\_  
Firma del (de la) Participante

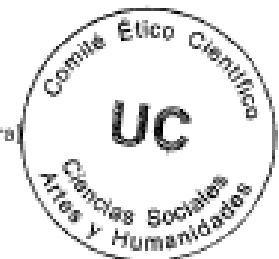
\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del (de la) Participante

\_\_\_\_\_  
Firma de la Investigadora

\_\_\_\_\_  
Fecha

(Firmas en duplicado: una copia para el/la participante y otra para la investigadora)





PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (Padres niñas/os)**

Usted ha sido invitado a participar en el estudio sobre "Experiencias con la psicoterapia", a cargo de la investigadora Mariana Krause, docente de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

El objetivo de esta carta es ayudarlo a tomar la decisión de autorizar la participación de su hijo/a y de usted en esta investigación.

**¿Cuál es el propósito de esta investigación?**

El propósito del presente estudio es conocer la experiencia que su hijo/a tuvo en su terapia psicológica y también como ustedes percibieron dicho proceso.

**¿En qué consiste su participación y cuánto durará?**

Al inicio y al final de la terapia de su hijo le solicitaremos a usted que complete un cuestionario acerca de características de él/ella. Después de haber terminado la terapia, le pediremos a su hijo/a y a usted que participen, por separado, en una entrevista sobre sus experiencias en la terapia psicológica. La entrevista a su hijo/a incluirá una actividad de dibujo. Cada una de estas entrevistas tendrá una hora de duración aproximadamente. Luego, entrevistaremos también al psicólogo que trabajó con su hijo/a. Ninguno de los tres podrá conocer la información que entreguen los otros participantes.

**¿Qué riesgos corre usted o su hijo/a al participar?**

Ninguno.

**¿Qué beneficios puede tener su participación?**

Aunque ni usted ni su hijo/a tendrán un beneficio directo al participar de este estudio, los resultados que tengamos en la investigación favorecerán el desarrollo del conocimiento científico y el diseño de estrategias para favorecer la psicoterapia con niños y adolescentes. Además, participar de esta entrevista ayudará a usted y a su hijo/a a pensar sobre la experiencia que tuvo en la terapia psicológica, en un espacio confidencial.

**¿Qué pasa con la información y datos que entreguen?**

Las entrevistas serán grabadas en audio, el que será usado únicamente para el análisis de la investigación. Toda la información que nos entreguen será estrictamente confidencial, por lo que ningún dato de identificación suyo o de su hijo/a aparecerá jamás en las publicaciones o presentaciones que se deriven de este estudio u otros estudios vinculados. El terapeuta de su hijo/a no tendrá acceso a ninguna de las informaciones que nos entreguen en la entrevista. Además, toda la información que obtengamos será debidamente resguardada en la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, a cargo de la investigadora responsable, el tiempo que se estime necesario para el desarrollo de ésta y futuras investigaciones, además de docencia especializada. Por la firma del presente documento, Ud. autoriza a su hijo/a a participar de este estudio, y autoriza al equipo de investigación para acceder a la información diagnóstica registrada por los profesionales tratantes de su hijo en su ficha clínica, la cual será tratada con los mismos estándares de confidencialidad señalados previamente.





PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE  
**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**



*CA*

**¿Es obligación participar? ¿Puede arrepentirse después de participar?**

Su participación en esta actividad, así como la de su hijo/a, es voluntaria. Ambos tienen el derecho a abandonar el estudio sin dar ningún tipo de explicación y sin que ello signifique ningún perjuicio para usted ni para su hijo/a.

**¿A quién puedo contactar para saber más de este estudio o si le surgen dudas?**

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede contactar a la investigadora responsable Marlene Krause. Su teléfono es el 23547176 y su e-mail es [mkrause@uc.cl](mailto:mkrause@uc.cl). Si tiene alguna consulta o preocupación sobre sus derechos o los de su hijo/a como participante de este estudio, puede contactar a Christian Bengoc, Secretario Ejecutivo del Comité de Ética de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, e-mail [comite-etica-psicologia@uc.cl](mailto:comite-etica-psicologia@uc.cl), fono 2354-5883.

HE LEÍDO ESTA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, HE PODIDO HACER LAS PREGUNTAS QUE ME HAN SURGIDO SOBRE ESTE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y ME HAN RESPONDIDO COMO NECESITABA, Y ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO.

\_\_\_\_\_  
 Firma del (de la) Participante

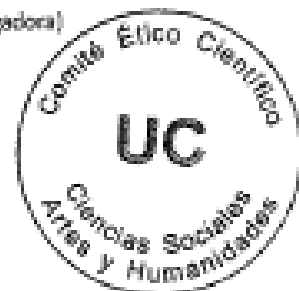
\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Nombre del (de la) Participante

\_\_\_\_\_  
 Firma de la Investigadora

\_\_\_\_\_  
 Fecha

(Firmas en duplicado: una copia para el/la participante y otra para el/la investigadora)





ANEXO CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (Padres niños/as)

¿Autoriza además al equipo de investigación para acceder a la información diagnóstica registrada por los profesionales tratantes de su hijo/a en la ficha clínica? (esta información será manejada con los mismos estándares de confidencialidad señalados previamente en la presente carta).

Autorizo \_\_\_\_\_

No autorizo \_\_\_\_\_

FE DE ERRATAS

DONDE DICE: "Si tiene alguna consulta o preocupación sobre sus derechos o los de su hijo/a como participante de este estudio, puede contactar a" DEBE DECIR: "María Elena Gronemeyer, Presidenta del Comité Ético Científico de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades de la Pontificia Universidad Católica de Chile, e-mail [eticadeinvestigacion@uc.cl](mailto:eticadeinvestigacion@uc.cl)".

\_\_\_\_\_  
Firma del (de la) Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del (de la) Participante

\_\_\_\_\_  
Firma de la Investigadora

\_\_\_\_\_  
Fecha

(Firmas en duplicado: una copia para el/la participante y otra para la investigadora)



ANEXO 3  
Guiones de Entrevista Estudio 2<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Recordar que, dado que el Proyecto Fondecyt 1141179 en el cual se inserta la presente investigación aborda también otras temáticas, en los guiones se destacaron con color azul y verde aquellas directamente vinculadas con los objetivos de esta tesis (con color azul están aquellas que son comunes a ambos proyectos, mientras que con color verde se encuentran aquellas que fueron formuladas específicamente para la presente tesis).

## **FONDECYT SEGUIMIENTO**

### **GUIÓN DE ENTREVISTA A TERAPEUTA DE PACIENTE NIÑO/A, ADOLESCENTE**

#### **Instrucciones para el Entrevistador**

El objetivo de esta entrevista es conocer la percepción subjetiva de los terapeutas acerca de la experiencia de la terapia. Es por ello que se busca que el entrevistado se exprese lo más posible en la descripción detallada de su experiencia, incluyendo la emergencia de reflexiones, recuerdos y sentimientos asociados. Además, busca favorecer la reflexión del entrevistado sobre su quehacer en terapia y el modo en cómo se relaciona con la percepción de éxito o fracaso terapéutico. Por este motivo, se espera que la entrevista sea una experiencia fluida.

En términos generales, esta entrevista pretende abarcar las siguientes grandes temáticas:

**1. Experiencia y definición de éxito y fracaso de la terapia.** Interesa conocer cómo el terapeuta evalúa retrospectivamente la experiencia de una terapia en particular. Específicamente, qué aspectos considera que fueron positivos para el proceso, cómo y por qué, y cuáles percibe como negativos u obstaculizadores para este proceso. Es importante también conocer su definición personal de un buen o mal resultado en psicoterapia. Por último, es relevante conocer cómo se dio término al proceso terapéutico y cómo fue experimentado este término por parte del terapeuta.

