

Beneficios de la aplicación de la terapia de juego en la reducción de las conductas externalizantes en niños prescolares que han vivenciado trauma complejo

Ps. Paula Llanos Arredondo

Magíster en Intervención Psicológica Infantojuvenil: Abordaje Multinivel

Proyecto de intervención I, II y III

Supervisora clínica: Ps. Patricia Liberona González

Concepción, 17 de noviembre de 2025

INDICE

I. Problema de Intervención

1.1 Demanda inicial 3-5	3-5
1.2 Caracterización del objeto de intervención y problematización inicial	
Justificación	6
Planteamiento	6-7
Descripción Multinivel	7-10
Formulación	10
1.3 Antecedentes contextuales y teórico-conceptuales	
1.3.1. Marco contextual y conceptual	10-17
1.4 Antecedentes empíricos	18-19

II. Diagnóstico

2.1 Objetivos de diagnóstico	20
2.2 Diseño de la estrategia de levantamiento de información	
2.2.1 Descripción y justificación de los instrumentos o técnicas de recolección	
a) Cuantitativas	20-21
b) Cualitativas	22-23
2.3 Análisis de los resultados del diagnóstico	22-27
Discusión	28-29
Conclusiones	29-30

III. Propuesta de intervención

3.1 Relevancia de la intervención	30-31
3.2 Objetivos de la intervención	31
3.3 Plan de evaluación de resultados	31-36
3.4 Diseño de la estrategia de intervención	37-45
3.5 Consideraciones éticas	46-47

IV. Resultados

4.1 Informe de la evaluación de resultados de la intervención	46-59
4.2 Conclusiones del proceso psicoterapéutico	59-63
4.3 Reflexiones sobre el proceso psicoterapéutico	63-67
4.4 Recomendaciones al proceso psicoterapéutico	67-70

Referencias	70-76
--------------------	-------

Anexos	76-116
---------------	--------

I. PROBLEMA DE INTERVENCIÓN

1.1 Demanda inicial

“S” es un niño de 3 años que asiste a consulta en contexto de medida de protección dictaminada por Tribunal de Familia de Talcahuano, por medio de la cual ingresa al Programa Familias de Acogida Especializada de Administración directa del Estado, bajo el cuidado de sus abuelos por línea paterna, “M” (65 años) y “V” (75 años), debido a grave vulneración de derechos ejercida por parte de sus progenitores. En este contexto es relevante mencionar que los usuarios no consultan de manera espontánea, sino que bajo el mandato judicial emitido por Tribunal de Familia, no obstante, ambos adultos han mostrado apertura hacia el proceso de intervención del Programa y especialmente a la intervención terapéutica que pueda recibir “S”, manifestando su deseo de que el niño pueda adaptarse paulatinamente a la nueva rutina familiar y sanar el daño emocional vivenciado. Se observa una alta expectativa de ambos adultos respecto de los resultados que pueda tener la intervención psicológica con “S”.

A fin de entregar el contexto de funcionamiento respecto del programa donde se ejecuta la intervención de “S” y su familia, el Programa de Familias de Acogida es una modalidad de cuidado alternativo no residencial que es parte de la oferta programática del Servicio Nacional de Protección especializada a la Niñez y Adolescencia, que busca poder restituir el derecho de los niños, niñas y adolescentes (NNA) gravemente vulnerados en sus derechos, a poder vivir en familia, ya sea con su familia de origen u otra alternativa familiar que se despeje dentro del proceso, por medio de intervenciones individuales con el NNA, su familia de origen y familia de acogida extensa o externa (familias no consanguíneas) y también la articulación con la comunidad (judicial, salud, educación, entre otras). La intervención directa se realiza en dupla psicosocial, de modo que mientras el psicólogo/a interviene terapéuticamente con el NNA, el trabajador social interviene directamente con los cuidadores, a fin de poder acompañarlos en el fortalecimiento de sus competencias parentales, orientarlos en aspectos formales del proceso de acogimiento familiar y en la tramitación de los cuidados definitivos del niño, en caso de que corresponda.

Respecto de la historia de vida del niño, “S” es el único hijo en común de la pareja conformada por “N” (padre, 35 años) y “MJ” (madre, 37 años), quienes son padres de tres hijos cada uno de relaciones anteriores, respectivamente. Se desconoce el contexto de conformación de la pareja, al no poderse sostener entrevista directa con estos adultos, quienes se encuentran con orden de alejamiento respecto del niño y con domicilio desconocido. Al respecto, solo se tiene como antecedente lo reportado por cuidadores del niño, quienes señalan que “N” tenía una relación de pareja estable y tres hijos, viviendo en la comuna de Talcahuano. Posteriormente se traslada a Temuco por motivos laborales y en dicha localidad se habrían conocido con madre del niño, donde entablan relación de pareja. Cabe mencionar, según este reporte, que es en dicho contexto donde el padre del niño habría iniciado el consumo de drogas.

De acuerdo a los antecedentes aportados por los abuelos paternos y los antecedentes contenidos en la carpeta judicial, la relación de los padres se habría caracterizado por dinámicas de negligencia parental grave, asociada a insatisfacción de necesidades básicas de “S”, tanto materiales como emocionales, nulo establecimiento de normas y rutinas, desescolarización, escasa participación en dispositivos de salud, exposición a contextos de riesgo asociado al consumo de drogas y la presencia de adultos desconocidos en el domicilio, inestabilidad habitacional y laboral; violencia intrafamiliar grave, consistente en abuso físico y verbal, incurriendo incluso en lesiones graves asociadas a puñaladas hacia “N” por parte de “MJ”; consumo problemático de drogas de ambos adultos, sin adherencia a tratamientos en dispositivos de salud pública; dinámica delictual de ambos adultos, existiendo antecedentes de robo por parte de N y de presunta participación en un homicidio por parte de “MJ”; e inadherencia a programas

de la red proteccional a los cuales ha sido derivado el grupo familiar (Oficina de protección de derechos, Programa de prevención focalizada, Programa AFT-PF Talcahuano y Temuco).

Dentro de los hechos que originan la medida de protección y que son fundamentales para comprender la situación actual de “S”, es relevante poder establecer la temporalidad de los sucesos: En el mes de noviembre de 2023, OPD de la comuna de Talcahuano alerta lo informado por CESFAM [en reserva], respecto de las malas condiciones higiénicas con las que se presenta el niño a control sano, refiriendo

Al momento del control, enfermera refiere que le llama la atención de “S”, la mala higiene con la que el niño iba (...), cicatriz en zona frontal la que atribuye a caída anterior. Cuando se le pregunta a la madre por la situación de “S” y sus hermanos, refiere “mis hijos son salvajes, a ellos les gusta andar así”.

Existiendo antecedentes previos suficientes para determinar acciones de protección inmediata, Tribunal de Familia decreta el ingreso de los dos medio hermanos por línea materna, a un centro residencial, sin embargo, esto no se concreta ya que los padres huyen con los niños a otra región, decretándose una medida cautelar de orden de búsqueda.

Solo en el mes de marzo de 2024 se toma contacto nuevamente con “MJ”, y en el mes de mayo es posible conocer que “S” se mantiene al cuidado de su madre, mientras que sus hermanos se encuentran al cuidado de familiares por línea materna, experimentando el niño diversas formas de negligencia, siendo testigo de una dinámica conflictiva en la pareja, manteniéndose las situaciones de violencia intrafamiliar, escolarización irregular, deficientes condiciones habitacionales, entre otras, concretándose finalmente, el traslado de “S” en el mes de junio de 2024, al cuidado de sus abuelos paternos, en la comuna de Talcahuano, encontrándose al cuidado de estos adultos actualmente por un tiempo de cuatro meses, sin que existiese una vinculación previa entre los adultos y su nieto. Al ingresar al programa FAE, la abuela paterna manifiesta su preocupación por la conducta disruptiva del niño, asociado a la dificultad para acatar normas, uso reiterado de un lenguaje soez y adultizado e intento de acceder a elementos peligrosos como cuchillos y conducta sexualizada. No obstante, refiere que el niño ha presentado avances considerables al interior de la familia, logrando adaptarse paulatinamente a algunas normas y límites establecidos, y especialmente logrando vincularse con cuidadores, logrando entregar y aceptar muestras de cariño.

La adulta señala que al llegar “S” *“era como un animalito”* refiriendo que el niño no contaba con hábitos de cuidado personal, alimentación, aseo o rutinas en general, relacionándose con otras personas de manera hostil y agresiva. Refiere que si bien esta sintomatología ha ido en descenso, aun presenta conductas que les parecen preocupantes, manifestando la necesidad de recibir orientaciones respecto del manejo conductual del niño.

Respecto de lo referido por “S” y su propio motivo de consulta, no logra verbalizar uno como tal, entendiendo su corta edad y características del ciclo vital. Sin embargo, “S” manifiesta de manera espontánea en su relato la presencia de figuras imaginarias agresivas y acechantes, identificándolo como *“el lobo feroz”*. Respecto de la situación de sus padres, señala de manera espontánea frases que dan cuenta de exposición a contextos inestables como *“a mi papá se lo llevaron los carabineros”*.

1.2 Caracterización del objeto de intervención y problematización inicial

A partir de los antecedentes aportados anteriormente, la problemática clínica que será el foco de la intervención será la conducta externalizante del niño asociada a la dificultad para adherir a normas al interior de su familia de acogida y la presencia de conducta agresiva verbal y física al intentar resolver los conflictos que se le presentan, como síntomas de trauma complejo a partir de experiencias de vida desfavorables.

Según los antecedentes entregados por sus abuelos, la sintomatología se presenta principalmente dentro de la rutina diaria en contextos que pueden ser demandantes para el niño, a la hora de adherir a ciertas actividades rutinarias que el niño no desea hacer o cuando se le pide que deje de realizar alguna conducta inapropiada. Ante esto el niño responde con gritos, insultos y activación psicomotora. En general, los adultos lo describen como un niño con un alto nivel de actividad, cariñoso e inteligente, destacando por sus habilidades del lenguaje, logrando expresar sus ideas e intereses.

Estas problemáticas se asocian indisolublemente a las diversas situaciones biopsicosociales a las que fue expuesto el niño desde su más temprana edad, pudiendo hipotetizarse también un consumo de drogas de la madre durante su etapa gestacional, el estrés tóxico en su desarrollo asociado a vivencias de violencia intrafamiliar de larga data, además de la negligencia parental grave.

Justificación

El trauma complejo en la infancia es una temática que paulatinamente se ha ido diferenciando de otras experiencias traumatizantes vivenciadas en los primeros años de vida, al requerir una conceptualización particular que permita comprender el fenómeno en su totalidad, incorporando tanto aspectos individuales como factores familiares y sociales que influyen en la presencia y exposición a factores de riesgo tempranos (Cook, 2003).

En la realidad nacional, se encuentra vigente el *Plan de acción Nacional niñez y adolescencia 2018-2025* (2018) una política pública a cargo del Ministerio de desarrollo social que busca que “niños, niñas y adolescentes cuenten con las condiciones que garanticen el ejercicio de sus derechos de acuerdo a su curso de vida, sin distinciones, de modo que alcancen el máximo desarrollo de sus capacidades”. En este contexto, se han implementado diversos programas que buscan prevenir, intervenir y reparar el daño emocional asociado a vulneraciones de derechos en la infancia, con la intención de brindar entornos protectores, seguros y estables, que permitan un desarrollo adecuado, evitando la aparición de sintomatología o posteriores trastornos que afecten el curso de vida de los niños, niñas y adolescentes, como los señalados por Reef et al. (2011).

En este sentido, un gran número de NNA pudiesen beneficiarse de intervenciones especializadas y basadas en evidencia acorde a la realidad nacional y a los factores mayormente prevalentes en la población chilena, como los señalados por la Subsecretaría de prevención del delito en su estudio de Polivictimización (2023). Así mismo, mayor investigación en esta área puede ayudar a desarrollar intervenciones individuales de mejor calidad y atingentes a las necesidades evolutivas de los NNA especialmente aquellos en primera infancia, ya que como menciona Terradas y Asselin (2022) existe poca investigación empírica sobre las características de las actividades lúdicas de los niños expuestos a diversos traumas y escasos instrumentos para poder medir la presencia de conductas externalizantes asociadas al trauma en prescolares (Oliveros, 2023), considerando que estos cuentan con menores posibilidades de comunicar sus experiencias de manera verbal. En este contexto, cobra relevancia la terapia de juego, tanto para fines diagnósticos, como para fines interventivos, siendo relevante que se puedan sistematizar tanto la sintomatología de los prescolares que han vivenciado experiencias traumáticas, así como las intervenciones que cuenten con evidencia empírica de su efectividad, como las presentadas en los

estudios realizados por 2015 por Ray et al. (2015), Terradas y Asselin (2022), Ray (2022), Schoonover y Perryman (2023) y Yung-Wei y Bratton (2015).

Por otra parte, la intervención familiar en esta área es complementaria al logro de los objetivos terapéuticos de los niños, ya que la mejora en la sintomatología de los NNA pudiese encontrarse ligada al nivel de respuesta adecuada de los adultos cuidadores, siendo cada vez más relevante el apoyo profesional para acompañar a las familias frente a situaciones de crisis familiares, que anteriormente eran resueltas de manera informal (UNICEF, 2019). De esta forma, se visualiza como relevante que puedan elaborarse manuales o guías de intervención que permitan a las familias de acogida comprender y abordar la problemáticas de los NNA en acogimiento. Del mismo modo, pudiesen sugerirse intervenciones de acompañamiento emocional para poder generar una red de apoyo que permita disminuir la probabilidad de desistimiento de los cuidadores a partir de la sintomatología conductual que presentan los niños y que los expone a nuevas situaciones de abandono.

A nivel social, el poder intervenir de manera temprana con los NNA vulnerados en sus derechos y afectados por trauma complejo y con sus familias, podría ayudar a disminuir los factores de riesgo que se han descrito en la literatura asociados al daño emocional, problemas de salud física y mental, dificultades conductuales, sociales y vinculares (López- Soler, 2008), cuya presencia los expone a mayor dificultades para integrarse a las actividades a nivel escolar, social, laboral, aparición de conductas de riesgo, pudiendo estas dificultades exponerlos a nuevas situaciones de marginación social, promoviéndose una transmisión transgeneracional del trauma.

En base a lo mencionado, se observa como viable el poder generar mayor investigación en estas áreas al existir una política nacional y una amplia cobertura de programas protectores que intervienen con la población afectada, siendo además los plazos de intervención dictaminados por Tribunales de Familia generalmente de un año de intervención, de modo que se cuenta con una población “cautiva” aproximadamente por ese plazo de tiempo. Además, un foco de interés en base a los lineamientos estatales es la participación activa de los NNA, pudiendo estos espacios de investigación centrarse en que los NNA puedan dar su opinión respecto a sus propias vivencias y a las intervenciones o acciones que les han parecido más beneficiosas dentro de sus proceso de intervención.

Planteamiento

A partir de los antecedentes aportados en el presente informe, es posible señalar como hipótesis comprensiva desde la perspectiva multinivel, que “S” presenta una sintomatología compatible con Trauma complejo en la infancia, asociado a la exposición a diversas situaciones de desprotección por parte de su familia de origen, insertos a su vez en un contexto social y cultural de exclusión, con distintos determinantes sociales de la salud que han expuesto a la familia y en consecuencia al niño a un entorno de riesgo en su desarrollo. Si bien, en la medida que el niño se incorpora a una familia de acogida que provee de condiciones básicas, emocionales y vinculares protectoras, y se observan mejoras significativas en su bienestar, el daño emocional y vincular existente le dificulta a “S” el poder incorporarse adecuadamente a la nueva rutina.

Por su parte, los cuidadores actuales, se encuentran cursando una etapa del ciclo vital de tercera edad cercana a la jubilación, contando con recursos personales y competencias parentales que les han permitido acompañar el proceso de desarrollo y sanación de “S”, no obstante, estas competencias no logran abordar del todo las secuelas de las vivencias del niño, quien mantiene sintomatología conductual activa y genera desajustes en la rutina diaria de la familia de acogida.

Descripción Multinivel

Existen diversas aristas que permiten comprender esta problemática desde el análisis multinivel tanto a nivel individual, relacional y contextual. Respecto del área individual, “S” manifiesta

sintomatología emocional, conductual y vincular asociada a las diversas experiencias desorganizantes durante su desarrollo, asociada a negligencia y maltrato de parte de figuras vinculares con experiencias tempranas de trauma vincular.

En el área conductual, se observa como un niño con un alto nivel de energía, realizando algunas actividades que pueden salirse de la norma (subirse a mesas o lugares riesgosos). En el área de sexualidad, la cuidadora ha reportado preocupación frente a la conducta del niño, quien realiza movimientos sexualizados en contexto de juego y tocaciones constantes a sí mismo, no existiendo a la fecha antecedentes de situaciones de abuso sexual o de ser testigo de actividad sexual, no obstante, dados los antecedentes de la familia de origen, es un tema a continuar monitoreando. No se han reportado dificultades en su alimentación o rutina de sueño, existiendo reportes previos de pesadillas, en remisión.

No se cuenta con antecedentes de enfermedades médicas, pero el niño presenta caries dentales importantes que requieren tratamiento, pie plano y necesidades dermatológicas. Las expresiones conductuales, como se han mencionado, tienen relación a conducta externalizante, dificultad para adherir a normas y reglas, presencia de juego y de lenguaje agresivo reiterado. Estas expresiones conductuales en momentos de crisis suelen ser intensas y de mediana duración.

En el área de la cognición, se observa un adecuado desarrollo del lenguaje, que le permite expresar tanto sus deseos o intereses, como parte de su historia de vida y la interpretación que el niño hace de sus vivencias. Presenta ideas persecutorias con animales que lo persiguen y atacan, con una disminución paulatina de esta sintomatología.

Respecto de su desarrollo evolutivo, el niño logra reconocer emociones básicas, aunque la emoción persistente es la rabia. Cuenta con escasas habilidades aun para poder autorregularse, requiriendo de adultos que modulen su experiencia, e incluso con acompañamiento, tiende a no seguir indicaciones directas.

Respecto de sus relaciones interpersonales, en la actualidad, su familia de acogida ha asumido un rol de cuidado que le ha permitido paulatinamente resignificar sus experiencias de maltrato y abandono, mostrando avances significativos en cuanto a la adherencia a rutinas, hábitos, relaciones con adultos y pares. Sin embargo, un elemento que no se ha podido restituir es la relación filial de "S" con sus hermanos, quienes se encuentran al cuidado de otros familiares fuera de la región, no logrando mantenerse una comunicación fluida entre los niños, pudiendo experimentarse por "S" como otra experiencia de pérdida traumatizante, no obstante, cuidadores refieren que el niño no preguntaría actualmente por sus hermanos.

A nivel relacional, en este caso se requiere analizar la información respecto de la familia de origen, así como de la dinámica de la familia de acogida, donde el niño se encuentra desarrollándose en la actualidad.

Respecto de la familia de origen, quienes según el análisis se encontrarían en el ciclo vital de "Hijos en edad escolar", se observa que presentan diversas problemáticas asociadas a diversos determinantes sociales que afectaron su dinámica relacional y familiar ("Pobreza multidimensional" considerando las dimensiones de educación, salud, trabajo y seguridad social, vivienda y entorno; y redes y cohesión social, según encuesta CASEN 2022; consumo de drogas, compromiso delictual, normalización de la violencia y posible transmisión transgeneracional del trauma).

De esta manera, se hipotetiza que el clima familiar fue de alta inestabilidad, confusión, negligencia y hostilidad. Respecto de la estructura familiar no se cuentan con suficientes antecedentes, sin embargo, se puede hipotetizar la ausencia de rutinas y roles de cuidado, y una dinámica conyugal marcada por la violencia intrafamiliar y el consumo de drogas. La familia presenta límites cerrados a la influencia externa,

familiar o comunitaria, con un clima emocional de alta inestabilidad, confusión y hostilidad, existiendo patrones de interacción violentos y presencia de VIF. Los patrones de interacción se identifican como violentos y hostiles, especialmente entre la diada parental, y se desconoce si se hacía uso activo de sanciones físicas o psicológicas como medio de manejo conductual de los descendientes.

Por su parte, la familia de acogida, abuelos por línea paterna, se encuentran cursando el ciclo vital familiar de "Familia con miembros ancianos", contando con características personales propias de su edad que hacen complejo el proceso de incorporación del niño a su hogar, mostrándose sensible a sus necesidades, pero con necesidad de fortalecimiento de sus competencias parentales asociadas a poder contener y guiar a "S" en su desarrollo. La cuidadora se encuentra trabajando de manera dependiente en labores de mantención por "Programas Pro empleo", además de ser dirigente sindical, mientras que el cuidador se encuentra jubilado.

Cabe mencionar que durante el día llegan otros familiares al domicilio que han manifestado apoyo al proceso de acogimiento (tías y tíos, primos) y se han significado paulatinamente como personas relevantes en la vida del niño. El clima emocional familiar es de contención y expresión abierta y constante de afecto hacia el niño. En cuanto a la estructura familiar, se observa una jefatura mixta, con roles flexibles, con adultos independientes a pesar de su edad. El subsistema conyugal se expresa apoyo, confianza y afecto mutuamente. Sin embargo, "M" es quien establece el marco normativo y "V" asume un rol de igualdad jerárquica con el niño, no logrando establecer por sí mismo el marco normativo. El clima emocional familiar es de contención y expresión abierta y constante de afecto hacia el niño.

Se observa que se genera una crisis no normativa por incremento, asociada a una repentina sobrecarga a las exigencias del conglomerado familiar. La primera situación se relaciona con el inicio de consumo problemático de drogas del padre de "S" y la afectación emocional que vivieron sus padres producto de esto. Como consecuencia de esto, ocurre la posterior incorporación de "S" al grupo familiar, una situación inesperada y que ha significado un estresor diario para los abuelos del niño, debido al nivel de requerimientos de "S".

Finalmente, otro elemento de crisis reciente fue el fallecimiento de uno de los hermanos de la cuidadora, de manera súbita, con quien tenía una relación cercana y de contacto diario, lo que ha sido un golpe emocional para "M".

A nivel contextual, respecto de la familia de origen, esta se inserta en medio de una comunidad marcada por la pobreza, exclusión y aislamiento social, con baja permeabilidad al apoyo que puedan prestar redes fundamentales como salud, educación y sistema proteccional, existiendo una relación de tensión entre la familia de origen y las redes al percibir las como amenazantes y no como una oportunidad de recibir apoyo en el ejercicio de crianza. Existe una relación compleja a nivel judicial, con antecedentes en el área penal y familiar, lo que aumenta el nivel de tensión y percepción de aislamiento social.

Respecto de la familia de acogida, su domicilio se encuentra inserto en un sector caracterizado por el riesgo de delincuencia, no obstante, se encuentra cercano a servicios de salud, centros educativos, locomoción pública, entre otros, lo que se significa como un factor protector. La vivienda en sí cuenta con adecuadas condiciones de mantención, aseada y espaciosa, que ha permitido que "S" cuente con un espacio propio y adecuado para poder desenvolverse. Son un grupo familiar con límites flexibles al aporte externo, buscando ayuda activamente para poder resolver las necesidades de su nieto.

En la actualidad, el niño se encuentra escolarizado, con buena adaptación a su jardín infantil y con sus atenciones de salud regularizadas. Se encuentran participando activamente del proceso de intervención en Programa FAE.

En función de estos antecedentes, se elaboran hipótesis en base al modelo multinivel y a la terapia sistémico narrativa, que permitan explicar el fenómeno actual:

- Hipótesis individual: El niño manifiesta sintomatología emocional, conductual y vincular asociada a la exposición a diversas experiencias adversas durante su infancia, que han dificultado la conformación del sí mismo, el establecimiento de límites y la autorregulación emocional, presentando sintomatología compatible con trastornos relacionados a “traumas y factores de estrés”, “trastornos depresivos” y “trastornos del control de los impulsos y la conducta”, estos últimos a nivel subclínico.
- Hipótesis familiar: En relación a la familia de acogida, la llegada del niño al hogar ha significado una reestructuración del sistema familiar, existiendo una diferencia entre los recursos demandados por parte del niño versus la habilidad de los adultos para poder responder adecuadamente a sus conductas, impactadas por diversas experiencias adversas durante su infancia.
- Hipótesis sociocultural y contextual: Tanto la familia de acogida como la familia de origen se encuentran insertos en un contexto socio cultural de riesgo y estrés, sin embargo, la diferencia principal en la funcionalidad de las mismas radica en la permeabilidad que la familia de acogida presenta hacia las redes comunitarias, buscando activamente apoyo externo en el proceso de acogimiento familiar.
- Hipótesis comprensiva: A partir de los antecedentes aportados en el presente informe, es posible señalar como hipótesis comprensiva desde la perspectiva multinivel, que “S” presenta una sintomatología compatible con Trauma complejo en la infancia, asociado a la exposición a diversas situaciones de desprotección por parte de su familia de origen, insertos a su vez en un contexto social y cultural de exclusión, con distintos determinantes sociales de la salud que han expuesto a la familia y en consecuencia al niño a un entorno de riesgo en su desarrollo.

Si bien, en la medida que el niño se incorpora a una familia de acogida que provee de condiciones básicas, emocionales y vinculares protectoras, y se observan mejoras significativas en su bienestar, el daño emocional y vincular existente le dificulta a “S” el poder incorporarse adecuadamente a la nueva rutina.

Por su parte, los cuidadores actuales, se encuentran cursando una etapa del ciclo vital de tercera edad cercana a la jubilación, contando con recursos personales y competencias parentales que les han permitido acompañar el proceso de desarrollo y sanación de “S”, no obstante, estas competencias no logran abordar del todo las secuelas de las vivencias del niño, quien mantiene sintomatología conductual activa y genera desajustes en la rutina diaria de la familia de acogida.

Estos diversos elementos presentados desde el multinivel dan cuenta de situaciones de riesgo existentes en la vida del niño y su familia, quienes acumulan estrés biopsicosocial el cual impacta tanto en los adultos y en el ejercicio parental, como en el niño, su desarrollo y bienestar.

Formulación

Finalmente, a partir de lo expuesto en este trabajo, se elabora la siguiente pregunta clínica, la que busca poder abordar una problemática compleja en la infancia a partir de una técnica sensible a los requerimientos del ciclo vital de los NNA y que puede dar respuesta a sus necesidades lúdicas y vinculares: ¿Cuáles son los beneficios de la aplicación de la terapia de juego en la reducción de las conductas externalizantes en niños prescolares que han vivenciado trauma complejo?

1.3 Antecedentes contextuales y teórico-conceptuales

Marco contextual y conceptual. A nivel mundial, desde el año 1924, con la firma de la Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño, se ha generado mayor concientización respecto de las

necesidades especiales de protección hacia los niños, niñas y adolescentes, reflejado en la creación de normas internacionales sobre los derechos del niño que han avanzado notablemente durante el siglo pasado, no obstante, en la actualidad persisten dificultades para que esos ideales lleguen a ser realidad (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF, s.f.).

A lo largo de la historia, la forma de relacionarse de los Estados y el mundo adulto con la infancia ha cambiado su foco, pasando desde un enfoque tutelar que visualizaba a los niños, niñas y adolescentes (NNA) como objeto de derecho, a un enfoque centrado en que los NNA puedan ejercer sus derechos en base a su autonomía progresiva, configurándose como sujetos de derecho, aspecto que se reconoce en el año 1989 con la aprobación de la Convención sobre los derechos del Niño, tratado vinculante que busca promover los derechos de los NNA a partir de un texto que contiene sus derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales (Defensoría de la niñez, 2019).

En el año 1990, el Estado de Chile ratificó la Convención sobre los Derechos del Niño, y a partir de entonces, adquiere el compromiso de adoptar todas las medidas administrativas, legislativas y de cualquier índole que sean necesarias para propender a dar efectividad a los derechos reconocidos en la mencionada Convención (Defensoría de la niñez, s.f.)

En este contexto, el Estado chileno ha incorporado el Enfoque de Derechos como parte de la política pública en protección de la infancia, el cual reconoce a los NNA como sujetos de derecho, activos y protagonistas tanto de sus derechos y deberes, reconociendo su autonomía progresiva en el ejercicio de ellos, para participar en todo asunto que les afecte, sea de su interés en cualquier orden o ámbito de la vida nacional, y asumir las responsabilidades que derivan del ejercicio de dichos derechos (Defensoría de la niñez, 2019).

Es así como se establece la Política Nacional de Niñez y Adolescencia 2015- 2025, publicada en marzo del año 2016 por el Consejo Nacional de la Infancia, política que tiene como objetivo principal que:

En Chile al 2025, los niños, niñas y adolescentes cuentan con las condiciones que garanticen el ejercicio de sus derechos de acuerdo a su curso de vida, sin distinción de origen social, género, pertenencia a pueblos indígenas, diversos en su sexualidad, en situación migratoria, en situación de discapacidad o cualquier otro factor de potenciales inequidades (Ministerio de Desarrollo Social, 2018).

Programas Familia de Acogida. Bajo este compromiso, el Estado chileno ha generado diversas medidas orientadas a contar con una legislación, una institucionalidad y una política que garantice el ejercicio de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de manera integral, acorde a una perspectiva de autonomía progresiva que reconozca a los niños y niñas como sujetos de derecho y que reconfigure la relación de éstos con el Estado, la familia y la sociedad (Defensoría de la niñez, s.f.).

En el año 2005, se formaliza el actual Programa de Familias de Acogida Especializada (FAE), con la promulgación de la ley N°20.032 del Ministerio de Justicia, que establece un sistema de atención a la niñez a través de una red de entidades colaboradoras acreditadas por el Servicio Nacional de Menores (SENAME) (actualmente “Servicio Nacional de Protección Especializada a la niñez y adolescencia”) y su régimen de subvención, y que define a FAE como un programa dirigido a proporcionar al niño, niña o adolescente vulnerado en sus derechos un medio familiar donde residir (UNICEF, 2019), evitando de esta manera la institucionalización de los NNA en un medio residencial.

Según el Estudio de revisión y análisis de Programas de Familias de Acogida, realizado por UNICEF (2019), la evidencia indica que la institucionalización de niños separados de su medio familiar debe ser una medida excepcional y de último recurso, existiendo una tendencia nacional a disminuir los ingresos residenciales y aumentar el ingreso a la modalidad de cuidado en Familias de acogida, principalmente en familias de acogida extensa (con existencia de un vínculo familiar), observándose según los datos entregados por el SENAME, que mientras que en 2010 el 79,7% del total de NNA en cuidados alternativos se encontraba en residencias, en 2017 esta cifra disminuyó a 55%, dando cuenta de un cambio relevante en la modalidad de cuidados alternativos.

Causas de ingreso a FAE. Según los datos obtenidos en el Estudio de revisión y análisis de Programas de Familias de Acogida (UNICEF, 2019), desde las carpetas judiciales de los NNA, el 45,7% presenta como causal de ingreso la “negligencia”, seguida por “testigo de violencia intrafamiliar” (15,5%) y “abandono” (13,9%).

Características de los usuarios del Programa. Aludiendo a las cifras obtenidas desde el Estudio de revisión y análisis de Programas de Familias de Acogida realizado por UNICEF (2019), se observa que si bien los Programas FAE pueden ingresar a NNA desde los 0 a los 17 años y 11 meses de vida, existe una priorización de ingreso a los menores de 3 años, existiendo datos de que el 73% de los niños y niñas en FAE de administración directa del Estado presentaba entre 0 y 3 años al ingreso y un 16,4% tenía entre 4 y 6 años. Estas cifras dan cuenta de la relevancia de poder generar investigación y estrategias interventivas basadas en evidencia específicas para el rango etario de 0 a 3 años, incorporando además marco teórico relevante en términos de trauma complejo.

En cuanto a la situación socioeconómica y de salud de los NNA a su ingreso a la línea programática FAE, se obtienen datos de que el 55% de los NNA en familias de acogida proviene de hogares en situación de pobreza y el 2,1% de hogares en situación de pobreza extrema, cifras muy superiores a los resultados nacionales, donde solo el 13,9% de los niños se desarrolla en un hogar en situación de pobreza, observándose un relevante contexto social y económico, configurándose riesgos psicosociales aumentados en el perfil de ingreso al Programa.

Respecto de la familia de origen, se obtienen datos relevantes respecto de las problemáticas que vivencian, encontrándose similitudes relevante en el perfil de ingreso de los progenitores donde un 79,3% de los casos presenta a lo menos uno de los dos padres con consumo problemático de alcohol y/o drogas; 19,9% de los padres presentan graves problemas de salud mental diagnosticados; un 8,6% de las familias de origen presenta al menos un padre con problemas de salud física que pudiera generar crisis al interior de las familias; y 31,8% se encuentra relacionado con la comisión de delitos, presentando antecedentes penales; 31,6% de las madres posee educación básica incompleta frente al 25,4% de los padres, y con educación media completa se obtiene que en el caso de las madres esta cifra alcanza el 18,1% versus el 29% de los padres. Finalmente, el 51,1% de las madres no trabaja remuneradamente o se dedica a labores del hogar, el 18,9% tiene una inserción laboral precaria (trabajos esporádicos o informales, asociados al comercio ambulante) y el 30% restante están cesantes, jubiladas o con trabajo estable. Por su parte los progenitores presentan una mayor inserción laboral que las mujeres, observándose que el 30,8% de ellos se encuentra ocupado, sin embargo, esta cifra es muy baja en relación a la realidad nacional. Estos datos dan cuenta de que los progenitores se encuentran vivenciando graves problemáticas que comprometen su bienestar psicosocial y el adecuado ejercicio de su rol parental, siendo el consumo de sustancias una problemática crónica y de difícil resolución, considerando además que las prestaciones de salud para estas patologías requieren de voluntariedad para los procesos de intervención, siendo el ingreso al Programa en sí mismo involuntario y dictaminado por Tribunal de Familia.

Respecto de la composición de las familias de acogida, el 84,7% presenta una mujer como cuidadora principal, lo que evidencia que el rol de la crianza aún es principalmente femenino; el rango de

edad de las cuidadoras va desde los 18 a 81 años, y se concentra entre los 46 y 60 años, con un promedio de 47,8 años; respecto del nivel educacional del cuidador o cuidadora principal, el 23,8% cuenta con enseñanza básica incompleta, mientras que un 22,8% cuenta con enseñanza media completa; en cuanto a su situación laboral, el 43% posee un trabajo estable, mientras que un 32,3% no trabaja remuneradamente o es dueña de casa. Estos datos dan cuenta de que la mayoría de las familias de acogida se caracterizan por tener jefaturas femeninas, adultas mayores, con baja escolaridad, y que, considerando los porcentajes de ingreso al programa, deben asumir el cuidado de niños que se encuentran en un ciclo vital de lactante y preescolar, momento del desarrollo que desafía a las familias a poder satisfacer sus necesidades adecuadamente y volver a criar, no solo a un niño o niña con requerimientos propios de su edad, sino niños y niñas que han vivenciado grave vulneración de derechos y requieren por tanto, de un cuidado terapéutico, sensible y especializado, demandando el desarrollo de habilidades de cuidado particulares.

Polivictimización en Chile. La polivictimización hace referencia a la vivencia, en este caso de niños y adolescentes, de experimentar más de un tipo de victimización a lo largo de su vida, siendo la violencia interpersonal un suceso que no suele ser aislado (Pereda, 2019). Al respecto, investigaciones sobre polivictimización han observado que el experimentar múltiples tipos de victimización sitúa a los niños, niñas y adolescentes en riesgo de deterioro psicosocial severo (Finkelhor et al., 2011).

Los resultados de la 2ª Encuesta Nacional de Polivictimización (2023), realizada por la Subsecretaría de Prevención del delito, dan cuenta de que los principales tipos de victimización asociados a configurar polivictimización en NNA son la “Exposición a violencias en la comunidad”, “Delitos comunes con violencia”, “Maltrato de pares” y “Maltrato de cuidadores/padres”, observándose variaciones relevantes respecto de algunos tipos de victimizaciones en comparación a la 1ª Encuesta Nacional aplicada en 2017, presentándose aumentos significativos en victimizaciones ocurridas por parte de pares y de parte de cuidadores o padres, es decir, en espacios de interacción íntimos de los NNA (compañeros, amigos, cuidadores) y victimización sexuales, con diferencias según sexo notablemente altas.

Esta encuesta es el único estudio en Chile que permite caracterizar en profundidad experiencias de victimización que sufren los NNA desde una perspectiva integral, considerando el entorno escolar, familiar y social, de modo que, considerando que la población objetivo de esta encuesta fueron NNA de entre 12 a 17 años, se requiere de mayor investigación sobre polivictimización en lactantes y preescolares.

Según la UNICEF (2021) en el Resumen ejecutivo del Estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la violencia contra la niñez y adolescencia en Chile, señalan que los factores de riesgo asociados a la presencia de castigos violentos hacia los niños son el mayor estrés vivenciado por el cuidador, la ausencia de herramientas de crianza, la percepción de los cuidadores de que el niño presenta problemas de autocontrol y baja cooperación, el consumo de alcohol y tabaco de los cuidadores; y la percepción de peligrosidad del barrio, elementos que pueden relacionarse con la presencia de experiencias adversas en la infancia.

Experiencias adversas en la infancia. Relacionado con el concepto de polivictimización se encuentra el concepto de “Experiencias adversas en la infancia” (Adverse childhood experiences, ACEs), las cuales hacen referencia a diversas presiones y experiencias desagradables a las que pueden enfrentarse los niños durante su proceso de desarrollo. Estas experiencias pueden incluir abuso emocional, violencia doméstica, abuso de sustancias de progenitores, disfunción familiar, o vivir en un entorno caracterizado por el estrés crónico (Felitti et al., 1998). El estudio realizado por estos autores, reflejó que estas experiencias tenían un profundo impacto relacionado con la salud, más adelante en la vida. Estudios actuales (Hughes et al., 2017) sugieren que vivenciar múltiples y repetidas experiencias adversas en la infancia tiene efectos amplios, acumulativos y duraderos en la salud física y psicológica de niños y adolescentes durante el desarrollo.

Thompson et al. (2015) señala que las experiencias adversas tienden a ser más frecuentes en niños menores de 6 años que en niños mayores. Además, una vez ocurrido un evento adverso en la vida de un NNA, aumenta significativamente la posibilidad de tener otras experiencias adversas, existiendo tendencia a presentar factores de riesgo de manera temprana (Dong et al., 2004).

Se ha señalado que el vivenciar experiencias tempranas de victimización, especialmente en la infancia y adolescencia, genera una percepción personal de que el entorno que les rodea es inseguro e impredecible (Pereda, 2019). Así mismo, se ha observado que las experiencias infantiles adversas, como los castigos físicos, la paternidad hostil, los conflictos parentales, la separación, las dificultades económicas y los problemas de salud mental de los padres aumentaron el riesgo de conductas externalizantes e internalizantes, al tiempo que redujeron las conductas prosociales (Gautam et al., 2024).

Finalmente, un aspecto identificado por McElroy y Hevey (2014) es que el efecto acumulativo de las ACES afecta el desarrollo de las funciones relacionadas con la regulación del estrés y dificulta la generación de recursos asociados al afrontamiento apropiado de la adversidad, además, los adultos y los niños que han estado expuestos a las ACE tienen más probabilidades de sufrir consecuencias negativas para su salud mental y física a lo largo de toda su vida (Center for Disease Control, CDC, 2021).

Trauma Complejo. Relacionado con los términos de poli victimización y experiencias adversas en la infancia, aparece el término trauma complejo, el cual fue propuesto originalmente por Judith Herman en el año 1992, con la finalidad de proporcionar un nicho diagnóstico para individuos sobrevivientes a una exposición traumática repetida y prolongada, y cuyos síntomas más debilitantes fueran diferentes a los diagnósticos del Trastorno de Estrés Postraumático de las versiones 3 y 4 del DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) de la Asociación Psiquiátrica Americana (Jarero, 2007).

El término trauma complejo describe el problema dual de la exposición de los niños a eventos traumáticos y el impacto de esta exposición en los resultados inmediatos y a largo plazo. La exposición traumática compleja se refiere a las experiencias vivenciadas por los niños de múltiples eventos traumáticos que ocurren dentro del sistema de cuidado, el entorno social que se supone, es la fuente de seguridad y estabilidad en la vida de un niño (Cook, 2003). Según el mismo autor, este término se refiere a la exposición a sucesos simultáneos o secuenciales de maltrato infantil (incluidos abuso y negligencia emocional, abuso sexual, abuso físico y presencia de violencia doméstica) que son crónicos y comienzan en la primera infancia. Además, estas experiencias traumáticas iniciales, la desregulación emocional resultante, la pérdida de una base segura y de dirección, y la incapacidad para detectar o responder a señales de peligro, a menudo conducen a una exposición al trauma posterior (Cook, 2003).

Las consecuencias del trauma complejo según (López- Soler, 2008), podrían incluir las siguientes áreas:

- a) Regulación de los afectos e impulsos
- b) Memoria y atención
- c) Autopercepción
- d) Relaciones interpersonales
- e) Somatizaciones
- f) Sistema de significados

Como menciona López- Soler (2008), la presencia de situaciones traumáticas durante la infancia puede tener un impacto dramáticamente significativo, ya que no va a afectar a un ser humano biológica, psicológica y socialmente maduro, sino a un ser humano en una fase de desarrollo que requiere ciertas condiciones externas de estabilidad y protección, las que en el caso de "S" no pudieron ser provistas adecuadamente por parte de su entorno familiar y social.

Si bien el niño presenta diversas problemáticas referidas por sus abuelos, el presente proyecto se enfoca en las demandas referidas por los adultos en cuanto a las conductas externalizantes del niño.

Conducta externalizante. Dentro de los efectos del trauma complejo se encuentran las alteraciones en la regulación de los afectos y los impulsos, pudiendo surgir conductas externalizantes, las que se definen en la literatura como conductas incontroladas como la hiperactividad, la impulsividad o la agresividad, siendo el tipo más común y persistente de conducta problemática infantil, las cuales han sido relacionadas con resultados negativos a largo plazo, incluido un mayor riesgo de trastornos psiquiátricos y delincuencia en la edad adulta (Pinquart, 2017).

Un estudio longitudinal realizado en 2021 por Huguenel et al., exploró los perfiles únicos de maltrato entre los jóvenes ingresados en el sistema de “Bienestar infantil” estadounidense y examinó su relación con los resultados de salud mental a lo largo del tiempo. Se analizaron cinco perfiles de maltrato, categorizados como “negligencia primaria”, “negligencia y abuso físico”, “trauma complejo”, “trauma complejo con abuso sexual grave” y “negligencia con abuso sexual”. Los resultados indicaron que las cuatro clases predijeron trayectorias más altas de síntomas internalizantes en comparación con la clase de referencia, mientras que la pertenencia a las dos clases categorizadas por trauma complejo predijo mayores trayectorias de comportamiento externalizante.

En la misma línea, English et al. (2005) descubrieron que la edad en la cual se produjo la experiencia de maltrato se encontraba relacionada con los resultados psicológicos de los niños, y que mientras más pequeños eran, presentaban niveles más altos de conductas de externalización y un funcionamiento menos adaptativo que los niños mayores.

En cuanto al impacto que pueden tener las conductas externalizantes en la vida de las personas, se puede hacer mención a un estudio realizado por Zoccolillo (1992, citado en Reef et al. 2011), donde se realiza una revisión de los trastornos de conducta y los resultados en estudios de población general, en el cual se descubrió que existía una correlación entre el aumento de la gravedad de la conducta externalizante y un mayor riesgo de padecer un trastorno emocional en la adultez. Reef et al. (2011) señala que “lo que este estudio añade a la literatura es que ampliamos los hallazgos anteriores confirmando que altos niveles de conducta externalizante en la infancia y en la adolescencia están vinculados a malos resultados en la edad adulta, incluso hasta los 40 años” (Reef et al., 2011, p. 1239).

En cuanto a los instrumentos de medición que pudiesen aplicarse al caso de estudio, la investigación llevada a cabo por Oliveros (2023) describe que existen escasos instrumentos que evalúen problemas socioemocionales en menores de cinco años. Sin embargo, uno de los instrumentos más utilizados y que logra abarcar el rango etario requerido (prescolares) es el Inventario de Conductas Infantiles CBCL 1 ½ a 5, elaborado por Achenbach y Rescorla en el año 2000 (citado en Lecannelier, 2012), para medir la percepción parental de un conjunto de problemas emocionales, conductuales y sociales de niños de 1 ½ a 5 años.

En Chile, este instrumento fue validado por Lecannelier et al. en el año 2012, dando cuenta de que el CBCL 1½-5 es un instrumento válido y confiable para ser aplicado a la realidad nacional chilena, permitiendo ser utilizado para obtener indicadores de diversos trastornos de salud mental en la temprana infancia y edad preescolar.

Cabe mencionar que este instrumento entrega información respecto de factores internalizantes y externalizantes de la conducta, siendo estos últimos de especial interés para el presente proyecto.

El factor externalizante se obtiene a través de dos escalas: Problemas de atención (déficit atencional- hiperactividad) y comportamiento agresivo (oposicionista desafiante) (Lecannelier et al.,

2012)., conceptos que se utilizarán para abordar los objetivos específicos en el apartado de “diagnóstico”, orientados a poder detectar la presencia de conductas externalizantes.

Trauma complejo en niños y niñas prescolares y la influencia de la familia de acogida. En este sentido, un elemento fundamental a considerar dentro de la problemática es la presencia de trauma complejo, específicamente en la población de niños y niñas prescolares, al ser un grupo sensible a las influencias del medio que los rodea, y al ser dependientes en su totalidad del cuidado ofrecido por su familia. De este modo los cuidadores (en este caso designados por Tribunal de Familia) son parte fundamental del proceso, ya que se requiere de la presencia de adultos que puedan contener y acompañar los procesos terapéuticos de los niños, desplegando estrategias sensibles y reparatorias que permitan a los niños resignificar sus experiencias desfavorables.

En Chile, el mayor porcentaje de familias de acogida corresponde a familias extensas, donde se observa que el 83,7% de los casos de egresos revisados corresponde a este tipo de familias, siendo la principal cuidadora la abuela, con un 53,9% (UNICEF, 2019).

Modelo sistémico narrativo y Terapia de Juego. El modelo sistémico se ha centrado en los patrones interaccionales de la conducta y su relación con la sintomatología, de este modo, esta terapia se circunscribe a las interacciones, y a las conductas observables que se producen entre personas en determinados contextos. Se busca entonces el cambio a través de intervenciones terapéuticas planificadas sobre la dinámica de la familia, alejándose de la terapia basada en el insight (Montesano, 2012).

Montesano (2012) señala que en este modelo se proponen tres fases en la terapia, el primero tiene relación con un proceso de acoplamiento con el consultante o la familia, con foco en identificar la narrativa dominante saturada por el problema. En segundo lugar, el terapeuta trata de deconstruir narrativas asociadas al problema, por medios de estrategias como la externalización, a fin de separar la identidad de los consultantes de aquellos problemas identificados. Finalmente, una vez deconstruida la narrativa dominante, la terapia se centra en construir narrativas alternativas que contradigan el relato dominante, a fin de recuperar dimensiones de competencia y satisfacción personal.

No obstante, para el abordaje de las problemáticas señaladas, en el contexto de intervenciones terapéuticas con niños y niñas, se requiere del uso de estrategias interventivas sensibles y atingentes al desarrollo evolutivo de estos, visualizándose el juego como medio de acceder a su mundo interno, ya que como señala Frank (1982, citado en Landreth, 2012) el juego es la forma de aprender de los niños, quienes exploran su entorno, el tiempo, espacio, animales, personas y cosas, aprendiendo a vivir en el mundo y conocer sus significados y valores.

De este modo, surge la Terapia de juego centrada en el niño o CCPT por sus siglas en inglés (Child-centered play therapy), como una intervención de salud mental basada en el juego y que responde al desarrollo para niños pequeños de 3 a 10 años que experimentan trastornos sociales, emocionales, conductuales y relacionales (Ray, 2022). Esta intervención utiliza el juego y la relación terapéutica para proporcionar un entorno terapéutico seguro y consistente donde el niño puede experimentar plena aceptación, empatía y comprensión, y procesar así sus experiencias y sentimientos por medio de juegos y símbolos.

Otra definición del concepto, proporcionada por Landreth (2012) señala que la terapia de juego es una relación interpersonal dinámica entre un niño y un terapeuta, donde el adulto proporciona los materiales, el espacio y facilita una relación de confianza para que los niños expresen su mundo interno por medio del juego, considerando que este es el lenguaje habitual de los niños, permitiendo conocer así sus sentimientos, pensamientos, experiencias y conductas.

Los sentimientos de los niños suelen ser inaccesibles a nivel verbal. Desde el punto de vista del desarrollo, carecen de la facilidad cognitiva y verbal para expresar lo que sienten, y emocionalmente no son capaces de concentrarse en la intensidad de lo que sienten de una manera que pueda expresarse adecuadamente en un intercambio verbal (Landreth, 2012, p.17).

Otra característica de la terapia de juego es que permite a los niños abordar diversos objetivos sutiles y transversales como descargar su energía, prepararse para las obligaciones personales, lograr objetivos personales difíciles y expresar sentimientos de manera socialmente aceptable, como la agresividad (Landreth, 2012). En la misma línea, se señala que, independiente de la orientación del terapeuta, existen diversas aplicaciones para la terapia de juego, como la expresión del mundo interno de los niños, liberación de energía y agresividad, posibilitar el aprendizaje social, activación de la creatividad y adquisición de habilidades psicomotoras (Psaila, 2016). Según el mismo autor, mediante la observación del juego del niño, el terapeuta podrá evaluar áreas afectadas y problemáticas presentes, ya que por medio de esta técnica es posible conocer patrones como rigidez, inhibición, preocupaciones o percepción sobre las personas que lo rodean, “de esto se deduce que el juego contribuye a nuestro conocimiento de las actitudes y sentimientos del paciente sobre sí mismo y sobre los demás” (p. 8).

Según Landreth (2012) a medida que a los niños se les proporciona un ambiente caracterizado por la seguridad, la aceptación y, por lo tanto, la libertad para explorarse a sí mismos, se les capacita para desarrollar un concepto de sí mismos, responsabilidad personal, autodirección, auto aceptación, habilidades para tomar decisiones, autocontrol, confianza, conciencia y habilidades de afrontamiento, lo cual es fuente interna de confianza.

Por su parte, según de Faoite (2011) la terapia de juego narrativa es una rama de la terapia de juego que busca intervenir con niños y niñas utilizando la narrativa y el potencial del juego en el desarrollo para ayudarles a construir una historia coherente con sus vivencias. En este espacio terapéutico, los niños pueden explorar con seguridad y considerar finales alternativos, sabiendo que sólo están fingiendo y que las consecuencias del mundo real no se aplican en el juego (de faoite, 2011). En este contexto, el terapeuta entra en el mundo interno del niño a través del juego y bajo las indicaciones de este, desde una postura de valoración y respeto, lo que hace posible conocer los sentimientos, pensamientos y perspectivas del consultante (Cattanach 2008).

La estrategia de intervención bajo esta premisa tiene como punto de partida el juego del niño y la creación de historias dentro de este, las cuales son facilitadas por una actitud de curiosidad por parte del terapeuta, quien apoya la co construcción de historias y reflexión sobre ellas, estableciendo un orden, secuencia y sentido de cierre, ya que las historias tienen distintos desenlaces, lo que le permite al niño o niña resolver problemas mediante distintas estrategias (de Faoite, 2011).

En cuanto a sus fortalezas, esta terapia le permite a los niños controlar su propio mundo, comprender sus vidas, desarrollar la empatía, potenciar el trabajo colaborativo, explorar soluciones alternativas, reconociendo que los niños y niñas viven en un contexto, socio cultural y temporal, que influye en su forma de experimentar el mundo.

Cabe mencionar, en relación a las experiencias adversas en la infancia y la terapia de juego, que autores como Ray et al. (2015) y Lin y Bratton (2015), han referido que la terapia de juego se encuentra considerada como una de las técnicas de terapia infantil más adecuadas para trabajar con los niños y niñas.

Por otra parte, la terapia de juego también puede utilizarse como un instrumento diagnóstico mediante la estrategia de Hora de juego diagnóstica, la cual permite conocer y comprender al niño o niña atendido, mientras que en la terapia de juego el terapeuta busca poder generar modificaciones estructurales (Pietramala, K y Beltrán, L., 2016).

Esta estrategia resulta beneficiosa al permitir conocer el mundo interno del consultante de manera sutil y no invasiva, además de ser una técnica que requiere de elementos sencillos de conseguir al interior de un espacio terapéutico, donde los autores sugieren utilizar material estándar para poder atribuir las variaciones observadas a la personalidad y conflictiva del niño, y que los juguetes a incluir sean simples, pequeños y no mecánicos (Fernández y Navarro, 2012).

1.4 Antecedentes empíricos

En cuanto al uso de la terapia de juego con niños en edad escolar, sin la particularidad de presentar experiencias adversas en la infancia, destaca un meta análisis realizado en 2015 por Ray et al. (2015), con el objetivo específico de determinar la eficacia de las terapias de juego para reducir las conductas o características problemáticas de los niños en edad de cursar la educación primaria, con el fin de poder proporcionar evidencia para ayudar a los profesionales de la salud mental escolar a determinar si este tipo de terapia serviría como una respuesta eficaz en un programa integral de orientación para el desarrollo.

Los resultados de este meta-análisis sugieren que la terapia de juego es una intervención eficaz utilizada en las escuelas primarias, indicando que los niños que participaron en estos estudios mejoraron sus conductas o problemáticas a un nivel estadísticamente significativo en comparación con sus compañeros que no recibieron ninguna intervención.

En cuanto a las limitaciones del estudio, con el fin de poder conocer la fiabilidad y validez de los estudios individuales, se realizó una revisión sistemática complementaria, donde se pudo identificar que algunos estudios mostraron contar con métodos más débiles, como no informar sexo, origen étnico, describir escasamente el protocolo de la terapia o no utilizar la muestra. No obstante, deciden incluir dichos estudios ya que los aspectos positivos y métodos parecían superar las limitaciones al analizarse detalladamente. Otra limitación relevante de estos estudios, fue la falta de aplicación de medidas de seguimiento para poder evaluar los efectos a largo plazo. Finalmente, si bien al comparar a los niños que participaron de la terapia de juego con los que no recibieron un tratamiento, se observa una diferencia estadísticamente significativa, cuando se compara con grupos que reciben otras intervenciones no hubo diferencias estadísticamente significativas. No obstante, los niños que recibieron terapia de juego, obtuvieron mejores resultados generales que los niños que recibieron otras intervenciones.

Por otra parte, respecto de la necesidad de realizar intervenciones específicas centradas en niños que han vivenciado experiencias de trauma complejo, se identifica una investigación llevada a cabo por Terradas y Asselin (2022), la cual busca explorar cómo el juego postraumático de un niño que ha vivenciado experiencias episódicas de abuso físico difiere del de un niño que ha experimentado traumas relacionales tempranos, resultando en exposición crónica a maltrato y negligencia. Los resultados observados indican que los efectos sobre la capacidad de los niños para la expresión simbólica, el juego y la fantasía parecen diferir en las experiencias traumáticas relacionales tempranas en comparación con las experiencias episódicas de maltrato físico, las que parecen comprometer el desarrollo de diversas habilidades en los niños, entre ellas, el acceso a representaciones mentales sobre el mundo, las cuales dependen de la presencia de padres conscientes y atentos y de su habilidad para responder de manera atinada a las propuestas de juego de sus hijos.

En cuanto a las limitaciones del estudio, los autores señalan que hasta la fecha de elaboración del estudio existía poca investigación empírica sobre las características de las actividades lúdicas de los niños

expuestos a diferentes tipos de trauma. Otro elemento que se observa, es que el uso de dos casos no es generalizable, por tanto requiere de muestras mayores a fin de poder generalizar los resultados encontrados, existiendo en estos casos diferencias observables en el juego traumático de los niños.

En cuanto al uso de terapia de juego en casos de trauma complejo, un estudio clínico aleatorizado llevado a cabo en escuelas de Estados Unidos (Ray, 2022) buscaba explorar el impacto de la CCPT entre niños con dos o más experiencias adversas en la infancia en la mejora social, emocional y de problemas conductuales. Los resultados demostraron aumentos estadísticamente significativos en las competencias socioemocionales como empatía, competencia social, autorregulación y disminución en problemas de conducta de los niños que participaron de la CCPT. Los resultados de este estudio apoyan la eficacia de la CCPT en niños que han experimentado experiencias adversas en la infancia y en riesgo de trauma complejo. Dentro de las limitaciones del estudio, los autores señalan que el estudio representa el primer estudio clínico aleatorizado que pone a prueba la efectividad de la CCPT en cuanto a las fortalezas sociales, emocionales y problemas conductuales de niños que han experimentado múltiples experiencias adversas en su infancia, así como el estudio de control randomizado más grande que se ha realizado en terapia de juego. No obstante, aunque la evidencia es amplia apoyando la efectividad general de la CCPT, existen pocas investigaciones realizadas con niños que se encuentran en riesgo de experimentar trauma complejo y síntomas relacionados al trauma, o de un resultado claro en niños que han experimentado múltiples experiencias adversas en su infancia en ausencia de intervención.

Otro estudio en la misma línea de trabajo fue realizado por Schoonover y Perryman (2023), con la finalidad de explorar la efectividad del uso de la terapia de juego con niños de enseñanza primaria que habían estado expuestos a experiencias infantiles adversas, y verificar si la capacitación a los consejeros (profesionales de intervención directa con los niños) en intervenciones eficaces para utilizar con estos niños, puede ayudar a disminuir los síntomas de los participantes. Se observó que las sesiones de terapia de juego disminuyeron los comportamientos externalizantes de los participantes en la sala de clases, después de que finalizara la intervención. De este modo, los resultados mostraron evidencia de que la terapia de juego podría ser una intervención efectiva para utilizar con niños que hayan sido expuestos a experiencias adversas en su infancia.

Dentro de las limitaciones del estudio, se encuentra la dificultad para generalizar los resultados al ser tomados casos únicos. Del mismo modo, existió un número reducido de participantes en el mismo setting terapéutico, por lo que puede resultar difícil controlar las influencias externas que afectaron a los resultados del estudio.

Por otra parte, un meta análisis realizado en 2015 por Yung-Wei y Bratton, buscó evaluar la eficacia global de la terapia de juego, revisando los resultados de 52 estudios de control realizados entre 1995 y 2010. Los resultados indican que se observó que los niños que recibieron CCPT mostraron mejorías significativas respecto de los grupos de control. Se indica además que la CCPT resultó especialmente efectiva en problemas de conducta globales, estrés en la relación cuidador-niño, autoeficacia y autoestima, con menor efectividad respecto del rendimiento académico.

Dentro de las limitaciones del estudio se identificaron dos dificultades en la interpretación de los resultados, siendo en primer lugar el bajo número de estudios en categorías de estudio específicas y la pérdida de información en algunos de esos estudios, de modo que algunas de las categorías de los estudios se tuvieron que combinar debido al bajo número de estudios en dicha categoría.

II. DIAGNÓSTICO

2.1 Objetivos de diagnóstico

Pregunta diagnóstica: ¿Cómo son las conductas externalizantes en niños prescolares que han vivenciado trauma complejo?

Objetivo general: Describir las conductas externalizantes presentes en niños prescolares que han vivenciado trauma complejo.

Objetivos específicos:

1. Describir en que rango se encuentran las conductas externalizantes presentes en prescolares que han vivenciado trauma complejo.
2. Describir cómo son los problemas de atención presentes en niños prescolares que han vivenciado trauma complejo.
3. Describir el comportamiento agresivo de niños prescolares que han vivenciado trauma complejo.

2.2 Diseño de la estrategia de levantamiento de información

2.2.1 Descripción y justificación de los instrumentos o técnicas de recolección

a) Cuantitativas

A nivel familiar, se realizó la aplicación del Cuestionario de comportamiento del niño entre 1 ½ y 5 años (CBCL 1 ½-5). Este instrumento desarrollado por Achenbach y Rescorla (2000) para medir la percepción parental de un conjunto de problemas emocionales, conductuales y sociales del hijo o hija.

El instrumento consta de 100 ítems (99 cerrados y uno de respuesta abierta) que indican la presencia de las conductas que denotan algún tipo de dificultad en los ámbitos antes mencionados durante los últimos 2 meses, siendo los reactivos los siguientes: no lo describe/ no es cierto (0), lo describe en cierta manera o algunas veces (1), lo describe muy a menudo (2). Los puntajes de los ítems son sumados conformando un puntaje total, puntaje de internalización y externalización, y siete puntajes correspondientes a las escalas de síndromes: Problemas Afectivos, Problemas de Ansiedad, Somatización, Conductas de Retraimiento y/o Problemas del Pensamiento; Alteraciones del Sueño, Problemas de Atención y Comportamiento Agresivo. El puntaje de internalización se conforma sumando los puntaje de las primeras cuatro escalas sintomáticas, y el puntaje de externalización considera las dos últimas escalas.

El puntaje T menor a 60 indica un rango de Normalidad, un puntaje T mayor o igual a 60 indica un rango clínico, tanto para el factor internalizante como externalizante.

Se selecciona este instrumento como parte del proceso diagnóstico al ser uno de los pocos instrumentos que mide de manera amplia los problemas conductuales específicamente en niños prescolares, de modo que, considerando el rango etario del niño y la descripción de sus conductas, se considera como un instrumento atingente de poder medir la presencia de problemas de atención y comportamiento agresivo en el niño, a partir del autorreporte de los cuidadores.

Otro elemento relevante de selección, es que este instrumento fue validado en Chile por Lecannelier et al. (2012) a través de un proceso de jueces expertos en una muestra de 418 niños pertenecientes a la Región Metropolitana. Los resultados obtenidos en la muestra chilena son coherentes con el modelo bifactorial propuesto por los autores del instrumento, donde la dimensión "Internalización" da cuenta de los problemas ansioso-depresivos, quejas somáticas y retraimiento en los niños/as y la "Externalización", de los aspectos atencionales y la conducta agresiva. Se concluyó que el CBCL 1½-5 es

un instrumento válido y confiable para ser aplicado a la realidad nacional chilena, permitiendo ser utilizado para obtener indicadores de diversos trastornos de salud mental en la temprana infancia y edad preescolar.

Respecto de las propiedades psicométricas del instrumento, para dar cuenta de la validez de contenido, el cuestionario original fue traducido y retraducido, revisado en español por tres jueces expertos en psicopatología infantil, con modificación de doce ítems en base al desacuerdo de los jueces, conformando la escala definitiva aplicada a la muestra. En cuanto a la validez de constructo se realizó un análisis factorial confirmatorio cuyos resultados indican que los indicadores de ajuste son aceptables para la mayoría de las escalas de síndromes, con la única excepción de la “Escala de alteraciones del sueño”, la cual no forma parte de las escalas principales.

En cuanto a la confiabilidad, se estimó la confiabilidad de la Escala Total, puntaje de Internalización y Externalización, así como de cada una de las Escala de Síndromes, utilizando los puntajes originales de los ítems (contrastando con la versión original norteamericana), cuyos resultados fueron que las escalas de problemas de atención, somatizaciones y problemas de ansiedad mostraron índices de confiabilidad deficientes y dos de éstas presentan niveles de confiabilidad inferior a los obtenidos en la muestra estadounidense. No obstante, la confiabilidad del factor Internalización es similar en ambas muestras. La confiabilidad de la escala Comportamiento agresivo es la más elevada en la muestra nacional, pese a ello la confiabilidad del factor Externalización es menor que la obtenida en la muestra extranjera. Finalmente, la escala total presenta una buena confiabilidad, y su nivel es similar a la obtenida en la muestra original, siendo estas escalas las que se utilizaron en el presente proceso diagnóstico.

b) Cualitativas

Nivel individual.

Hora de juego diagnóstica. En el área individual, también se realizó la aplicación de la “Hora de juego diagnóstica”, una modalidad diagnóstica de observación participante con el niño por medio de actividades lúdicas. Según Karina E. Krauth (2012) el juego es una actividad central durante la niñez, que le ofrece al niño o niña la posibilidad de elaborar conflictos, hallar satisfacciones, y expresar sus deseos. La autora señala que para los psicólogos se puede constituir como una vía de acceso fundamental al psiquismo del paciente, pudiendo por medio del juego realización la evaluación, diagnóstico e incluso tratamiento para la problemática detectada.

Respecto del presente caso de estudio, se decide utilizar esta estrategia como parte del proceso diagnóstico al ser una técnica accesible y adecuada para la edad y características del paciente, al utilizar el lenguaje natural de los niños, el juego, como medio para obtener información respecto de su estilo para relacionarse con el medio que lo rodea, conocer sus emociones, percepciones, intereses y especialmente lograr conocer la presencia y características de las conductas externalizantes del niño. Por otra parte, según la autora Dio Bleichmar (2005, citada en Krauth 2012), la Hora de Juego puede emplearse como herramienta diagnóstica con diferentes fines, pudiendo ayudar a:

- a) Estimar el nivel de desarrollo cognitivo-afectivo del niño o niña.
- b) Observar las modalidades que emplea el niño/a para tomar contacto y relacionarse.

Por su parte, Luzzi y Bardi (2005) proponen indicadores a considerar dentro de la Hora de Juego Diagnóstica, retomando aquellos construidos por Siquier de Ocampo (1975, citada en Luzzi y Bardi, 2005):

- Cómo el niño/a acepta la consigna (totalmente, parcialmente, no la acepta).
- Cómo el niño/a comprende la consigna (con o sin dificultad).

- Si el niño/a demuestra capacidad o no para sostener la actividad.
- Cuál es la modalidad de acercamiento al material (previa estructuración del campo, evitativa, impulsiva, resistencial).
- Cómo hace uso del espacio (adecuado, inadecuado/expansivo, inadecuado/intrusivo, inadecuado/restringido).
- Cómo hace uso del tiempo (adecuado, inadecuado/lentificado, inadecuado/acelerado).
- Cuál es la modalidad de relación con el psicólogo/a (adecuada/colaboradora, dependiente, resistencial, hostil/rechazante, indiferente, temerosa).
- Cómo expresa el motivo de consulta.
- Cuáles son las producciones lúdicas que realiza (expresión simbólica o no simbólica, juego dramático, de construcción, de competencia, etc.)
- Cuáles son sus verbalizaciones (expresa sus conflictos mediante la palabra o si son solo una vía de descarga).
- Cómo realiza el cierre de la tarea (acepta que la actividad ha terminado o continúa jugando).
- Si hay producciones gráficas también se toman en cuenta y se analizan.

A partir de estos criterios, se realizó la observación del juego del paciente durante 5 sesiones, con una duración de 1 hora cada una. Los criterios de análisis de contenido se realizan a la propuesta de observación recién mencionada, distribuyendo la información en los siguientes temas:

1) Setting

- Consigna
- Vínculo terapéutico
- Uso del tiempo
- Cierre de la tarea

2) Hora de juego

- Capacidad para sostener la actividad
- Acercamiento al material
- Uso del espacio
- Producción
- Característica del juego
- Verbalizaciones

En función de estos criterios de observación, se organizan los resultados siguiendo los criterios de conducta externalizante definida según Instrumento CBCL ½- 5, validado en Chile por Lecannelier et al. (2012) como Problemas de atención y Problemas de comportamiento.

Nivel familiar

Entrevista semiestructurada: La entrevista es un instrumento ampliamente utilizado en intervenciones directas, destacando por su gran eficacia en recabar datos dentro de procesos de estudio, por medio de conversaciones con distintos niveles de rigidez y con un objetivo determinado asociado a

las preguntas de investigación planteadas. Existen tres tipos de entrevistas: Entrevistas estructuradas, entrevistas semiestructuradas y entrevistas no estructuradas, seleccionándose en esta ocasión la entrevista semiestructurada (Lopezosa, 2020).

La entrevista semiestructurada es un instrumento cualitativo que permite recolectar información precisa y detallada durante una conversación, entre el entrevistador y el entrevistado, ya sea de manera individual o en grupo (p. 95-96). Esta entrevista tiene menor rigidez que las entrevistas estructuradas, ya que si bien se cuenta con una pauta de preguntas, el entrevistado puede contestar libremente sin tener que regirse por respuestas tipo predeterminadas (Lopezosa, 2020).

En el presente proceso diagnóstico, a nivel familiar, se realizó una entrevista semiestructurada con ambos abuelos, utilizando una pauta de entrevista de elaboración propia, según temas a indagar, considerando como temas principales y subtemas: Antecedentes de salud (Información prenatal, antecedentes médicos), antecedentes familiares (progenitores: conformación de la pareja, problemáticas, situación actual; abuelos: vínculo anterior con el niño, Familia extensa), conducta (rutina, nivel de energía, conducta en el hogar, comportamiento escolar, control de esfínter, calidad del sueño alimentación), vínculos (padres, hermanos) y expectativas (sobre el niño, sobre el proceso). Esta entrevista cuenta con respaldo videograbado, sin embargo, como una limitación a señalar, solo existen 15 minutos de la misma por dificultades del equipo de grabación, de modo que la totalidad de la información se obtiene desde notas tomadas por terapeuta.

2.3 Análisis de los resultados del diagnóstico

Resultados objetivo específico 1: Describir en que rango se encuentran las conductas externalizantes presentes en prescolares que han vivido trauma complejo.

Resultados cuantitativos

a) Cuestionario de comportamiento del niño entre 1 ½ y 5 años (CBCL 1 ½-5). El cuestionario CBCL 1 ½ a 5 años, fue aplicado a cuidadores siguiendo las indicaciones del instrumento, arrojando los siguientes resultados:

- Factor externalizante: Puntaje bruto 22, Puntaje T 56,26: En rango normal
- Factor internalizante: Puntaje bruto 15, Puntaje T 51,81: En rango normal

Se obtiene que las conductas externalizantes del niño evaluado se encuentran en un rango normal en base a los resultados del instrumento CBCL 1½ - 5 años, considerando que los puntajes de corte para el rango clínico son un puntaje T mayor o igual a 60.

Resultados objetivo específico 2: Describir cómo son los problemas de atención presentes en niños prescolares que han vivido trauma complejo.

Resultados cualitativos

a) Hora de juego diagnóstica. Con el fin de analizar la información obtenida en esta técnica diagnóstica se realizó un análisis de contenido, siguiendo la metodología sugerida por Izcarra (2014), considerando como categoría particular de referencia el concepto de "Problemas de atención":

Respecto de esta categoría se observan conductas compatibles con esta problemática, observándose en contexto de juego que el niño pareciera necesitar mantenerse en movimiento dentro de la sala, con juegos activos, saltos, deambular en lugares no destinados a esto (Acercamiento al material- Sesión 2, 3 y 4), ejemplificado en la siguiente observación:

Explora de manera autónoma, quiere usar todo el material, explora algunos y vuelve a otros elementos, tiende a ser desordenado en el uso del material (Acercamiento al material- Sesión 3).

Las sesiones tienden a tener interrupciones por las salidas reiteradas del niño de la sala, quien intenta buscar a su abuela, dando cuenta de la necesidad seguridad del niño, al intentar comprobar que los adultos cuidadores no se han ido dejándolo solo, así como necesidad de explorar otros espacios fuera del setting terapéutico que se le presenta (Uso del espacio- Sesión 3, 4 y 5), lo que se ejemplifica en: Se observa dificultad del niño para mantener su atención en una actividad a la vez, tendiendo a cambiar de foco constantemente, especialmente en función de las respuestas emocionales que se generan en el niño a partir del juego; tiende a incorporar elementos a su juego en la medida que los visualiza en la sala (Uso del tiempo- Sesión 1,2,3 y 5; Capacidad para sostener la actividad- Sesión 2, 3, 4 y 5) ; se le debe orientar respecto de los tiempos de la sesión y se le anticipa antes de que termine la actividad (Cierre de la tarea- Sesión 2 y 3).

b) Entrevista semiestructurada cuidadores. Para el procesamiento de la información obtenida, se realiza un análisis de contenido, utilizando la metodología sugerida por Izcara (2014), considerando como categoría particular de referencia según la relevancia para el caso “Conductas externalizantes: Problemas de atención”:

En relación a estos criterios, se observaron indicadores relacionados a Problemas de atención y alto nivel de energía, relevándose la consideración de que el niño tiene un alto nivel de energía, excesivo incluso para su rango etario, siendo un tema relevante a considerar dentro del proceso de intervención desde la posibilidad de una comorbilidad asociada a “hiperactividad”. “S” requiere de una rutina clara y que incorpore espacios de recreación y movimiento, mostrándose disruptivo cuando se mantiene mucho tiempo en la casa, tendiendo a desregularse.

Resultados objetivo específico 3: Describir el comportamiento agresivo de niños prescolares que han vivido trauma complejo.

Resultados cualitativos:

a) Hora de juego diagnóstica. Con el fin de analizar la información obtenida en esta técnica diagnóstica se realizó un análisis de contenido, siguiendo la metodología sugerida por Izcara (2014), considerando como categoría particular de referencia el concepto “Problemas de comportamiento”.

En cuanto a esta categoría, se observa la presencia de un juego marcado por un contenido emocional negativo, intenso y violento, lo que se presenta a lo largo de las cinco sesiones de Hora de juego diagnóstica realizadas y se ejemplifica en la siguiente observación:

El estilo de base para relacionarse pareciera ser la agresividad. Los personajes piden ayuda constantemente, se observa un ambiente inestable, inseguro. Logra reconocer emoción de enojo en sus personajes. Mata a todos los personajes. Busca repetir juegos de persecución. Le saca la ropa a un juguete e intenta explorar otro. En general usa juego agresivo, golpeando juguetes entre ellos (Características del juego- Sesión 1).