**2. Atribuciones de causalidad.** Es importante indagar acerca de lo que el terapeuta considera que influyó en dichos éxitos y fracasos, cuáles fueron los factores o aspectos que llevaron a estos resultados percibidos y de qué manera. También es importante indagar acerca de qué cosas hicieron el terapeuta, el paciente o ambos, así como también el familiar o adulto responsable, que influyeron en dicha percepción del éxito de la terapia. Esto incluye las intervenciones "típicas" así como también eventos atípicos, cosas que llamaron la atención y que le parecieron relevantes. En esta temática es fundamental preguntar por momentos significativos de la terapia.

**3. Teoría subjetiva de salud y enfermedad.** Esto corresponde a la teoría o explicación que el terapeuta tiene de la enfermedad o del problema del paciente (cómo entiende el padecer del paciente, a qué lo atribuye y asocia), y cómo entiende el proceso de mejora. Esto incluye explorar si la teoría subjetiva de enfermedad sufrió alguna transformación producto de la terapia y cuál fue esta transformación, en qué consistió y en relación a qué aspectos.

**4. La experiencia de la relación terapéutica.** Es importante explorar cómo el terapeuta percibe su relación con el paciente y con el familiar o adulto responsable a lo largo del proceso. Interesa indagar en los cambios y oscilaciones experimentados en los distintos intercambios con el paciente y el familiar o adulto responsable, los sentimientos hacia estos, así como la influencia de dichos sentimientos en el proceso de la terapia y de cambio (o no cambio) del paciente.

Teniendo en cuenta estas grandes temáticas, se sugiere que el entrevistador guíe la entrevista de manera fluida, y, en base a lo que el terapeuta vaya narrando, ir flexiblemente profundizando en dichas temáticas. Si es necesario, el entrevistador puede tomar nota de los contenidos que parezcan importantes y retomarlos en el curso de la entrevista.

Si el terapeuta lo considera necesario (por ejemplo, si no recuerda detalles importantes del proceso), puede consultar sus notas personales o la ficha clínica del paciente. Es importante que el entrevistador indague en el significado que el terapeuta da a esta acción.



## Entrevista

### Consigna:

Mi nombre es \_\_\_\_\_ y pertenezco al equipo de investigación del proyecto \_\_\_\_\_ (Fondecyt, Milenio).

La conversación que tendremos es parte de un estudio que mirará retrospectivamente la experiencia de estar en psicoterapia, desde la perspectiva de pacientes, terapeutas y familiares.

Por esta razón, nos interesa conversar sobre la psicoterapia que llevó a cabo con el paciente \_\_\_\_\_ y conocer cómo fue esta experiencia y cuál es su opinión sobre los aspectos positivos y negativos de este proceso.

### **Confidencialidad:**

Todo lo que hablemos y quede registrado es de carácter confidencial y será utilizado para fines de investigación y publicación, resguardando siempre el anonimato tanto en la presentación como manejo de los datos.

Además, es importante que sepa que lo que Ud. mencione sobre la psicoterapia y su paciente no se comentarán con él o ella, su familia ni con ningún profesional de esta institución. Tampoco quedará registro de ello en la ficha del paciente.

Disponemos de entre una hora y una hora y media para esta entrevista.

Para no tomar nota, me gustaría grabar la entrevista.

### **Pregunta de apertura de la entrevista**

“Me gustaría preguntarle sobre la terapia que desarrolló con el paciente \_\_\_\_\_. ¿Cómo fue esa experiencia de terapia para ti/usted?”

**QUEDARSE LO MÁS POSIBLE EN ESTA FASE:** Dejar que el sujeto construya la narración, con la menor cantidad de intervenciones posibles. Evitar interrumpir u orientar el curso del pensamiento del entrevistado, sólo intervenir cuando sea necesario pedir aclaraciones, profundizar (pedir ejemplos concretos) o reflejar para confirmar que se está entendiendo lo que el terapeuta dice. El orden del guion puede alterarse de acuerdo a lo que vaya emergiendo en el discurso del entrevistado, lo importante es que se aborden los diferentes tópicos.

### **Profundización**

Una vez que el terapeuta haya desarrollado su narración, el entrevistador debe profundizar y abarcar las siguientes áreas relevantes, pidiendo ejemplos específicos de lo que está contando, lo más concretos posibles, incluso si recuerda en qué sesión ocurrió, o lo que se trabajó en esa sesión.

A continuación se listan las áreas de exploración como guía y preguntas, a modo de ejemplos que pueden ser usadas flexiblemente. No es necesario hacer todas las preguntas que aparecen en cada área, son sólo una guía o referencia.

<p><b>Diagnóstico y noción de enfermedad</b></p>	<p><b>* Indagar respecto a la experiencia del paciente y sus padres o familiares.</b>  <b>¿Por qué motivo llegó este paciente a terapia?</b> (indagar motivo de consulta explícito y latente). <b>Indagar motivo desde el paciente y sus padres o familiares.</b>  ¿Qué cree que ocasionó lo que llevó al paciente a consultar? (factores personales, familiares, sociales, biológicos). <b>Desde dónde surge la demanda.</b>  ¿Por qué cree que el paciente y/o sus padres o familiares decidieron pedir ayuda a un psicólogo/a?  ¿Qué le dijo al paciente/ padres sobre su problema? <b>¿Qué le devolvió usted al paciente/ padres? (Devolución o reformulación del motivo de consulta/ Diagnóstico)</b> ¿En qué momento lo hizo? ¿Cómo lo tomó él/ella/ellos?  Si el terapeuta comunicó un diagnóstico: ¿Otro(s) profesional(es) le habían comunicado algún diagnóstico previo al paciente/padres?  ¿Coincidían las distintas opiniones? ¿Cómo abordó usted esto?</p>
<p><b>Cuénteme una situación/acontecimiento que refleje o ejemplifique esto.</b></p>	
<p><b>Expectativas (Proceso)</b></p>	<p><b>¿Cómo pensaba que la psicoterapia podía ayudar a este paciente/padres?</b>  ¿Esas expectativas se cumplieron? ¿En qué aspectos se cumplieron? ¿En qué aspectos no se cumplieron?  ¿Qué significó esto para usted?  ¿Su paciente/padres tenía experiencias previas con psicólogos/ psicoterapeutas? Si es así, ¿cómo influyeron en esta terapia?  <b>¿Sucedieron cosas en la terapia que no esperaba que pasaran y que le llamaron la atención?</b></p>
<p><b>Cuénteme una situación/acontecimiento que refleje o ejemplifique esto.</b></p>	
<p><b>Relación Terapéutica (Proceso)</b></p>	<p><b>*Indagar en la relación del terapeuta con el paciente</b>  <b>¿Cómo describiría la relación que estableció con _____ (el paciente)? (especificar calidad de la relación).</b>  <b>¿Cómo describiría a su paciente?</b> ¿Qué le gustaba de su paciente? ¿Qué no le gustaba?  <b>¿Cómo se sentía con su paciente?</b>  ¿Cómo describiría sus sentimientos hacia su paciente? ¿Variaron en algo estos sentimientos a lo largo de la terapia?  ¿Cuáles cree que eran los sentimientos de su paciente hacia usted?  ¿Sintió usted que éstos variaron a lo largo de la terapia?  <b>¿Hubo situaciones de incomodidad o desencuentro en la interacción con su paciente?</b>  ¿Cómo fueron?  ¿De qué manera manejaron estas situaciones? ¿Cómo se sintió?  ¿De qué manera cree usted que lo que ocurría y cómo se sentían en la relación influyó en el proceso terapéutico de su paciente?  <b>¿Cómo se describiría usted como terapeuta en esta terapia?</b>  ¿De qué manera cree usted que el diagnóstico del paciente influyó en su proceso terapéutico?  <b>¿Cómo manejó el tema de la confidencialidad con el paciente? ¿Cree que esto influyó en la relación que estableció con él/ella?</b></p> <p><b>* Indagar también respecto a la relación con los padres o familiares del paciente.</b>  ¿Cómo fue la relación con los padres? (especificar)  ¿Cómo fue su participación en la terapia?  ¿Cómo influyó la relación con los padres en el proceso psicoterapéutico del niño/a o adolescente?</p>