Por otra parte, se identifica un estilo de resolución violenta de conflictos, donde su reacción inmediata frente a situaciones complejas que se presentan dentro del juego, es generar juegos donde se golpean los personajes, donde el mismo los golpea y tendencia a rechazar las interacciones positivas que se proponen, externalizando emociones de rabia por por medio de gritos, golpes y agitación.

(...) escasa cooperación entre personajes, relaciones violentas (...) Escasa capacidad para resolver problemas que se le presentan en el juego, tiende a resolverlo con agresión (Características del juego- Sesión 3).

(...) peleas entre los personajes, con golpes, gritos y los lanza (los juguetes) (Características del juego- Sesión 4).

Finalmente, se observa una tendencia a generar verbalizaciones de devaluación hacia a los personajes que aparecen dentro del juego y hacia sí mismo. Las primeras, se observan cuando el niño identifica figuras de poder que tienden a agredir a personajes más pequeños (Verbalizaciones- Sesión 1). En cuanto a las verbalizaciones de autodevaluación se observan presentes de manera consistente a lo largo de la mayoría de sesiones de diagnóstico:

Ven conmigo que estoy solo (Verbalizaciones- Sesión 1).

Tú no me quieres, nadie quiere ser mi amigo (Verbalizaciones- Sesión 2).

No tengo amigos, (...) Yo soy tonto (Verbalizaciones- Sesión 3).

Los dinosaurios me quieren más que los tatas, (...) no, porque soy un idiota, soy malo (Verbalizaciones- Sesión 5).

A modo de conclusión y a partir del análisis de contenido de esta técnica, se evidencian indicadores de la presencia de conductas externalizantes tanto en relación a problemas de la atención como a problemas del comportamiento. Se observa que ambos criterios dan cuenta de conductas que son relevantes en el desempeño del niño durante las sesiones, siendo estos elementos una constante en la conducta del niño durante el proceso diagnóstico llevado a cabo. Estos elementos se observan como centrales en la conducta del niño, observada durante el juego, y son extrapolables a otros ámbitos de su vida, según la información proporcionada por cuidadores, donde estos elementos tienden a invadir la conducta del niño, configurándose como herramientas base desde las cuales comienza a relacionarse con otras personas.

b) Entrevista semiestructurada con cuidadores. Para el procesamiento de la información obtenida, se considera el análisis en base al modelo sistémico relacional y se realiza un análisis de contenido, utilizando la metodología sugerida por Izcara (2014), considerando según la relevancia para el caso las siguientes categorías particulares de referencia: Conductas externalizantes en cuanto a problemas de comportamiento, Trauma complejo y Competencias parentales.

- **Conductas externalizantes: Problemas de comportamiento.** Dentro de la entrevista se obtiene información relevante respecto de la presencia de diversos problemas de comportamiento del niño, relacionados al bajo control de impulsos y manejo de emociones, donde se señala que el niño tiene baja tolerancia a la frustración, es poco flexible cuando pasan cosas dentro de la casa y es desafiante (Conducta: conducta en el hogar), además de que reportan que *a veces le dan "arrebatos" en los cuales de manera súbita grita, se enoja e insulta* (Conducta: conducta en el hogar). Se evidencia además la presencia de situaciones de riesgo asociados al descontrol de impulsos:

(...) el abuelo va a retirar la niño del jardín sin la abuela, y en medio del camino a la casa, el niño se le suelta de la mano, corre hacia la calle, mira a ambos lados y cruza, para llegar a una plaza, el abuelo se asusta y lo persigue, pero el niño no le hace caso, de modo que él debe llamar a la abuela, quien viene, le llama la atención al niño y solo ahí le hace caso- (Conducta: rutina).

Otras situaciones de riesgo identificadas tienen relación con conductas bizarras que requieren de la estricta supervisión de los abuelos, quienes señalan que si bien, ya no toma cuchillos, deben estar muy atentos ya que abre las llaves del gas, bota el detergente y lo encontraron lavándose las manos en la taza del baño (Conducta: conducta en el hogar).

Finalmente, ha presentado conductas sexualizadas que son de preocupación para la familia, donde el niño muestra sus partes íntimas y hace movimientos con connotación sexual en contexto de juego (Conducta: conducta en el hogar).

A partir del análisis de contenido de este apartado, se evidencia que el foco principal del relato de los cuidadores se enfoca en el malestar generado por conductas agresivas, súbitas y baja tolerancia a la frustración del niño, siendo lo que genera más malestar y disrupción en la rutina diaria. Respecto de la conducta sexualizada, si bien es relevante considerarla en sí misma como un fenómeno de estudio, para efectos del presente proyecto se considerarán dentro del criterio de problemas de comportamiento.

- **Trauma complejo.** Respecto de este criterio, se busca identificar elementos que podrían constituir una dinámica de trauma complejo en el niño, a partir de experiencias adversas vivenciadas a lo largo de su infancia. En ese sentido se obtiene información relevante respecto de situaciones de consumo de sustancias de parte de ambos padres, donde se reconoce la presencia de consumo de drogas y situaciones de violencia intrafamiliar entre los padres del niño, además de posibles malos tratos de parte de la familia extensa directamente en contra del este:

Destacan el consumo de drogas y situaciones de violencia (...) Refieren que por reporte de vecinos se sabría que el hijo mayor de la progenitora podría haber ejercido malos tratos en contra del niño. (Antecedentes familiares- Problemáticas).

Por otra parte, se da cuenta de situaciones de gran inestabilidad a las cuales habría estado expuesto el niño, promoviendo un entorno desorganizante para su desarrollo:

(...) cuando ellos escapaban de la policía, ellos iban a comer ahí a esa plaza con la mamá- (Conducta: rutina). (...) Ya no toma cuchillos pero deben estar muy atentos ya que abre las llaves del gas (...) a veces le dan “arrebatos” en los cuales de manera súbita grita, se enoja e insulta. (...) Verbalizaciones de episodios pasados, cosas quebradas, “*hacía lo que quería*”, “*le dan arrebatos que aún le cuestan*”. Refieren que cuando pasa muchos días en la casa, sin salir, tiende a desregularse (Conducta: Conducta en el hogar).

Se evidencia además la presencia de posibles transgresiones en la esfera de la sexualidad, al presentar el niño verbalizaciones inapropiadas sobre temas sexuales:

(...) se toca los genitales (...) hace movimientos sexuales con peluche (...) Verbalizaciones inapropiadas sobre temas sexuales (Conducta: conducta en el hogar).

Finalmente, y como posible consecuencia a las vivencias adversas, el niño presentó alteraciones en su rutina de sueño, con pesadillas, e ideas persecutorias sobre animales peligrosos que lo acechan, aunque por reporte de los adultos, ambas situaciones han ido disminuyendo su frecuencia e intensidad (Conducta: conducta en el hogar y calidad del sueño).

Antes tenía pesadillas, abuelos lo consolaban. Ahora duerme más tranquilo, pero con sobresaltos durante el sueño. Quiere dormir acompañado (Conducta: conducta en el hogar y calidad del sueño).

A partir del análisis de contenido de este apartado, se visualiza por medio del relato de los cuidadores, que el niño fue expuesto a diversas vulneraciones de derechos durante su desarrollo, las cuales han impactado en el estilo del niño para relacionarse con sí mismo, con otras personas y con el entorno que lo rodea.

- **Competencias parentales**

Finalmente, en relación a las competencias parentales formativas de los adultos, se obtiene que al interior de la familia de acogida existe un marco normativo establecido principalmente por la abuela, quien destaca que el establecimiento de normas es un tema hablado abiertamente con todos los miembros de su familia, destacando que toda acción referente al niño debe ser autorizado por ella, a fin de que este no vea problemas de autoridad, siendo estas indicaciones recibidas de buena manera por la familia:

Abuela señala que ha tenido que establecer límites con ellos respecto del niño, destacando que toda acción referente a él debe ser autorizado por ella, a fin de que el niño no vea

problemas en la autoridad, lo cual ha sido bien recepcionado por la familia (Antecedentes familiares: abuelos).

No obstante, el abuelo tiende a delegar este rol exclusivamente en la abuela, reconociendo que se le dificulta poder establecer normas con el niño, manteniendo una igualdad jerárquica con este:

Abuela refiere que el abuelo es permisivo, que no establece normas y tiende a situarse al mismo nivel jerárquico que su nieto, *“el tata le da en todos los gustos”* (Conducta: rutina).

Respecto de las competencias vinculares de los adultos, se observa que estos logran contener las necesidades emocionales del niño, brindando afecto y estabilidad abiertamente, adaptando su lenguaje de modo que la información sea comprendida de manera lúdica y adecuada por el niño:

Ellos lo contienen, especialmente abuela, al calmarse refiere *“te amo abuelita”* (Conducta: conducta en el hogar). Existe una proyección de mantener los cuidados del niño de manera permanente, lo que podría brindarle a este la posibilidad de crecer en un entorno estable, contenedor y reparador: Quiero que el sienta que lo aman y protegen, y que no va a quedar solo (Expectativas del proceso).

Finalmente, en cuanto a las competencias reflexivas, se observa que los adultos han cursado un proceso de alto estrés asociado a la incorporación del niño a su grupo familiar, debiendo cambiar rutinas familiares de manera relevante, generando necesidad de reorganizarse en cuanto a lo material, emocional y vincular, generando una crisis familiar que ha sido sobrellevada de manera positiva por ambos adultos, quienes reconocen la necesidad de ayuda para poder contener de mejor manera la conducta del niño.

Integración de resultados

Se realizó un proceso diagnóstico incorporando fuentes de información cuantitativas y cualitativas, tanto a nivel individual como familiar, las cuales permitieron obtener información relevante a la luz de responder a los objetivos propuestos para el proceso diagnóstico.

Analizando estos resultados desde una comprensión multinivel, es posible señalar que en el área individual el niño presenta sintomatología consistente con conductas externalizantes, visualizadas en problemas de atención y conducta agresiva, las cuales interfieren en su adecuado desarrollo e integración al proceso de acogimiento familiar, situación que se origina desde la detección de situaciones de desprotección grave de parte de los progenitores hacia el niño.

No obstante, se observa la presencia de los indicadores propuestos para el caso, es decir, problemas de atención y comportamiento agresivo, solo en las fuentes cualitativas, ya que el instrumento cuantitativo entrega resultados en rangos normales. Al respecto se observa que los problemas de atención del niño se encuentran presentes en distintas áreas de desempeño, no logrando mantener su atención enfocada en una actividad por un tiempo esperable a su edad, requiriendo mantener espacios de movimiento y dinamismo. Por su parte las conductas agresivas, aparecen como una constante dentro de

su patrón conductual de respuesta frente a las demandas del medio y como estrategia de resolución de conflictos, siendo una respuesta automática y escasamente analizada por parte del niño.

Así mismo, respecto al trauma complejo, se da cuenta de la existencia y exposición del niño a experiencias adversas durante su desarrollo, asociadas a negligencias parentales graves ejercidas por los progenitores como la inestabilidad emocional de ambos adultos, el consumo problemático de sustancias, inestabilidad habitacional, insatisfacción de necesidades de salud y educación del niño y especialmente, el abandono emocional al que se expuso a "S". En este contexto, desde el área relacional se observan dos polos opuestos, el primero asociado a los progenitores con la exposición del niño a contextos desfavorables no solo materialmente, sino que a nivel emocional, promoviendo una severa inestabilidad y generando en el niño la imposibilidad de poder establecer lazos de apego seguro con sus figuras primarias; y en el segundo polo se encuentra su familia de acogida, quienes intentan brindar apoyo y contención al niño, desplegando respuestas sensibles y contenedoras frente a las necesidades de este, reconociendo además la necesidad de ayuda por parte de la red comunitaria respecto del proceso de crianza de "S".

En relación con las habilidades parentales de los cuidadores se observan factores de protección asociados a la capacidad de la familia de contener emocionalmente al niño, brindar afecto abiertamente y proyectarse a largo plazo con el cuidado de este, brindando estabilidad y cooperando en poder reparar el daño vincular del niño. Por otra parte, si bien se observan habilidades en cuanto al establecimiento de normas y reglas, especialmente por parte de la abuela, se observa como un factor de riesgo las dificultades del cuidador para poder establecer un patrón similar con el niño, tendiendo a la horizontalidad jerárquica y delegando el rol normativo en cuidadora. Se observa además que el proceso de acogimiento familiar se ha significado como una crisis no normativa al interior de la familia, la cual ha desafiado las competencias parentales de ambos adultos y su capacidad para el manejo conductual de su nieto, evidenciándose un aumento del estrés asociado a la crianza y a la satisfacción de necesidades del niño.

Por su parte, el área contextual se significa de manera distinta para la familia de origen y para la familia de acogida, siendo para los primeros un entorno amenazante, mientras que para la familia de acogida el participar de las redes comunitarias es algo habitual y deseable.

Finalmente, es posible señalar desde el multinivel y una visión comprensiva de la situación general del niño, que este presenta conductas externalizantes a partir de la exposición a contextos familiares y socioculturales complejos, desprotectores y desorganizantes, encontrándose actualmente en un proceso de reparación vincular asociado a su incorporación a familia de acogida compuesta por sus abuelos paternos, quienes satisfacen adecuadamente las necesidades del niño en lo material, emocional y vincular, accediendo activamente a la red de apoyo comunitaria, solicitando cooperación de las redes en la medida que lo requieren como familia.

Discusión

Si bien el proceso de diagnóstico permitió obtener información relevante respecto de las conductas externalizantes de un niño preescolar expuesto a trauma complejo, el proceso de diagnóstico en el área individual resultó desafiante en cuanto a poder evaluar la sintomatología presentada, considerando que existen pocos instrumentos especializados y validados que midan conductas externalizantes en niños preescolares, lo que se condice con lo señalado por Oliveros (2023), incluso cuando estos son el foco de las intervenciones tempranas en salud mental, lo cual no se condice con la política pública que se ha promovido en el país por medio del Plan de acción Nacional niñez y adolescencia 2018-2025 (2018).

En este sentido se torna relevante el poder elaborar protocolos de evaluación sensibles y atinentes a las necesidades de los niños, entendiendo que el setting para evaluar a un niño preescolar en

población no vulnerada en sus derechos, versus un niño preescolar experimentando trauma complejo difiere notoriamente, requiere de especialización y de instrumentos que permitan orientar y acompañar el proceso de diagnóstico y posterior intervención, visualizándose la hora de juego diagnóstica como una alternativa importante de incorporar y sistematizar, siguiendo por ejemplo orientaciones como las presentadas por Bleichmar (2005, como se citó en Krauth, 2012), u Ocampo (1975, citada en Luzzi y Bardi, 2005).

Respecto de los resultados cuantitativos, en base al instrumento CBCL 1 ½- 5, se obtienen resultados de conductas en un rango “normal”, no obstante, la intensidad con la cual los adultos describen las problemáticas del niño pareciera no condecirse con la medición subjetiva que ellos realizan, siendo este un instrumento de autoreporte. Un elemento que pudo influir en estos resultados es que los adultos han manifestado observar cambios significativos en el niño desde el comienzo del proceso, lo cual puede haber influido en la percepción de la conducta del niño al momento de responder el test, el cual no fue aplicado sino hasta la cuarta sesión diagnóstica.

Respecto de la conducta externalizante del niño, este comportamiento podría haber surgido en su vida como una estrategia para poder sobrellevar las experiencias tempranas desfavorables que experimentó, no obstante, la mantención de estas estrategias en la actualidad se tornan desadaptativas, considerando que se encuentra en un entorno protector y contenedor, que asegura su bienestar y le permite potencialmente poder poner en práctica nuevas estrategias sin riesgos emocionales.

Al respecto, Bedregal (2021), señala que los problemas conductuales en niños preescolares son de especial interés, ya que se encuentran en un periodo sensible del desarrollo cerebral, el cual se ha asociado con la regulación de las emociones y la construcción de patrones de comportamiento, incluyendo la base conductual de las relaciones sociales, de este modo, es relevante identificar y examinar aquellos elementos que podrían afectar al comportamiento óptimo en niños en edad preescolar, y se requerirá el poder acompañar al niño en el proceso de actualizar sus mecanismos de afrontamiento frente a dificultades, reconociéndose en un nuevo espacio familiar, enriquecedor y positivo.

Conclusiones

Los resultados obtenidos a través del proceso diagnóstico dan respuesta al objetivo general del proceso diagnóstico, orientado a poder describir las conductas externalizantes presentes en un niño preescolar que ha vivenciado trauma complejo y, del mismo modo, logrando responder los objetivos específicos planteados.

En primer lugar, se logra identificar el rango en el cual se encuentran las conductas externalizantes del niño, las cuales fueron evaluadas por medio del instrumento CBCL 1 ½- 5 años, encontrándose estas en un rango normal, en base al instrumento cuantitativo aplicado.

En cuanto al segundo objetivo específico, se logra describir cómo son los problemas de atención en un niño preescolar que ha vivenciado trauma complejo, por medio del análisis de contenido de diversos instrumentos y técnicas diagnósticas como hora de juego diagnóstica, entrevista semiestructurada con familia y revisión de antecedentes previos, a partir de los cuales, se pudo obtener que el niño presenta problemas de atención, evidenciados en un funcionamiento conductual habitual caracterizado por la presencia de un alto nivel de energía y necesidad intensa de movimiento y actividad, presentando baja capacidad de atención y foco en las actividades presentadas.

Finalmente, en cuanto al tercer objetivo específico, se logra describir cómo son los comportamientos agresivos presentes en un niño preescolar que ha vivenciado trauma complejo, por medio del análisis de contenido de las técnicas ya señaladas y el análisis del instrumento cuantitativo, a partir de los cuales, se pudo obtener que se visualiza la presencia habitual de un patrón de respuesta agresivo e impulsivo del niño, frente a situaciones emergentes que demanden sus recursos emocionales, siendo esta la respuesta base con que cuenta para enfrentarse a las demandas del medio.

Estos resultados se analizan también en función de los antecedentes previos y a partir del análisis de contenido asociado al factor Trauma complejo (presente en la entrevista semiestructurada y en las fuentes secundarias de información), donde se evidencia la exposición temprana del niño a situaciones traumáticas y desestabilizantes, que pueden haber promovido el establecimiento de patrones conductuales desajustados como respuesta al trauma.

A partir del proceso realizado, es posible señalar que se consideran logrados los objetivos del proceso diagnóstico, identificándose elementos relevantes de incluir en el proceso posterior de intervención tanto con el niño, como la familia de acogida, así como también, identificar posibles técnicas de intervención que podrían beneficiar a los participantes del proceso en base a sus necesidades y características.

III. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

3.1 Relevancia de la intervención

Las experiencias de vulneración de derecho y sus consecuencias son parte de la realidad nacional que se ha visibilizado respecto de NNA en Chile, evidenciándose un aumento en la prevalencia de casos asociado a vulneración de derechos en la infancia según lo indicado en la 2° Encuesta Nacional de Polivictimización, observándose un aumento porcentual de un 35% en un 2017 a un 39% en 2023 respecto de la violencia hacia NNA de parte de sus cuidadores principales. Así mismo, se informa un incremento de la violencia psicológica pasando de un 28% en 2017 a 35% en 2023 (Subsecretaría de prevención del delito, 2023). De este modo, la presente intervención busca intervenir en esta temática, específicamente en la disminución de las conductas externalizantes de un preescolar que ha vivido vulneración de derechos, que, como muestra la estadística, es una problemática vigente a nivel país que requiere de atención e intervenciones especializadas.

Continuando con la presentación de cifras de la realidad nacional, se ha observado que un número considerable de vulneraciones ocurren durante la primera infancia, según los resultados de la 3° Encuesta Longitudinal de Primera Infancia (ELPI), donde se indica que el 63,1% de niños entre 5 y 8 años han recibido algún método violento de disciplina (Ministerio de desarrollo social, 2017), existiendo un amplio campo de investigación que ha logrado dar cuenta de la afectación que estas experiencias adversas pueden tener en el desarrollo infantil, pudiendo generar un impacto a corto, mediano y largo plazo. Los efectos de la victimización se observan en diferentes áreas del desarrollo, en la primera infancia afecta la seguridad del apego y la regulación emocional, también incrementa los problemas de salud física, impacta el desarrollo cognitivo y del lenguaje, y se asocia a dificultades de aprendizaje y bajo rendimiento escolar (orientación técnica programas FAE PRO, servicio nacional de menores, 2021).

En este ámbito, el estado chileno ha desarrollado programas especializados en primera infancia que buscan poder generar intervenciones tempranas con niños, niñas y sus familias, que permitan abordar las consecuencias de las experiencias adversas vivenciadas, así como orientar a sus padres, madres y cuidadores en estrategias de abordaje y contención de sus necesidades emocionales, existiendo actualmente un total de 113.723 NNA atendidos durante el mes de febrero de 2025, y 10.006 NNA atendidos en Programas Familias de Acogida Especializada (FAE) (Servicio Nacional de Protección especializada a la niñez y adolescencia, 2025).

En este sentido, se visualiza que esta intervención es relevante desde lo social y metodológico, ya que aborda una problemática social vigente en la comunidad, que requiere de intervenciones sensibles y

especializadas de parte de los profesionales intervinientes, así como comprensión y empatía de parte de la comunidad en general, a fin de poder brindar a los niños y niñas entornos sociales más sensibles, empáticos y contenedores. Generando conciencia en estos ámbitos se pueden promover espacios de inclusión, comprensión y atención especializada que no nazca solo de los intervinientes directos sino que de todos aquellos adultos que participan en el diario vivir de aquellos niños y niñas.

Así mismo, se torna relevante poder aportar intervenciones basadas en evidencia que aborden diversas manifestaciones sintomatológicas del trauma complejo en primera infancia, en este caso, los síntomas externalizantes, utilizando medios lúdicos y naturales para los niños y niñas como la terapia de juego, que permiten explorar su mundo interno de manera poco invasiva, y puede ser utilizado como medio de expresión y resignificación de experiencias adversas.

En particular, se visualiza relevante no solo por ser una intervención en trauma, con un precolar vulnerado en sus derechos, sino que se suma el elemento de encontrarse en cuidado alternativo del Programa FAE, una modalidad proteccional creciente en el país a la cual se le ha dado realce desde el año 2018 en el Acuerdo Nacional por la Infancia (Ministerio de Desarrollo Social), al priorizarse el ingreso a familias de acogida por sobre el ingreso a sistemas residenciales, debiendo especializarse los procesos de intervención cada vez más para atender a las necesidades particulares emergentes en esta modalidad de intervención. Esto no aplica solo a la intervención directa con los niños y niñas, se amplía indisociablemente a sus familias cuidadoras, ya que al poder brindarse atenciones a los niños y niñas, que les ayuden a sobrellevar posibles dificultades emocionales y conductuales, mejorando sus habilidades de adaptación a los nuevos contextos, se podría favorecer una menor tasa de desistimientos en los procesos de cuidado alternativo y evitando nuevas experiencias de inestabilidad.

En cuanto a la relevancia práctica de esta intervención, se espera que el usuario vea mejorada su calidad de vida, expresada en la disminución de conductas externalizantes y en la adquisición de nuevas estrategias de afrontamiento que le permitan incorporarse adecuadamente a contextos de desempeño tanto a nivel individual, familiar y socio comunitario, ámbitos que son fundamentales para su desarrollo biopsicosocial.

Desde el punto de vista vincular, esta intervención busca poder generar un ambiente de interacción controlada entre el niño y sus cuidadores, que les permitan potenciar el vínculo, la confianza y la comunicación, promoviendo experiencias de disfrute, éxito y reconocimiento mutuo, que puedan posteriormente replicar en casa. Así mismo, se busca poder generar bienestar en los cuidadores, reflejado en el fortalecimiento de competencias parentales que les permitan poder responder de manera sensible y atingente a las necesidades emocionales del niño, disminuyendo sus niveles de estrés asociado a la crianza. El conjunto de estas acciones, tenderá a potenciar los factores protectores al interior de la familia y disminuir los factores de riesgo existentes.

3.2 Objetivos de la intervención

Objetivo general:

Resignificar la historia de vida de un niño precolar que ha vivenciado trauma complejo desde el modelo sistémico narrativo, a fin de disminuir sus conductas externalizantes.

Objetivos específicos

1. Mejorar las estrategias de autorregulación emocional del niño.
2. Fortalecer en el niño la internalización de límites respecto de sí mismo y otros.
3. Fortalecer las habilidades de contención emocional de los cuidadores, sensibles a las necesidades del niño.

4. Fortalecer la relación vincular entre el niño y sus cuidadores.

3.3 Plan de evaluación de los resultados

Esquema general de proceso de intervención

N	Objetivos	Indicadores	Medios de verificación	Criterios de logro
1	Mejorar las estrategias de autorregulación emocional del niño.	<p>1. El niño logra identificar sus emociones por medio de terapia de juego.</p> <p>2. El niño logra incorporar estrategias de autorregulación emocional por medio de terapia de juego.</p> <p>3. El niño logra desplegar estrategias de autorregulación dentro de la dinámica familiar diaria.</p> <p>4. El niño logra disminuir verbalizaciones y conductas agresivas.</p>	<p>Indicador 1:</p> <p>a) Observación clínica del niño</p> <p>b) Entrevista semi estructurada a cuidadores</p> <p>Indicador 2:</p> <p>a) Observación clínica del niño</p> <p>b) Entrevista semi estructurada a cuidadores</p> <p>c) Aplicación ex post Instrumento CBCL 1 ½ a 5.</p> <p>Indicador 3:</p> <p>a) Entrevista semi estructurada a cuidadores</p> <p>b) Aplicación ex post Instrumento CBCL 1 ½ a 5 años.</p> <p>Indicador 4:</p> <p>a) Observación clínica del niño</p> <p>b) Entrevista semi estructurada a cuidadores</p> <p>c) Aplicación ex post Instrumento CBCL 1 ½ a 5.</p>	<p>Indicador 1:</p> <p>a) Reconocimiento por parte del niño de emociones básicas (alegría, tristeza, miedo, rabia y asombro), al finalizar la intervención.</p> <p>b) Disminución de conductas impulsivas en un 50% al finalizar la intervención.</p> <p>Indicador 2:</p> <p>a) Disminución de las salidas de la sala en un 50%, aumento en su capacidad de mantención en una actividad en un 30% y disminución de las estrategias violentas de resolución de conflictos en un 50%, al finalizar la intervención.</p> <p>b) Aumento de la tolerancia a la frustración en un 50% y disminución de las estrategias violentas de resolución de conflictos en un 50%, al finalizar la intervención.</p> <p>c) Mantención de puntajes en CBCL 1 ½ a 5 en el criterio de “conductas externalizantes” al finalizar la intervención.</p> <p>Indicador 3:</p> <p>a) Disminución de las verbalizaciones inadecuadas en un 50% y disminución de los cinco indicadores del criterio de “conducta externalizante: Problemas de comportamiento” (impulsividad, reconocimiento de emociones, tolerancia a la frustración, resolución de conflictos, conducta sexualizada) en un 50%, al finalizar la intervención.</p>

			<p>b) Mantenimiento de puntajes en CBCL ½ a 5 años, en el criterio de “conductas externalizantes” al finalizar la intervención.</p> <p>Indicador 4:</p> <p>a) Disminución de juego de contenido emocional traumático en un 50%, disminución de las estrategias violentas de resolución de conflictos en un 50% y disminución de las verbalizaciones devaluativas en un 50%, al finalizar la intervención.</p> <p>b) Disminución de los cinco indicadores del criterio “conducta externalizante: Problemas de comportamiento” (impulsividad, reconocimiento de emociones, tolerancia a la frustración, resolución de conflictos y conducta sexualizada) en un 50%, al finalizar la intervención.</p> <p>c) Mantenimiento de puntajes en CBCL 1 ½ a 5 en el criterio de “conductas externalizantes” al finalizar la intervención.</p>
<p>2 Fortalecer en el niño la internalización de límites respecto de sí mismo y otros.</p>	<p>1. El niño logra fortalecer la internalización de límites respecto de sí mismo y de otros por medio de terapia de juego.</p> <p>2. El niño logra incorporar normas establecidas en contexto familiar.</p>	<p>Indicador 1:</p> <p>a) Observación clínica del niño.</p> <p>b) Entrevista semi estructurada a cuidadores.</p> <p>c) Aplicación ex post CBCL 1 ½ a 5 años</p> <p>Indicador 2:</p> <p>a) Entrevista semi estructurada a cuidadores.</p> <p>b) Aplicación ex post CBCL ½ a 5 años</p>	<p>Indicador 1:</p> <p>a) Disminución de la necesidad de movimiento en un 30%, disminución de las salidas de la sala en un 50%, aumento en su capacidad de mantención en una actividad en un 30% y disminución de las estrategias violentas de resolución de conflictos en un 50%, al finalizar la intervención.</p> <p>b) Disminución de las conductas impulsivas en un 50 % y disminución de las estrategias violentas de resolución de conflictos en un 50%, al finalizar la intervención.</p> <p>c) Mantenimiento de puntajes en instrumento CBCL ½ a 5 años,</p>

			en el criterio de “conductas externalizantes” al finalizar la intervención.
			Indicador 2:
			a) Disminución de las estrategias violentas de resolución de conflictos en un 50%, disminución de las verbalizaciones inadecuadas en un 50%, disminución de los cinco indicadores del criterio “conducta externalizante: Problemas de comportamiento” (impulsividad, reconocimiento de emociones, tolerancia a la frustración, resolución de conflictos y conducta sexualizada) en un 50% y aumento en la internalización de normas en el hogar en un 50%.
			b) Mantenimiento de puntajes en instrumento CBCL ½ a 5 años, en el criterio de “conductas externalizantes” al finalizar la intervención.
3	Fortalecer las habilidades de contención emocional de los cuidadores, sensibles a las necesidades del niño.	<p>1. Reconocimiento de los estados emocionales del niño por parte de los cuidadores.</p> <p>2. Despliegue de respuestas sensibles por parte de los cuidadores frente a las necesidades del niño.</p>	<p>Indicador 1:</p> <p>a) Entrevista semi estructurada a cuidadores.</p> <p>Indicador 2:</p> <p>a) Entrevista semi estructurada a cuidadores.</p>
			Indicador 1:
			a) Cuidadores aumentan el despliegue de acciones de contención emocional hacia su nieto en un 50%, al finalizar la intervención.
			Indicador 2:
			a) Cuidadores aumentan el despliegue de respuestas sensibles hacia el niño en un 50%, al finalizar la intervención.
4	Fortalecer la relación vincular entre el niño y sus cuidadores.	<p>1. El niño y sus cuidadores logran expresar sentimientos, necesidades y afecto de manera física y verbal.</p> <p>2. Los miembros de la familia incorporan normas comunes al interior de la familia.</p>	<p>Indicador 1:</p> <p>a) Observación clínica de interacción entre el niño y sus cuidadores.</p> <p>b) Entrevista semi estructurada a cuidadores.</p> <p>Indicador 2:</p>
			Indicador 1:
			a) Disminución del juego con contenido emocional traumático en un 50%, disminución de las estrategias violentas de resolución de conflictos en un 50% y disminución de verbalizaciones devaluativas en un 50%, al finalizar la intervención.

-
- | | |
|---|---|
| <p>a) Observación clínica de interacción entre el niño y sus cuidadores.</p> <p>b) Entrevista semi estructurada a cuidadores.</p> | <p>b) Disminución de las ideas persecutorias en un 50%, disminución de las verbalizaciones inadecuadas en un 50%, disminución de los cinco indicadores del criterio “conducta externalizante: Problemas de comportamiento” (impulsividad, reconocimiento de emociones, tolerancia a la frustración, resolución de conflictos y conducta sexualizada) en un 50% y aumento en la internalización de normas en el hogar en un 50%, al finalizar la intervención.</p> |
|---|---|

Indicador 2:

- a) Disminución de las salidas de la sala en un 50%, disminución de las estrategias violentas de resolución de conflictos en un 50%, al finalizar la intervención.
- b) Disminución del uso de estrategias violentas de resolución de conflictos en un 50%, aumento de la tolerancia a la frustración en un 50% y aumento en la internalización de normas en el hogar en un 50%, al finalizar la intervención.
-

3.4 Diseño de la estrategia de intervención**Sesión N°1: “Conociendo mis emociones”**

Objetivo: Mejorar estrategias de autorregulación emocional del niño.

Contenidos: Reconocimiento de emociones, emociones conflictivas.

Materiales: Cubos de construcción, animales, personas, medios de transporte, peluches de emociones, etc.

Participantes: Niño y terapeuta.

Acciones:

1. Bienvenida
2. Monitoreo del estado actual del paciente

3. Encuadre de la actividad
4. Se realizará actividad de juego semiestructurado, incorporando personajes que presentan diversas emociones y respuestas conductuales, motivando dentro del juego el reconocimiento de emociones y la práctica de distintos estilos de afrontamiento, promoviendo estilos más adaptativos.
5. Sumario de lo aprendido y observado
6. Cierre y despedida

Sesión N°2: “La tristeza y la rabia”

Objetivo: Mejorar estrategias de autorregulación emocional del niño.

Contenidos: Reconocimiento de emociones, emociones conflictivas

Materiales: Cuento “Tengo un volcán”, cubos de construcción, animales, personas, medios de transporte, peluches de emociones, etc.

Participantes: Niño y terapeuta

Acciones:

1. Bienvenida
2. Monitoreo del estado actual del paciente
3. Encuadre de la actividad
4. Se realizará la lectura conjunta del cuento “Tengo un volcán”, para luego profundizar en el mismo por medio de juego semiestructurado, incorporando personajes que presentan emociones conflictivas y respuestas conductuales, motivando dentro del juego el reconocimiento de emociones y la práctica de distintos estilos de afrontamiento, promoviendo estilos más adaptativos.
5. Sumario de lo aprendido y observado
6. Cierre y despedida

Sesión N°3: “Técnicas expresivas desde el arte: Encontrando mis emociones” (1° parte)

Objetivo: Mejorar estrategias de autorregulación emocional del niño.

Contenidos: Reconocimiento de emociones, autorregulación.

Materiales: Cuento “El monstruo de los colores”, cartulina blanca, cinta adhesiva, témpera sólida, lápices de colores, bolitas de algodón de colores.

Participantes: Niño y terapeuta

Acciones:

1. Bienvenida
2. Monitoreo del estado actual del paciente
3. Encuadre de la actividad
4. Se leerá cuento “El monstruo de los colores”, para luego mostrar cartulina blanca que tendrá dibujado frascos de distintos tamaños representando a las emociones. Siguiendo los colores del cuento, se pegarán los materiales de diversos colores al interior de cada frasco.
5. Sumario de lo aprendido y observado
- Cierre y despedida

Sesión N°4: “Técnicas expresivas desde el arte: Encontrando mis emociones” (2° parte)

Objetivo: Mejorar estrategias de autorregulación emocional del niño.

Contenidos: Conducta agresiva, reconocimiento de emociones.

Materiales: Arena kinética.

Participantes: Niño y terapeuta

Acciones:

1. Bienvenida
2. Monitoreo del estado actual del paciente
3. Encuadre de la actividad
4. Siguiendo lo abordado en sesiones anteriores, se buscará representar nuevamente las emociones, pero ahora las que viven en el niño, diferenciando tamaños, formas, peso, textura, etc., formándolas con arena kinética.
5. Sumario de lo aprendido y observado
6. Cierre y despedida

Sesión N°5: “Aprendiendo a relajar y respirar” (1° parte)

Objetivo: Mejorar estrategias de autorregulación emocional del niño.

Contenidos: Reconocimiento de emociones, técnicas de respiración guiada.

Materiales: Burbujas.

Participantes: Niño y terapeuta

Acciones:

1. Bienvenida
2. Monitoreo del estado actual del paciente
3. Encuadre de la actividad
4. Entrenamiento en respiraciones lúdicas: Se practicará la respiración del globo, de la abeja y exhalación con burbujas. Dependiendo del nivel de recepción del niño a la actividad, se puede hacer parte a juguetes significativos del niño para que acompañen la experiencia.
5. Sumario de lo aprendido y observado.
6. Cierre y despedida

Sesión N°6: “Aprendiendo a relajar y respirar” (2° parte)

Objetivo: Mejorar estrategias de autorregulación emocional del niño.

Contenidos: Reconocimiento de emociones, técnicas de respiración guiada.

Materiales: 2 Pelotas blandas.