	<p>¿Hubo situaciones de incomodidad o desencuentro con los padres?  <b>¿Cómo manejó el tema de la confidencialidad con los padres/familiares del paciente? ¿Cree que esto influyó en la relación que estableció con ellos?</b></p>
<p><b>Cuénteme una situación/acontecimiento que refleje o ejemplifique esto.</b></p>	
<p><b>Aspectos de proceso (Intervenciones y momentos significativos)</b></p>	<p><b>¿Cómo describiría la evolución de este proceso de terapia?</b>  <b>¿Hubo algún elemento que usted calificaría como "clave" en esta terapia?</b>  <b>¿Recuerda algún momento específico de la terapia en que Ud. haya sentido que algo significativo ocurrió en la relación con el paciente?</b> (indagar por algún momento especialmente saliente del proceso)  ¿Hubo <b>interacciones entre Ud. y su paciente</b> que hayan influido en cómo se dio su terapia? ¿Cuáles? ¿De qué manera?  ¿Qué <b>intervenciones/acciones/técnicas realizó/utilizó</b> que recuerda como importantes para esta terapia? ¿Recuerda algún evento en particular? ¿Cree usted que estas intervenciones influyeron en los logros (o no logros) de su paciente en terapia? ¿Cómo?  ¿Hubo <b>actitudes suyas</b> que hayan influido en cómo se dio esta terapia? ¿Cuáles? ¿De qué manera?  ¿Hubo <b>actitudes del paciente</b> que hayan influido en cómo se dio la terapia? ¿Cuáles? ¿De qué manera?  ¿Hubo <b>actitudes o acciones de los padres</b> que hayan influido en cómo se dio la terapia? ¿Cuáles? ¿De qué manera?  ¿Qué <b>intervenciones/acciones/técnicas que realizó con los padres</b> recuerda como importantes? ¿Cree usted que estas intervenciones influyeron en los logros (o no logros) de su paciente en terapia? ¿Cómo?  De todos estos factores mencionados, ¿cuál(es) cree usted que influyeron más en este proceso? ¿Los que más lo facilitaron? ¿Los que más lo dificultaron?</p> <p><b>Elementos del contexto que hayan influido</b> en el proceso y experiencia de la terapia:  ¿Hubo elementos del contexto institucional/laboral/escolar que hayan influido en su experiencia de la terapia? ¿Cuáles? ¿De qué manera?  ¿Contó usted con instancias de supervisión clínica? (entre pares, supervisor externo, etc.). ¿Cómo influyeron en el proceso terapéutico?  ¿Hubo elementos del contexto de investigación? (grabación, espejo, observadores, cuestionarios) que hayan influido en su experiencia de la terapia?  ¿Cree que hay otros aspectos involucrados que influyeron en cómo usted experimentó la terapia? (situación familiar / educacional / social / económica / situaciones de vida / otros acontecimientos).  ¿Cuáles? ¿Cómo?</p>
<p><b>Cuénteme una situación/acontecimiento que refleje o ejemplifique esto.</b></p>	
<p><b>Resultados</b></p>	<p><b>¿Cómo evalúa esta psicoterapia?</b>  <b>¿Cree que fue exitosa? ¿Por qué?</b>  <b>¿Cambió algo en el paciente con la terapia? ¿Qué? ¿A qué cree que se debió?</b> (IMPORTANTE <b>distinguir entre cambios sintomáticos y otro tipo de cambios</b>)  <b>¿Cómo se fueron dando estos cambios?</b>  <b>¿Cómo logró darse cuenta o percibir estos cambios?</b></p> <p>¿Cambió su percepción inicial acerca de lo que estaba padeciendo</p>

	<p>el paciente (problema/diagnóstico) durante/después de la terapia?  ¿Cómo? ¿En qué? ¿Qué cosas influyeron en este cambio?  ¿De qué manera cree usted que el diagnóstico del paciente influyó en los resultados de esta terapia? <b>¿Y la etapa del desarrollo?</b>  ¿Qué aspectos de usted cómo terapeuta cree que influyeron en los resultados de la terapia?  <b>¿Cree que se solucionó el (los) problema(s) que llevaron al paciente/padres a consultar? ¿Cómo? ¿Cree que se solucionaron otros problemas? ¿Cómo? ¿Cómo se dio cuenta de eso?</b>  <b>¿Hubo cambios en los padres/familia?</b>  ¿Hubo resultados que no esperaba o le sorprendieron? <b>¿Hubo algunos cambios que esperaba y no se lograron?</b>  ¿Cree que en algún aspecto o área no hubo resultados (o éxito o logros)? ¿Por qué? ¿Cómo cree que se dio eso?  <b>¿Hubo resultados negativos en algún aspecto? ¿Cuáles? ¿Por qué? ¿Cómo se dio eso?</b>  ¿Qué cosas podrían haber sido mejores?  ¿Qué aprendió usted con esta terapia? ¿Percibió cambios en usted con esta terapia? ¿Cuáles?</p> <p><b>Elementos del contexto que hayan influido</b> en los resultados de la terapia:  ¿Hubo elementos del contexto institucional/laboral que hayan influido en los resultados de la terapia? ¿Cuáles? ¿De qué manera?  ¿Contó usted con instancias de supervisión clínica? (entre pares, supervisor externo, etc.). ¿Cómo influyeron en los resultados terapéuticos?  ¿Hubo elementos del contexto de investigación (grabación, espejo, observadores, cuestionarios) que hayan influido en los resultados de la terapia?  ¿Cree que hay otros aspectos involucrados que influyeron en los resultados de la terapia? (situación familiar / educacional / social / económica / situaciones de vida / otros acontecimientos). ¿Cuáles? ¿Cómo?</p>
<p><b>Cuénteme una situación/acontecimiento que refleje o ejemplifique esto.</b></p>	
<p><b>Término del proceso</b></p>	<p><b>¿De qué manera se dio término a la psicoterapia? ¿Quién propuso la finalización?</b>  - Si fue de mutuo acuerdo o propuesto por el terapeuta: <b>¿Qué elementos tomó en consideración para planificar el término de la psicoterapia?</b> ¿Qué cree que llevó al paciente a continuar hasta el final? ¿Cómo fue el manejo del cierre? ¿Qué temas se abordaron?  - Si fue propuesto por el paciente/ padres: <b>¿Qué razones dieron?</b> ¿Cómo acogió usted esta iniciativa? ¿Estaban el paciente y sus padres de acuerdo con esto?  - Si el paciente/ padres abandonan de manera abrupta la psicoterapia: ¿Qué cree que los llevó a tomar esa decisión? ¿Estaban el paciente y sus padres de acuerdo con esto?</p> <p><b>¿Cree que la terapia terminó en el momento adecuado? ¿Cree que para el paciente hubiera sido necesario más/menos tiempo?</b></p> <p>En caso que el término haya sido prematuro o unilateral: ¿Cómo cree que eso contribuyó a los resultados que me acaba de relatar?</p> <p><b>¿Qué implicancias para la vida del paciente cree que este tratamiento pueda tener a futuro?</b></p>

	<p><b>¿Cree que el paciente/sus padres volverían a consultar a un psicólogo/a? ¿Por qué?</b></p> <p><b>¿Cómo se sintió con el modo en que terminó esta psicoterapia? ¿Con qué elementos se queda de este término?</b></p>
<p><b>Cuénteme una situación/acontecimiento que refleje o ejemplifique esto.</b></p>	

Para finalizar, se le agradece al entrevistado su colaboración y se enfatiza la importancia de haber compartido su experiencia para efectos de mejorar nuestros conocimientos acerca de la terapia.

Y se le pregunta si hay algo más que quisiera agregar.

# FONDECYT SEGUIMIENTO

## GUIÓN DE ENTREVISTA A PACIENTE NIÑO/A

### Instrucciones para el Entrevistador

El objetivo de esta entrevista es conocer la percepción subjetiva de los participantes acerca de la experiencia de haber participado en terapia, o bien de que su familiar haya participado de una terapia. Es por ello que se busca que el entrevistado se exprese lo más posible en la descripción detallada de su experiencia, incluyendo la emergencia de reflexiones, recuerdos y sentimientos asociados. Por este motivo es que se espera que la entrevista sea una experiencia fluida.

En términos generales, esta entrevista pretende abarcar las siguientes grandes temáticas:

1. **Experiencia y definición de éxito y fracaso de la terapia.** Interesa conocer cómo evalúa retrospectivamente el paciente la experiencia de haber estado en terapia. Específicamente, qué aspectos considera que fueron positivos para su proceso, cómo y por qué, y cuáles percibe como negativos u obstaculizadores para este proceso. Es importante también conocer su definición personal de un buen o mal resultado en psicoterapia. Por último, es relevante conocer cómo se dio término al proceso terapéutico y cómo fue experimentado este término por parte del paciente.
2. **Atribuciones de causalidad.** Es importante indagar acerca de lo que el paciente considera que influyó en dichos éxitos y fracasos, cuáles fueron los factores o aspectos que llevaron a estos resultados percibidos y de qué manera. También es importante indagar acerca de qué cosas hicieron el paciente, el terapeuta o ambos juntos, así como también el familiar o adulto responsable, que influyeron en dicha percepción del éxito de la terapia. Esto incluye las intervenciones "típicas", así como también eventos atípicos, cosas que le llamaron la atención y que le parecieron relevantes. En esto es fundamental preguntar por momentos significativos de la terapia.
3. **Teoría subjetiva de salud y enfermedad.** Esto corresponde a la teoría o explicación que el sujeto tiene de su padecer, cómo lo entiende, a qué lo atribuye y asocia, y cómo entiende su propio proceso de mejora. Esto incluye explorar si la teoría de enfermedad sufrió alguna transformación producto de la terapia y cuál fue esta transformación, en qué consistió, y en relación a qué aspectos.
4. **La experiencia de la relación terapéutica.** Es importante explorar cómo el paciente percibe su relación y la relación del adulto o familiar responsable con el terapeuta, a lo largo del proceso. Interesa indagar en los cambios y oscilaciones experimentados o percibidos en los distintos intercambios con el terapeuta, los sentimientos hacia éste, así como la influencia de dichos sentimientos en el proceso de la terapia y de cambio (o no cambio) del paciente.

Teniendo en cuenta estas grandes temáticas, se sugiere que el entrevistador guíe la entrevista de manera fluida, y, en base a lo que el paciente vaya narrando, ir flexiblemente profundizando en dichas temáticas. Si es necesario, el entrevistador puede tomar nota de los contenidos que parezcan importantes y retomarlos en el curso de la entrevista.

## Entrevista

### **Consigna:**

Mi nombre es \_\_\_\_\_ y pertenezco al equipo de investigación del proyecto \_\_\_\_\_ (Fondecyt, Milenio).

Esta entrevista es para conversar sobre la terapia psicológica que tuviste con el psicólogo/a \_\_\_\_\_ y conocer cómo fue tu experiencia y cuál es tu opinión sobre lo que te gustó y no te gustó de la terapia.

### **Confidencialidad:**

Este estudio tiene la intención de ayudar a mejorar los tratamientos psicológicos a partir de la experiencia y opinión de quienes han ido al psicólogo/a.

Todo lo que hablemos aquí es confidencial, o sea, no se lo contaremos a tu psicólogo/a ni a tus papás. Pero si tú quieres, puedes contarles de lo que hablamos. Lo que tú nos cuentes servirá para saber cómo ayudar a otros niños que vengan al psicólogo/a.

Para no tomar nota, me gustaría grabar la entrevista.

## Pregunta de apertura de la entrevista

Dependiendo de las características del niño/a, podemos realizar un "rompe hielo", con aspectos generales, como por ejemplo: Ahora me gustaría que me contaras un poco de ti y de tu vida, para saber cómo eres tú; por ejemplo, cuéntame qué edad tienes, en qué curso estás, qué te gusta hacer, qué música escuchas, etc.

**"Cuéntame sobre cómo fue para ti venir al psicólogo/a \_\_\_\_\_. Quiero conocer lo que tú quieras contarme de esto. Lo que se te venga a la mente, lo que se te ocurra".**

**QUEDARSE LO MÁS POSIBLE EN ESTA FASE:** Dejar que el sujeto construya la narración, con la menor cantidad de intervenciones posibles. Evitar interrumpir u orientar el curso del pensamiento del entrevistado, sólo intervenir cuando sea necesario pedir aclaraciones, profundizar (pedir ejemplos concretos) o reflejar para confirmar que se está entendiendo lo que el paciente dice. El orden del guion puede alterarse de acuerdo a lo que vaya emergiendo en el discurso del paciente, lo importante es que se aborden los diferentes tópicos.

**DIBUJOS:** Con los niños/as se solicitará la realización de dibujos durante la entrevista. Por eso recuerde llevar lápices mina, de color, hojas, etc.

El uso del dibujo es para favorecer la narrativa, no como técnica de evaluación, por lo cual se sugiere conversar con el niño a medida que va realizando el dibujo.

**Dibujo 1:** Se espera que este dibujo genere diálogo acerca de los temas relativos al proceso terapéutico y la relación terapéutica. Su realización, sin embargo, es OPCIONAL, por lo que se sugiere utilizarlo SÓLO en caso de que la narrativa relativa a estos temas no surja espontáneamente.

**Consigna:** "Me gustaría pedirte que hagas un dibujo que se llama '**yo y mi psicólogo/a en la consulta/terapia**'".

**Dibujo 2:** Se sugiere utilizar este dibujo en **TODOS** los casos, salvo que el niño/a no quiera realizarlo. A través de él, se espera generar un diálogo acerca de los temas relativos al inicio de la terapia, sus resultados (**cambios percibidos y/o vivenciados**) y el término de la terapia.