Acciones:

1. Bienvenida
2. Monitoreo del estado actual del paciente
3. Encuadre de la actividad
4. Entrenamiento en relajación lúdica: “Mosca en la nariz” (relajación facial), “Caminata del elefante” (Relajación abdominal), “Exprimiendo limones” (relajación de manos), “El escondite de la tortuga” (Relajación de hombros), “Pies en el barro” (Relajación pies y piernas).
5. Sumario de lo aprendido y observado
6. Cierre y despedida

Sesión N°7: “Los límites”

Objetivo: Fortalecer en el niño la internalización de límites respecto de sí mismo y otros.

Contenidos: Límites, normas y autoprotección

Materiales: Cuento “No dejes que la paloma conduzca el autobús”, cubos de construcción, animales, personas, medios de transporte, peluches de emociones, etc.

Participantes: Niño y terapeuta

Acciones:

1. Bienvenida
2. Monitoreo del estado actual del paciente
3. Encuadre de la actividad
4. Lectura cuento “No dejes que la paloma conduzca el autobús”, con la cual se dará la introducción para poder generar juego semiestructurado donde se planteen temáticas planteadas en el cuento como normas y límites, buscando nuevas estrategias para resolver dichas situaciones conflictivas.
5. Sumario de lo aprendido y observado
6. Cierre y despedida

Sesión N°8: “Comprendiendo mis límites”

Objetivo: Fortalecer en el niño la internalización de límites respecto de sí mismo y otros.

Contenidos: Límites, normas y autoprotección

Materiales: 1 pliego de papel kraft, cinta adhesiva, plumón, témpera sólida.

Participantes: Niño y terapeuta

Acciones:

1. Bienvenida
2. Monitoreo del estado actual del paciente
3. Encuadre de la actividad
4. En el pliego de papel kraft se dibujará el contorno del niño en tamaño real, para luego poder decorar a gusto el contorno del mismo. Se puede también realizar el contorno de animales de juguete la sala que han tomado significancia para el niño, a fin de identificar las diferencias entre individuos y sus espacios personales. Se trabajará en reconocer además cuando sus emociones dejan su cuerpo y de la manera que lo hace, reflejando la externalización de emociones complejas como la rabia.
5. Sumario de lo aprendido y observado
6. Cierre y despedida

Sesión N°9: Externalización “El lobo” (1° parte)

Objetivo: Fortalecer en el niño la internalización de límites respecto de sí mismo y otros.

Contenidos: Límites, normas y autoprotección

Materiales: Tarro transparente reciclado, lápices de colores, papel blanco, plasticina, cinta adhesiva.

Participantes: Niño y terapeuta

Acciones:

1. Bienvenida
2. Monitoreo del estado actual del paciente
3. Encuadre de la actividad
4. En sesión se construirá a figura del “lobo feroz”, elemento que surge desde el relato del niño y figura de agresión y temor, utilizando los materiales de interés del niño. Se propondrá poder

encerrar a esta figura en tarro plástico a fin de poder analizarla de mejor manera en un entorno controlado, todo esto en un lenguaje claro y comprensible para el niño.

5. Sumario de lo aprendido y observado
6. Cierre y despedida

Sesión N°10: Externalización “El lobo” (2° parte)

Objetivo: Fortalecer en el niño la internalización de límites respecto de sí mismo y otros.

Contenidos: Límites, normas y autoprotección

Materiales: Tarro transparente reciclado, lápices de colores, papel blanco, plasticina, cinta adhesiva.

Participantes: Niño y terapeuta

Acciones:

1. Bienvenida
2. Monitoreo del estado actual del paciente
3. Encuadre de la actividad
4. Se dará continuidad a la sesión realizada anteriormente, revisando la creación e incorporando o sacando elementos según los requerimientos del caso.
5. Sumario de lo aprendido y observado
6. Cierre y despedida

Sesión N°11: Incorporando límites

Objetivo: Fortalecer en el niño la internalización de límites respecto de sí mismo y otros.

Contenidos: Límites, normas y autoprotección

Materiales: Cubos de construcción, animales, personas, medios de transporte, peluches de emociones, etc.

Participantes: Niño y terapeuta

Acciones:

1. Bienvenida
2. Monitoreo del estado actual del paciente
3. Encuadre de la actividad
4. Por medio de sesión de juego se incorporarán los elementos identificados en sesiones anteriores respecto de límites y emociones, observando las interacciones propiciadas por el niño e incorporando elementos según los requerimientos del caso.
5. Sumario de lo aprendido y observado
6. Cierre y despedida

Sesión N°12: Sesión terapéutica en apego (1° parte)

Objetivo: Fortalecer las habilidades de contención emocional de los cuidadores, sensibles a las necesidades del niño.

Contenidos: Emociones, trauma complejo, estilos de apego.

Materiales: Material audiovisual Programa Chile Crece Contigo, trípticos informativos.

Participantes: Cuidadores y terapeuta

Acciones:

1. Bienvenida
2. Monitoreo del estado actual del paciente
3. Encuadre de la actividad

4. Se realizará sesión expositivo – vivencial con cuidadores, por medio de material audiovisual de Programa Chile Crece Contigo, generando espacios de análisis y reflexión sobre los estilos de apego que presenta el niño y los estilos que ellos promueven por medio de sus respuestas.
5. Sumario de lo aprendido y observado
6. Cierre y despedida

Sesión N°13: Sesión terapéutica en apego (2° parte)

Objetivo: Fortalecer las habilidades de contención emocional de los cuidadores, sensibles a las necesidades del niño.

Contenidos: Emociones, trauma complejo, apego.

Materiales: Material audiovisual Programa Chile Crece Contigo, trípticos informativos.

Participantes: Cuidadores y terapeuta

Acciones:

1. Bienvenida
2. Monitoreo del estado actual del paciente
3. Encuadre de la actividad
4. Se realizará sesión expositivo – vivencial con cuidadores, por medio de material audiovisual de Programa Chile Crece Contigo, generando espacios de análisis y reflexión sobre los estilos de apego que presenta el niño y los estilos que ellos promueven por medio de sus respuestas.
5. Sumario de lo aprendido y observado
6. Cierre y despedida

Sesión N°14: Sesión terapéutica en mentalización (1° parte).

Objetivo: Fortalecer las habilidades de contención emocional de los cuidadores, sensibles a las necesidades del niño.

Contenidos: Mentalización, sensibilidad parental, calidez emocional, involucramiento.

Materiales: Manual, cartillas y material audiovisual elaborado por Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP), trípticos informativos.

Participantes: Cuidadores y terapeuta.

Acciones:

1. Bienvenida
2. Monitoreo del estado actual del paciente
3. Encuadre de la actividad
4. Se realizará sesión expositivo – vivencial con cuidadores, por medio de Manual MIDAP de Mentalización, generando espacios de análisis, reflexión y establecimiento de patrones sensibles de abordaje emocional y conductual del niño.
5. Sumario de lo aprendido y observado
6. Cierre y despedida

Sesión N°15: Sesión terapéutica en mentalización (2° parte).

Objetivo: Fortalecer las habilidades de contención emocional de los cuidadores, sensibles a las necesidades del niño.

Contenidos: Mentalización, sensibilidad parental, calidez emocional, involucramiento.

Materiales: Manual, cartillas y material audiovisual elaborado por Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP), trípticos informativos.

Participantes: Cuidadores y terapeuta.

Acciones:

1. Bienvenida
2. Monitoreo del estado actual del paciente
3. Encuadre de la actividad
4. Se realizará sesión expositivo – vivencial con cuidadores, por medio de Manual MIDAP de Mentalización, generando espacios de análisis, reflexión y establecimiento de patrones sensibles de abordaje emocional y conductual del niño.
5. Sumario de lo aprendido y observado.
6. Cierre y despedida

Sesión N°16: Sesiones vinculares mediante el uso de técnicas del Theraplay (1° parte)

Objetivo: Fortalecer la relación vincular entre el niño y sus cuidadores.

Contenidos: Apego, Vínculo, Terapia vincular reparatoria.

Materiales: Globo, manta, mola de algodón, papel de diario, crema de manos y curitas.

Participantes: Niño, cuidadores y terapeuta.

Acciones:

1. Bienvenida
2. Monitoreo del estado general de los participantes
3. Encuadre de la actividad (objetivo de la actividad, instrucciones, tiempo de duración de la actividad, entre otras)
4. Actividades
 - **Trabajo en equipo**
 - “Que no caiga el globo”: Los participantes en conjunto deben evitar que caiga el globo al suelo, usando para esto una manta con la cual deben recibir e impulsar el globo.
 - “Escondidas”: Por turnos, los participantes tomarán una bola de algodón y la esconderán en sí mismos o en la sala, guiando a los demás con pistas como “tibio”, “frio”, “caliente”.
 - **Refuerzo mutuo**
 - “Con todas tus fuerzas”: Los cuidadores con apoyo de terapeuta motivarán al niño destacando aspectos como su fuerza y habilidad, instándolo a romper un papel de diario, el cual se irá doblando y reforzando hasta que sea más difícil de romper.
 - “Encestando al aro”: Se deberán formar bolas con los papeles de diario de la actividad anterior, el adulto junta sus brazos formando un aro, donde el niño deberá lanzar las pelotas de papel y encestar. Los adultos presentes apoyarán al niño, celebrando los logros y estimulando su persistencia. Luego se cambiarán de roles.
 - **Cuidado y cierre**
 - “El espejo”: Los participantes se sentarán en el suelo y por turnos deberán imaginar que son un espejo con el reflejo del otro y sin tocarse, deberán imitar los gestos y movimientos del otro. Luego se turnarán y cambiarán de roles.
 - “Cuidar las heridas”: Para cerrar la actividad y entrando en un estado de mayor calma, los cuidadores pondrán crema en las manos y antebrazos del niño, realizando movimientos suaves y poniendo atención a “curar las heridas” que el niño tenga, pueden turnarse a que el niño realice la misma acción, dependiendo del interés del niño.
5. Sumario de lo aprendido y observado

6. Cierre y despedida

Sesión N°17: Sesiones vinculares mediante el uso de técnicas del Theraplay (2° parte)

Objetivo: Fortalecer la relación vincular entre el niño y sus cuidadores.

Contenidos: Apego, Vínculo, Terapia vincular reparatoria.

Materiales: Manta, bolas de algodón, plumas, lana, crema, curitas.

Participantes: Niño, cuidadores y terapeuta

Acciones:

1. Bienvenida
2. Monitoreo del estado general de los participantes.
3. Encuadre de la actividad (objetivo de la actividad, instrucciones, tiempo de duración de la actividad, entre otras)
4. Actividades
 - **Trabajo en equipo**
 - “La mecedora”: Los cuidadores, con ayuda de terapeuta, mecerán al niño en una manta, sosteniéndolo en conjunto y de manera lúdica y amable, fomentando la confianza y el disfrute. A lo largo de la actividad se puede cantar una canción de cuna para acompañar el momento (ej. Duérmete mi niño).
 - “Soplando soplando”: Los participantes se pondrán boca abajo en el suelo, frente afrente, generando un espacio entre ellos por medio de sus brazos. Al interior se pondrá una bolita de algodón, la cual deberán soplar para llevarla de lado a lado, contando cuantas logran hacer en total. El juego puede ser de a dos o tres participantes.
 - **Refuerzo mutuo**
 - “Torre de manos”: Los cuidadores junto al niño, sentados en el suelo, deberán poner sus manos una sobre la otra progresivamente formando una torre, llegando hasta lo más alto que puedan, para luego realizar la misma acción pero a la inversa, hasta llegar al suelo.
 - “Gallito inglés”: En parejas, tomados de la mano y dejando solo el pulgar fuera del agarre, se jugará a intentar atrapar el dedo de la contraparte. Se irán turnando en la actividad, potenciando la perseverancia y el espacio lúdico.
 - **Cuidado y cierre**
 - “Adivinanza sensorial”: Se presentarán elementos suaves (bola de algodón, pluma, lana gruesa) y se deberá tocar al niño con alguno de estos elementos, quien estará con los ojos cerrados y deberá adivinar con cual objeto fue tocado. Luego pueden intercambiar roles.
 - “Cuidar las heridas”: Para cerrar la actividad y entrando en un estado de mayor calma, los cuidadores pondrán crema en las manos y antebrazos del niño, realizando movimientos suaves y poniendo atención a “curar las heridas” que el niño tenga, pueden turnarse a que el niño realice la misma acción, dependiendo del interés del niño.
5. Sumario de lo aprendido y observado
6. Cierre y despedida

Sesión N°18: Sesiones vinculares mediante el uso de técnicas del Theraplay (3° parte)

Objetivo: Fortalecer la relación vincular entre el niño y sus cuidadores.

Contenidos: Apego, Vínculo, Terapia vincular reparatoria.

Materiales: Manta, bolas de algodón, plumas, lana, crema, curitas.

Participantes: Niño, cuidadores y terapeuta

Acciones:

1. Bienvenida
2. Monitoreo del estado general de los participantes.
3. Encuadre de la actividad (objetivo de la actividad, instrucciones, tiempo de duración de la actividad, entre otras)
4. Actividades

- Trabajo en equipo

- “La mecedora”: Los cuidadores, con ayuda de terapeuta, mecerán al niño en una manta, sosteniéndolo en conjunto y de manera lúdica y amable, fomentando la confianza y el disfrute. A lo largo de la actividad se puede cantar una canción de cuna para acompañar el momento (ej. Duérmete mi niño).
- “Soplando soplando”: Los participantes se pondrán boca abajo en el suelo, frente afrente, generando un espacio entre ellos por medio de sus brazos. Al interior se pondrá una bolita de algodón, la cual deberán soplar para llevarla de lado a lado, contando cuantas logran hacer en total. El juego puede ser de a dos o tres participantes.

- Refuerzo mutuo

- “Torre de manos”: Los cuidadores junto al niño, sentados en el suelo, deberán poner sus manos una sobre la otra progresivamente formando una torre, llegando hasta lo más alto que puedan, para luego realizar la misma acción pero a la inversa, hasta llegar al suelo.
- “Soplando las olas”: En parejas, se sentarán en el suelo frente a frente y con las rodillas cruzadas, tomándose de los antebrazos. Una vez tomados, cada uno soplará con distintas intensidades al otro, quien deberá inclinarse hacia atrás como si fuera un bote motivo por el viento, generando un espacio lúdico y de disfrute entre los participantes. Luego turnarse con el otro cuidador.

- Cuidado y cierre

- “Soplando suavcito”: Los participantes se pondrán frente a frente con las manos extendidas, y con suavidad deberán soplar una bolita de algodón de la mano de uno a la mano del otro, sin que se les caiga.
- “Cuidar las heridas”: Para cerrar la actividad y entrando en un estado de mayor calma, los cuidadores pondrán crema en las manos y antebrazos del niño, realizando movimientos suaves y poniendo atención a “curar las heridas” que el niño tenga, pueden turnarse a que el niño realice la misma acción, dependiendo del interés del niño.

5. Sumario de lo aprendido y observado
6. Cierre y despedida.

Cronograma de sesiones

Actividad		Mayo				Junio				Julio			
N°	Meses- Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Autorregulación	Conociendo mis emociones		La tristeza y la rabia		Encontrando mis emociones (1)		Encontrando mis emociones (2)		Aprendiendo a relajar y respirar (1)		Aprendiendo a relajar y respirar (2)	
2	Límites												Los límites
3	Contención												
4	Vínculo												

Agosto				Septiembre				Octubre			
1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
	Comprendiendo mis límites		Incorporando límites		Externalización (ya realizada)		Externalización (ya realizada)				
Sesión terapéutica en apego (1)		Sesión terapéutica en apego (2)		Sesión terapéutica en mentalización (1)		Sesión terapéutica en mentalización (2)					
								Sesión vincular (1)	Sesión vincular (2)	Sesión vincular (3)	

3.5 Consideraciones éticas

La presente intervención se ha planificado y realizado tomando en cuenta distintas consideraciones éticas a fin de proveer al paciente y su familia una atención integral centrada en sus necesidades manifiestas. Una de estas consideraciones es el principio de respeto, la cual se traduce en el informar a los participantes respecto de la intervención y condiciones de esta (Bados, 2008), por medio de un consentimiento informado, para los adultos, y un asentimiento informado, para el niño. En este se describen específicamente distintos aspectos del proceso, por ejemplo la realización de videograbación, no obstante, además de presentarse esta información de manera escrita se realiza una revisión acompañada de cada punto junto a los adultos participantes, a fin de poder adaptar el lenguaje que pueda resultar complejo a uno que sea comprensible para ellos. Del mismo modo, la información

se adapta para el niño participante, a fin de que pueda comprender, dentro de sus posibilidades asociadas a rango etario y características personales, la intervención que se realizará.

Un aspecto que se da de manera particular en este caso, tiene relación con que el ingreso del niño y su familia al programa ocurre a partir de una derivación de Tribunal de Familia, de modo que la intervención que se establece tiene una calidad de obligatoria, al ser un mandato oficial desde el poder judicial. Desde este punto de vista, se explica a la familia que independiente de la obligatoriedad del proceso a nivel proteccional, puede negarse al proceso de intervención videograbado en contexto de Magíster, o retirarse en cualquier momento de la participación del estudio.

Otra consideración incorporada es el principio de beneficencia, que hace referencia a poder guiar la intervención en beneficio del paciente, pero siempre respetando la autonomía y decisiones de este (Bados, 2008). En este sentido, el foco principal del proceso de intervención es ayudar al niño y su familia a obtener un mayor nivel de bienestar por medio de la intervención directa y el desarrollo de nuevas estrategias y conocimientos. Esto es relevante ya que de manera paralela se realiza por parte de profesional interviniente un proceso de perfeccionamiento académico, debiéndose considerar siempre en primer lugar el beneficio de la familia por sobre los tiempos y planificaciones del programa de Magíster.

Respecto del principio de justicia, que hace referencia a evitar la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios (Bados, 2008), se observa que en este caso, la familia participante puede acceder a atenciones especializadas y gratuitas que pueden ayudarles a sobrellevar de mejor manera el proceso de acogimiento familiar y las dificultades emocionales que ha manifestado el niño a su cuidado. Esta intervención especializada permite que los participantes, quienes debido a su contexto socio económico pudiesen no poder acceder a un tratamiento gratuito y de calidad, lo reciban por medio de las intervenciones del programa FAE.

En cuanto al principio de fidelidad y responsabilidad, el cual hace referencia al establecimiento de relaciones de confianza con las personas con las que se trabaja al cumplir con las responsabilidades profesionales y científicas correspondientes (Bados, 2008), además de los documentos formales entregados y revisados junto al niño y su familia, se ha informado a la Jefatura de la institución FAE a fin de que se autorice la participación de la familia, considerando el contexto proteccional en que esta intervención se inserta, existiendo transparencia respecto de las acciones a realizar dentro del proceso.

Finalmente, respecto del principio de integridad, referente a la veracidad en el ejercicio de la profesión (Bados, 2008), se ha informado a los participantes que la profesional interviniente se encuentra aún en proceso de formación y supervisión, por tanto no necesariamente maneja todas las técnicas a la perfección. No obstante, la elaboración de la intervención se ha realizado en base a una búsqueda profunda de experiencias de intervención en casos similares, pudiendo proveerle a la familia un beneficio más que un desmedro.

Por otra parte, el Colegio de Psicólogos de Chile en su Código de ética profesional, especifica en el Artículo N°10 sobre la prestación de servicios y competencia, respecto del 3) Uso de la información obtenida en la relación profesional y la 9) Documentación del trabajo profesional y científico, la importancia del respeto a la información obtenida en el contexto terapéutico y al buen uso y manejo del material audiovisual obtenido. En este caso se han respaldado los videos de los participantes en carpetas de uso exclusivo de profesional interviniente, solo a ser compartidas en contexto de investigación a realizar dentro de Magíster en curso, don la respectiva aprobación del comité de ética de la Universidad del Desarrollo. Otro aspecto que se menciona en el Artículo N°11 en los "Aspectos Relativos al Cliente" es

la confidencialidad, la cual en este caso implica la anonimización de todos los datos que pudiesen permitir la identificación de los participantes, así como el resguardo de la información sensible del caso.

IV. IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

4.1 Informe de la evaluación de resultados de la intervención

N° Sesión	1- Conociendo mis emociones
Objetivo Planificado	Mejorar estrategias de autorregulación emocional del niño.
Indicadores Cualitativos/Cuantitativos	<ol style="list-style-type: none"> 1. El niño logra identificar sus emociones por medio de terapia de juego. 2. El niño logra incorporar estrategias de autorregulación emocional por medio de terapia de juego. 3. El niño logra desplegar estrategias de autorregulación dentro de la dinámica familiar diaria. 4. El niño logra disminuir verbalizaciones y conductas agresivas.
Actividad/ Técnica	Juego semiestructurado, incorporando personajes que presentan diversas emociones y respuestas.
Resultados Obtenidos Cualitativos/Cuantitativos	En sesión se observa que el niño se aproxima rápidamente a los juguetes con los que suele interactuar, generando de inmediato una dinámica de intencionar conversación y juegos de roles con ellos. Se mantiene en momentos, aunque con evidente disminución, reacciones violentas en contra de los juguetes que representan a sus amigos, y cuando se abordan estas situaciones. Frente a esto se actúan acciones de reparación de estas relaciones, instando a poder expresar sus emociones y deseos. Toda esta situación se enmarca en un alto nivel de actividad del niño, pasando por diversas actividades de juego, por lo cual se resume esta información. El niño logra adecuarse al espacio terapéutico de mejor manera que al inicio del proceso, solo pidiendo poder extender un poco más el espacio de juego.
Análisis crítico de sesión	Se logra realizar la actividad planificada, por medio de la cual el niño logra reconocer la emoción de la rabia.
Grado de Logro	Logrado
Ajustes y justificación técnica	No se realizan ajustes.
N° Sesión	2- La tristeza y la rabia
Objetivo Planificado	Mejorar estrategias de autorregulación emocional del niño.
Indicadores Cualitativos/Cuantitativos	<ol style="list-style-type: none"> 1. El niño logra identificar sus emociones por medio de terapia de juego. 2. El niño logra incorporar estrategias de autorregulación emocional por medio de terapia de juego. 3. El niño logra desplegar estrategias de autorregulación dentro de la dinámica familiar diaria. 4. El niño logra disminuir verbalizaciones y conductas agresivas.
Actividad/ Técnica	Lectura conjunta del cuento "Tengo un volcán", para luego profundizar por medio de juego semiestructurado, incorporando personajes que presentan emociones conflictivas y respuestas conductuales.
Resultados Obtenidos Cualitativos/Cuantitativos	Se realiza sesión con el niño mediante libro terapéutico "tengo un volcán". El niño escucha el cuento y hace preguntas para resolver dudas que se le presentan. Posteriormente, se utiliza como medio la arena kinética, la cual el niño manipula sin dificultad. Al finalizar incorpora juegos de roles de curar a otros. Se observan cambios significativos en el niño respecto de su capacidad para permanecer en la sala y realizar actividades, con una menor presencia de respuestas agresivas y juego violento.
Análisis crítico de sesión	Se logra realizar actividad planificada en su totalidad y se incorpora el uso de arena kinética a partir de las necesidades del niño.
Grado de Logro	Logrado
Ajustes y justificación técnica	Se incorporan técnicas de respiración guiada, considerando que el cuento incorpora una respiración para apagar el volcán. Se incorpora esta actividad en esta sesión al visualizarse como una oportunidad para incorporar la técnica y mantener la atención del niño en ella.

N° Sesión	3- Técnicas expresivas desde el arte: Encontrando mis emociones (Sesión 1)
Objetivo Planificado	Mejorar estrategias de autorregulación emocional del niño.
Indicadores Cualitativos/Cuantitativos	<ol style="list-style-type: none"> 1. El niño logra identificar sus emociones por medio de terapia de juego. 2. El niño logra incorporar estrategias de autorregulación emocional por medio de terapia de juego. 3. El niño logra desplegar estrategias de autorregulación dentro de la dinámica familiar diaria. 4. El niño logra disminuir verbalizaciones y conductas agresivas.
Actividad/ Técnica	Lectura conjunta del cuento "El monstruo de los colores" y aplicación de técnicas expresivas mediante el arte, que permitan al niño plasmar las emociones identificadas y asignarles un color.
Resultados Obtenidos Cualitativos/Cuantitativos	Se logra leer el cuento en su totalidad, manteniendo el niño su atención en la actividad y actuando las emociones que aparecen en la historia, modificando sus expresiones faciales junto a terapeuta. Se observa mayor capacidad para mantener la atención que en sesiones anteriores. Se abordan emociones básicas, las cuales reconoce y plasma con sus manos y puntura en un pliego de papel, siguiendo las indicaciones del cuento. Al finalizar, el niño genera juego habitual con juguetes de interés.
Análisis crítico de sesión	La sesión permitió al niño reconocer, visualizar y externalizar emociones distintas a la rabia, permitiéndole ampliar el repertorio conductual al facilitarle el acceso a otras emociones. El niño logra externalizar emociones mediante la expresión artístico- plástica y motora (uso de sus manos), además de asignarles un color, lo que tiende a organizar la experiencia del niño. El finalizar la sesión mediante el juego con elementos conocidos, se ha instalado como parte del proceso de cierre, observándose que esto se le dificulta al niño, comenzando a preguntar anticipadamente si ya le tocará irse o si le queda tiempo para jugar. En este contexto el niño tiende a repetir ciertos juegos e interacciones, lo cual podría relacionarse con dificultades para poder dejar el espacio terapéutico y una estrategia para lidiar con su angustia
Grado de Logro	Logrado
Ajustes y justificación técnica	No se realizan ajustes.
N° Sesión	4- Técnicas expresivas desde el arte: Encontrando mis emociones (Sesión 2)
Objetivo Planificado	Mejorar estrategias de autorregulación emocional del niño.
Indicadores Cualitativos/Cuantitativos	<ol style="list-style-type: none"> 1. El niño logra identificar sus emociones por medio de terapia de juego. 2. El niño logra incorporar estrategias de autorregulación emocional por medio de terapia de juego. 3. El niño logra desplegar estrategias de autorregulación dentro de la dinámica familiar diaria. 4. El niño logra disminuir verbalizaciones y conductas agresivas.
Actividad/ Técnica	Por medio del uso de arena kinética, se buscará representar las emociones que viven en el niño, diferenciando tamaños, formas, peso, textura, etc.
Resultados Obtenidos Cualitativos/Cuantitativos	En esta sesión se utiliza como medio la terapia de juego. Se observa una disminución de las conductas agresivas asociadas al juego, ya que, si bien aún presenta acciones de peleas entre personajes, existe un componente nuevo donde el niño identifica estas situaciones como negativas tomando el mismo un rol de protección hacia otros. Cuida a los personajes jugando al doctor. Aparece una figura amenazante identificada como "Godzilla", que es sí mismo, con la cual el niño pelea pero posteriormente incorpora como una figura lúdica por medio de modelación realizada por terapeuta, quien refleja expresiones emocionales que ve en el niño. El juego presentando tiene un alto nivel de actividad, con saltos y gritos del niño dentro del role play.
Análisis crítico de sesión	La sesión permitió al niño experimentar desde el role play en el rol de figura agresora y figura protectora, así como practicar emociones como la rabia y las agresividad en un contexto controlado, logrando diferenciar entre la figura negativa y las figuras positivas o protectoras.
Grado de Logro	Medianamente logrado
Ajustes y justificación técnica	La técnica planificada para esta sesión, uso de arena kinética, se utiliza en sesión N°2, al considerarse como una herramienta que pudiese acomodarse de mejor manera a la

	temática representada en dicha instancia. Considerando el nivel de activación con el cual asiste el niño a la presente sesión, se opta por generar un juego libre pero acompañado, modulado y reflejado por terapeuta.
N° Sesión	5- Aprendiendo a relajar y respirar (1° parte)
Objetivo Planificado	Mejorar estrategias de autorregulación emocional del niño.
Indicadores Cualitativos/Cuantitativos	<ol style="list-style-type: none"> 1. El niño logra identificar sus emociones por medio de terapia de juego. 2. El niño logra incorporar estrategias de autorregulación emocional por medio de terapia de juego. 3. El niño logra desplegar estrategias de autorregulación dentro de la dinámica familiar diaria. 4. El niño logra disminuir verbalizaciones y conductas agresivas.
Actividad/ Técnica	Entrenamiento en respiraciones lúdicas: Se practicará la respiración del globo, de la abeja y exhalación con burbujas.
Resultados Obtenidos Cualitativos/Cuantitativos	Esta actividad se adapta a la respiración para “apagar el volcán” en sesión N°2, siendo practicada por el niño la respiración diafragmática en base a lo propuesto en el cuento, utilizándolo como medio lúdico para poner en práctica la conciencia sobre la respiración.
Análisis crítico de sesión	El niño incorpora la respiración como parte del proceso de volver a la calma y apagar el volcán, analogía que se utiliza para identificar la rabia. El niño la pone en práctica en sesión y la incorpora también en el espacio de juego, donde se promueve que los juguetes imiten al niño.
Grado de Logro	Medianamente logrado
Ajustes y justificación técnica	La actividad planteada para esta sesión se incorpora en sesión N° 2, donde se incorpora como dinámica dentro del espacio de juego. Esta adecuación se realiza en base a que se observa propicio incorporarlo a la sesión señalada, además que el niño presenta baja capacidad para poder realizar actividades guiadas de este tipo, sugiriéndose que una actividad mixta pudiese tener mejor resultado en el niño.
N° Sesión	6- Aprendiendo a relajar y respirar (2° parte)
Objetivo Planificado	Mejorar estrategias de autorregulación emocional del niño.
Indicadores Cualitativos/Cuantitativos	<ol style="list-style-type: none"> 1. El niño logra identificar sus emociones por medio de terapia de juego. 2. El niño logra incorporar estrategias de autorregulación emocional por medio de terapia de juego. 3. El niño logra desplegar estrategias de autorregulación dentro de la dinámica familiar diaria. 4. El niño logra disminuir verbalizaciones y conductas agresivas.
Actividad/ Técnica	Entrenamiento en relajación lúdica: “Mosca en la nariz” (relajación facial), “Caminata del elefante” (Relajación abdominal), “Exprimiendo limones” (relajación de manos), “El escondite de la tortuga” (Relajación de hombros), “Pies en el barro” (Relajación pies y piernas).
Resultados Obtenidos Cualitativos/Cuantitativos	Esta sesión no se realiza.
Análisis crítico de sesión	No se logran realizar las acciones propuestas para esta sesión, de modo que se consideran como objetivos no logrados.
Grado de Logro	No logrado
Ajustes y justificación técnica	Se omite la realización de esta sesión al surgir otras demandas del caso, asociadas a espacios de visitas supervisadas entre padre e hijo y se promueve la mantención del uso de la respiración diafragmática en contexto de cuento terapéutico.
N° Sesión	7- Los límites
Objetivo Planificado	Fortalecer en el niño la internalización de límites respecto de sí mismo y otros.
Indicadores Cualitativos/Cuantitativos	<ol style="list-style-type: none"> 1. El niño logra fortalecer la internalización de límites respecto de sí mismo y de otros por medio de terapia de juego. 2. El niño logra incorporar normas establecidas en contexto familiar.

Actividad/ Técnica	Lectura conjunta del cuento “No dejes que la paloma conduzca el autobús” y juego semiestructurado donde se presentan temáticas planteadas en el cuento como normas y límites, buscando nuevas estrategias para resolver dichas situaciones conflictivas.
Resultados Obtenidos Cualitativos/Cuantitativos	Se lee cuento en conjunto con el niño, quien lo recepciona de manera positiva, riendo y participando de la dinámica propuesta. Se aborda a partir del cuento normas y la importancia de cumplirlas, para protegerse uno mismo y los demás. Al finalizar el niño realiza juego habitual de conflicto entre animales y dinosaurios.
Análisis crítico de sesión	La técnica lúdica y con tema humorístico permite abordar el tema de los límites con menores defensas de parte del niño, quien pregunta a terapeuta y se cuestiona sobre elementos que le son llamativos, considerando que el cuento insta al lector a impedir que la “paloma” haga algo sin permiso. Durante esto, el niño transita entre adherir a decirle “no” a la paloma, o decirle “sí”, reconociendo en esa afirmación que hay un límite establecido, y recepcionando positivamente las explicaciones que se realizan sobre la necesidad de estos.
Grado de Logro	Logrado
Ajustes y justificación técnica	No se realizan ajustes.
N° Sesión	8- Comprendiendo mis límites
Objetivo Planificado	Fortalecer en el niño la internalización de límites respecto de sí mismo y otros.
Indicadores Cualitativos/Cuantitativos	1.El niño logra fortalecer la internalización de límites respecto de sí mismo y de otros por medio de terapia de juego. 2.El niño logra incorporar normas establecidas en contexto familiar.
Actividad/ Técnica	Técnica expresiva mediante el arte, marcando silueta del niño y de juguetes de la sala a fin de identificar diferencias entre los individuos y sus espacios personales.
Resultados Obtenidos Cualitativos/Cuantitativos	Esta sesión no se lleva a cabo debido a cambios de planificación asociados al comienzo de proceso de vinculación entre padre e hijo, elemento que se incorpora de manera excepcional al proceso de intervención, ya que forma parte de los objetivos que establece Tribunal de Familia para el caso, asociado a la evaluación de la revinculación entre padre e hijo.
Análisis crítico de sesión	Esta sesión no se realiza.
Grado de Logro	No logrado
Ajustes y justificación técnica	La temática de esta sesión, es decir, comprensión de límites, se incorporará de manera transversal en los espacios de juego con el niño, generando interacciones dentro del juego que permitan al niño practicar el poner, quitar, romper y reparar los límites, en un contexto protegido.
N° Sesión	9- Externalización “El lobo” (1° parte)
Objetivo Planificado	Fortalecer en el niño la internalización de límites respecto de sí mismo y otros.
Indicadores Cualitativos/Cuantitativos	1.El niño logra fortalecer la internalización de límites respecto de sí mismo y de otros por medio de terapia de juego. 2.El niño logra incorporar normas establecidas en contexto familiar.
Actividad/ Técnica	Externalización del problema mediante técnica expresiva desde el arte.
Resultados Obtenidos Cualitativos/Cuantitativos	En consideración a lo referido por cuidadora de que “el lobo feroz” había regresado, se intenciona poder realizar una externalización del problema, elaborando con plastilina un lobo. Se intenta que el niño la haga, sin embargo, pide ayuda a psicóloga. Se le explica la finalidad de la actividad, mostrándose dispuesto a que el lobo este encerrado. Se le pregunta si es que quiere agregar algo a la prisión del lobo, señalando que no quiere ponerle nada. Se deja el lobo a un lado y el niño sigue explorando con plastilina pero con otros juguetes, comenzando una dinámica de juego similar a la que ha mantenido anteriormente, con peleas entre los personajes, pero con una marcada menor intensidad de la agresividad, logrando después entrar en la dinámica de cuidar y curar a los animales heridos. El juego y el rol de malos y buenos en el juego también son consensuado, de modo que esto también queda en el espacio de la fantasía, lo que permite volcar las respuestas más agresivas en un contexto controlado.
Análisis crítico de sesión	