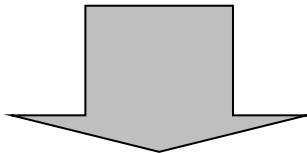
**Consigna:** "Me gustaría pedirte que hagas un dibujo que se llama **antes/después**, y que tiene que ver con cómo estabas y te sentías antes de la terapia, y después, cuando ésta terminó. Vamos a hacer primero una línea acá al medio (poner la hoja en posición horizontal y hacer una línea divisoria en la mitad); entonces acá, al lado izquierdo, le vamos a poner 'Antes de venir al psicólogo/a' (o al centro, a terapia o cómo el niño lo llame) y al lado derecho le vamos a poner 'Después de venir al psicólogo/a' (o al centro, a terapia o cómo el niño lo llame). El dibujo que te voy a pedir entonces tiene dos partes (o dos dibujos), uno en que puedas dibujarte cómo estabas y cómo te sentías antes de empezar a venir con el psicólogo/a, y cómo te sientes después de haber venido, o sea, ahora".

Si el niño/a no ha verbalizado o generado un relato en relación a los dibujos mientras los realiza, al finalizarlos pedirle que cuente acerca de ellos ("¿Qué me puedes contar acerca de este dibujo?").

**Profundización**

Una vez que el paciente haya desarrollado su narración, el entrevistador debe profundizar y abarcar las siguientes áreas relevantes, pidiendo ejemplos específicos de lo que está contando, lo más concretos posibles, incluso si recuerda en qué sesión ocurrió, o qué se estaba trabajando en esa sesión que recuerda.

A continuación se listan las áreas de exploración como guía y preguntas a modo de ejemplos que pueden ser usadas flexiblemente. No es necesario hacer todas las preguntas que aparecen en cada área, éstas son sólo una guía o referencia (con negrita se destacan las preguntas más relevantes para cada área temática).



<p><b>Diagnóstico y noción de enfermedad</b></p>	<p>¿Cómo fue que llegaste a terapia?  <b>¿Sabías por qué venías?</b> ¿Qué pasaba? ¿Había algo que estaba siendo difícil?  <b>¿Quién te trajo? ¿Sabes por qué te trajo?</b> ¿Quién te dijo que vinieras?          ¿Que decía tu mamá/papá/figura significativa de por qué venías?  <b>¿Qué te dijo el psicólogo/a de por qué venías?</b>          ¿Cómo te sentiste al venir?          ¿Cómo estabas al principio?</p>
<p><b>Cuéntame un ejemplo o situación de esto.</b></p>	
<p><b>Expectativas (Proceso)</b></p>	<p>Antes de llegar, ¿sabías a qué venías?  <b>¿Tenías ganas de venir al psicólogo/a?</b>  <b>¿Pensabas que te iba a ayudar? ¿En qué o para qué?</b>  <b>¿Cómo te imaginabas que iba a ser esto?</b>          ¿Hay algo que te sorprendió?</p>



	¿Habías ido antes al psicólogo/a? ¿Cómo fue?
<b>Cuéntame un ejemplo o situación de esto.</b>	
<b>Aspectos de proceso (Intervenciones y momentos significativos)</b>	<p>¿Te gustaba venir?  <b>¿Qué hacían con tu psicólogo/a?</b>, ¿eso fue cambiando?  ¿De qué te acuerdas?  ¿Qué te gustaba?  ¿Qué no te gustaba tanto?  <b>¿Hay algún momento especial que recuerdes?</b>  ¿Cuál era tu parte favorita?  ¿Hay algo que te gustaría que hubiera sido distinto?  ¿Se cumplió lo que imaginabas que iba a ser?  <b>¿Qué es lo que más te ayudó?</b>  ¿Cómo era al principio, (al medio), al final? ¿Hubo cambios?  ¿Qué cosas hiciste tú en la terapia que crees hayan servido?  ¿Qué cosas hicieron tu mamá/papá/figura significativa que crees hayan servido?</p> <p>Contexto: ¿Quién te traía?, ¿le gustaba traerte?, ¿te gustaba venir con esa persona?</p>
<b>Cuéntame un ejemplo o situación de esto.</b>	
<b>Relación Terapéutica (Proceso)</b>	<p>¿Qué pensabas de tu psicólogo/a? ¿Cómo era? Descríbemelo/a  <b>¿Cómo te sentías con tu psicólogo/a?</b> ¿Cómo te sentías con él/ella al principio y después? ¿Hubo cambios?  <b>¿Cómo te llevabas con él/ella?</b>  ¿Cómo eras tú con él/ella?  <b>¿Cómo se llevaba tu mamá/papá/figura significativa con él/ella?</b>  ¿Cómo era tu mamá/papá/figura significativa con él/ella?  ¿Qué es lo que más te gustaba del psicólogo/a?  ¿Y lo que menos te gustaba?  ¿Qué cosas hacías con el psicólogo/a que te hacían sentir bien/mal?  <b>¿El psicólogo/a conversaba a veces con tu mamá/papá/figura significativa? ¿Iba a veces a tu colegio?</b>  <b>¿Qué pensabas y/o sentías en relación a eso?</b></p>
<b>Cuéntame un ejemplo o situación de esto.</b>	
<b>Resultados</b>	<p><b>¿Crees que fue bueno venir al psicólogo/a? ¿Por qué?</b>  <b>¿Encuentras que te sirvió o te ayudó venir? ¿En qué o para qué?</b>  ¿Hay algo distinto?, ¿pasó algo? <b>¿Cambió algo (en ti, en otros)?</b>  <b>¿Qué cambió?</b>  ¿Por qué?, ¿qué habrá influido en eso?  ¿Otras personas notaron eso?, <b>¿alguien te dijo o notó que habías cambiado algo? ¿En qué?</b> ¿Crees que alguien se dio cuenta si te sirvió venir?  <b>Si le preguntáramos a tu mamá/papá/figura significativa, ¿qué dirían ellos que cambió?</b>  ¿En qué crees que no te ayudó venir?  ¿Hubo cosas que no cambiaron? ¿Hubo cambios que no te gustaron?  <b>¿Te hubiera gustado que te ayudara para algo más?</b> ¿Qué cosas podrían haber sido mejores?  <b>¿Sientes que ayudó a otras personas venir? (por ejemplo, a tu mamá/papá/figura significativa/otros miembros de tu familia). ¿Cómo y en qué los ayudó?</b></p> <p>Contexto:  ¿Otras personas sabían que venías al psicólogo/a? ¿Cómo te</p>

	<p>sentías con eso?</p> <p>¿Hay alguien más que haya ayudado en tu terapia o hecho esto más difícil? <b>¿Qué cosas hizo tu familia/ tus papás/ tu colegio/ tu profesor/a que hayan ayudado/ dificultado el proceso?</b></p> <p>¿Hubo algunas otras cosas (del centro, sala, sala espera, secretaria, etc.) que te hayan ayudado/ dificultado el proceso?</p> <p>¿Cómo te sentiste con la grabación/ espejo en la terapia (contexto de investigación)?</p> <p>¿Tomabas remedios/pastillas? ¿Sientes que te sirvieron?</p>
<b>Cuéntame un ejemplo o situación de esto.</b>	
<b>Término del proceso</b>	<p><b>¿Tú sabías cuándo se iba a terminar la terapia?</b></p> <p>¿Qué hicieron la última sesión?</p> <p><b>¿Qué pensaste y sentiste cuando terminaste/dejaste de venir?</b></p> <p>¿Te gustó o no te gustó venir?</p> <p><b>¿Crees que tendrías que haber venido más (o menos)? ¿Por qué?</b></p> <p><b>¿Crees que haber venido te va a servir para cuando seas más grande? ¿En qué o para qué?</b></p> <p>Para el <b>cierre de la entrevista</b>, no olvidar preguntar:  <b>Desde tu experiencia, ¿qué consejo le darías a otros niños que empiezan a venir al psicólogo/a?</b>  <b>¿Qué consejo le darías a los psicólogos de cómo ayudar a los niños que vienen a terapia/ aquí?</b>  <b>¿Qué consejo le darías a las familias/papás/adultos que traen a los niños/as al psicólogo?</b>  <b>¿Volverías a ir al psicólogo/a si lo necesitaras (a este/ otro)?</b></p>

Para finalizar, se le agradece al entrevistado su colaboración y se enfatiza la importancia de haber compartido su experiencia para efectos de mejorar nuestros conocimientos acerca de la terapia.