Grado de Logro	Logrado
Ajustes y justificación técnica	No se realizan ajustes.
N° Sesión	10- Externalización “El lobo” (2° parte)
Objetivo Planificado	Fortalecer en el niño la internalización de límites respecto de sí mismo y otros.
Indicadores Cualitativos/Cuantitativos	1. El niño logra fortalecer la internalización de límites respecto de sí mismo y de otros por medio de terapia de juego. 2. El niño logra incorporar normas establecidas en contexto familiar.
Actividad/ Técnica	Externalización del problema mediante técnica expresiva desde el arte.
Resultados Obtenidos Cualitativos/Cuantitativos	Esta sesión no se lleva a cabo debido a cambios de planificación asociados al comienzo de proceso de vinculación entre padre e hijo, elemento que se incorpora de manera excepcional al proceso de intervención, ya que forma parte de los objetivos que establece Tribunal de Familia para el caso, asociado a la evaluación de la revinculación entre padre e hijo.
Análisis crítico de sesión	Esta sesión no se realiza.
Grado de Logro	No logrado
Ajustes y justificación técnica	Cabe mencionar que esta sesión se incorpora como complemento a la primera sesión de externalización, con el fin de dar continuidad a dicha actividad en caso de ser necesario. Se trabaja esta temática con cuidadores quienes incorporan en su diario vivir un relato respecto del “lobo feroz”, donde él no se come a los niños y que si llegase a ir a la casa, los abuelos lo protegerán y le ganarán al lobo, relato que brinda calma al niño, siendo este relato incorporado por el niño en sesiones posteriores, cuando se le pregunta por el lobo.
N° Sesión	11- Incorporando límites
Objetivo Planificado	Fortalecer en el niño la internalización de límites respecto de sí mismo y otros.
Indicadores Cualitativos/Cuantitativos	1.El niño logra fortalecer la internalización de límites respecto de sí mismo y de otros por medio de terapia de juego. 2.El niño logra incorporar normas establecidas en contexto familiar.
Actividad/ Técnica	Por medio de sesión de juego se incorporarán los elementos identificados en sesiones anteriores respecto de límites y emociones, observando las interacciones propiciadas por el niño e incorporando elementos según los requerimientos del caso.
Resultados Obtenidos Cualitativos/Cuantitativos	Se observa de inmediato al niño más regulado en comparación al inicio del proceso de intervención, con menor intensidad de sus emociones externalizantes e incorporación de elementos asociados a aceptar relaciones de amistad y vínculos en general. Al ingresar a la sala, el niño se dirige de inmediato a los dinosaurios, figuras con las que se ha generado un trabajo de vínculo y amistad, verbalizando el niño preguntas como si es que estos lo extrañaron. Se utiliza este vínculo para ejemplificar el amor que siente también su familia por él, mencionándose a sus figuras vinculares más importantes. Al finalizar, realiza un juego dentro de la dinámica habitual, con peleas entre los personajes que ocurren sin motivo aparente, pero se incorporan más rápidamente espacios de proteger y curar a otros. Se observa que cerca de finalizar la sesión pudiese que el niño se angustie con el deseo de poder seguir jugando, motivo por el cual intenta tomar todos los juguetes y usarlos rápidamente, no logrando ordenar con facilidad, acompañándose y facilitando el proceso de cierre.
Análisis crítico de sesión	Se observa avances en poder reconocer que otro puede brindarle cariño y seguridad. Se observa una disminución de los juegos con contenido traumático, considerando que si bien se mantienen juegos agresivos, existen espacios de reparación. El niño reconoce normas de la sala, aunque se angustia al momento de los cierres de sesión.
Grado de Logro	Medianamente logrado
Ajustes y justificación técnica	Debido a la demanda espontánea del niño y el interés en realizar el juego referido, no se aborda activamente la temática de incorporación de límites, siendo relevante el poder sintonizar con las necesidades emergentes del consultante, ya que responden a sus tiempos mentales y emocionales, así como al procesamiento de la información, debiéndose adaptar acciones dentro del plan de trabajo en cuanto a la forma, pero

	contando con un impacto significativo respecto del fondo y contenido para el abordaje de objetivos y logro de bienestar.
N° Sesión	12- Sesión terapéutica en apego (1° parte)
Objetivo Planificado	Fortalecer las habilidades de contención emocional de los cuidadores, sensibles a las necesidades del niño.
Indicadores Cualitativos/Cuantitativos	1. Reconocimiento de los estados emocionales del niño por parte de los cuidadores. 2. Despliegue de respuestas sensibles por parte de los cuidadores frente a las necesidades del niño.
Actividad/ Técnica	Sesión expositivo – vivencial con cuidadores, por medio de material audiovisual de Programa Chile Crece Contigo, generando espacios de análisis y reflexión sobre los estilos de apego que presenta el niño y los estilos que ellos promueven por medio de sus respuestas.
Resultados Obtenidos Cualitativos/Cuantitativos	Se presenta video con la temática de la teoría del apego, ejemplificando de manera gráfica experiencias que promueven la conformación de distintos tipos de apego, generando espacios de reflexión desde los adultos, desde su propia experiencia de infancia y también en cómo ellos se configuran como figuras seguras para su nieto. Los adultos participan activamente, opinando sobre las temáticas y aplicándolas a su diario vivir con el niño.
Análisis crítico de sesión	La familia logra conocer los estilos de apegos y comprender como estos se ven interferidos por la historia de vida. Los adultos generan espacios reflexivos, ejemplificando en su nieto algunos elementos observados en el video. La familia se muestra sensible a la temática.
Grado de Logro	Logrado
Ajustes y justificación técnica	Se modifica el video a presentar, considerándose el video presentado más dinámico y explicativo de la situación del niño, así mismo, más comprensible para la familia al utilizar ejemplos prácticos.
N° Sesión	13- Sesión terapéutica en apego (2° parte)
Objetivo Planificado	Fortalecer las habilidades de contención emocional de los cuidadores, sensibles a las necesidades del niño.
Indicadores Cualitativos/Cuantitativos	1. Reconocimiento de los estados emocionales del niño por parte de los cuidadores. 2. Despliegue de respuestas sensibles por parte de los cuidadores frente a las necesidades del niño.
Actividad/ Técnica	Sesión expositivo – vivencial con cuidadores, por medio de material audiovisual de Programa Chile Crece Contigo, generando espacios de análisis y reflexión sobre los estilos de apego que presenta el niño y los estilos que ellos promueven por medio de sus respuestas.
Resultados Obtenidos Cualitativos/Cuantitativos	Se aborda la importancia de las competencias parentales como medio para intervenir en las conductas disruptivas de su nieto. Los participantes realizan un análisis reflexivo que surge del temor ante situaciones donde el niño se ha expuesto a peligros, o cuando presenta conductas disruptivas como insultos hacia sus cuidadores. Se abordan aspectos de trauma complejo y daño vincular, explicando en términos sencillos las estrategias de supervivencia que pueden generar los niños que han sido expuestos a situaciones violentas desde temprana edad. Se refuerzan los logros que se han conseguido, reportando los adultos una mejora sustancial en la conducta del niño, mayor capacidad para vincularse y desaparición de conducta sexualizada. Se abordan elementos que cuidadora ha observado en el juego del niño, donde pareciera repetir posibles vivencias que tuvo junto a sus padres.
Análisis crítico de sesión	Los cuidadores logran generar un proceso de reflexión sensible, entendiendo que las conductas del niño son reflejo de una historia de vida desfavorable. Los adultos reconocen que estos contextos pueden afectar no solo la conducta sino el estilo vincular del niño.
Grado de Logro	Logrado
Ajustes y justificación técnica	No se presentan los videos propuestos, se realiza una conversación a partir del video presentado en sesión anterior, aplicándolo a la realidad del niño y su familia.

N° Sesión	14- Sesión terapéutica en mentalización (1° parte)
Objetivo Planificado	Fortalecer las habilidades de contención emocional de los cuidadores, sensibles a las necesidades del niño.
Indicadores Cualitativos/Cuantitativos	1.Reconocimiento de los estados emocionales del niño por parte de los cuidadores. 2.Despliegue de respuestas sensibles por parte de los cuidadores frente a las necesidades del niño.
Actividad/ Técnica	Sesión expositivo – vivencial con cuidadores, por medio de Manual MIDAP de Mentalización, generando espacios de análisis, reflexión y establecimiento de patrones sensibles de abordaje emocional y conductual del niño.
Resultados Obtenidos Cualitativos/Cuantitativos	Se aborda temática de trauma complejo y como este puede haber impactado en el curso de desarrollo del niño. Se entrega información mediante ejemplos comprensibles, utilizando ejemplos, videos y otros apoyos visuales. Los abuelos del niño se muestran receptivos a la información, mostrándose sensibles ante la situación del niño. Se abordan términos como ventanas de tolerancia de manera sencilla y comprensible, así como estrategias para poder ayudar al niño a co regularse. Se promueve el uso de libro terapéutico “tengo un volcán”, a fin de tener un lenguaje común que permita abordar emociones y desregulaciones. Los abuelos destacan cambios significativos en el niño, aunque aún observan síntomas asociados a su historia de vida, que requieren de acompañamiento.
Análisis crítico de sesión	Los participantes logran conocer conceptos relevantes, pero especialmente, logran utilizarlos para poder comprender y explicar las reacciones del niño. La familia responde positivamente a los ejercicios que se proponen, trayendo elementos de su diario vivir y adaptándolos a las temáticas abordadas.
Grado de Logro	Logrado
Ajustes y justificación técnica	No se utiliza el Manual MIDAP para realizar la intervención, sino que videos de Programa Chile Crece contigo e imágenes de referencia, al considerarse como material que pudiese apuntar de manera más efectiva a los temas que se han ido abordando en sesiones anteriores.
N° Sesión	15-Sesión terapéutica en mentalización (2° parte)
Objetivo Planificado	Fortalecer las habilidades de contención emocional de los cuidadores, sensibles a las necesidades del niño.
Indicadores Cualitativos/Cuantitativos	1.Reconocimiento de los estados emocionales del niño por parte de los cuidadores. 2.Despliegue de respuestas sensibles por parte de los cuidadores frente a las necesidades del niño.
Actividad/ Técnica	Se realizará sesión expositivo – vivencial con cuidadores, por medio de Manual MIDAP de Mentalización, generando espacios de análisis, reflexión y establecimiento de patrones sensibles de abordaje emocional y conductual del niño.
Resultados Obtenidos Cualitativos/Cuantitativos	Esta sesión no se lleva a cabo, realizándose en su lugar una sesión de contención emocional con cuidadores, a partir de demanda espontánea de estos, debido a problemas familiares que si bien no tienen que ver directamente con el niño, han alterado el funcionamiento familiar. Esta situación se relaciona con la necesidad del cuidador de ejercer los cuidados de su madre, quien presenta requerimientos permanentes de salud producto de su edad. A esto se suma hospitalización de uno de su hermano mayor y conflicto familiar que quiebra la confianza entre él y sus hermanos. Esto provoca que el adulto deba permanecer fuera de la casa por largo tiempo, afectando la rutina de pareja y familia, despertando preocupación en el niño ante esta ausencia. Estas situaciones generan rabia, malestar, sentimiento de injusticia y culpa. Se aborda el sentir de ambos adultos, observándose que cuidadora es quien logra manifestar abiertamente sus necesidades. Como conclusión del espacio, se acompaña en la comprensión de que esta situación será temporal, requiriendo de la flexibilidad de parte de todos los miembros de la familia.

Análisis crítico de sesión	Si bien esta actividad no se enmarca en la propuesta de intervención, se logra un espacio de vaciamiento de las emociones y sentir de los participantes, el cual es agradecido por los adultos, fortaleciendo la alianza terapéutica a partir del reconocimiento no solo de las necesidades del niño sino también las de los adultos.
Grado de Logro	No logrado
Ajustes y justificación técnica	La presente adecuación se considera como un ajuste necesario para poder brindar a la familia del niño un espacio centrado en sus necesidades y problemas. El validar y proteger este espacio como uno de autocuidado, permite abordar de manera sutil las competencias reflexivas de la familia, donde uno de los pilares cruciales es el autocuidado de la familia.
N° Sesión	16- Sesiones vinculares mediante el uso de técnicas del Theraplay (1° parte)
Objetivo Planificado	Fortalecer la relación vincular entre el niño y sus cuidadores.
Indicadores Cualitativos/Cuantitativos	1. El niño y sus cuidadores logran expresar sentimientos, necesidades y afecto de manera física y verbal. 2. Los miembros de la familia incorporan normas comunes al interior de la familia.
Actividad/ Técnica	Técnicas del Theraplay centradas en trabajo en equipo, refuerzo mutuo, cuidado y cierre.
Resultados Obtenidos Cualitativos/Cuantitativos	Se realiza sesión con el niño y sus abuelos utilizando técnicas desde el Theraplay. Antes de comenzar la actividad los adultos refieren que el niño presentó algunos cambios conductuales en el último periodo, lo cual calza con el reencuentro del niño con su progenitor. Se le explica que esto es algo que puede ser esperable a partir de la historia de vida del niño, accionándose mecanismos de defensa y recuerdos que pueden provocar cambios en la conducta del niño. Los adultos también señalan que el niño ha tenido problemas en el jardín, atribuyendo también este cambio a la dinámica que se da entre pares, donde el niño ha recibido golpes y este se defiende. Referente a la actividad, los adultos se muestran participativos, especialmente la cuidadora, ya que el cuidador tiende a involucrarse menos y no tenía una actitud tan lúdica como sí lo hacía la adulta, actitud que promovía la participación del niño. Se observa que el niño se encontraba muy inquieto y distráctil, dirigiendo fácilmente su atención a distintos elementos de la sala, queriendo seguir jugando a las actividades habituales y dificultándosele el poder participar de actividades conjuntas con sus abuelos. No obstante, el niño participa de las actividades, aunque por corto rato.
Análisis crítico de sesión	Se logra favorecer el espacio de interacción lúdica y sensible entre los adultos y el niño. No obstante, el alto nivel de activación del niño dificultó el proceso. Se observa que cuidadora despliega más herramientas sensibles y lúdicas que el abuelo, quien tiende a participar en la medida que se le invita, y no de manera tan autónoma como lo hace la cuidadora.
Grado de Logro	Medianamente logrado
Ajustes y justificación técnica	Si bien se realizan las actividades, estas deben adaptarse a realizarse de manera más breve, considerando el estado emocional que presenta el niño al momento de la sesión. Se observa fundamental poder preparar previamente al niño ante cualquier cambio en la programación habitual de actividades, ya que estos cambios pueden tender a desregularlo.
N° Sesión	17- Sesiones vinculares mediante el uso de técnicas del Theraplay (2° parte)
Objetivo Planificado	Fortalecer la relación vincular entre el niño y sus cuidadores.
Indicadores Cualitativos/Cuantitativos	1. El niño y sus cuidadores logran expresar sentimientos, necesidades y afecto de manera física y verbal. 2. Los miembros de la familia incorporan normas comunes al interior de la familia.
Actividad/ Técnica	Técnicas del Theraplay centradas en trabajo en equipo, refuerzo mutuo, cuidado y cierre.
Resultados Obtenidos Cualitativos/Cuantitativos	No es posible referir resultados ya que no se realiza esta sesión.
Análisis crítico de sesión	Será relevante en intervenciones posteriores el poder generar espacios de interacción familiar positiva, a fin de fortalecer los avances en el aspecto vincular desde el disfrute y el reconocimiento mutuo.

Grado de Logro	No logrado
Ajustes y justificación técnica	Las últimas dos sesiones de Theraplay no se realizan debido al reporte de retrocesos conductuales posterior al proceso de revinculación del niño y su padre, de manera que se generan espacios de intervención con el progenitor y sesiones individuales con el niño, fuera de las acciones planificadas en propuesta de intervención, no obstante, necesarias para poder brindar contención en el proceso de reorganización familiar.
N° Sesión	18- Sesiones vinculares mediante el uso de técnicas del Theraplay (3° parte)
Objetivo Planificado	Fortalecer la relación vincular entre el niño y sus cuidadores.
Indicadores Cualitativos/Cuantitativos	1. El niño y sus cuidadores logran expresar sentimientos, necesidades y afecto de manera física y verbal. 2. Los miembros de la familia incorporan normas comunes al interior de la familia.
Actividad/ Técnica	Técnicas del Theraplay centradas en trabajo en equipo, refuerzo mutuo, cuidado y cierre.
Resultados Obtenidos Cualitativos/Cuantitativos	No es posible referir resultados ya que no se realiza esta sesión.
Análisis crítico de sesión	Será relevante en intervenciones posteriores el poder generar espacios de interacción familiar positiva, a fin de fortalecer los avances en el aspecto vincular desde el disfrute y el reconocimiento mutuo.
Grado de Logro	No logrado
Ajustes y justificación técnica	Las últimas dos sesiones de Theraplay no se realizan debido al reporte de retrocesos conductuales posterior al proceso de revinculación del niño y su padre, de manera que se generan espacios de intervención con el progenitor y sesiones individuales con el niño, fuera de las acciones planificadas en propuesta de intervención, no obstante, necesarias para poder brindar contención en el proceso de reorganización familiar.

Análisis por objetivos

Objetivo	1. Mejorar las estrategias de autorregulación emocional del niño.
Adecuación	No se realizan adecuaciones al objetivo de intervención.
Manejo clínico	Si bien no se realizan modificaciones al objetivo de intervención, se realizan modificaciones en las sesiones y actividades, considerando en todo momento el bienestar superior del niño desde los mandatos éticos y legales que enmarcan el caso. De este modo, se realizan modificaciones en las acciones en base a la detección de necesidades del niño ya sea por circunstancias individuales (capacidad de atención, estado emocional en el que llega a sesión, deseos del niño de realizar actividades no planificadas, entre otros) o por circunstancias familiares (revinculación con progenitor).
Factores que incidieron en los resultados	Se observa que los factores que incidieron positivamente en los resultados tienen que ver con la adherencia de la familia y el compromiso de promover los aprendizajes del espacio terapéutico en el hogar del niño, manteniéndose coherencia entre estos espacios. El uso de técnicas lúdicas fueron fundamentales para poder mantener el interés, atención y promover cambios en el niño, por medio de un espacio poco amenazante y con un lenguaje común para el niño.
Síntesis final	<p>Indicador 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) El niño reconoce emociones básicas (alegría, tristeza, miedo, rabia y asombro) (Cualitativos- Observación clínica del niño). b) Las conductas impulsivas se redujeron en un 50% al finalizar la intervención. (Cualitativos- Entrevista semiestructurada) <p>Indicador 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Las salidas de la sala disminuyeron en un 30%, su capacidad de mantención en una actividad aumentó en un 30%, las estrategias violentas de resolución de conflictos disminuyeron en un 30%, al finalizar la intervención (Cualitativos- Observación clínica del niño).

- b) La tolerancia a la frustración aumentó en un 50%, las estrategias de resolución violenta de conflictos disminuyeron en un 50%, al finalizar la intervención (Cualitativos- Entrevista semi estructurada a cuidadores).
- c) El puntaje disminuyó en aproximadamente 29,2% (Cuantitativos- Aplicación ex post Instrumento CBCL 1 ½ a 5).

Indicador 3:

- a) Las verbalizaciones inadecuadas disminuyeron en un 30%, los indicadores del criterio de “conducta externalizante: Problemas de comportamiento” (impulsividad, reconocimiento de emociones, tolerancia a la frustración, resolución de conflictos, conducta sexualizada) disminuyeron en un 50%, al finalizar la intervención (Cualitativos- Entrevista semi estructurada a cuidadores).
- b) El puntaje disminuyó en aproximadamente 29,2% (Cuantitativos- Aplicación ex post Instrumento CBCL 1 ½ a 5)

Indicador 4:

- a) Disminución de juego de contenido emocional traumático en un 50%, las estrategias violentas de resolución de conflictos se redujeron en un 30%, las verbalizaciones devaluativas disminuyeron en un 100% (Cualitativos- Observación clínica del niño).
- b) Los indicadores del criterio “conducta externalizante: Problemas de comportamiento” (impulsividad, reconocimiento de emociones, tolerancia a la frustración, resolución de conflictos y conducta sexualizada) disminuyeron en un 50%, al finalizar la intervención (Cualitativos- Entrevista semi estructurada a cuidadores).
- c) El puntaje disminuyó en aproximadamente 29,2% (Cuantitativos- Aplicación ex post Instrumento CBCL 1 ½ a 5)

Objetivo	2. Fortalecer en el niño la internalización de límites respecto de sí mismo y otros.
Adecuación	No se realizan adecuaciones al objetivo de intervención.
Manejo clínico	Se comparte el manejo clínico referido en el objetivo anterior: Si bien no se realizan modificaciones al objetivo de intervención, se realizan modificaciones en las sesiones y actividades, considerando en todo momento el bienestar superior del niño desde los mandatos éticos y legales que enmarcan el caso. De este modo, se realizan modificaciones en las acciones en base a la detección de necesidades del niño ya sea por circunstancias individuales (capacidad de atención, estado emocional en el que llega a sesión, deseos del niño de realizar actividades no planificadas, entre otros) o por circunstancias familiares (revinculación con progenitor).
Factores que incidieron en los resultados	Al igual que en objetivo anterior, el rol activo del grupo familiar incidió en que aquello que se abordó en sesión sea replicado en el hogar del niño, generando coherencia entre los entornos de desempeño de este. El niño presenta una sobresaliente capacidad para comunicarse verbalmente a pesar de su corta edad,
Síntesis final	Indicador 1: <ul style="list-style-type: none"> a) La necesidad de movimiento del niño no disminuye, las salidas de la sala disminuyen en un 30%, su capacidad de mantención en una actividad aumenta en un 30%, las estrategias violentas de resolución de conflictos disminuyen en un 30%, al finalizar la intervención (Cualitativos- Observación clínica del niño). b) Las conductas impulsivas disminuyeron en un 50 %, las estrategias violentas de resolución de conflictos disminuyeron en un 30%, al finalizar la intervención (Cualitativa- Entrevista semi estructurada a cuidadores). c) El puntaje disminuyó en aproximadamente 29,2% (Cuantitativos- Aplicación ex post Instrumento CBCL 1 ½ a 5). Indicador 2: <ul style="list-style-type: none"> a) Las estrategias violentas de resolución de conflictos disminuyeron en un 30%, las verbalizaciones inadecuadas disminuyeron en un 30%, los cinco indicadores del criterio “conducta externalizante: Problemas de comportamiento”

	(impulsividad, reconocimiento de emociones, tolerancia a la frustración, resolución de conflictos y conducta sexualizada) disminuyeron en un 50%, la internalización de normas en el hogar aumentó en un 50% (Cualitativos- Entrevista semiestructurada a cuidadores).
	b) El puntaje disminuyó en aproximadamente 29,2% (Cuantitativos- Aplicación ex post Instrumento CBCL 1 ½ a 5).
Objetivo	3. Fortalecer las habilidades de contención emocional de los cuidadores, sensibles a las necesidades del niño.
Adecuación	No se realizan adecuaciones al objetivo de intervención.
Manejo clínico	En estas sesiones se insta la participación de ambos adultos cuidadores, validando sus estilos personales para vincularse con su nieto y generándose espacios de reflexión sobre su propio rol en el proceso de crianza del niño. La intervención se enmarca en poder destacar los recursos de los participantes, comprendiendo también sus historias de vida y cómo estas han influido en el rol que asumen en la actualidad.
Factores que incidieron en los resultados	La participación de los cuidadores en el proceso destaca por ser sensible y responsable, priorizando en todo momento el bienestar y estabilidad de su nieto, deseando proyectarse con sus cuidados a largo plazo y por tanto actuando en coherencia con esto. La familia mostró disposición al cambio y al aprendizaje a fin de modificar estilos de crianza que resultaban poco eficientes para abordar las problemáticas del niño, reconociendo que la mantención de los cambios terapéuticos dependerá de un entorno contenedor más que de técnicas aplicables en el contexto clínico. La familia mostró cierta dependencia de la opinión profesional en la toma de decisiones respecto del niño, lo que pudo promover una sensación de inseguridad respecto de las propias decisiones y por tanto, interferencia en la aplicación de lo aprendido en el contexto familiar.
Síntesis final	Indicador 1: a) Cuidadores aumentaron el despliegue de acciones de contención emocional hacia su nieto en un 50%, al finalizar la intervención (Cualitativos- Entrevista semiestructurada a cuidadores). Indicador 2: a) Cuidadores aumentaron el despliegue de respuestas sensibles hacia el niño en un 50%, al finalizar la intervención (Cualitativos- Entrevista semiestructurada a cuidadores).
Objetivo	4. Fortalecer la relación vincular entre el niño y sus cuidadores.
Adecuación	No se realizan adecuaciones al objetivo de intervención.
Manejo clínico	El manejo clínico implicó tener que decidir el no realizar las sesiones y actividades planificadas, para priorizar la intervención individual en función de las contingencias del caso, con la mirada en acompañar al niño en el proceso de cambio para que al momento del egreso pueda lidiar con situaciones similares de manera autónoma, reconociendo que en la actualidad y debido a su edad y características, requiere ser co regulado por terceros significativos, para poder con posterioridad, autorregularse.
Factores que incidieron en los resultados	A pesar de la contingencia que ocurre en el caso, y la imposibilidad de realizar la totalidad de las sesiones que se enfocaron a este objetivo, los indicadores dan cuenta de que se logra en términos generales el fortalecimiento de la relación vincular entre el niño y sus cuidadores. Esto puede deberse principalmente que el espacio de atención clínica es sumamente limitado en comparación con los espacios de interacción diaria, donde se cimientan los cambios a largo plazo e interactúan las demandas del niño con las estrategias parentales de los adultos. De este modo, la intervención individual con los adultos pudo incidir en que pudiesen desplegar de manera autónoma los nuevos aprendizajes que potenciaron el fortalecimiento del vínculo, al configurarse como adultos más sensibles y coherentes a las necesidades del niño. De este modo, las sesiones de Theraplay que invitan a funcionar desde el modelaje y un espacio protegido de interacción, pudiesen no haber influido mayormente en el logro de este objetivo.
Síntesis final	Indicador 1:

-
- a) Disminución del juego con contenido emocional traumático en un 50%, las estrategias violentas de resolución de conflictos disminuyeron en un 30%, las verbalizaciones devaluativas disminuyeron en un 100%, al finalizar la intervención (Cualitativos- Observación clínica de interacción entre el niño y sus cuidadores).
 - b) Las ideas persecutorias disminuyeron en un 100%, las verbalizaciones inadecuadas disminuyeron en un 30%, los indicadores del criterio “conducta externalizante: Problemas de comportamiento” (impulsividad, reconocimiento de emociones, tolerancia a la frustración, resolución de conflictos y conducta sexualizada) disminuyeron en un 50%, la internalización de normas en el hogar aumentó en un 50%, al finalizar la intervención (Cualitativos- Entrevista semiestructurada a cuidadores)

Indicador 2:

- a) Las salidas de la sala disminuyeron en un 30%, las estrategias violentas de resolución de conflictos disminuyeron en un 30%, al finalizar la intervención (Cualitativos- Observación clínica de interacción entre el niño y sus cuidadores).
 - b) El uso de estrategias violentas de resolución de conflictos disminuyó en un 30%, la tolerancia a la frustración aumentó en un 50% y la internalización de normas en el hogar aumentó en un 50%, al finalizar la intervención (Cualitativos- Entrevista semiestructurada a cuidadores).
-

Síntesis final:

Objetivo N°1: Medianamente logrado

Objetivo N° 2: Medianamente logrado

Objetivo N°3: Medianamente logrado

Objetivo N°4: Medianamente logrado

No obstante, la percepción subjetiva de la familia de acogida al momento de realizar la entrevista de cierre del proceso y analizar los avances del niño, hace referencia a una visión de cambio radical en la conducta del niño desde que este comenzó el proceso de intervención hasta la actualidad, manifestando un sentimiento de alegría de ver cambios significativos en el niño, que han promovido su bienestar, desarrollo y adaptación al contexto de acogimiento familiar.

Cambios efectuados a la planificación y justificación técnica

Dentro del proceso de intervención emergieron situaciones que no permitieron ejecutar la intervención como fue propuesta inicialmente. La primera de estas situaciones, si bien se relaciona directamente con el caso, se aleja de los objetivos planteados para el presente proceso, ya que se relaciona con la solicitud de revinculación entre el niño y su progenitor. En este contexto, se considera relevante informar las acciones realizadas y que influyeron en la puesta en marcha de la propuesta de intervención.

Al respecto, se sostuvieron intervenciones con el niño, el progenitor y los cuidadores a fin de abordar esta situación emergente. En cuanto al progenitor, entre el mes de marzo hasta el mes de agosto de 2025, se sostuvieron cuatro sesiones individuales a fin de conocer la situación actual del adulto y verificar las condiciones biopsicosociales de este. En estas entrevistas se constata la incorporación del adulto a centro de tratamiento por consumo de sustancias, con baja adherencia debido a dificultad en los horarios de sesiones y sus horarios laborales, pero en mantención de abstinencia, inicio de proceso de regularización de estudios, realización de actividad laboral informal, por medio de la cual subsiste y coopera en la entrega de insumos para el niño. El adulto asiste a cada citación realizada de manera responsable y se muestra participativo en el proceso, reconociendo las situaciones de riesgo en las que se

mantuvo inserto, y manifestando su deseo de poder generar cambios que le permitan mantener una relación directa y regular con su hijo de manera saludable.

Luego de esta sesión, se aborda con los cuidadores la posible situación de revinculación entre padre e hijo, mostrándose los adultos con buena disposición a este proceso, visualizando avances en la conducta de su hijo, y mostrándose dispuestos a que se realice una visita supervisada entre progenitor y el niño en dependencias del programa. Antes de tomar la decisión sobre las sesiones de visitas supervisadas, se realizan dos sesiones individuales con el niño donde se explora su deseo de poder ver a su padre, así como la sintomatología que se asocia a la incorporación de la figura paterna. Frente a la observación de indicadores positivos a este proceso, se planifica con los cuidadores el poder exponer al niño de manera paulatina a recuerdos sobre su padre, primero mostrándole fotos del adulto de manera casual, y en sesión con el niño, se le muestra un video de saludo de parte de su padre, grabado previamente con este.

Cabe mencionar que en consideración a los antecedentes del caso, se informa en todo momento a la familia que, de no observarse indicadores de que este proceso sería beneficioso para el niño, no se llevaría a cabo la visita supervisada, a fin de resguardar la estabilidad emocional del niño en todo momento. Agregar que la familia reporta que antes de la realización de visita supervisada, observan una disminución significativa de la conducta disruptiva del niño, con disminución de verbalizaciones inapropiadas, mejor adherencia a las normas dentro del hogar, menor cantidad de desregulaciones emocionales y desaparición de las conductas sexualizadas.

En este contexto, se realiza una visita supervisada entre progenitor y el niño en dependencias del programa, supervisados por psicóloga tratante, con una duración de 60 minutos. Se observó una respuesta intensamente positiva en el niño, expresando afecto verbal y físico hacia su padre, mostrándose alegre, riendo y recibiendo el afecto que adulto le expresa. El progenitor se observa cálido y lúdico con el niño, manteniéndose conectado con el juego y necesidades de este. Se observa la presencia de un juego muy activo de parte del adulto, similar al que el niño muestra en sala. Se realiza encuadre en momentos que el adulto comienza a prometer cosas que pueden no cumplirse, a fin de no generar expectativas en el niño. La visita se observa de buena calidad, cumpliendo el adulto con elementos como la sintonía emocional, entrega de afecto y establecimiento de marco normativo.

Posteriormente, la familia consulta a dupla psicosocial por la posibilidad de que el progenitor se incorpore al grupo familiar, explicándose a los cuidadores que aquello depende totalmente de su decisión. Finalmente, esto se concreta y el progenitor se traslada a vivir en el domicilio junto al niño y sus cuidadores, por común acuerdo, siendo un elemento que se significó de manera positiva por el grupo familiar. No obstante, de manera paralela a esto, se realiza coordinación con Jardín infantil donde asiste el niño, donde reportan retrocesos conductuales, con conductas agresivas físicas como empujar, golpear y morder a compañeros, además de golpear a profesora y aumento de actividad motora. Refieren que se le hace difícil regular sus emociones, manifestando que no quiere que se le acerquen y que quiere su espacio, para luego acercarse a sus referentes significativos adultos cuando se siente preparado. En este relato habría manifestado enojo con personas de su casa como su abuela y primo bebé, refiriendo que no lo quieren. Así mismo, se presentaría a clases enojado, refiriendo que quería quedarse jugando con su papá, logrando referir que “el enojo es más grande”. Finalmente, refieren una situación donde el niño conecta con un episodio traumático de su infancia, refiriendo que “la mamá le enterró un cuchillo al papá”. A pesar de esto, señalan que se observa en términos generales avances en el niño, pudiendo esta situación relacionarse con la reorganización de las dinámicas y rutinas familiares.

Posteriormente, se sostiene una entrevista de monitoreo con el progenitor, donde manifiesta que colabora en que su llegada a la familia no genere alteraciones significativas en la rutina diaria del niño, instando a que se respeten las normas al interior del hogar y que el niño siga las indicaciones de los

cuidadores, aunque muestra conciencia de que su presencia en la casa puede generar interferencias en el proceso del niño. Refiere que el niño ha preguntado en ocasiones por su mamá, dando ante esto respuestas sencillas y comprensibles, sin tender a poner al niño en su contra. Se aborda lo reportado por el jardín infantil, en cuanto a los retrocesos conductuales del niño, siendo necesario poder establecer rutinas claras y predecibles para este, ante su deseo manifiesto de pasar más tiempo junto al adulto.

En función de la reaparición de sintomatología, se retoma con los cuidadores lo abordado en sesiones previas, donde se señala que la incorporación del progenitor al proceso pudiese reactivar en el niño recuerdos y patrones de respuesta inadecuados, los cuales deben ser abordados en sesión y en su hogar.

Posteriormente se realiza un segundo encuentro supervisado entre padre e hijo, con la finalidad de abordar elementos de su historia de vida, problematizar situaciones de riesgo y reparar el daño asociado a las experiencias que el niño vivió y observó, que permitan que este no normalice interacciones violentas en su diario vivir. El encuentro se da de manera positiva, generando el progenitor acciones sensibles hacia el niño, hablando de los cambios en su vida e intentando reparar por medio de pedir perdón ante los hechos ocurridos.

Finalmente, es relevante mencionar que en la actualidad la incorporación del progenitor al núcleo familiar se ha visualizado como positiva tanto por los cuidadores como por el niño, encontrándose en proceso de reacomodar rutinas y roles familiares.

La segunda situación relevante de mencionar, es que se han realizado sesiones individuales con el niño en contexto de terapia de juego, pero que estas no se ajustan estrictamente a la propuesta de intervención original en cuanto a actividades y calendarización. Esto se debe a que las atenciones del niño se realizan en su mayoría de manera quincenal desde su ingreso al programa FAE AA.DD. en el año 2024, en base al tiempo dictaminado por Tribunal de Familia en medida de protección, no pudiéndose generar modificaciones en base a una planificación que, en términos formales del proyecto de grado, se presenta solo durante el primer semestre del año 2025, no calzando el inicio del proceso de intervención en FAE AA.DD. con el inicio del proceso de intervención propuesto en proyecto de grado. Así mismo, en función del estado emocional del niño, se debió generar modificaciones en el orden de aplicación de las sesiones.

La tercera situación que se debe abordar, es la solicitud de los cuidadores de recibir un espacio de contención emocional, sobre temas que si bien no se relacionan directamente al acogimiento familiar, generan tensión y preocupación en los cuidadores, pudiendo esta situación de estrés sobrecargar a los adultos e interferir en el ejercicio de cuidado del niño, de manera que se realizan sesiones de contención emocional a fin de poder brindar apoyo al grupo familiar durante el proceso de alta demanda emocional.

4.2 Conclusiones del proceso psicoterapéutico

Diagnóstico

Respecto de las fortalezas del diagnóstico en el área individual, se identifica que se selecciona un instrumento de diagnóstico cuantitativo que es apropiado al caso, ya que considera la edad del niño y se encuentran validados en el país. En este sentido el instrumento Cuestionario de comportamiento del niño entre 1 ½ y 5 años (CBCL 1 ½-5) (Achenbach y Rescorla, 2000), cuenta con evidencia que indica que mide el constructo de conductas externalizantes y considera además el rango etario preescolar del niño.

Así mismo, la técnica de hora de juego diagnóstica se considera como una técnica adecuada en base a la evidencia teórica, ya que según Karina E. Krauth (2012), el juego es una actividad central que le ofrece al niño o niña la posibilidad de elaborar conflictos, hallar satisfacciones y expresar sus deseos.

De este modo, las técnicas lúdicas pueden ayudar a obtener información relevante respecto del funcionamiento de los NNA, al permitir conocer elementos funcionales y conductuales, así como elementos emocionales y vinculares. Los resultados de esta técnica, permiten operacionalizar los conceptos que se utilizan para el análisis, considerándose para esto los problemas de atención y problemas de comportamiento del niño. Mientras se busca la obtención de información en el contexto diagnóstico, la hora de juego diagnóstica ayudó también a fortalecer el vínculo terapéutico con el niño, quien pudo acercarse al contexto clínico a través de un lenguaje poco amenazante y atractivo.

Referente a las limitaciones, se pudo haber considerado otros instrumentos que midieran conducta externalizante a fin de contar con resultados que en conjunto fuesen más robustos, considerando que a pesar de la problemática que refieren los cuidadores con alta intensidad, en el instrumento se obtienen resultados en rangos normales. La aplicación de otros instrumentos pudiese permitir comparar los resultados y observar la consistencia de estos, a fin de poder enfocar de manera precisa áreas de intervención relevantes de abordar.

Respecto de las fortalezas en el área familiar, se considera que la entrevista semiestructurada es un instrumento ampliamente utilizado en intervenciones directas, destacando por su gran eficacia en recabar datos dentro de procesos de estudio (Lopezosa, 2020), de manera que la entrevista semiestructurada a ambos cuidadores permitió poder conocer el funcionamiento del niño por medio de una pauta que orienta temas relevantes del proceso en base al marco teórico y conceptual, pero a su vez permite a la familia poder entregar información desde sus experiencias y opiniones, siendo este uno de los insumos más relevantes para poder conocer cómo es percibido el niño en contextos fuera del clínico y poder conocer a su vez como ellos responden ante las conductas de su nieto. En este sentido es relevante destacar la participación activa de los adultos en el proceso, mostrándose abiertos a compartir elementos sobre su propia vida y sobre el proceso de crianza del niño, relevando tanto las dificultades como las fortalezas del niño.

Referente a las limitaciones, se considera en retrospectiva que pudo haberse aplicado dos instrumentos adicionales dentro del proceso diagnóstico, los cuales pudiesen haber entregado información relevante a la hora de establecer objetivos a nivel familiar. El primero de ellos es la Escala de parentalidad positiva E2P v.2, elaborada por Fundación América por la infancia en 2019, la cual permite conocer las habilidades parentales en base a cuatro criterios/competencias: Competencias protectoras, competencias reflexivas, competencias vinculares y competencias formativas. Al respecto, si bien se realizan sesiones con la familia respecto de apego y mentalización (elementos comprendidos dentro de las competencias vinculares), en base a la información obtenida desde entrevista semiestructurada, se visualiza que la aplicación del instrumento E2P v.2 pudo haber entregado insumos globales respecto del funcionamiento familiar, pudiendo identificarse elementos no considerados o no identificados en la entrevista semiestructurada que pudiesen tener influencia en el funcionamiento parental de los adultos respecto del niño.

El segundo instrumento que pudo tener relevancia es la escala Parental Stress Index- Short versión (PSI), escala que permite conocer los niveles de estrés de quienes ejercen la crianza respecto de un niño, a partir de tres subescalas y una escala de puntaje total (Abidin, 1995).

- Estrés parental: Mide el nivel de estrés de los padres o cuidadores en su rol, a partir de sus características personales directamente asociadas a su función parental.
- Interacción disfuncional padre/hijo: aborda cuestiones relacionadas con las expectativas y experiencias de los padres en relación a la interacción con sus hijos.
- Niño difícil: Indaga en las percepciones que tienen los cuidadores respecto de las características conductuales de su niño, que pueden influir en que el desempeño del rol parental sea más complejo o más sencillo.

En definitiva, la aplicación de instrumento PSI podría haber permitido operacionalizar claramente el nivel de estrés total diferenciado de cada cuidador por separado, además de insumos relevantes que se pudiesen obtener de las tres subescalas, siendo un insumo que pudo utilizarse para determinar elementos a abordar dentro del trabajo interventivo con la familia, asociadas por ejemplo a complementar las Competencias vinculares con las Competencias parentales reflexivas, dentro de las cuales se contempla el autocuidado como parte de los requisitos de una parentalidad positiva.

En cuanto a las fortalezas en el área social/comunitaria, se observa que el contexto proteccional obligatorio en el cual se inserta el presente proceso de diagnóstico y posterior intervención, y en conjunto con las características de la familia, permitió contar con una buena adherencia de la familia al proceso diagnóstico, asistiendo a las sesiones solicitadas y participando activamente de estas, lo que permitió obtener información relevante para el proceso del niño y su familia. Así mismo, este contexto que puede ser un obstáculo en algunos casos, en el presente se configura como una vía de acceso a atenciones especializadas y de calidad para el grupo familiar.

Referente a las limitaciones, respecto del contexto educacional del niño, no se realiza con las educadoras del jardín infantil una entrevista centrada específicamente en el proceso diagnóstico del niño, pudiendo haberse entregando pautas útiles como por ejemplo el test de Connors, el cual puede entregar elementos objetivos respecto del funcionamiento del niño en el contexto escolar desde el punto de vista de las profesionales de trato directo, de modo que toda información sobre funcionamiento escolar se obtuvo inicialmente desde el reporte de los cuidadores.

Planificación de la intervención

Respecto de las fortalezas en el área individual, se elabora un plan de trabajo centrado en las características y necesidades del niño, en base a un proceso de diagnóstico acucioso, referido anteriormente. Así mismo, se considera las características particulares de la familia a fin de elaborar acciones atingentes a sus necesidades y que influyeran el bienestar del niño, utilizándose como modelo comprensivo y de trabajo el Sistémico narrativo, buscando deconstruir la narrativa dominante y construir narrativas alternativas (Montesano, 2012). En este contexto se propuso enmarcar la intervención desde el la terapia de juego, ya que como menciona Landreth (2012), la terapia de juego se caracteriza por ser una relación interpersonal dinámica entre un niño y un terapeuta, donde uno proporciona los materiales, el espacio y facilita una relación de confianza para que se pueda expresar el mundo interno del niño. El mismo autor refiere que además, el espacio de juego permite al niño desplegar diversos tipos de conductas de manera socialmente aceptable, poniendo a prueba sus límites personales y experimentando por medio del quehacer.

Referente a las limitaciones, se pudo haber elaborado una propuesta demasiado ambiciosa, que al enfrentarse con las contingencias reales del caso no pudo ser llevada a cabo en su totalidad, lo cual genera limitaciones al momento de evaluar la efectividad total del proyecto.

Respecto de las fortalezas en el área familiar, y como se ha mencionado anteriormente, la participación activa de la familia se transformó en uno de los pilares del proceso interventivo, ya que su actitud positiva a la intervención tendió a predisponer un entorno positivo y organizado respecto del niño, en torno al contexto terapéutico.

Referente a las limitaciones, se observa que no se consideró a la red extensa a nivel familiar, la cual en este caso se configura como un soporte emocional fundamental en el ejercicio de cuidados del niño, siendo un apoyo directo tanto para los adultos como para el niño a nivel material, emocional y funcional.

Referente a las limitaciones en el área social/comunitaria, se analiza en retrospectiva que no se incorporan en la propuesta de intervención acciones tendientes a la coordinación escolar, considerando que en la práctica si se realizan, siendo relevante que estas acciones sean visibilizadas como parte de un proceso de intervención terapéutico, donde la opinión de otros entes significativos en la vida del niño cobren relevancia.

Intervención

Respecto del proceso de intervención se identifica como fortaleza a nivel individual, la elección y uso de técnicas y actividades que resultaron apropiadas a la edad y características del niño. En este sentido, toda la intervención se enmarca en la terapia de juego, por medio de la cual, como refiere Cattanach (2008), el o la terapeuta puede entrar en el mundo interno del niño a través del juego y bajo las indicaciones de este, desde una posición de valoración y respeto, logrando acceder a los sentimientos, pensamientos y perspectivas del consultante.

De este modo, el espacio terapéutico se conformó como un lugar reconocible y seguro para el niño, ya que acorde al reporte de sus cuidadores, es un lugar que comienza a aparecer en su relato dentro del cotidiano, además de impactar positivamente en el aspecto conductual. Se observa un cambio en el funcionamiento conductual y emocional del niño, en cuanto a una disminución de las conductas externalizantes, mejor reconocimiento y regulación de sus emociones, logrando ampliar su repertorio conductual y emocional para enfrentarse a situaciones emergentes. Por otra parte, el niño ha logrado generar acciones reparatorias con sus figuras significativas después de episodios de desregulación, resignificando de manera paulatina su estilo vincular, sostenido por figuras de apego estables, contenedoras y empáticas con la historia de vida del niño.

Referente a las limitaciones, en ocasiones se presentaron al niño actividades que en la práctica no fueron de su interés o no tuvieron el impacto deseado, debiendo fusionarse algunas sesiones con elementos que fuesen atractivos para el niño, considerando su baja capacidad de mantención en una actividad. En este contexto es importante poder también atreverse a realizar actividades fuera de la zona de confort del niño y del terapeuta, ya que el espacio terapéutico es un espacio protegido donde puede experimentarse con ideas que en otros contextos, pudiesen ser difíciles de atreverse a aplicar.

En cuanto al área familiar, como fortaleza se observa que los cuidadores presentaron una buena adherencia al proceso, manifestando su disposición al mismo y apertura a poder fortalecer aspectos sobre la crianza, siendo un proceso validado y respetado por los participantes, a pesar de generarse desde un contexto obligatorio a nivel judicial. Un aspecto relevante a considerar es que el proceso en Programa FAE implica una intervención psicosocial, de manera que el aspecto asociado al trabajo con familias y fortalecimiento de competencias parentales es abordado por el profesional Trabajador social, de modo que, además de las acciones descritas en el presente proyecto, la familia mantuvo intervenciones sostenidas con dicho profesional. Esto incide en los resultados obtenidos en la medida que no es posible conocer si la intervención realizada por la psicóloga, la intervención realizada por trabajador social o ambas, incidieron en los resultados obtenidos, lo cual puede considerarse como una limitación del proceso, esto en cuanto a poder extrapolar la presente intervención a otros contextos.

Respecto de las fortalezas en el área social/comunitaria, si bien no se incorporaron acciones directas como objetivos de la intervención, lo cual es una limitación, se realizaron acciones tendientes a mantener la comunicación fluida con el jardín infantil del niño, considerando que es un entorno de desempeño importante en su desarrollo diario, y las acciones coordinadas permiten que exista coherencia en los lugares relevantes para el niño. Las acciones coordinadas, informadas en trauma y sensibles a las necesidades del niño se consideran como una fortaleza de la intervención.

4.3 Reflexiones sobre el proceso psicoterapéutico

El presente proceso terapéutico es una pequeña muestra de la importancia de la intervención multinivel para el logro de los objetivos terapéuticos, especialmente con NNA vulnerados en sus derechos, quienes requieren de una comprensión integral de su situación vital, relevando elementos de su historia de vida y vivencias experimentadas, pero también conociendo de qué manera el contexto familiar actual se significa como un factor protector y de resiliencia o por el contrario, promueve la mantención de sintomatología postraumática. Así mismo, es relevante considerar si el contexto social y cultural logra responder a las necesidades del grupo familiar, entendiendo las necesidades especiales del niño en acogimiento y desplegando una mirada sensible e informada en trauma.

De este modo, a lo largo del proceso de intervención ha sido posible identificar facilitadores y obstaculizadores que han influido en la puesta en marcha de la intervención terapéutica y en los resultados de la misma, tanto a nivel individual (niño y terapeuta), como familiar y contextual.

A nivel individual, respecto de los factores facilitadores desde el niño, se observa que este presenta apertura a la interacción con un tercero, logrando rápidamente conectar desde el juego y los espacios lúdicos, reconociendo paulatinamente el espacio terapéutico como un espacio protegido y especial. Para esto, se utilizan estrategias que promuevan la predictibilidad del contexto, como utilizar siempre la misma sala y mismos juguetes, con los cuales también comienza a conectar y a generar espacios de cuidado y reparación. De este modo, se logra generar un vínculo terapéutico sólido, que promueve la adherencia del niño a las actividades propuestas y por tanto, promueve el cambio. Esto es observado directamente en sesiones, con manifestaciones de afecto y búsqueda paulatina de reafirmación por parte del niño, pero especialmente referido por sus cuidadores, quienes señalan que el niño alude al espacio terapéutico durante su diario vivir y aplica aprendizajes de manera paulatina en su contexto familiar.

Respecto de los factores obstaculizadores, es posible señalar que se hipotetiza la presencia de un posible diagnóstico de base del niño (Trastorno por déficit atencional con hiperactividad), que dificulte el manejo clínico de este y su participación en distintos contextos de desempeño (escolar, extra programático, etc.). Si bien esta necesidad de evaluación por especialista se aborda con la familia de acogida, quienes manifiestan su disposición a que el niño reciba una atención y posible diagnóstico, se muestran resistentes al inicio de un tratamiento farmacológico, debido a temores asociados a la corta edad del niño y la posibilidad de que este sufra un daño o que cambie radicalmente su forma de ser. Por otra parte, las experiencias de vulneración y la historia vincular del niño promovieron en él la desconfianza hacia otros como un posible mecanismo de defensa frente a la violencia y abandono, recibiendo solo recientemente experiencias de cuidado sanadoras y estables. De este modo, si bien al comenzar el proceso de intervención, el niño lograba fácilmente interactuar desde el juego, demoró varias sesiones en poder confiar en terapeuta y en el espacio clínico.

Por otra parte, respecto de los factores facilitadores desde profesional interviniente, se considera que contar con experiencia en el área proteccional con NNA gravemente vulnerados en sus derechos, permite sostener una comprensión amplia de las problemáticas desde el multinivel, considerando que las orientaciones técnicas desde el Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia abordan la importancia de la intervención individual, familiar y comunitaria para la adecuada resolución de cada caso. La incorporación de esta lógica de manera habitual en la forma de comprender cada caso, permite visualizar los sistemas familiares de manera integral, centrándose no solo en las problemáticas sino en los recursos del sistema para poder reorganizarse y encontrar soluciones. Del mismo modo, la experiencia previa en intervenciones clínicas con niños gravemente vulnerados en sus derechos y en su mayoría, insertos en contextos de pobreza multidimensional, permite conocer el perfil de los consultantes, conociendo expresiones conductuales y emocionales del trauma, así como estrategias de intervención acorde a las necesidades de los NNA, por ejemplo, NNA con tendencia al opositorismo y la hiperactividad, y estrategias de intervención que incorpore el juego como lenguaje necesario para entender el psiquismo de los consultantes. En este contexto, se considera que mantener un proceso de especialización continua ha sido un facilitador de la intervención, ya que la formación de pregrado no es suficiente para poder abordar las complejidades clínicas de NNA que vivencian trauma complejo, debiendo adquirirse habilidades clínicas pero también habilidades blandas como el adecuado manejo del estrés, tolerancia a la frustración, adaptabilidad y perseverancia, ante las dificultades que pueden significar casos proteccionales.

Otro elemento a considerar, como se menciona anteriormente, es que el contexto de intervención es obligado, al ser derivado desde Tribunal de Familia, de modo que toma relevancia que los profesionales intervinientes se vinculen con las familias desde el respeto, la comprensión y la empatía ante la situación de crisis no normativa que se encuentran experimentando, debiendo adaptarse las estrategias de intervención para poder responder adecuadamente a las necesidades de los NNA y las familias, y para motivar la participación y adherencia a los procesos de intervención. En este contexto, se despliegan acciones constantes de reafirmación y validación de los participantes desde el momento del ingreso de la familia al programa, hasta el momento de la despedida, por medio del uso de un lenguaje comprensible, escucha activa, reflejos emocionales y empatía ante situaciones que escapan del plan de trabajo propuesto, pero que son de importancia para el niño y su familia.

Por otra parte, respecto de los obstaculizadores desde terapeuta interviniente, se identifica el agotamiento propio de trabajar largo tiempo atendiendo casos con una alta demanda emocional en programas de la red proteccional, no solo por la situación clínica de los niños, sino porque en contexto de Programas de Familia de Acogida, en muchas ocasiones se articulan procesos que definen la situación proteccional de los NNA, requiriendo de una toma de decisiones acuciosa respecto del futuro de aquellos en sus familias. Este elemento puede provocar interferencias en los procesos terapéuticos, ya que el psicólogo no solo es el terapeuta sino quien puede tener opinión decidora en definir el futuro de ese NNA a nivel judicial.

Respecto de los facilitadores a nivel familiar, se identifica que los cuidadores mostraron una excelente disposición a la intervención, poniendo el proceso terapéutico del niño y el bienestar de este en primer lugar dentro de sus prioridades, lo que permitió contar con una adecuada periodicidad de atenciones y un trabajo de preparación y anticipación del niño antes de asistir a espacios de intervención. Así mismo, la familia valida a los profesionales intervinientes y reconoce la necesidad de recibir intervenciones centradas en sus competencias parentales, reconociendo limitaciones en sus recursos personales a partir de las conductas exhibidas por su nieto, las cuales exceden las conductas que habitualmente observaron durante el ejercicio de crianza de sus descendientes. Esta actitud reflexiva y apertura a recibir apoyo externo, promovió el reconocimiento del espacio terapéutico como una oportunidad de fortalecimiento y validación de su rol, mostrándose como adultos activos en su proceso, realizando preguntas y poniendo en práctica en casa las sugerencias realizadas.

Otro elemento a destacar se relaciona con la mantención de una actitud positiva de parte de los cuidadores, quienes a pesar de sentirse sobrepasados en ocasiones, nunca traspasaron estos temores al niño y se lograron sobreponer a momentos complejos durante el curso de la intervención. Esto se relaciona con un estilo de funcionamiento familiar que privilegia los vínculos afectivos y la unidad, contando con experiencias vitales complejas de las cuales logran salir fortalecidos y resilientes.

Una situación familiar inesperada, y que implicó una decisión clínica compleja, fue la participación del progenitor del niño en el proceso de intervención, elemento que se revisa a nivel técnico con el equipo interventor de FAE, a fin de identificar los factores protectores y de riesgo presentes en el adulto, y estableciendo un plan de trabajo con este previo a cualquier espacio de revinculación directa con su hijo, proceso descrito en apartados anteriores. Al respecto, si bien la incorporación del progenitor en el proceso pudo haberse configurado como un obstaculizador de la puesta en marcha de la intervención, al generar inestabilidad en el contexto familiar, finalmente se constituye como un facilitador del proceso de sanación del niño, a partir de un elemento no considerado en la planificación. De este modo, el haber aperturado el espacio terapéutico a la revinculación entre padre e hijo, de manera paulatina y en un contexto protegido, permitió no solo restituir el derecho del niño a vivir en familia sino que permitirle organizar su experiencia interna de manera coherente.

Respecto de los obstaculizadores a nivel familiar, se observa que la familia de acogida presentó tendencia a generar dependencia de la opinión profesional, mostrándose temerosos de tomar ciertas decisiones por temor a equivocarse, de manera que se requirió un proceso de empoderamiento constante a lo largo del proceso y especialmente de preparación previa al cierre del proceso de intervención,

devolviendo los logros obtenidos y validando su rol como cuidadores con capacidad para tomar decisiones acertadas por su nieto.

En cuanto a los aspectos facilitadores a nivel comunitario, es posible mencionar la mantención de coordinaciones con el jardín infantil del niño, realizándose un proceso de retroalimentación e información respecto de la situación proteccional y emocional de este, a fin de que se desplieguen estrategias sensibles y consistentes a nivel escolar. No obstante, también se pueden considerar como obstaculizadores del proceso las experiencias de conflicto con pares que se dieron en contexto escolar, donde el niño fue golpeado por pares en distintas ocasiones, espacios donde no siempre pudo contar con espacios protegidos por parte de los adultos.

Por último, y como se menciona anteriormente, esta intervención se sitúa en un contexto obligado por Tribunal de Familia, derivación que dependiendo del estilo de afrontamiento a los problemas de las familias se puede considerar como un problema o como una oportunidad. En el caso de este grupo familiar, siempre se visualizó la derivación a Programa FAE como la posibilidad de recibir atención psicosocial para el niño y la familia de manera gratuita y de calidad, considerando que la familia no contaría con los recursos económicos para costear una intervención especializada para el niño.

Al analizar reflexivamente el proceso de intervención llevado a cabo y los aprendizajes del mismo, es posible proponer un plan de mejora, que considera elementos que en retrospectiva pueden potenciar la mantención de los cambios generados en terapia tanto a nivel individual como familiar, así como poder relevar acciones que se realizan pero que no quedan plasmadas en la propuesta de intervención.

En primer lugar, a nivel individual, se observa que al centrarse en una problemática particular con fines de análisis, se puede tender a perder el foco de la intervención en su totalidad, y esto incluye el poder incorporar a la propuesta de intervención sesiones enfocadas en el cierre del proceso terapéutico y no solo centradas en la resolución del problema de intervención. De este modo, se propone poder incorporar a la propuesta de intervención, sesiones centradas en el cierre del proceso, mediante técnicas de re autoría del niño junto a sus cuidadores, donde se reconozcan las nuevas habilidades adquiridas. Para esto puede ser significativo realizar ceremonias de cambio, donde se reconozcan estos avances y nuevos aprendizajes, utilizando elementos ya abordados en sesión, por ejemplo, ya que el niño logra regular de mejor manera su rabia puede transformarse en un “domador de volcanes”, elemento presente en cuentos terapéuticos utilizados en la intervención. Cabe mencionar que dentro del proceso de intervención en FAE siempre se considera la realización de un cierre terapéutico mediante un hito ceremonial, de manera que la acción de cierre se llevará a cabo en la práctica, pero esta queda fuera de las acciones planificadas en la presente propuesta de intervención, siendo relevante que si se considere en un futuro, ya que los espacios de cierre son variables a ser consideradas también con un fin terapéutico.

En el área familiar, una actividad que se realiza pero que no se incorpora a la planificación es la contención emocional de la familia de acogida y no solo la realización de sesiones psicoeducativas, considerando que en ocasiones la demanda contextual fue tan alta para los adultos que solicitan de manera directa el poder tener sesiones con profesional interviniente. Se visualiza que estos espacios de descomprensión de los adultos fortalecieron el vínculo terapéutico, la confianza y el reconocimiento, además de disminuirse la sensación de estrés de los cuidadores, lo que se conoce a partir del propio relato de la familia.

En el área contextual, un elemento a incorporar en la planificación es la realización de coordinaciones con la red comunitaria, específicamente con el Jardín infantil del niño, ya que las entrevistas que se realizan con educadoras se centran en poder sensibilizarlas respecto de las necesidades especiales del niño, a partir de sus experiencias vitales adversas, y a fin de que puedan generar adecuaciones a nivel escolar que faciliten el proceso de integración del niño en un contexto reparador. En retrospectiva, estas acciones realizadas son necesarias de ser relevadas, ya que apelan a la intervención desde el multinivel y se orientan al bienestar integral del niño.

4.4 Recomendaciones al proceso psicoterapéutico

A partir de las conclusiones del presente proceso de intervención, es posible entregar recomendaciones orientadas a cimentar los avances observados en el mismo, tanto a nivel individual como familiar y comunitario, así como profundizar en elementos relevantes desde el enfoque multinivel.

En el área individual, se observa la necesidad de realizar una derivación del niño a evaluación por parte de especialista neurólogo, considerando los indicadores observados de posible Trastorno por déficit atencional con hiperactividad, a fin de que se pueda despejar el posible diagnóstico y entregar sugerencias a nivel farmacológico en caso de que corresponda. La incorporación de esta prestación y del inicio de un tratamiento farmacológico (siempre que lo requiera y le sea indicado), pudiese permitirle a la familia y a su contexto una mejor comprensión de las necesidades del niño, a fin de entenderlo no solo desde sus circunstancias vitales, sino desde un funcionamiento neuronal que puede ser neurodivergente. Además, se debe proyectar la resolución de necesidades del niño a largo plazo, pudiendo una consulta en salud mental temprana, permitir al niño incorporarse de manera favorable a otros contextos de desempeño, especialmente el escolar, y de este modo, acompañar su desarrollo y aumento de demandas contextuales de manera paulatina.

Otro elemento que se sugiere es la incorporación del niño a actividades extra programáticas, un entorno que puede beneficiar el bienestar del niño en distintas áreas. En primer lugar, podría brindar al niño espacios de esparcimiento distinto del escolar, ya que actualmente solo se desenvuelve en el contexto familiar y educativo, sin otros espacios de esparcimiento rutinarios, siendo estos relevantes para el desarrollo de los procesos de exploración y aprendizaje. En segundo lugar, la incorporación a actividades extra programáticas, especialmente las deportivas, permitiría al niño interactuar con pares y adultos, pudiendo establecerse como espacios protegidos para generar interacciones positivas, que promuevan la sensación de confianza en sí mismo y en otros. Cabe destacar que educadoras de jardín infantil del niño han destacado su habilidad motora gruesa, refiriendo que es un niño que con facilidad realiza volteretas y movimientos que no todos los niños de su edad pueden hacer con facilidad, sugiriendo a cuidadora el incorporarlo a actividades como gimnasia artística.

Por último, un niño que ha vivenciado trauma complejo puede requerir acompañamiento terapéutico en distintos momentos de su vida, siendo relevante que con posterioridad al presente proceso psicoterapéutico, se aborden otros elementos como fortalecimiento de la autoestima, percepción de autoeficacia, autoconcepto, etc. a fin de responder a los requerimientos emocionales que puedan irse

presentando junto al crecimiento y desarrollo de otros procesos reflexivos respecto de su propia historia de vida. La periodicidad de esto dependerá de los requerimientos del niño y su familia.

A nivel familiar, se visualiza como relevante el poder incorporar a la familia extensa a los procesos que posteriormente se pudiesen aperturar, considerando que en la práctica son la principal red de apoyo de niño y sus cuidadores, entregando ayuda práctica, emocional y material de manera habitual. La casa de la familia de acogida se configura como el centro de encuentro diario para los hijos y nietos de los cuidadores, personas que pasan gran parte del día junto al niño, y se han constituido como referentes significativos para este y respetuosos del sistema normativo que se ha establecido. El relevar a la familia desde sus recursos permite fortalecer la idea de que ellos son capaces de resolver situaciones de manera autónoma y efectiva, contando con una red de apoyo que valida sus decisiones y se muestra dispuesta a colaborar cuando se requiere.

A nivel comunitario, el niño se encuentra en etapa de transición ya que deberá cambiar desde jardín infantil a un establecimiento educacional que cuente con pre kinder. En este contexto, el niño y la familia podrían beneficiarse de incorporar al niño a un establecimiento educacional que cuente tanto con educación preescolar como escolar, con el fin de que a medida que crezca y avance en los cursos, pueda mantenerse en un entorno que le sea conocido y predecible. Así mismo, es relevante que dicho establecimiento cuente con Proyecto de Integración Escolar (PIE), el cual pueda brindar apoyo al niño en la medida que lo requiera dentro de su proceso educativo, especialmente, si el niño es finalmente diagnosticado con algún trastorno con requerimiento de apoyo o adaptaciones a nivel escolar. Será relevante en procesos posteriores, mantener una comunicación fluida del terapeuta con el equipo educativo, a fin de que conozcan las características y necesidades del niño, promoviendo entornos educativos sensibles, respetuosos y promotores de procesos de resiliencia.

Cabe mencionar que algunos de los elementos señalados a nivel individual se relacionan fuertemente con el contexto comunitario y socioeconómico de la familia, por ejemplo, requerirán que las atenciones de neurología sean realizadas por medio del servicio público de salud, no siendo una prestación que pudiesen costear de manera particular. En este contexto, es importante que profesionales intervinientes informen a la familia sobre cómo acceder efectivamente a las prestaciones de salud, con el fin de que en la medida que conozcan el sistema puedan acceder a este de manera autónoma, permitiendo al niño el acceso oportuno.

Por otra parte, respecto del elemento extra programático, la familia no cuenta con los medios para costear talleres o actividades externas, no obstante, sería relevante poder identificar redes de apoyo desde los organismos comunitarios como municipalidad, centros culturales, deportivos u otros, a fin de que la familia participe activamente de las prestaciones gratuitas que puede brindar la comunidad.

Finalmente, a partir de las conclusiones del presente proceso de intervención, es posible entregar recomendaciones orientadas a facilitar los procesos terapéuticos de otros niños y niñas que han vivenciado trauma complejo, así como el acompañamiento de sus familias e incorporación y participación en contextos comunitarios de relevancia, desde una comprensión multinivel del caso.

A nivel individual se visualiza necesario realizar un plan de trabajo que sea realista y por tanto, ajustado a las características de los niños y niñas preescolares, a partir del reconocimiento de la influencia

de las experiencias adversas vivenciadas, de la situación familiar y de la situación contextual, que puede o no promover la mantención del problema. Entendiendo estas particularidades, se requerirá de un plan que sea flexible e incorpore alternativas para abordar un mismo objetivo, considerando que, lo planificado no siempre es realizable, considerando las condiciones emocionales en las que puede llegar el niño a sesión, influenciado por factores tanto internos como externos.

Se considera como relevante ir realizando sesión a sesión un sumario de lo aprendido, considerando especialmente el rango etario de niños prescolares, y la necesidad de reforzar de manera paulatina la adquisición de nuevas ideas sobre sí mismos. Para esto, se sugiere que el medio a utilizar sea el juego y un lenguaje lúdico, considerando que es el medio a través del cual los niños y niñas nos permiten conocer su mundo interno, y será por este medio, por el cual podremos generar cambios significativos.

A nivel familiar, se torna relevante mantener una actitud de respeto y validación de las experiencias familiares, con foco en reconocer los espacios libres de problemas con que cuenta la familia, considerando que las situaciones que originan las medidas de protección son situaciones vitales sumamente estresantes, generando cuestionamientos internos en los adultos sobre el propio rol, y sentimientos de ambivalencia entre proteger al NNA y poder ayudar también a los progenitores de estos. Esta actitud de apertura y contención influirá en que la familia no se sienta juzgada por aquello que no han logrado, sino que puedan reconocer sus logros y recursos, por medio de los cuales pueden acompañar a los niños y niñas en su proceso de sanación. Un elemento a señalar es que los cuidadores de niños que han vivenciado trauma complejo pueden exponerse a una alta demanda emocional diaria, pudiendo tender al estrés.

En cuanto al área comunitaria, se visualiza que es un área de intervención que puede presentar ciertos desafíos al visualizarse, en ocasiones, como más alejada del foco del problema, el cual se atribuye generalmente al niño, niña o a la familia. No obstante, es relevante no perder de vista la situación contextual del niño, la cual insumará no solo del entorno donde se inserta la familia con sus desafíos y oportunidades, sino que hablará de las habilidades que en la práctica logra desplegar el niño o niña, cobrando especial relevancia la mantención de comunicación fluida con el contexto escolar. En este sentido, es relevante mantener un proceso coordinado con la escuela y la familia, quien se encuentre en conocimiento de las gestiones a realizar.

Finalmente, los casos de vulneración de derechos e intervenciones desde el sistema proteccional pueden tener características y requerimientos terapéuticos distintos de un setting terapéutico tradicional. De este modo, es necesario contar con profesionales que conozcan no solo de intervenciones clínicas sino de trabajo familiar e intersectorial, y que cuenten con una visión ética que asegure que toda decisión tomada sea en bienestar de los niños, niñas y sus familias. En este sentido, es importante relevar para futuras intervenciones la necesidad de contar con profesionales que promuevan una visión multinivel de la problemática, que permita entender el motivo de consulta no solo como originado en los NNA, sino que dependiente de diversos factores biopsicosociales y contextuales que impactan en la sintomatología actual de los NNA. Desde el profesional interviniente, se deberá promover espacios de empatía y respeto con los participantes, enmarcados además de un proceso de supervisión y formación continua, que permita proveer de atenciones atingentes y oportunas a las necesidades de los consultantes,

reconociendo las limitaciones personales y las interferencias que estos complejos procesos terapéuticos puedan generar en los terapeutas.

REFERENCIAS

Abidin, R (1995). Parenting Stress Index, Third Edition: Professional Manual. Psychological Assessment Resources.

Babativa, H., Rubiano, P. A., Velásquez, T., González, J., Vega, M., & Gaona, N. (2024). La entrevista semiestructurada: una herramienta pertinente en la percepción de valores sociales para la vida. *Revista Lasallista de Investigación*, 21(1), 92–107. <https://doi.org.udd.idm.oclc.org/10.22507/rli.v21n1a5>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2021). Adverse childhood experiences (ACEs). <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/index.html>

Centro Iberoamericano de Derechos del Niño (CIDENI) (UNICEF) (2019). Estudio de revisión y análisis de Programas de Familias de Acogida. <https://www.unicef.org/chile/informes/estudio-de-revisi%C3%B3n-y-an%C3%A1lisis-de-programas-de-familias-de-acogida>

Colegio de psicólogos de Chile (2019). Código de ética profesional. <https://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2019/01/Codigo-de-Etica-Colegio-de-Psicologos.pdf>

Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J. & Van der Kolk, B. (2003). Complex trauma in children and adolescents. National Child Traumatic Stress network. https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources/complex_trauma_in_children_and_adolescents.pdf

De Faoite, A. (2011). Narrative Play Therapy : Theory and Practice. Jessica Kingsley Publishers.

- Defensoría de la niñez (2019). Identificación de instituciones, programas, evaluaciones e indicadores de la niñez. https://www.defensorianinez.cl/estud_y_estadi/identificacion-de-instituciones-programas-evaluaciones-e-indicadores-de-la-ninez-y-adolescencia/
- Defensoría de la Niñez (s.f.) Historia. <https://www.defensorianinez.cl/home-adulto/sobre-nosotros-adulto/historia/>
- Dong, M., Anda, R., Felitti, V., Dube, S., Williamson, D., Thompson, T., Loo, C., & Giles, W. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child abuse & neglect*, 28(7), 771–784. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.01.008>
- English, D., Upadhyaya, M., Litrownik, A., Marshall, J., Runyan, D., Graham, J., & Dubowitz, H. (2005). Maltreatment's wake: The relationship of maltreatment dimensions to child outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 29(5), 597–619. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.12.008>
- Fernández, S. y Navarro, A. (2012). La entrevista clínica y el proceso psicodiagnóstico en psicología clínica II. Niños y adolescentes. Manual del Residente en psicología clínica. *Asociación española de neuropsiquiatría*, 12, 143–156.
- Felitti, V., Anda, F., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, V., Koss, M. & Marks, J. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–58.
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H. A., Ormrod, R., & Hamby, S. L. (2011). Polyvictimization in developmental context. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 4(4), 291–300. <http://doi.org/10.1080/19361521.2011.610432>
- Gautman, N., Rahman, M., & Khanam, R. (2024). Adverse childhood experiences and externalizing, internalizing, and prosocial behaviors in children and adolescents: A longitudinal study. *Journal of affective disorders*, 5(363), 124–133. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.07.064>

- Gómez Muzzio, E., & Contreras Yévenes, L. (2019). *Manual Escala de Parentalidad Positiva – E2P v.2*. Fundación América por la Infancia. <https://catalogo.academiafai.com/cl/gratis.html>
- Hughes, K., Bellis, M., Hardcastle, K., Sethi, D. Butchart, A., Mikton, C., Jones, L. & Dunne, M. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 2(8), 356-366. [http://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](http://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4).
- Huguenel, B., Leon, S., Hindt, L., Lutz, N. & Osborne, J. (2021). Profiles of Maltreatment in the Child Welfare System: Predicting Mental Health Outcomes and Examining Age as a Moderator. *Journal of Traumatic Stress*, 34(4), 721–732. <https://doi.org/10.1002/jts.22685>
- Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP) (2020). Manual “Mentalizar”. <https://midap.org/wp-content/uploads/2023/09/MENTALIZAR-MANUAL-Y-CARTILLAS-v.2-.pdf>
- Izcarra, S. (2014). Manual de investigación cualitativa. Editorial Fontamara.
- Jarero, I. (2014). Comentarios sobre el Trastorno por Estrés Postraumático Complejo: Perspectivas del DSM-5 y del CIE-11. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 6(1). https://www.researchgate.net/publication/281820765_Comentarios_Sobre_el_Trastorno_por_Estres_Postrumatico_Complejo_Perspectivas_del_DSM-5_y_del_CIE-11
- Jugovac, S., O’Kearney, R., Hawes, D. & Pasalich, D. (2022). Attachment and Emotion Focused Parenting Interventions for Child and Adolescent Externalizing and Internalizing Behaviors: A Meta Analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 25, 754–773. <https://doi.org/10.1007/s10567-022-00401-8>
- Krauth, K. (2012). El juego en la evaluación del desarrollo. *Psicología Evolutiva: niñez*. [Cátedra I, Universidad de Buenos Aires]. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/053_ninez1/material/descargas/el_juego_en_la_evaluacion_del_desarrollo.pdf
- Landreth, G. L. (2012). *Play therapy: The art of relationship* (3rd ed.). Routledge/Taylor & Francis Group.