Y se le pregunta si hay algo más que quisiera agregar.

(Entregar pequeña retribución)

## FONDECYT SEGUIMIENTO

### GUIÓN DE ENTREVISTA A FAMILIAR O ADULTO RESPONSABLE

#### Instrucciones para el Entrevistador

El objetivo de esta entrevista es conocer la percepción subjetiva de los participantes acerca de la experiencia de haber participado en terapia, o bien de que su familiar haya participado de una terapia. Es por ello que se busca que el entrevistado se exprese lo más posible en la descripción detallada de su experiencia, incluyendo la emergencia de reflexiones, recuerdos y sentimientos asociados. Por este motivo es que se espera que la entrevista sea una experiencia fluida.

En términos generales, esta entrevista pretende abarcar las siguientes grandes temáticas:

1. **Experiencia y definición de éxito y fracaso de la terapia.** Interesa conocer cómo evalúa retrospectivamente el familiar o adulto responsable del paciente la experiencia de haber estado en terapia. Específicamente, qué aspectos considera que fueron positivos para el proceso, cómo y por qué, y cuáles percibe como negativos u obstaculizadores para este proceso. Es importante también conocer su definición personal de un buen o mal resultado en psicoterapia. Por último, es relevante conocer cómo se dio término al proceso terapéutico y cómo fue experimentado este término por parte del paciente.
2. **Atribuciones de causalidad.** Es importante indagar acerca de lo que el familiar o adulto responsable del paciente considera que influyó en dichos éxitos y fracasos, cuáles fueron los factores o aspectos que llevaron a estos resultados percibidos y de qué manera. También es importante indagar acerca de qué cosas hicieron el paciente, el terapeuta o ambos juntos, así como también el familiar o adulto responsable, que influyeron en dicha percepción del éxito de la terapia. Esto incluye las intervenciones "típicas" así como también eventos atípicos, cosas que le llamaron la atención y que le parecieron relevantes. En esto es fundamental preguntar por momentos significativos de la terapia.
3. **Teoría subjetiva de salud y enfermedad.** Esto corresponde a la teoría o explicación que el sujeto tiene del padecer del paciente, cómo lo entiende, a qué lo atribuye y asocia, y cómo entiende su proceso de mejora. Esto incluye explorar si la teoría de enfermedad sufrió alguna transformación producto de la terapia y cuál fue esta transformación, en qué consistió, y en relación a qué aspectos.
4. **La experiencia de la relación terapéutica.** Es importante explorar cómo el adulto o familiar responsable percibe su relación y la relación del paciente con el terapeuta, a lo largo del proceso. Interesa indagar en los cambios y oscilaciones experimentados o percibidos en los distintos intercambios con el terapeuta, los sentimientos hacia éste, así como la influencia de dichos sentimientos en el proceso de la terapia y de cambio (o no cambio) del paciente.

Teniendo en cuenta estas grandes temáticas, se sugiere que el entrevistador guíe la entrevista de manera fluida, y, en base a lo que el adulto o familiar responsable del paciente vaya narrando, ir flexiblemente profundizando en dichas temáticas. Si es necesario, el entrevistador puede tomar nota de los contenidos que parezcan importantes y retomarlos en el curso de la entrevista.

## Entrevista

### **Consigna:**

Mi nombre es \_\_\_\_\_ y pertenezco al equipo de investigación del proyecto \_\_\_\_\_ (Fondecyt, Milenio).

Esta entrevista es para conversar sobre la terapia psicológica que tuvo su hijo/a con el psicólogo/a \_\_\_\_\_ y conocer cómo fue esta experiencia y cuál es su opinión al respecto.

### **Confidencialidad:**

Este estudio tiene la intención de ayudar a mejorar los tratamientos psicológicos a partir de la experiencia y opinión de quienes han ido al psicólogo/a.

Todo lo que hablemos aquí es confidencial, es decir, no se compartirá con el psicólogo/a ni con su hijo/a. Pero si usted quiere, puede contarle lo que hablamos. Lo que usted nos cuente servirá para saber cómo ayudar a otras familias que vengan al psicólogo/a con sus hijos/as.

Para no tomar nota, me gustaría grabar la entrevista.

### **Pregunta de apertura de la entrevista**

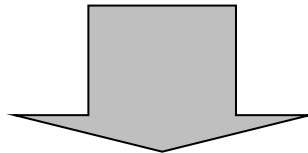
“Cuénteme sobre cómo fue para usted y para su hijo/a venir al psicólogo/a \_\_\_\_\_. Quiero conocer su opinión acerca de la experiencia respecto a la terapia de su hijo/a. Todo lo que usted quiera contarme en relación a esto, lo que se le venga a la mente”.

**QUEDARSE LO MÁS POSIBLE EN ESTA FASE:** Dejar que el sujeto construya la narración, con la menor cantidad de intervenciones posibles. Evitar interrumpir u orientar el curso del pensamiento del entrevistado, sólo intervenir cuando sea necesario pedir aclaraciones, profundizar (pedir ejemplos concretos) o reflejar para confirmar que se está entendiendo lo que él dice. El orden del guión puede alterarse de acuerdo a lo que vaya emergiendo en el discurso del entrevistado, lo importante es que se aborden los diferentes tópicos.

### **Profundización**

Una vez que el familiar o adulto responsable haya desarrollado su narración, el entrevistador debe profundizar y abarcar las siguientes áreas relevantes, pidiendo ejemplos específicos, lo más concretos posibles, incluso si recuerda en qué sesión ocurrió lo que está narrando.

A continuación se listan las áreas de exploración como guía y preguntas a modo de ejemplos que pueden ser usadas flexiblemente. No es necesario hacer todas las preguntas que aparecen en cada área, son solo una guía o referencia (con negrita se destacan las preguntas más relevantes para cada área temática).



*Agregar criterio de orden de acuerdo al discurso del familiar*

**Diagnóstico y  
noción de**

**¿Por qué su hijo/a fue a terapia, qué pasaba?**

**¿Por qué cree que le pasaba eso?** (ideas asociadas a las causas de su problema) (indagar en factores personales, familiares,