- Lecannelier, F., Pérez, C., Groissman, S., Gallardo, D., Bardet, A., Bascuñan, A. & Rodríguez, J (2012). Validación del Inventario de Conductas Infantiles para niños de entre 1½-5 años (CBCL 1½-5) en la Ciudad de Santiago de Chile. *Universitas Psychologica*, 13(2), 491—500. <http://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-2.vici>
- Lopezosa, C. (2020). Entrevistas semiestructuradas con NVivo: pasos para un análisis cualitativo eficaz. Anuario de métodos de investigación en comunicación social. *Anuario de Métodos de Investigación en Comunicación Social*, 1, 88—97. <http://doi.org/10.31009/metodos.2020.i01.08>
- López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(3), 159—174. <http://doi.org/10.5944/rppc.vol.13.num.3.2008.4057>
- Luzzi, A. y Bardi, D. (9-11 de agosto 2007). *La Hora de Juego Diagnóstica: importancia de su estudio a los fines pronósticos*. XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Mc Elroy, S., & Hevey, D. (2014). Relationship between adverse early experiences, stressors, psychosocial resources and wellbeing. *Child abuse & neglect*, 38(1), 65—75. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.07.017>
- Ministerio de desarrollo social (2017). 3° Encuesta Longitudinal de Primera infancia (ELPI). <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/elpi-tercera-ronda>
- Ministerio de desarrollo social (2018). Plan de acción Nacional niñez y adolescencia 2018-2025. <https://plandeaccioninfancia.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/>
- Ministerio de Desarrollo Social. (2018). Acuerdo Nacional por la Infancia. Mesa técnica de trabajo. Recuperado de https://www.minjusticia.gob.cl/media/2018/07/Acuerdo_Nacional_por_la_Infancia.pdf

- Ministerio de desarrollo social y familia (2022). Encuesta Caracterización socioeconómica nacional: Pobreza multidimensional. Versión revisada 2023. <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2022>
- Montesano, A. (2012). La perspectiva narrativa en terapia familiar sistémica. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 5–50. <https://doi.org/10.33898/rdp.v23i89.638>
- Oliveros, J., Muñoz, R., Spencer, R., Fresno, A., Bravo, P., Vergara, P. y Wendland, J. (2023). Propiedades Psicométricas de la Escala de Evaluación Socioemocional Breve de Infantes y Niños (BITSEA) en una muestra de niños y niñas chilenos. *Terapia psicológica*, 41(1), 63–85. <https://dx.doi.org/10.4067/s0718-48082023000100063>
- Pereda, N. (2019). ¿Cuánta violencia es demasiada? Evaluación de la Polivictimización en la infancia y la adolescencia. *Papeles del Psicólogo*, 40(2), 101–108. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2892>
- Pietramala, K y Beltrán, L., (2016). Hora de Juego diagnóstica. Teoría y Técnica de Exploración y [Diagnóstico Psicológico Módulo II cátedra II, Universidad de Buenos Aires]. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/042_ttedm2c2/material/fichas/hora_juego_diagnostica_2016.pdf
- Pinquart, M. (2017). Associations of Parenting Dimensions and Styles with Internalizing Symptoms in Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *Marriage & Family Review*, 53(7), 613–640. <http://doi.org/10.1080/01494929.2016.1247761>
- Psaila, J. (2016). Play Therapy. *The Psychotherapy Guidebook*. www.freepsychotherapybooks.org
- Ray, D., Armstrong, S., Balkin, R. & Jayne, K. (2015). Child-centered play therapy in the schools: review and meta-analysis. *Psychology in the Schools*, 52(2), 107–123 <http://doi.org/10.1002/pits.21798>

- Ray, D., Burgin, E., Gutierrez, D., Ceballos, P. & Lindo, N. (2022). Child-centered play therapy and adverse childhood experiences: A randomized controlled trial. *Journal of Counseling & Development*, 100 (2), 134–145. <http://doi.org/10.1002/jcad.12412>
- Reef, J., Diamantopoulou, S., Van Meurs, I., Verhulst, F., & van der Ende, J. (2011). Developmental trajectories of child to adolescent externalizing behavior and adult DSM-IV disorder: results of a 24-year longitudinal study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 46(12), 1233–1241. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0297-9>
- Schoonover, T. & Perryman, K. (2023). Child-Centered Play Therapy and Adverse Childhood Experiences: A Single-Case Research Design. *Journal of child and adolescent Counseling*, 9(1), 1–20. <https://doi.org/10.1080/23727810.2022.2138045>
- Servicio nacional de protección especializada a la niñez y adolescencia (2025). El poder de cuidar en cifras, niños, niñas y adolescentes en programas de protección periodo Febrero 2025. https://www.servicioproteccion.gob.cl/601/articles-2984_archivo_01.pdf
- Subsecretaria de prevención del delito (2023). 2ª Encuesta Nacional de Polivictimización. <https://cead.spd.gov.cl/centro-de-documentacion/?r=1>
- Terradas, M. & Asselin, A. (2023). Episodic Experiences of Child Physical Abuse, Early Relational Trauma and Post-Traumatic Play: Theoretical Considerations and Clinical Illustrations. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 16 (2), 365–379. <https://doi.org/10.1007/s40653-022-00489-8>
- Thompson, R., Flaherty, E., English, D., Litrownik, A., Dubowitz, H., Kotch, J., & Runyan, D. (2015). Trajectories of Adverse Childhood Experiences and Self-Reported Health at Age 18. *Academic pediatrics*, 15(5), 503–509. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2014.09.01>.
- UNICEF (s.f.). Historia sobre los derechos del niño. <https://www.unicef.org/es/convencion-derechos-nino/historia>

UNICEF (2019). Estudio de revisión y análisis de Programas de Familias de Acogida.

<https://www.unicef.org/chile/sites/unicef.org.chile/files/2019-12/UNICEF-WD-Estudio-Familias-de-Acogida.pdf>

UNICEF (2021). Resumen ejecutivo Estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la violencia

contra la niñez y adolescencia en Chile. <https://www.unicef.org/chile/informes/violencia-contra-la-ni%C3%B1ez-y-adolescencia-en-chile>

Yung-Wei, L. and Bratton, S. (2015). A Meta-Analytic Review of Child-Centered Play Therapy Approaches.

Journal of Counseling & Development, 93(1), 45—58. <http://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2015.00180.x>

Anexos

1) Consentimiento informado

A través del presente autorizo la atención psicoterapéutica por videollamada.

Al día de hoy _____ (día), _____ (mes), 2024 (año), autorizo a la psicóloga/o Paula Llanos A: rut 18.068.455-7 Registro Superintendencia de Salud 316931 a realizar atención psicológica vía videollamada, utilizando para este fin la plataforma presencial, con el resguardo de la seguridad y conectividad.

En esta atención participarán: _____

Si tengo alguna duda del uso de esta plataforma, el profesional resolverá mis inquietudes. En caso que se produzca un fallo tecnológico que interrumpa la sesión, el profesional me contactará vía telefónica al teléfono 991247409. Si no fuera posible retomar la conexión, la sesión será reagendada.

Declaro conocer los beneficios y riesgos potenciales respecto a la seguridad de la plataforma.

Se utilizarán audífonos y un espacio físico que garanticen la privacidad y tranquilidad de la atención. Junto con esto, se utilizará un espacio que permita óptimas condiciones de luminosidad y audio.

La información recogida en la intervención será registrada en una ficha clínica confidencial de uso exclusivo para la psicóloga tratante. Toda la información confidencial, salvo a que dicho contenido de cuenta de una situación que ponga en riesgo mi salud.

El material recogido en las sesiones podrá presentarse a una psicóloga experta (supervisora) que realizará recomendaciones y también para fines académicos del programa de formación Registrar en intervención psic. infante, de manera de favorecer una comprensión clínica más acabada, beneficiando el abordaje psicoterapéutico. Esta información será presentada anonimizada, no siendo posible identificar nombres de las personas atendidas.

En caso de urgencia autorizo a que contacten a _____ teléfono 959983101, mail _____ . En caso de ser necesario, la psicóloga podrá derivarme a algún servicio de salud, para esto, informo que mi previsión de salud es Fonasa y el servicio de emergencia más cercano a mi domicilio es SAR San Vicente, Talcahuano.

Me comprometo a conectarme semanalmente los días a acordar a las _____ . La duración de cada sesión será de 60 minutos. En caso de no poder asistir, avisaré con 24 hrs de anticipación. Declaro estar informado del valor del servicio, siendo el pago asociado a cada sesión de \$ 0.-, el cual deberá ser pagado vía transferencia electrónica antes del inicio de la sesión. Los datos para el pago son _____ . Una vez realizada la transferencia, recibiré una boleta electrónica para el reembolso en el sistema previsual de salud.

En caso necesario, entre sesiones podré contactar a la psicóloga al mail p.llanos@vtd.cl. En caso necesario, la psicóloga podría determinar que la telepsicología no es apropiada para mi atención.

Estoy al tanto que puedo verificar los datos de mi psicóloga tratante en la Superintendencia de salud:

<http://webhosting.superdesalud.gob.cl/bases/prestadoresindividuales.nsf/buscador?openForm>

Del mismo modo, puedo informarme acerca de los Derechos y Deberes de los pacientes, los cuales están disponibles en <https://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/derechos-y-deberes-de-los-pacientes-en-salud> y en <http://www.minsal.cl/derechos-y-deberes-de-los-pacientes/>

Por último, confirmo que mis datos personales son:

Nombre completo:

Rut:

Dirección:

Chacabuco

3) Hora de juego diagnóstica

Sesión 1 (27.09.2024)

1) Setting

- **Consigna:** Se aplica CAT A, el niño comprende la consigna, pero no logra terminar la actividad, se levanta casi de inmediato a explorar la sala. Se niega a realizar lo solicitado, se enfoca en otras actividades, se dificulta que pueda verbalizar las historias.
- **Vínculo terapéutico:** paulatinamente acepta los juegos propuestos. |
- **Uso del tiempo:** Acelerado.
- **Cierre de la tarea:** La acepta sin dificultad.

2) Hora de juego

- **Capacidad para sostener la actividad:** Logra permanecer en sala toda la sesión.
- **Acercamiento al material:** Explora la sala, acepta el material entregado.
- **Uso del espacio:** Se concentra en alfombra de goma eva donde transcurre la actividad.
- **Producción:** Personajes que requieren ayuda, peleas entre personajes.
- **Característica del juego:** Le cuesta realizar juegos simbólicos de amistad entre personajes. El estilo de base para relacionarse pareciera ser la agresividad. Los personajes piden ayuda constantemente, se observa un ambiente inestable, inseguro. Logra reconocer emoción de enojo en sus personajes. Mata a todos los personajes. Busca repetir juegos de persecución. Le saca la ropa a un juguete e intenta explorar otro. En general usa juego agresivo, golpeando juguetes entre ellos.
- **Verbalizaciones:** “solo los grandes pueden tener cosas, no los pequeños”, “ven conmigo que estoy solo”, “no quiero guardar, no quiero casita”.

Sesión 2 (10.10.2024)

1) Setting

- **Consigna:** Aceptación y comprensión: El niño no sigue la consigna indicada. Pareciera que el niño comprende la consigna, pero su juego es tiende a ser más intuitivo, no logrando poner en práctica la actividad propuesta.
- **Vínculo terapéutico:** El niño se alegra de venir a sesión. Conecta con las actividades que se le presentan, el niño no siempre sigue las indicaciones de quien suscribe.
- **Uso del tiempo:** El niño pasa rápidamente de una actividad a otra, incorporando elementos en la medida que los visualiza; se le debe orientar respecto de los tiempos de la sesión, se le anticipa antes de que termine la actividad.
- **Cierre de la tarea:** Le cuesta cerrar la sesión, demora bastante tiempo, ayuda a ordenar pero se dilata en varios minutos el cierre de la sesión.

2) Hora de juego

- **Capacidad para sostener la actividad:** Se distrae, cambia el foco en función de la respuesta emocional que se genera en el niño.
- **Acercamiento al material:** Rápido, explora, pregunta si puede tomar algunos elementos. Es capaz de informar lo que quiere o no hacer.
- **Uso del espacio:** Se desenvuelve sin dificultad, se mueve en distintos espacios para buscar juguetes, centra su atención en alfombra de goma ~~eva~~ donde se lleva a cabo la mayor parte del juego.
- **Producción:** Juego de interacción y principalmente pelea entre personajes.
- **Característica del juego:** Se observa que el niño comienza tomando juguetes de dinosaurios y los golpea entre ellos, generando juegos de pelea, hace sonidos de gruñidos, desarma los juegos que lo rodean, se observa caótico inicialmente. Se incorpora el cuidar a los juguetes, el niño se muestra atento en poder curar las heridas de los personajes. Aparece idea de ~~zombies~~ como primera respuesta a juguetes de figuras humanas. Golpear y pegar, son temas repetitivos dentro del juego. Rechaza las interacciones sociales positivas dentro del juego, por ejemplo, golpea a los juguetes que quieren ser su amigo. Logra manifestar emociones de enojo. Pareciera que hay elementos que incorpora psicóloga al juego que le molestan, se evidencia cambio en su semblante y reacciones físicas.
- **Verbalizaciones:** Tú no me quieres, nadie quiere ser mi amigo. Se consulta por relato de lobo feroz y refiere relato fantasioso, como una historia que incorpora un lobo, un entorno natural, perros y finalmente la desaparición del lobo. En contexto de juego manifiesta ¿Dónde están mis papás?, yo no los encontré.

Sesión 3 (24.10.2024)

1) Setting

- **Consigna:** No hay consigna clara, es juego más abierto, se desea observar como fluye el juego del niño.
- **Vínculo terapéutico:** Acepta ayuda de terapeuta cuando hay algo que no puede hacer. Incorpora ideas que propone terapeuta.
- **Uso del tiempo:** Pareciera no poder mantenerse en una actividad por mucho tiempo, salta entre diversas actividades.
- **Cierre de la tarea:** Verbaliza ideas sobre el cierre de la sesión, hay un juguete que relaciona con el cierre de la actividad, si se usa antes, él pregunta si la actividad ya terminó. Comprende que la sesión termina, pero le cuesta cerrar.

2) Hora de juego

- **Capacidad para sostener la actividad:** Pasa de una actividad a otra rápidamente, a veces superficialmente. Hay momentos del juego que logra sostener más.
- **Acercamiento al material:** Explora de manera autónoma, quiere usar todo el material, explora algunos y vuelve a otros elementos. Tiende a ser desordenado en el uso del material.
- **Uso del espacio:** Sale a buscar a su abuela, se mueve por la sala en espacios que no están destinados para ello.
- **Producción:** Agresión, persecución, se incorporan elementos de cooperación con otros, pero se ven habitualmente interrumpidos por peleas.
- **Característica del juego:** Destrucción del parque, evidencia físicamente sentimientos de rabia, escasa cooperación entre personajes, relaciones violentas, sonríe cuando algo le resulta. El tono de voz que usa es siempre de enojo. Incorpora elementos de cuidar a otros. Incorpora elementos del rol playing. Expresa frustración físicamente. Escasa capacidad para resolver problemas que se le presentan en el juego, tiende a resolverlo con agresión.
- **Verbalizaciones:** "No tengo amigos", "yo soy tonto", "somos malos".

Sesión 4 (07.11.2024)

1) Setting

- **Consigna:** Se debe cambiar la sala a un espacio más amplio pero que cuenta con más elementos y por tanto es más distractora. En sesión anterior, antes de irse, ingresa a esta sala, y durante cerca de 20 minutos no fue posible convencerlo a salir de la sala por terapeuta ni por sus abuelos.
- **Vínculo terapéutico:** Suele no responder a preguntas sobre su diario vivir. Acepta las normas establecidas.
- **Uso del tiempo:** Ocupa todo el tiempo de la sesión.
- **Cierre de la tarea:** Le cuesta menos cerrar la actividad que en ocasiones anteriores.

2) Hora de juego

- **Capacidad para sostener la actividad:** Pareciera que el contexto físico genera interferencia en su juego habitual. Logra completar la hora de atención.
- **Acercamiento al material:** Sala amplia, con espacio para moverse y generar juegos físicos, cuenta con diversos estímulos, el niño explora la sala y ve todos los juguetes.
- **Uso del espacio:** Recorre la sala para explorar, da vueltas en círculos, ingresa a túneles de estimulación. Tiende a querer salir de la sala.
- **Producción:** Juegos agresivos, juegos de movimiento físico.
- **Característica del juego:** Surgen peleas entre los personajes, golpes, gritos, los lanza. Se distrae fácilmente de la actividad, salta de un juego a otro. Logra autorregular o disminuir la violencia cuando se le expresa que el otro se ve afectado. Se incorpora paulatinamente juegos de cuidar (médico). Tiene juegos activos donde aparecen fenómenos naturales que lo ponen en riesgo.
- **Verbalizaciones:** "Yo soy el bueno", "No pueden porque son muy pequeños", "A la casa de la Nan no entran los malos porque ella es fuerte".

Sesión 5 (21.11.2024)

1) Setting

- **Consigna:** Juego libre. Sigue indicaciones realizadas por psicóloga dentro del juego.
- **Vínculo terapéutico:** Más consolidado, el niño engancha con el juego propuesto.
- **Uso del tiempo:** Sigue pasando de una actividad a otra. Sesión con interrupciones por salidas reiteradas.
- **Cierre de la tarea:** Ha generado mejor aceptación de los tiempos de cierre y término de actividad.

2) Hora de juego

- **Capacidad para sostener la actividad:** Pasa rápidamente de una actividad a otra, pero desea permanecer en el espacio de intervención.
- **Acercamiento al material:** Explora todo el material que se encuentra en la sala, además del material nuevo, el cual incorpora a la dinámica.
- **Uso del espacio:** Tiende a moverse por la sala y requerir salir en algunos momentos.
- **Producción:** Juego simbólico, agresivo, cooperativo en ocasiones.
- **Característica del juego:** Surgen verbalizaciones sobre dinámicas familiares, se observa más colaborador, menor nivel de externalizaciones. Al finalizar la sesión juego agresivo, lanza juguetes, grita.
- **Verbalizaciones:** "los dinosaurios me quieren más que los tatas", "Y yo me quedo solo aquí", "El señor gorila la golpeo (a la mama)", "no, porque soy un idiota, soy malo".

- Codificación Hora de juego diagnóstica:

1. Problemas de atención:

a) <i>"Se distrae, cambia el foco en función de la respuesta emocional que se genera en el niño"</i> - Capacidad para sostener la actividad, sesión 2.
b) <i>"Pareciera no poder mantenerse en una actividad por mucho tiempo, salta entre diversas actividades"</i> - Uso del tiempo, sesión 3.
c) <i>"Pasa de una actividad a otra rápidamente, a veces superficialmente"</i> – Capacidad para sostener la actividad, sesión 3.
d) <i>"Sale a buscar a su abuela, se mueve por la sala en espacios que no están destinado para ello"</i> - Uso del espacio, sesión 3.
e) <i>"Recorre la sala para explorar, da vueltas en círculos, ingresa a túneles de estimulación. Tiende a querer salir de la sala"</i> - Uso del espacio, sesión 4.
f) <i>"Sesión con interrupciones por salidas reiteradas"</i> - Uso del tiempo, sesión 5.

2. Problemas de comportamiento:

a) <i>"El estilo de base para relacionarse pareciera ser la agresividad. Los personajes piden ayuda constantemente, se observa un ambiente inestable, inseguro. Logra reconocer emoción de enojo en sus personajes. Mata a todos los personajes. Busca repetir juegos de persecución. Le saca la ropa a un juguete e intenta explorar otro. En general usa juego agresivo, golpeando juguetes entre ellos".</i> – Características del juego, sesión 1.
b) <i>"Golpear y pegar, son temas repetitivos dentro del juego. Rechaza las interacciones sociales positivas dentro del juego, por ejemplo, golpea a los juguetes que quieren ser su amigo. Logra manifestar emociones de enojo"</i> - Características del juego, Sesión 2.
c) <i>"Escasa capacidad para resolver problemas que se le presentan en el juego, tiende a resolverlo con agresión"</i> - Características del juego, sesión 3.
d) <i>"Surgen peleas entre los personajes, golpes, gritos, los lanza"</i> - Características del juego, sesión 4.
e) <i>"Al finalizar la sesión juego agresivo, lanza juguetes, grita"</i> - Características del juego, sesión 5.

A partir del análisis de contenido de esta técnica, es posible señalar que se evidencia la presencia de indicadores de conductas externalizantes tanto en relación a problemas de la atención como a problemas del comportamiento. Se observa que ambos indicadores dan cuenta de conductas que son relevantes en el desenvolvimiento del niño en sesión, siendo estos dos elementos una presencia permanente en las sesiones de diagnóstico realizadas.

Las características de su conducta tanto en sesión 2, 3, 4 y 5, dan cuenta de escasa capacidad del niño para mantenerse realizando una actividad, baja capacidad para poner atención y necesidad de salir de la sala.

Del mismo modo, en cuanto a las características de su juego, tanto en sesión 1, 2, 3, 4 y 5, tienden a contener dinámicas relacionales dentro del juego que son violentas, hacen uso de la fuerza, golpes y verbalizaciones negativas hacia otros.

Estos elementos se observan como centrales en la observación del juego y son extrapolables a otros ámbitos de su vida, según la información proporcionada por cuidadores. Pareciera que estos elementos invaden la conducta del niño, siendo herramientas base desde las cuales comienza a relacionarse con otros.

Tabla comparativa por sesiones de hora de juego diagnóstica:

Sesión N°	1	2	3	4	5
Uso del tiempo	Acelerado	<ul style="list-style-type: none"> • Pasa rápidamente de una actividad a otra, incorporando elementos en la medida que los visualiza • Se le debe orientar respecto de los tiempos de la sesión • Se le anticipa antes de que termine la actividad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pareciera no poder mantenerse en una actividad por mucho tiempo • Salta entre diversas actividades. 	Ocupa todo el tiempo de la sesión.	<ul style="list-style-type: none"> • Pasando de una actividad a otra. • Sesión con interrupciones por salidas reiteradas.
Cierre de la tarea	La acepta sin dificultad.	<ul style="list-style-type: none"> • Le cuesta cerrar la sesión • demora bastante tiempo • ayuda a ordenar pero se dilata en varios minutos el cierre de la sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anticipación ansiosa al cierre • Comprende que la sesión termina, pero le cuesta cerrar. 	Le cuesta menos cerrar la actividad que en ocasiones anteriores.	Ha generado mejor aceptación de los tiempos de cierre y término de actividad.
Sostener la actividad	Logra permanecer en sala toda la sesión.	<ul style="list-style-type: none"> • Se distrae • Cambia el foco en función de la 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasa de una actividad a otra 	• Contexto físico genera interferencia en su juego habitual.	<ul style="list-style-type: none"> • Pasa rápidamente de una actividad a otra

		respuesta emocional que se genera en el niño.	rápidamente, a veces superficialmente. <ul style="list-style-type: none"> • Hay momentos del juego que logra sostener más. 	• Logra completar la hora de atención.	• Se mantiene en el espacio de intervención
Acercamiento al material	<ul style="list-style-type: none"> • Explora la sala • acepta el material entregado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rápido • Explora • Pregunta si puede tomar algunos elementos. • Es capaz de informar lo que quiere o no hacer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explora de manera autónoma • Quiere usar todo el material • Explora algunos y vuelve a otros elementos • Tiende a ser desordenado en el uso del material. 	El niño explora con energía todos los materiales de la sala.	Explora el material
Uso del espacio	Se concentra en alfombra de goma eva donde transcurre la actividad.	<ul style="list-style-type: none"> • Se desenvuelve sin dificultad • Se mueve en distintos espacios para buscar juguetes • Centra su atención en alfombra de goma eva donde se lleva a cabo la mayor parte del juego. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sale a buscar a su abuela • Se mueve por la sala en espacios que no están destinados para ello. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recorre la sala para explorar • Da vueltas en círculos • ingresa a túneles de estimulación • Tiende a querer salir de la sala 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiende a moverse por la sala • Necesita salir en algunos momentos.
Producción	<ul style="list-style-type: none"> • Personajes que requieren ayuda 	<ul style="list-style-type: none"> • Juego de interacción y 	<ul style="list-style-type: none"> • Agresión • Persecución 	<ul style="list-style-type: none"> • Juegos agresivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Agresivo

	<ul style="list-style-type: none"> • Peleas entre personajes. 	<ul style="list-style-type: none"> • pelea entre personajes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se incorporan elementos de cooperación con otros, pero se ven habitualmente interrumpidos por peleas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Juegos de movimiento físico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cooperativo en ocasiones.
Caract. Del juego	<ul style="list-style-type: none"> • Le cuesta realizar juegos simbólicos de amistad entre personajes. • El estilo de base para relacionarse pareciera ser la agresividad. • Los personajes piden ayuda constantemente • se observa un ambiente inestable, inseguro. • Logra reconocer emoción de enojo en sus personajes. • Mata a todos los personajes. • Busca repetir juegos de persecución. • Le saca la ropa a un juguete e intenta explorar otro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Toma juguetes de dinosaurios y los golpea entre ellos, generando juegos de pelea, hace sonidos de gruñidos, desarma los juegos que lo rodean • Se observa caótico inicialmente. • Se incorpora el cuidar a los juguetes • El niño se muestra atento en poder curar las heridas de los personajes. • Aparece idea de <u>zombies</u> como primera respuesta a juguetes de figuras humanas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Destrucción • sentimientos de rabia • escasa cooperación entre personajes • relaciones violentas • sonríe cuando algo le resulta • El tono de voz que usa es siempre de enojo. • Incorpora elementos de cuidar a otros • Incorpora elementos del rol <u>playing</u> • Expresa frustración físicamente • Escasa capacidad para resolver problemas que se le presentan en el juego, tiende a resolverlo con agresión. 	<ul style="list-style-type: none"> • peleas entre los personajes • golpes • gritos • los lanza • Se distrae fácilmente de la actividad • Salta de un juego a otro. • Logra autorregular o disminuir la violencia cuando se le expresa que el otro se ve afectado. • Se incorpora paulatinamente juegos de cuidar (médico). • Tiene juegos activos donde aparecen fenómenos naturales que lo ponen en riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> • más colaborador • menor nivel de externalizaciones • Al finalizar la sesión juego agresivo • lanza juguetes grita

	<ul style="list-style-type: none"> • En general usa juego agresivo, golpeando juguetes entre ellos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Golpear y pegar, son temas repetitivos dentro del juego. • Rechaza las interacciones sociales positivas dentro del juego • Logra manifestar emociones de enojo. • Pareciera que hay elementos que incorpora psicóloga al juego que le molestan, se evidencia cambio en su semblante y reacciones físicas. 			
Verbalizaciones	<ul style="list-style-type: none"> • “Solo los grandes pueden tener cosas, no los pequeños” • “Ven conmigo que estoy solo”, • “No quiero guardar, no quiero casita”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tú no me quieres, nadie quiere ser mi amigo. • Se consulta por relato de lobo feroz y refiere relato fantasioso, como una historia que incorpora un lobo, un entorno natural, perros y 	<ul style="list-style-type: none"> • “No tengo amigos” • “Yo soy tonto” • “Somos malos”. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Yo soy el bueno” • “No pueden porque son muy pequeños” • “A la casa de la Nan no entran los malos porque ella es fuerte”. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Los dinosaurios me quieren más que los tatas” • “Y yo me quedo solo aquí”, • “El señor gorila la golpeo (a la mamá)” • “No, porque soy un idiota, soy malo”.

		finalmente la desaparición del lobo. • En contexto de juego manifiesta ¿Dónde están mis papás?, yo no los encontré.			
--	--	--	--	--	--

Hora de juego diagnóstica- Observación clínica

Indicadores

1) Problemas de atención:

- a) Necesidad de movimiento
- b) Salida de la sala
- c) Dificultad para mantener la atención

2) Problemas de comportamiento

- a) Juegos con contenido emocional traumático
- b) Resolución violenta de conflictos
- c) Verbalizaciones devaluativas

4) Entrevista semiestructurada cuidadores

Pauta entrevista Semiestructurada

Niño : NN

Nombre entrevistados : NN

Fecha :

1) Antecedentes de salud

- **Información prenatal:** No tienen información, desconocen si la madre consumió durante el embarazo.
- **Antecedentes médicos:** Anteriores no tienen. Ahora lo atiende la Dra. Morín, tiene pie plano y le recetó crema ~~Eucerin~~ infantil ya que se pone colorado con climas extremos. El ama a su doctora Morín, el "S" es un siete en eso (cuando va a atención refiere que es educado, pregunta por su doctora, se sienta y conversa). Atención dental: (Se consulta ya que tiene caries dentales) Mantiene atenciones dentales, cuidadora refiere que el niño se porta excelente, no se desajusta y no siente miedo con los procedimientos, refiere que en una ocasión se desregula porque el dentista no pudo atenderlo.

2) Antecedentes familiares**a) Progenitores**

- **Conformación de la pareja:** Abuelos refieren que no saben con detalle, solo saben que el padre del niño tenía una relación de pareja estable y tres hijos, viviendo en la comuna de Talcahuano. Luego se traslada a Temuco por temas laborales y en dicha localidad se habrían conocido con madre del niño. Entablan relación de pareja y en ese contexto el padre del niño habría iniciado consumo de drogas. Refieren molestia por el término de la relación de pareja anterior, "yo corté la comunicación con él, no lo pude aceptar" refiere abuela respecto del inicio de esta relación, refiriendo buena relación con sus nietos.
- **Problemáticas:** Destacan el consumo de drogas y situaciones de violencia, pero no entran en detalles. Refieren que por reporte de vecinos se sabría que el hijo mayor de la progenitora podría haber ejercido malos tratos en contra del niño.
- **Situación actual:** Cuidadora refiere que no tiene información sobre la mamá, vecinos le dijeron que la habrían visto en la comuna y eso la atemoriza. Respecto del papá refiere que estuvo detenido por desacato, por denuncia de violencia intrafamiliar que le hace la mamá del niño (reclusión nocturna). Habría mencionado intenciones de querer recuperarse y dejar la calle. Se encuentran ahora separados. Cuidadora refiere que carabineros fueron ayer en altas horas de la noche a su casa a preguntar por su hijo, por causas pendientes, y que esto le dio temor al niño, "eso le perjudica". Considerando que el niño manifestó al inicio aversión hacia la figura de carabineros. Abuelo refiere que ahora ya no actúa así, en una

oportunidad saliendo de sesión pasan frente a una pareja de carabineros y él pensó que se iba a acercarse a insultarlos, pero se acercó y dice "hola amigos" (abuelo ríe).

b) Abuelos

- **Vínculo anterior con el niño:** Refieren que antes de que ocurriera la situación de crisis no tenían una relación con el niño ni con sus padres por el quiebre relacional entre ellos.
- **Familia extensa (cogarantes de intervención):** Refieren que tienen cuatro hijos, R, C, C, y N, el papá del niño. Sus tres hijos mayores están casados, tienen seis nietos, mantienen contacto diario con todos ellos, quienes pasan gran parte de día en la casa de los cuidadores, pero pernoctan en sus propios domicilios. Abuela señala que ha tenido que establecer límites con ellos respecto del niño, destacando que toda acción referente a él debe ser autorizado por ella, a fin de que el niño no vea problemas en la autoridad, lo cual ha sido bien recepionado por la familia. Señalan que estos adultos quieren al niño y apoyan el proceso.

3) Conducta

- **Rutina:** Despierta a las 8.00 y entre 8.30 y 9.30 pueden llevarlo al jardín y lo retiran a las 16.30. Salen, comen helado, se sientan y llegan a la casa. El abuelo presenta dificultades para poder explicar con claridad la rutina luego de esto. Reporta en este contexto una situación de riesgo ocurrido hace poco, donde el abuelo va a retirar la niño del jardín sin la abuela, y en medio del camino a la casa, el niño se le suelta de la mano, corre hacia la calle, mira a ambos lados y cruza, para llegar a una plaza, el abuelo se asusta y lo persigue, pero el niño no le hace caso, de modo que él debe llamar a la abuela, quien viene, le llama la atención al niño y solo ahí le hace caso (*"cuando ellos escapaban de la policía, ellos iban a comer ahí a esa plaza con la mamá"*). Abuela refiere que el abuelo es permisivo, que no establece normas y tiende a situarse al mismo nivel jerárquico que su nieto, *"el tata le da en todos los gustos"*.
- **Nivel de energía:** Refieren que es alto en comparación a otros niños o a sus propios nietos.
- **Conducta en el hogar:** Destacan que es muy inteligente. Sin embargo, tiene baja tolerancia a la frustración, es poco flexible cuando pasan cosas dentro de la casa y es desafiante. Refieren que ya no toma cuchillos pero deben estar muy atentos ya que abre las llaves del gas. Bota el quix y lo pillaron lavándose las manos en la taza del baño. Se indaga en conducta sexualizada reportada, se toca los genitales, refiere *"se saca el pirulín"*, hace movimientos sexuales con peluche. Verbalizaciones inapropiadas sobre temas sexuales *"mi papá le rompió el culo"*. Abuelo pregunta si esto puede deberse a imitación, ya que él y todos los hombres de su familia se sientan a ver TV con las manos en los bolsillos. Señalan que a veces le dan *"arrebatos"* en los cuales de manera súbita grita, se enoja e insulta. Ellos lo contienen, especialmente abuela, al calmarse refiere *"te amo abuelita"*. Verbalizaciones de episodios pasados, cosas quebradas, *"hacia lo que quería"*, *"le dan arrebatos que aún le cuestan"*. Refieren que cuando pasa muchos días en la casa, sin salir, tiende a desregularse. *"Ya no aparece tanto lo de los lobos"* en relación a verbalizaciones persecutorias que presentaba

el niño. A veces nos colapsa, dan ganas de zamarrearlo, su comportamiento nos ponía muy tensos, nos daba ganas de gritar, no sabíamos cómo contenerlo.

- **Comportamiento escolar:** Señalan que un compañero lo mordió en el muslo, que el niño le pegó y el no reaccionó con violencia, le fue a avisar a la tía, le gusta ir al jardín. Antes lloraba porque pensaba que lo iban a dejar solo. La tía señala que se porta bien, él quiere mucho a la profesora *“nosotros le decimos que no hay que pelear”*. Reportan una rutina familiar asociada al jardín, donde casi siempre ambos abuelos lo van a buscar, toman un helado y caminan a la casa. Señala que cuando esto cambia al niño pareciera costarle adaptarse rápidamente (ejemplo, si el abuelo no puede ir a buscarlo).
- **Control de esfínter:** Está en proceso de dejar los paños, con apoyo del jardín.
- **Calidad del sueño:** Antes tenía pesadillas, abuelos lo consolaban. Ahora duerme más tranquilo, pero con sobresaltos durante el sueño. Quiere dormir acompañado. Destacan avances.
- **Alimentación:** Come poca carne, pero en el jardín come bien. No reportan problemas en esta área.

4) Vínculos

- **Padres:** Respecto de ambos padres refiere que el niño tiene recuerdos de cuando ellos peleaban. Pregunta por ellos, él dice que después se va a ir a vivir con la mamá. Cuidadora señala que le dice al niño que sus papás lo aman.
- **Hermanos:** No pregunta por sus hermanos por línea materna.

5) Expectativas

- Expectativas sobre el niño: *“Que no sea agresivo, que no explote, con eso sería un siete”*.
- Expectativas del proceso: *“Quiero que el sienta que lo aman y protegen, y que no va a quedar solo”*

- Codificación

Entrevista semiestructurada cuidadores:

Respecto del análisis de contenido, se utilizó la metodología sugerida por Izcara (2014), considerando como temas particulares de referencia según la relevancia para el caso los siguientes:

1. Conductas externalizantes: Problemas de atención
2. Conductas externalizantes: Problemas de comportamiento
3. Trauma complejo
4. Competencias parentales

1. Conductas externalizantes: Problemas de atención

- a) *"(...) es alto en comparación a otros niños o a sus propios nietos"*- Conducta: Nivel de energía.
- b) *"Refieren que cuando pasa muchos días en la casa, sin salir, tiende a desregularse"*- Conducta: Conducta en el hogar.

A partir del análisis del contenido de la entrevista solo se logra encontrar dos fragmentos que dan cuenta de problemas de atención o hiperactividad en el niño, observándose que, al menos desde el reporte de los abuelos, se le da más realce a la conducta asociada a lo agresivo. Aun así, relevan su consideración de que el niño tiene un alto nivel de energía, excesivo incluso para su rango etario, siendo un tema relevante a considerar dentro del proceso de intervención desde la posibilidad de una comorbilidad asociada a "hiperactividad".

2. Conductas externalizantes: Problemas de comportamiento

- a) *"refiere que en una ocasión se desregula porque el dentista no pudo atenderlo"*- Antecedentes de salud: antecedentes médicos.

- b) *"(...) situación de riesgo ocurrido hace poco, donde el abuelo va a retirar la niño del jardín sin la abuela, y en medio del camino a la casa, el niño se le suelta de la mano, corre hacia la calle, mira a ambos lados y cruza, para llegar a una plaza, el abuelo se asusta y lo persigue, pero el niño no le hace caso, de modo que él debe llamar a la abuela, quien viene, le llama la atención al niño y solo ahí le hace caso"*- Conducta: rutina.
- c) *"(...) tiene baja tolerancia a la frustración, es poco flexible cuando pasan cosas dentro de la casa y es desafiante"*- Conducta: conducta en el hogar.
- d) *"(...) ya no toma cuchillos pero deben estar muy atentos ya que abre las llaves del gas. Bota el quix y lo pillaron lavándose las manos en la taza del baño"*- Conducta: conducta en el hogar.
- e) *"se saca el "pirulín", hace movimientos sexuales con un peluche"*- Conducta: conducta en el hogar.
- f) *"(...) a veces le dan "arrebatos" en los cuales de manera súbita grita, se enoja e insulta"*- Conducta: conducta en el hogar.

A partir del análisis de contenido de este apartado, se evidencia que el foco principal del relato de los cuidadores se enfoca en el malestar generado por conductas agresivas, súbitas y baja tolerancia a la frustración del niño, siendo lo que genera más malestar y disrupción en la rutina diaria. Respecto de la conducta sexualizada, si bien es relevante considerarla en sí misma como un fenómeno de estudio, para efectos del presente proyecto se considerarán dentro del criterio de problemas de comportamiento.