<b>enfermedad</b>	biológicos y/o sociales) ¿Qué pensaba usted respecto a consultar al psicólogo/a? ¿Cómo se sintió? ¿De quién fue la idea de consultar al psicólogo, y por qué? ¿Ud. le informó o lo conversó con su hijo/a antes de asistir? <b>¿Qué le dijo el psicólogo/a respecto a lo que le pasaba a su hijo/a?</b> ¿Qué pensó/sintió usted al respecto? ¿Le hizo sentido? ¿Cambió la percepción inicial acerca de lo que le estaba pasando a su hijo/a en el transcurso de la terapia? ¿Cómo? ¿En qué sentido?
<b>Cuénteme un ejemplo o situación de esto.</b>	
<b>Expectativas (Proceso)</b>	<b>¿Ud. quería llevar a su hijo/a al psicólogo/a? ¿Ud. quería participar en el proceso?</b> <b>¿Pensaba que el psicólogo/a podía ayudar a su hijo/a?</b> <b>¿Cómo o en qué?</b> <b>¿Qué esperaba Ud. que pasara con la terapia?</b> ¿Se cumplió lo que Ud. esperaba o fue distinto? ¿Sucedieron cosas en la terapia que no esperaba que pasaran y que le llamaron la atención? ¿Su actitud frente a la terapia siempre fue igual o fue cambiando? ¿Habían ido antes al psicólogo/a, Ud. y/o su hijo/a? ¿Cómo fue esa experiencia? (experiencia psicológica previa)
<b>Cuénteme un ejemplo o situación de esto.</b>	
<b>Aspectos de proceso (Intervenciones y momentos significativos)</b>	<b><u>En relación a su hijo/a:</u></b> <b>¿Le gustaba ir a terapia?</b> ¿Fue siempre así? ¿Había algo que no le gustaba tanto? ¿Sabía Ud. lo que hacían en la terapia?  <b>¿Qué es lo que más contaba su hijo/a de la terapia? ¿Hay algo en especial que su hijo/a le haya mencionado?</b> ¿Cree que su hijo/a colaboró con la terapia? ¿Cómo?  <b><u>En relación a Ud.:</u></b> <b>¿Ud. u otro familiar participó en la terapia de su hijo/a?</b> <b>¿Quiénes? ¿Cómo participaron?</b> <b>¿Y qué le parecía a Ud. eso?</b> ¿Hay alguna sesión o momento especial de la terapia que Ud. recuerde?  ¿Piensa Ud. que aportó /colaboró con la terapia de su hijo/a? ¿Cómo? ¿Hay algo que le hubiera gustado que fuera distinto?  Contexto: ¿Quién acompañaba a su hijo/a a las sesiones?
<b>Cuénteme un ejemplo o situación de esto.</b>	
<b>Relación Terapéutica (Proceso)</b>	<b><u>En relación a su hijo/a:</u></b> <b>¿Cómo era la relación con su psicólogo/a? ¿Cómo se llevaban?</b> ¿Hubo cambios en la relación? ¿Cuáles? ¿Cómo era su hijo/a con el psicólogo/a? ¿Qué opinaba de él/ella? ¿Cree que el tipo relación entre ellos ayudó/dificultó el proceso de terapia? ¿Cómo?  Si tuviera que elegir una palabra o frase para describir la relación de su hijo/a con el psicólogo/a, ¿cuál sería? ¿Ud. supo o percibió alguna situación incómoda o problemática entre su hijo/a y el/la terapeuta? ¿Cómo fueron? ¿De qué manera las manejaron? ¿Cómo se sintió su hijo/a con esta situación?

	<p><b>En relación a Ud.:</b>  ¿Cómo se llevaba con el psicólogo/a de su hijo/a?  <b>¿Cómo era la relación con él/ella?</b>  ¿Qué pensaba Ud. del psicólogo/a?</p> <p><b>¿Hubo situaciones de desencuentro o incomodidad entre Ud. y el/la terapeuta?</b> ¿Hubo cosas que no le gustaron? ¿Cómo fueron? ¿De qué manera las manejaron? ¿Cómo se sintió en esas situaciones?</p>
<p><b>Cuénteme un ejemplo o situación de esto.</b></p>	
<p><b>Resultados</b></p>	<p><b>En relación a su hijo/a, ¿cree que fue bueno venir a terapia? ¿Por qué? ¿Encuentra que le sirvió o le ayudó venir? ¿En qué o para qué?</b>  ¿En qué siente que no le sirvió o no lo ayudó?</p> <p><b>¿Cambió su hijo/a en algo? ¿En qué?</b> ¿Qué habrá influido en eso? (retomar razones o problemas que motivaron la consulta)  <b>¿Cómo se fueron dando estos cambios?</b>  <b>¿Cómo logró Ud. darse cuenta o percibir estos cambios?</b>  <b>Si le preguntáramos a su hijo/a, ¿qué diría él/ella que cambió?</b></p> <p>¿Hubo cambios/resultados que no esperaba o que le sorprendieron?  <b>¿Hubo cosas que no cambiaron (y que Ud. esperaba que sí cambiaran)?</b>  <b>¿Hubo cambios que no le gustaron?</b>  <b>¿Le hubiera gustado que la terapia le ayudara en algo más?</b>  ¿Qué cosas podrían haber sido mejores?  <b>¿Alguien le dijo o notó que su hijo/a había cambiado en algo? ¿En qué? ¿Quiénes lo notaron? ¿Cómo se dieron cuenta o percibieron estos cambios?</b>  <b>¿Siente que la terapia ayudó a otras personas? A Ud., otros familiares, otras figuras significativas. ¿Cómo y en qué los ayudó?</b></p> <p>Contexto:  ¿Qué pensaban otras personas acerca de la terapia de su hijo/a? (familiares, amigos, profesores)</p> <p><b>¿Qué cosas hicieron ustedes como papás o familia que hayan ayudado/ dificultado el proceso o que hayan influido en los resultados de la terapia?</b>  ¿Qué cosas hicieron otros (el colegio, el profesor/a del niño/a, sus amigos) que hayan ayudado/ dificultado el proceso o que hayan influido en los resultados de la terapia?</p> <p>¿Hubo algunas otras cosas (del centro, sala, sala espera, secretaria, etc.) que hayan ayudado/ dificultado el proceso o que hayan influido en los resultados de la terapia?  ¿Su hijo/a le comentó cómo se sintió con la grabación/ espejo en la terapia (contexto de investigación)?  Además de la terapia, ¿había otros tratamientos (medicamentos u otros)? ¿Siente que sirvieron o ayudaron?</p>
<p><b>Cuéntame un ejemplo o situación de esto.</b></p>	
<p><b>Término del proceso</b></p>	<p><b>¿Cómo fue el término de la terapia? ¿Quién propuso la finalización?</b>  ¿Cómo fue para su hijo/a dejar de venir al psicólogo/a? ¿Él/ella</p>

	<p>sabía por qué dejó de asistir? ¿Le comentó algo al respecto?  ¿Quería seguir asistiendo?  <b>¿Cree que haber venido le va a servir a su hijo/a para más adelante o a futuro?</b></p> <p>¿Cree que la terapia terminó en el momento adecuado? <b>¿Piensa que su hijo/a hubiera necesitado más (o menos) tiempo?</b>  ¿Por qué?  <b>¿Qué le llevó a mantener / abandonar el tratamiento de su hijo/a?</b></p> <p><b>Y a Ud. como mamá/papá, ¿en qué cree que la terapia le puede servir a futuro?</b>  ¿Cómo cree que recordarán Ud. y su hijo/a esta experiencia más adelante?</p> <p>Para el <b>cierre de la entrevista, no olvidar preguntar:</b>  <b>¿Qué consejo le daría a otros papás o familias que empiezan a llevar a sus hijos/as al psicólogo/a?</b>  <b>¿Qué consejo le daría a los psicólogos de cómo ayudar a los padres/niños/ adolescentes que vienen a terapia/ aquí?</b>  <b>¿Volvería a llevar a su hijo/a al psicólogo/a si lo necesitaras (a este/ otro)?</b></p>
--	--

Para finalizar, se le agradece al entrevistado su colaboración y se enfatiza la importancia de haber compartido su experiencia para efectos de mejorar nuestros conocimientos acerca de la terapia.

Y se le pregunta si hay algo más que quisiera agregar.

ANEXO 4

Compromiso de Confidencialidad de Transcritores Estudio 2





**Carta Compromiso Ético Transcritores y Editores Proyecto FONDECYT N°**

Yo....., RUT....., en mi rol de transcriptor/a-edor/a en el estudio denominado “Experiencias de Éxito y Fracaso en Psicoterapia – Construcción de un Modelo Comprehensivo Multidimensional”, me comprometo a respetar todos los resguardos éticos que mi labor implica.

Entiendo que la información transcrita o editada es confidencial. Por lo tanto, me comprometo a cuidar el material de las grabaciones que debo transcribir o editar, es decir:

- Me comprometo a no reproducir las sesiones y/o la información contenida en ella en ninguna otra instancia,
- Me comprometo a no alterar, manipular ni lucrar con el material de audio a mi cargo,
- Me comprometo a borrar y eliminar de mi computador el archivo transcrito o editado, a los dos meses de ser entregado al equipo de investigación, y
- Me comprometo a informar a los responsables del estudio si conozco al paciente o al terapeuta y a abstenerme de transcribir o editar dicho material.

Si tiene alguna pregunta puede comunicarse con Mariane Krause, investigadora responsable del proyecto, al teléfono 23547178, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Macul, Santiago.

Si usted tiene alguna consulta o preocupación respecto a sus derechos como participante de este estudio, puede contactar a María Rosa Lissi, Secretaria Ejecutiva del Comité de Ética de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, e-mail: comité.etica.psicologia@uc.cl, fono 2354-5883.

Sí, he leído y entiendo el compromiso solicitado y estoy de acuerdo con asumirlo y respetarlo.

.....  
Firma Participante

.....  
Firma Investigadora

Fecha:  
(Dos copias)



FE DE ERRATAS

DONDE DICE: “Si usted tiene alguna consulta o preocupación respecto a sus derechos como participante de este estudio, puede contactar a” DEBE DECIR: “María Elena Gronemeyer, Presidenta del Comité Ético Científico de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades de la Pontificia Universidad Católica de Chile, e-mail [eticadeinvestigacion@uc.cl](mailto:eticadeinvestigacion@uc.cl)”.

.....  
Firma Participante

.....  
Firma Investigadora

Fecha:  
**(Dos copias)**



ANEXO 5

Acta de Aprobación Tesis Doctoral Comité de Ética



PONTIFICIA  
UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CHILE

## ACTA DE APROBACIÓN ÉTICA DEL COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO DE CIENCIAS SOCIALES, ARTES Y HUMANIDADES

### Miembros del Comité Ético Científico

Sra. María Elena Gronemeyer Forni, presidenta del CEC-Ciencias, profesora de la Facultad de Comunicaciones.  
Sra. Lydía Gómez Pérez, profesora de la Facultad de Ciencias Sociales  
Sra. Natalia Hernández Mary, Trabajadora Social, integrante externo.  
Sra. Jeanne Lafortune, profesora de la Facultad de Ciencias Económicas y Administración  
Sr. Sergio Martinic Valencia, profesor de la Facultad de Educación.  
Sr. René Millar Carvacho, profesor de la Facultad de Historia, Geografía y Ciencia Política  
Sr. Jorge Muñoz Castillo, abogado, integrante externo  
Sra. Paulina Ramos Vergara, abogada, profesora de la Facultad de Medicina  
Sr. Eugenio Rodríguez Balboa, profesor de la Facultad de Ciencias Sociales  
Sra. Alejandra Santana López, secretaria ejecutiva y ministro de fe del Comité  
Sr. Cristián Simonetti Vicuña, profesor de la Facultad de Ciencias Sociales  
Sr. Ignacio Villegas Vergara, profesor de la Facultad de Artes.

### Participaron en la aprobación del protocolo titulado:

“Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico con niños/as ”

**Investigador responsable:** Nicolle Alamo

**Académico responsable:** Mariane Krause

**Institución:** Facultad de Ciencias Sociales

**Financiamiento:** Tesis doctoral

### Documentos revisados y aprobados por el comité:

- Protocolo de evaluación ética de ciencias sociales, artes y humanidades.
- Consentimientos informados del estudio 2 para terapeutas y padres.
- Asentimiento informado del estudio 2.
- Consentimientos informados del estudio 3 para terapeutas y padres.
- Asentimiento informado del estudio 3.
- Carta de autorización de directores de centros de salud versiones estudio 2 y 3.
- Compromiso de confidencialidad transcritores versiones estudio 2 y 3.
- Compromiso de la investigadora.

### Considerando:

- 1.- Que las metodologías, según se describe en el proyecto, aparecen como apropiadas a los objetivos y que en ellas se siguen los estándares internacionales al respecto,
- 2- Que los investigadores aludidos ya tienen experiencia realizando este tipo de estudios,
- 3- Que en toda la información entregada al público invitado a participar se evita entrar en detalles que podrían producir un sesgo o predisponer a los entrevistados a responder de una determinada manera (al hacerles explícitos los objetivos de la investigación por ejemplo) dañando así los objetivos mismos de la investigación,

www.uc.cl



**ACTA DE APROBACIÓN ÉTICA DEL COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO DE CIENCIAS SOCIALES, ARTES Y HUMANIDADES**

4.- Que ninguno de los métodos importa un riesgo físico para los participantes y que, garantizada la confidencialidad de las identidades de los informantes en la publicación de resultados tampoco importa un riesgo de menoscabo de su intimidad.

Y verificado que en el (los) documento(s) de consentimiento informado mencionado(s) se incluye:

- 1.- Una descripción general de los objetivos de la investigación,
- 2.- Antecedentes sobre el uso que se dará a la información obtenida por cada uno de los procedimientos de investigación a utilizar,
- 3.- Un compromiso respecto de que el uso de dicha información sólo se realizará dentro de los marcos de la presente investigación y para el logro de dichos objetivos,
- 4.- El aseguramiento de la confidencialidad y anonimato de los datos entregados dentro de los marcos propios de cada instrumento,
- 5.- Información sobre la manera que cada instrumento contempla para recabar la información solicitada,
- 6.- Antecedentes respecto del costo en tiempo que tiene la participación en el estudio,
- 7.- La voluntariedad de la participación y la garantía para cada participante de tener la opción hacer abandono del estudio.

Se resuelve respecto de este proyecto:


- 1.- Que están tomadas las precauciones convencionales para el tratamiento ético de la información entregada por las personas que participen en la investigación,
- 2.- Y que ellas lo harán adecuadamente informadas de los objetivos generales de la investigación y del uso que se hará de la información que ellos entreguen, en los plazos necesarios para el éxito de la investigación.

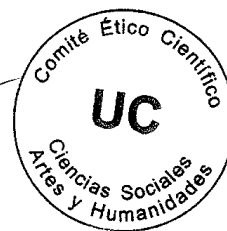
**Resolución CEC - Ciencias sociales, artes y humanidades:**

Este proyecto ha sido aprobado con fecha 05 de agosto de 2015 en la sesión n°14 del Comité, y tiene vigencia por 1 año.

En la eventualidad de incorporar nuevas modificaciones como por ejemplo, diseño o rediseño de instrumentos de recolección de datos, cambios en la muestra, el personal a cargo, los procedimientos especificados en el protocolo aprobado u otros, el investigador deberá notificarlo al comité para la evaluación y emisión de una nueva carta de aprobación ética.

Lo saluda atentamente,

  
María Elena Gropemeyer Forni  
Presidenta  
CEC- Ciencias sociales, artes y humanidades UC



Santiago, 07 de agosto de 2015

[www.uc.cl](http://www.uc.cl)