3) Trauma complejo

- a) *"en ese contexto el padre del niño habría iniciado consumo de drogas"*- Antecedentes familiares: progenitores.
- b) *"Destacan el consumo de drogas y situaciones de violencia (...) Refieren que por reporte de vecinos se sabría que el hijo mayor de la progenitora podría haber ejercido malos tratos en contra del niño"*- Antecedentes familiares- problemáticas.
- c) *"Respecto del papá refiere que estuvo detenido por desacato, por denuncia de violencia intrafamiliar que le hace la mamá del niño"*- Antecedentes familiares: situación actual
- d) *"cuando ellos escapaban de la policía, ellos iban a comer ahí a esa plaza con la mamá"*- Conducta: rutina.
- e) *"Verbalizaciones inapropiadas sobre temas sexuales "mi papá le rompió el culo"*- Conducta: conducta en el hogar.
- f) *"Ya no aparece tanto lo de los lobos" en relación a verbalizaciones persecutorias que presentaba el niño-* Conducta: conducta en el hogar.
- g) *"Antes tenía pesadillas, abuelos lo consolaban"*- Conducta: calidad del sueño.

A partir del análisis de contenido de este apartado, se visualiza por medio del relato de los cuidadores la exposición del niño a diversas situaciones de riesgo y vulneración de derechos, que constituyen aspectos de su historia de vida que han influido en el desarrollo y conducta actual del niño.

4) Competencias parentales

- a) *"Abuela señala que ha tenido que establecer límites con ellos respecto del niño, destacando que toda acción referente a él debe ser autorizado por ella, a fin de que el niño no vea problemas en la autoridad, lo cual ha sido bien recepcionado por la familia"* - Antecedentes familiares: abuelos.

- b) *“Abuela refiere que el abuelo es permisivo, que no establece normas y tiende a situarse al mismo nivel jerárquico que su nieto, “el tata le da en todos los gustos”- Conducta: rutina*
- c) *“Ellos lo contienen, especialmente abuela, al calmarse refiere “te amo abuelita””- Conducta: conducta en el hogar.*
- d) *“A veces nos colapsa, dan ganas de zamarrearlo, su comportamiento nos ponía muy tensos, nos daba ganas de gritar, no sabíamos cómo contenerlo”- Conducta: conducta en el hogar.*
- e) *“La tía señala que se porta bien, él quiere mucho a la profesora “nosotros le decimos que no hay que pelear” – Conducta: comportamiento escolar*
- f) *“Quiero que el sienta que lo aman y protegen, y que no va a quedar solo”- Expectativas del proceso.*

A partir del análisis de contenido de este apartado, es posible observar algunas características de la familia, así como conocer la vivencia y sentimientos que ha generado el proceso de acogimiento familiar del niño, situación que ha desafiado las competencias parentales de ambos adultos y su capacidad para el manejo conductual del niño. Se observan aspectos a reforzar como la contención emocional, entrega de afecto y seguridad, así como reforzar competencias asociadas al establecimiento de marco normativo consistente en el diario vivir coordinado entre ambos adultos.

Indicadores

1) Conducta externalizante: problemas de comportamiento

- a) Impulsividad
- b) Reconocimiento de emociones
- c) Tolerancia a la frustración
- d) Resolución de conflictos
- e) Conducta sexualizada

2) Trauma complejo

- a) Ideas persecutorias
- b) Verbalizaciones inadecuadas
- c) C. externalizante: Problemas de comportamiento

3) Competencias parentales

- a) Establecimiento de normas
- b) Contención emocional
- c) Sensibilidad parental

Indicadores generales

OE N°1: Mejorar las estrategias de autorregulación emocional del niño.

Indicador N°1

Observación clínica 2 a, c	Entrevista semiestructurada 1 a 2 a
--------------------------------------	--

Indicador N°2

Observación clínica 1 a, b, c 2 b	Entrevista semiestructurada 1 c, e
--	--

Indicador N°3

Observación clínica No aplica	Entrevista semiestructurada 2 c, d
---	--

Indicador N°4

Observación clínica 2 a, b, c	Entrevista semiestructurada 1 a, b, c, d, e 2 c, d
---	---

OE N°2: Fortalecer en el niño la internalización de límites respecto de sí mismo y otros.

Indicador N°1

Observación clínica 1 a, b, c	Entrevista semiestructurada 1 a, d
---	--

Indicador N°2

Observación clínica No aplica	Entrevista semiestructurada 1 d 2 d 3 a
---	---

OE N°3: Fortalecer las habilidades de contención emocional de los cuidadores, sensibles a las necesidades del niño.

Indicador N°1

Observación clínica No aplica	Entrevista semiestructurada 3 b, c
---	--

Indicador N°2

Observación clínica No aplica	Entrevista semiestructurada 3 b, c
---	--

OE N°4: Fortalecer la relación vincular entre el niño y sus cuidadores.

Indicador N°1

Observación clínica 2 a, b, c	Entrevista semiestructurada 2 <u>b,c,d</u>
---	--

Indicador N°2

Observación clínica 1 b 2b	Entrevista semiestructurada 1 c, d 3a
---	--

5) Instrumento CBCL ½ - 5

CBCL 1 ½ - 5 años adaptado

Por favor complete este cuestionario con su opinión sobre el comportamiento de su hijo(a). Hágalo aunque usted piense que otras personas no están de acuerdo con su opinión. Siéntase en la libertad de escribir comentarios adicionales al final de cada frase y en el espacio que se provee. Asegúrese que contestó todas las preguntas.		TRABAJO USUAL DE LOS PADRES: inclusive si ahora no está trabajando (por favor especifique-por ejemplo: Mecánico, jardinero, maestro de escuela, ama de casa, trabajador, zapatero, sargento en el ejército). TRABAJO DEL PADRE _____ TRABAJO DE LA MADRE _____
SEXO (Marque con una X) Masculino ____ Femenino ____	EDAD _____	Su relación con el/la niño(a): Madre Padre Otro (especifique): _____
FECHA DE HOY Día: _____ Mes: _____ Año: _____		FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO Día: _____ Mes: _____ Año: _____

A continuación, hay una lista de frases que describen a los (las) niños(as). Para cada frase que describa a su hijo(a) **ahora o durante los últimos dos meses**, haga un círculo en el número **2** si la frase describe a su hijo(a) **muy a menudo**. Haga un círculo en el número **1** si la frase describe a su hijo(a) **en cierta manera o algunas veces**. Haga un círculo en el **0** si la descripción con respecto a su hijo(a) **no es cierta**. Por favor conteste todas las frases de la mejor manera posible, inclusive algunas de ellas parecen no describir a su hijo(a). **Por favor escriba en letra imprenta. Asegúrese que contestó todas las preguntas.**

0= No es cierto (que sepa usted)	1= En cierta manera, algunas veces	2= Muy cierto o cierto a menudo
----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

			ITEMES
0	1	2	1. Dolores o malestares (sin causa médica; no incluya dolor de estómago o dolor de cabeza)
0	1	2	2. Actúa como si fuera mucho menor que su edad.
0	1	2	3. Tiene miedo de intentar cosas nuevas.
0	1	2	4. Evita el contacto visual con otras personas
0	1	2	5. No puede concentrarse o prestar atención por mucho tiempo.

0	1	2	6. No puede quedarse tranquilo en su sitio, es inquieto o hiperactivo
0	1	2	7. No tolera que las cosas estén fuera de lugar, desordenado.
0	1	2	8. No puede esperar, lo quiere todo de inmediato.
0	1	2	9. Mastica cosas que no son comestibles.
0	1	2	10. Es muy dependiente o apegado (da) a los adultos.
0	1	2	11. Busca ayuda constantemente
0	1	2	12. Estreñido (da) o constipado (da) aun cuando no está enfermo(a).
0	1	2	13. Lloro mucho.
0	1	2	14. Es cruel con los animales.
0	1	2	15. Desafiante.
0	1	2	16. Sus demandas, peticiones o exigencias deben ser satisfechas inmediatamente.
0	1	2	17. Destruye sus propias cosas.
0	1	2	18. Destruye las cosas de sus familiares, de otras personas o de otros niños.
0	1	2	19. Presenta diarrea o deposiciones líquidas, aun cuando no está enfermo.
0	1	2	20. Desobediente.
0	1	2	21. Cualquier cambio de rutina lo/la perturba.
0	1	2	22. No quiere dormir solo(a).
0	1	2	23. No contesta cuando la gente le habla.
0	1	2	24. No come bien (describa): _____ _____
0	1	2	25. No se lleva bien con otros niños (as).
0	1	2	26. No sabe divertirse, actúa como un pequeño adulto
0	1	2	27. No parece sentirse culpable después de portarse mal.
0	1	2	28. No desea salir de casa.
0	1	2	29. Se frustra fácilmente.
0	1	2	30. Se pone celoso fácilmente.
0	1	2	31. Come o bebe cosas que no son alimento- <i>no incluya dulces</i> (describa): _____ _____
0	1	2	32. Tiene miedo a ciertas situaciones, animales o lugares (describa): _____ _____
0	1	2	33. Se ofende fácilmente

0	1	2	34. Se lastima accidentalmente con mucha frecuencia, propenso a accidentes.
0	1	2	35. Pelea mucho.
0	1	2	36. Se mete en todo.
0	1	2	37. Se molesta demasiado cuando lo separan de sus padres
0	1	2	38. Tiene dificultad para quedarse dormido(a).
0	1	2	39. Dolores de cabeza (sin causa médica).
0	1	2	40. Les pega a otras personas.
0	1	2	41. Aguanta la respiración.
0	1	2	42. Les hace daño a otras personas o animales sin razón alguna.
0	1	2	43. Se ve triste sin razón aparente
0	1	2	44. Enojadizo(a), irritable.
0	1	2	45. Náuseas, se siente mal.
0	1	2	46. Movimientos involuntarios o tics (describa): _____
0	1	2	47. Nervioso(a) o tenso(a).
0	1	2	48. Pesadillas.
0	1	2	49. Come demasiado
0	1	2	50. Se cansa demasiado
0	1	2	51. Muestra pánico sin ninguna buena razón.
0	1	2	52. Dolor al orinar o defecar (sin causa médica).
0	1	2	53. Ataca a la gente físicamente.
0	1	2	54. Se mete el dedo a la nariz; se araña la piel u otras partes del cuerpo (describa): _____
0	1	2	55. Juega demasiado con sus partes sexuales
0	1	2	56. Mala coordinación o torpeza.
0	1	2	57. Problemas con los ojos (sin causa médica) (describa): _____
0	1	2	58. El castigo no cambia su comportamiento.
0	1	2	59. Pasa rápidamente de una actividad a otra.
0	1	2	60. Salpullidos o irritación en la piel (sin causa médica).
0	1	2	61. Se niega a comer.

0	1	2	62. Se niega a participar en juegos activos.
0	1	2	63. Mece repetidamente la cabeza o cuerpo.
0	1	2	64. Se resiste a ir a dormir en la noche.
0	1	2	65. Se resiste a aprender a usar el inodoro (describa): _____
0	1	2	66. Grita mucho.
0	1	2	67. Parece no reaccionar al afecto
0	1	2	68. Cohibido(a) o se avergüenza con facilidad.
0	1	2	69. Egoísta o se niega a compartir.
0	1	2	70. Demuestra poco afecto hacia la gente.
0	1	2	71. Demuestra poco interés por lo que lo/la rodea.
0	1	2	72. Demuestra poco temor a hacerse daño.
0	1	2	73. Demasiado tímido/a.
0	1	2	74. Duerme menos que la mayoría de los/las niños(as) durante el día y/o la noche (explique): _____
0	1	2	75. Se unta o juega con excremento.
0	1	2	76. Problemas para hablar o para pronunciar palabras (describa): _____
0	1	2	77. Se queda dormido mirando al vacío o parece preocupado.
0	1	2	78. Dolores de estómago o retorcijones (sin causa médica).
0	1	2	79. Cambios bruscos entre la tristeza y la excitación.
0	1	2	80. Comportamiento raro (describa): _____
0	1	2	81. Obstinado(a)m malhumorado(a), irritable.
0	1	2	82. Súbitos cambios de humor o sentimientos.
0	1	2	83. Se pone de mal humor a menudo
0	1	2	84. Habla o llora mientras duerme.
0	1	2	85. Le dan rabietas o tiene mal genio.
0	1	2	86. Demasiado preocupado(a) por la limpieza y el orden.
0	1	2	87. Demasiado temeroso(a) o ansioso(a).
0	1	2	88. Poco cooperador (a).
0	1	2	89. Poco activo(a), lento(a) o le falta energía.

0	1	2	90. Infeliz, triste o deprimido(a).
0	1	2	91. Más ruidoso(a) de lo común.
0	1	2	92. Se molesta con situaciones nuevas o con gente nueva (describa): _____
0	1	2	93. Vómitos (sin causa médica).
0	1	2	94. Se despierta con frecuencia durante la noche.
0	1	2	95. Vaga sin dirección.
0	1	2	96. Quiere mucha atención.
0	1	2	97. Se queja mucho.
0	1	2	98. Ensimismado, no se relaciona con los demás.
0	1	2	99. Se preocupa demasiado por todo.
0	1	2	100. Por favor anote cualquier otro problema que su niño(a) tenga y no está incluido en esta lista (describa): _____

6) Instrumento CBCL ½ - 5 (respondido)

CBCL 1 ½ - 5 años adaptado

Por favor complete este cuestionario con su opinión sobre el comportamiento de su hijo(a). Hágalo aunque usted piense que otras personas no están de acuerdo con su opinión. Siéntase en la libertad de escribir comentarios adicionales al final de cada frase y en el espacio que se provee. Asegúrese que contestó todas las preguntas.		TRABAJO USUAL DE LOS PADRES: inclusive si ahora no está trabajando (por favor especifique-por ejemplo: Mecánico, jardinero, maestro de escuela, ama de casa, trabajador, zapatero, sargento en el ejército). TRABAJO DEL PADRE <u>JUBILADO (ASMAR)</u> TRABAJO DE LA MADRE <u>INVERSIÓN A LA COMUNIDAD</u> <u>PRO-EMPLEO</u>
SEXO (Marque con una X) Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/>	EDAD <u>75</u> <u>65</u>	Su relación con el/la niño(a): Madre Padre Otro (especifique): <u>CUIDADORES.</u>
FECHA DE HOY Día: <u>21</u> Mes: <u>11</u> Año: <u>2024</u>		FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO Día: <u>11</u> Mes: <u>9</u> Año: <u>2021</u>

A continuación, hay una lista de frases que describen a los (las) niños(as). Para cada frase que describa a su hijo(a) **ahora o durante los últimos dos meses**, haga un círculo en el número **2** si la frase describe a su hijo(a) **muy a menudo**. Haga un círculo en el número **1** si la frase describe a su hijo(a) **en cierta manera o algunas veces**. Haga un círculo en el **0** si la descripción con respecto a su hijo(a) **no es cierta**. Por favor conteste todas las frases de la mejor manera posible, inclusive algunas de ellas parecen no describir a su hijo(a). **Por favor escriba en letra imprenta. Asegúrese que contestó todas las preguntas.**

0= No es cierto (que sepa usted)	1= En cierta manera, algunas veces	2= Muy cierto o cierto a menudo
----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

			ITEMES
0	<input checked="" type="radio"/>	2	1. Dolores o malestares (sin causa médica; no incluya dolor de estómago o dolor de cabeza)
<input checked="" type="radio"/>	1	2	2. Actúa como si fuera mucho menor que su edad.
<input checked="" type="radio"/>	1	2	3. Tiene miedo de intentar cosas nuevas.
<input checked="" type="radio"/>	1	2	4. Evita el contacto visual con otras personas
0	<input checked="" type="radio"/>	2	5. No puede concentrarse o prestar atención por mucho tiempo.

0	1	2	6. No puede quedarse tranquilo en su sitio, es inquieto o hiperactivo
0	1	2	7. No tolera que las cosas estén fuera de lugar, desordenado.
0	1	2	8. No puede esperar, lo quiere todo de inmediato.
0	1	2	9. Mastica cosas que no son comestibles.
0	1	2	10. Es muy dependiente o apegado (da) a los adultos.
0	1	2	11. Busca ayuda constantemente
0	1	2	12. Estreñido (da) o constipado (da) aun cuando no está enfermo(a).
0	1	2	13. Lloro mucho.
0	1	2	14. Es cruel con los animales.
0	1	2	15. Desafiante.
0	1	2	16. Sus demandas, peticiones o exigencias deben ser satisfechas inmediatamente.
0	1	2	17. Destruye sus propias cosas.
0	1	2	18. Destruye las cosas de sus familiares, de otras personas o de otros niños.
0	1	2	19. Presenta diarrea o deposiciones líquidas, aun cuando no está enfermo.
0	1	2	20. Desobediente.
0	1	2	21. Cualquier cambio de rutina lo/la perturba.
0	1	2	22. No quiere dormir solo(a).
0	1	2	23. No contesta cuando la gente le habla.
0	1	2	24. No come bien (describa): _____ _____
0	1	2	25. No se lleva bien con otros niños (as).
0	1	2	26. No sabe divertirse, actúa como un pequeño adulto
0	1	2	27. No parece sentirse culpable después de portarse mal.
0	1	2	28. No desea salir de casa.
0	1	2	29. Se frustra fácilmente.
0	1	2	30. Se pone celoso fácilmente.
0	1	2	31. Come o bebe cosas que no son alimento-no incluya dulces (describa): <u>BEBIDAS GASEOSAS.</u>
0	1	2	32. Tiene miedo a ciertas situaciones, animales o lugares (describa): <u>TIENE MIEDO DONDE HAY MUCHA GENTE.</u>
0	1	2	33. Se ofende fácilmente

0	1	2	34. Se lastima accidentalmente con mucha frecuencia, propenso a accidentes.
0	1	2	35. Pelea mucho.
0	1	2	36. Se mete en todo.
0	1	2	37. Se molesta demasiado cuando lo separan de sus padres
0	1	2	38. Tiene dificultad para quedarse dormido(a).
0	1	2	39. Dolores de cabeza (sin causa médica).
0	1	2	40. Les pega a otras personas.
0	1	2	41. Aguanta la respiración.
0	1	2	42. Les hace daño a otras personas o animales sin razón alguna.
0	1	2	43. Se ve triste sin razón aparente
0	1	2	44. Enojadizo(a), irritable.
0	1	2	45. Náuseas, se siente mal.
0	1	2	46. Movimientos involuntarios o tics (describa): _____
0	1	2	47. Nervioso(a) o tenso(a).
0	1	2	48. Pesadillas.
0	1	2	49. Come demasiado
0	1	2	50. Se cansa demasiado
0	1	2	51. Muestra pánico sin ninguna buena razón.
0	1	2	52. Dolor al orinar o defecar (sin causa médica).
0	1	2	53. Ataca a la gente físicamente.
0	1	2	54. Se mete el dedo a la nariz; se araña la piel u otras partes del cuerpo (describa): _____
0	1	2	55. Juega demasiado con sus partes sexuales
0	1	2	56. Mala coordinación o torpeza.
0	1	2	57. Problemas con los ojos (sin causa médica) (describa): _____
0	1	2	58. El castigo no cambia su comportamiento.
0	1	2	59. Pasa rápidamente de una actividad a otra.
0	1	2	60. Salpullidos o irritación en la piel (sin causa médica).
0	1	2	61. Se niega a comer.

0	1	2	62. Se niega a participar en juegos activos.
0	1	2	63. Mece repetidamente la cabeza o cuerpo.
0	1	2	64. Se resiste a ir a dormir en la noche.
0	1	2	65. Se resiste a aprender a usar el inodoro (describa): _____
0	1	2	66. Grita mucho.
0	1	2	67. Parece no reaccionar al afecto
0	1	2	68. Cohibido(a) o se avergüenza con facilidad.
0	1	2	69. Egoísta o se niega a compartir.
0	1	2	70. Demuestra poco afecto hacia la gente.
0	1	2	71. Demuestra poco interés por lo que lo/la rodea.
0	1	2	72. Demuestra poco temor a hacerse daño.
0	1	2	73. Demasiado tímido/a.
0	1	2	74. Duerme menos que la mayoría de los/las niños(as) durante el día y/o la noche (explique): <i>TIENE HORARIO PARA DORMIR</i>
0	1	2	75. Se unta o juega con excremento.
0	1	2	76. Problemas para hablar o para pronunciar palabras (describa): _____
0	1	2	77. Se queda dormido mirando al vacío o parece preocupado.
0	1	2	78. Dolores de estómago o retorcijones (sin causa médica).
0	1	2	79. Cambios bruscos entre la tristeza y la excitación.
0	1	2	80. Comportamiento raro (describa): _____
0	1	2	81. Obstinado(a)m malhumorado(a), irritable.
0	1	2	82. Súbitos cambios de humor o sentimientos.
0	1	2	83. Se pone de mal humor a menudo
0	1	2	84. Habla o llora mientras duerme.
0	1	2	85. Le dan rabietas o tiene mal genio.
0	1	2	86. Demasiado preocupado(a) por la limpieza y el orden.
0	1	2	87. Demasiado temeroso(a) o ansioso(a).
0	1	2	88. Poco cooperador (a).
0	1	2	89. Poco activo(a), lento(a) o le falta energía.

<input type="radio"/>	1	2	90. Infeliz, triste o deprimido(a).
0	<input checked="" type="radio"/>	2	91. Más ruidoso(a) de lo común.
<input checked="" type="radio"/>	1	2	92. Se molesta con situaciones nuevas o con gente nueva (describe): <u>ES AMIGABLE</u>
<input checked="" type="radio"/>	1	2	93. Vómitos (sin causa médica).
<input checked="" type="radio"/>	1	2	94. Se despierta con frecuencia durante la noche.
<input checked="" type="radio"/>	1	2	95. Vaga sin dirección.
0	<input checked="" type="radio"/>	2	96. Quiere mucha atención.
<input checked="" type="radio"/>	1	2	97. Se queja mucho.
<input checked="" type="radio"/>	1	2	98. Ensimismado, no se relaciona con los demás.
0	<input checked="" type="radio"/>	2	99. Se preocupa demasiado por todo.
<input checked="" type="radio"/>	1	2	100. Por favor anote cualquier otro problema que su niño(a) tenga y no está incluido en esta lista (describe): _____

7) Fuentes secundarias

- **Oficio elaborado por la Oficina de protección de derechos de la infancia OPD de Talcahuano, de fecha, 13 de noviembre de 2023.** Se seleccionan los siguientes temas principales:

Que, con fecha 08.11.2023 se recibe derivación desde CESFAM San Vicente, quienes reportan que al momento del control, enfermera refiere que le llama la atención *[información reservada]* la mala higiene con la que el niño iba, encontrándose en examen físico con liendres en la cabeza, cicatriz en zona frontal la que atribuye a caída anterior, boca con caries de gran tamaño y genitales con mal olor. El niño tampoco no habría querido participar de pauta breve que correspondía aplicar, sin embargo, su madre refiere que es “sequísimo” y que sólo estaba avergonzado. Cuando se le pregunta a la progenitora, esta refiere que “*mis hijos son salvajes, a ellos les gusta andar así*”.

Por otro lado, profesionales mencionan que, en evaluación anterior de trabajadora social, esta indica que la progenitora sería cómplice de un homicidio, y habría “*arrancado*” desde Temuco.

- **Informe de evaluación de competencias parentales y solicitud de medidas cautelares elaborado por Programa AFT-PF UMBRAL Talcahuano, de fecha 15 de mayo de 2024.** Se concluye lo siguiente:

La evaluación de competencias parentales de la madre del niño en base a la Escala de *parentalidad positiva E2P*, indica respecto a las competencias vinculares que la adulta carece de habilidades para la mentalización, regulación del estrés y calidez emocional, toda vez que no logra integrar necesidades de su hijo, no ofrece respuestas sensibles frente a situaciones de estrés y presenta dificultades para apoyar al niño con regulación emocional.

En cuanto a las competencias formativas adulta presenta deficiencias en las áreas de disciplina positiva y proceso de socialización.

En relación a las competencias protectoras, el niño se mantiene expuesto a negligencia física, negligencia emocional, negligencia educativa, negligencia médica, explotación laboral (toda vez que acude con progenitores a contextos laborales en contexto de calle), violencia intrafamiliar grave, contexto habitacional inadecuado, baja conexión con redes de apoyo familiares y comunitarias y exposición a contextos de consumo de alcohol y drogas.

Y en relación a competencias reflexivas adulta mantiene dificultades para problematizar respecto a su ejercicio *parental* y en consecuencia mostrar disposición y adherencia a redes de apoyo como programas de red de protección y atención en salud mental.

- **Informe de condiciones y conductas, elaborado por Sala cuna y Jardín infantil Javera Carrera, de fecha 17 de mayo de 2024.** Se informa lo siguiente:

Asistencia por un total de 8 días, durante los cuales los progenitores no hacen llegar los materiales de uso personal. Respecto de las condiciones higiénicas señalan que el niño llegaba al jardín con su ropa con presencia de olores como a orina, humedad, las prendas de vestir desgastadas pero de tamaño adecuado para su edad, respecto de la higiene corporal las manos y cara con suciedad pegada, dientes sin presencia de ser lavados, uñas largas y con tierra, cabello se observaba en malas condiciones (sucio y enredado) por lo que se evidenciaba que no existía un hábito de higiene diario y adecuado. [En reserva] aún no controla esfínter, usa pañal, y dentro de su mochila siempre hubo pañales para cambiarle y muda en caso de emergencia.

Se pudo observar que es un niño con un lenguaje desarrollado (de acuerdo a su edad), que puede comunicarse expresando sus ideas verbalmente; al llegar al aula [En reserva] se interesaba por materiales como animales cuentos, recursos naturales de construcción. A la hora de guardar estos recursos para iniciar el momento del desayuno [en reserva] se negaba, manifestando molestia y descontento, se observada ausencia de normas y hábitos al momento del desayuno en donde se paraba frecuentemente para ir a jugar. Luego, al seguir los momentos de la jornada, manifestaba disgusto ante el ruido que generaban las canciones, provocando en él mayor angustia debido a que en ese momento sus padres ya se habían retirado del aula. Un día le comunica a una agente educativa “Mi papá se volvió loco, porque rompió todo en la casa... me dejó solo en la pieza del [en reserva] porque me culpaban a mí”.

- **Informe de situación actual elaborado por Oficina de protección de derechos OPD de Temuco, con fecha 31 de mayo de 2024.** Se concluye lo siguiente:

En relación a la situación habitacional de la madre, que en dicho momento aún vivía con el niño, hacen presente que el estado de la vivienda sería deficiente, observando que no contaría con ventanas, siendo estos espacios cubiertos con material precario o mixto. Asimismo, se observa la existencia de paredes que no cuentan con el respectivo recubrimiento, quedando a la vista las vigas de la estructura de construcción de la casa. En cuanto al orden del lugar, se observa inadecuado, además de la presencia de materiales de escombros y conjunto de variados objetos desechados o inutilizables. Respecto a un espacio definido para el orden de artículos personales del niño y de la madre, se observa que estaban dispuestos a través de montículos de estos, cercano a una pared del dormitorio.

Respecto a baño y cocina, no fue permitido el acceso a estos espacios para una verificación de las condiciones estructurales por parte de la madre. En base a lo previamente expuesto, se evidencia que no existen las condiciones habitacionales mínimas para habitar el inmueble, puesto que la vivienda no cuenta con luz ni agua, según reporta la madre, estarían accediendo a los servicios básicos de forma irregular.

Factores de riesgo:

- Ingresos anteriores a programas de la red
- Existencias de antecedentes previos de situaciones de negligencia parental y vulneración de derechos
- Causas previas de vulneración de derechos
- Diada parental no adhiere a procesos de intervención
- Vivienda de la madre no cuenta con condiciones mínimas de habitabilidad
- Antecedentes de VIF entre los progenitores
- Eventual consumo problemático de alcohol en la madre
- Padres no problematizan respecto a la situación actual de riesgo
- Padres no mantienen trabajo ni ingresos económicos estables

En relación al análisis de fuentes secundarias, correspondientes a los informes obtenidos desde el sistema proteccional, es posible señalar que se obtienen antecedentes comunes entre estos, asociados a negligencias parentales graves ejercidas por los progenitores: Inestabilidad emocional (consumo de drogas), inestabilidad habitacional e insatisfacción de necesidades de salud y educación del niño.

8) Instrumento CBCL ex post

CBCL 1 ½ - 5 años adaptado

<p>Por favor complete este cuestionario con su opinión sobre el comportamiento de su hijo(a). Hágalo aunque usted piense que otras personas no están de acuerdo con su opinión. Siéntase en la libertad de escribir comentarios adicionales al final de cada frase y en el espacio que se provee. Asegúrese que contestó todas las preguntas.</p>		<p>TRABAJO USUAL DE LOS PADRES: Inclusive si ahora no está trabajando (por favor especifique por ejemplo: Mecánico, jardinero, maestro de escuela, ama de casa, trabajador, zapatero, sargento en el ejército).</p> <p>TRABAJO DEL PADRE</p> <p>_____</p> <p>TRABAJO DE LA MADRE</p> <p>_____</p>
<p>SEXO (Marque con una X)</p> <p>Masculino _____</p> <p>Femenino <u>X</u></p>	<p>EDAD</p>	<p>Su relación con el/la niño(a):</p> <p>Madre Padre Otro (especifique):</p> <p>_____</p>
<p>FECHA DE HOY</p> <p>Día: <u>13</u> Mes: <u>11</u> Año: <u>2025</u></p>		<p>FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO</p> <p>Día: _____ Mes: _____ Año: _____</p>

A continuación, hay una lista de frases que describen a los (las) niños(as). Para cada frase que describa a su hijo(a) **ahora o durante los últimos dos meses**, haga un círculo en el número **2** si la frase describe a su hijo(a) **muy a menudo**. Haga un círculo en el número **1** si la frase describe a su hijo(a) **en cierta manera o algunas veces**. Haga un círculo en el **0** si la descripción con respecto a su hijo(a) **no es cierta**. Por favor conteste todas las frases de la mejor manera posible, inclusive algunas de ellas parecen no describir a su hijo(a). **Por favor escriba en letra imprenta. Asegúrese que contestó todas las preguntas.**

0= No es cierto (que sepa usted)	1= En cierta manera, algunas veces	2= Muy cierto o cierto a menudo
----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

			ITEMES
0	1	2	1. Dolores o malestares (sin causa médica; no incluya dolor de estómago o dolor de cabeza)
0	1	2	2. Actúa como si fuera mucho menor que su edad.
0	1	2	3. Tiene miedo de intentar cosas nuevas.
0	1	2	4. Evita el contacto visual con otras personas
0	1	2	5. No puede concentrarse o prestar atención por mucho tiempo.

0	1	2	6. No puede quedarse tranquilo en su sitio, es inquieto o hiperactivo
0	1	2	7. No tolera que las cosas estn fuera de lugar, desordenado.
0	1	2	8. No puede esperar, lo quiere todo de inmediato.
0	1	2	9. Mastica cosas que no son comestibles.
0	1	2	10. Es muy dependiente o apegado (da) a los adultos.
0	1	2	11. Busca ayuda constantemente
0	1	2	12. Estreñido (da) o constipado (da) aun cuando no está enfermo(a).
0	1	2	13. Lloro mucho.
0	1	2	14. Es cruel con los animales.
0	1	2	15. Desafiante.
0	1	2	16. Sus demandas, peticiones o exigencias deben ser satisfechas inmediatamente.
0	1	2	17. Destruye sus propias cosas.
0	1	2	18. Destruye las cosas de sus familiares, de otras personas o de otros niños.
0	1	2	19. Presenta diarrea o deposiciones líquidas, aun cuando no está enfermo.
0	1	2	20. Desobediente.
0	1	2	21. Cualquier cambio de rutina lo/la perturba. <i>Se pone triste</i>
0	1	2	22. No quiere dormir solo(a).
0	1	2	23. No contesta cuando la gente le habla.
0	1	2	24. No come bien (describa): _____
0	1	2	25. No se lleva bien con otros niños (as).
0	1	2	26. No sabe divertirse, actúa como un pequeño adulto
0	1	2	27. No parece sentirse culpable después de portarse mal.
0	1	2	28. No desea salir de casa.
0	1	2	29. Se frustra fácilmente.
0	1	2	30. Se pone celoso fácilmente.
0	1	2	31. Come o bebe cosas que no son alimento- <i>no incluya dulces</i> (describa): _____
0	1	2	32. Tiene miedo a ciertas situaciones, animales o lugares (describa): <i>Miedo al abandono</i>
0	1	2	33. Se ofende fácilmente

<input type="radio"/>	1	2	34. Se lastima accidentalmente con mucha frecuencia, propenso a accidentes.
<input type="radio"/>	1	2	35. Pelea mucho.
<input type="radio"/>	1	2	36. Se mete en todo.
<input type="radio"/>	1	<input checked="" type="radio"/>	37. Se molesta demasiado cuando lo separan de sus padres.
<input type="radio"/>	1	2	38. Tiene dificultad para quedarse dormido(a).
<input type="radio"/>	1	2	39. Dolores de cabeza (sin causa médica).
<input type="radio"/>	1	2	40. Les pega a otras personas.
<input type="radio"/>	1	2	41. Aguanta la respiración.
<input type="radio"/>	1	2	42. Les hace daño a otras personas o animales sin razón alguna.
<input type="radio"/>	1	2	43. Se ve triste sin razón aparente.
<input type="radio"/>	1	2	44. Enojadizo(a), irritable.
<input type="radio"/>	1	2	45. Náuseas, se siente mal.
<input type="radio"/>	1	2	46. Movimientos involuntarios o tics (describa): _____
<input type="radio"/>	1	2	47. Nervioso(a) o tenso(a).
<input type="radio"/>	1	2	48. Pesadillas.
<input type="radio"/>	1	2	49. Come demasiado <i>Suele comer harto pero en horarios</i>
<input type="radio"/>	1	2	50. Se cansa demasiado.
<input type="radio"/>	1	2	51. Muestra pánico sin ninguna buena razón.
<input type="radio"/>	1	2	52. Dolor al orinar o defecar (sin causa médica).
<input type="radio"/>	1	2	53. Ataca a la gente físicamente.
<input type="radio"/>	1	2	54. Se mete el dedo a la nariz; se araña la piel u otras partes del cuerpo (describa): _____
<input type="radio"/>	1	2	55. Juega demasiado con sus partes sexuales.
<input type="radio"/>	1	2	56. Mala coordinación o torpeza.
<input type="radio"/>	1	2	57. Problemas con los ojos (sin causa médica) (describa): _____
<input type="radio"/>	1	2	58. El castigo no cambia su comportamiento.
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	2	59. Pasa rápidamente de una actividad a otra.
<input type="radio"/>	1	2	60. Salpullidos o irritación en la piel (sin causa médica).
<input type="radio"/>	1	2	61. Se niega a comer.

<input type="radio"/>	1	2	62. Se niega a participar en juegos activos.
<input type="radio"/>	1	2	63. Mece repetidamente la cabeza o cuerpo.
<input type="radio"/>	1	2	64. Se resiste a ir a dormir en la noche.
<input type="radio"/>	1	2	65. Se resiste a aprender a usar el inodoro (describa): <i>Le gusta ir solo</i>
<input type="radio"/>	1	<input checked="" type="radio"/> 2	66. Grita mucho.
<input type="radio"/>	1	2	67. Parece no reaccionar al afecto
<input type="radio"/>	1	2	68. Cohibido(a) o se avergüenza con facilidad.
<input type="radio"/>	1	2	69. Egoísta o se niega a compartir.
<input type="radio"/>	1	2	70. Demuestra poco afecto hacia la gente.
<input type="radio"/>	1	2	71. Demuestra poco interés por lo que lo/la rodea.
<input type="radio"/>	1	2	72. Demuestra poco temor a hacerse daño.
<input type="radio"/>	1	2	73. Demasiado tímido/a.
<input type="radio"/>	1	2	74. Duerme menos que la mayoría de los/las niños(as) durante el día y/o la noche (explique): <i>Duerme bien</i>
<input type="radio"/>	1	2	75. Se unta o juega con excremento.
<input type="radio"/>	1	2	76. Problemas para hablar o para pronunciar palabras (describa):
<input type="radio"/>	1	2	77. Se queda dormido mirando al vacío o parece preocupado.
<input type="radio"/>	1	2	78. Dolores de estómago o retorcijones (sin causa médica).
<input type="radio"/>	1	2	79. Cambios bruscos entre la tristeza y la excitación.
<input type="radio"/>	1	2	80. Comportamiento raro (describa):
<input type="radio"/>	1	2	81. Obstinado(a) malhumorado(a), irritable.
<input type="radio"/>	1	2	82. Súbitos cambios de humor o sentimientos.
<input type="radio"/>	1	2	83. Se pone de mal humor a menudo
<input type="radio"/>	1	2	84. Habla o llora mientras duerme.
<input type="radio"/>	1	2	85. Le dan rabeatas o tiene mal genio.
<input type="radio"/>	1	2	86. Demasiado preocupado(a) por la limpieza y el orden.
<input type="radio"/>	1	2	87. Demasiado temeroso(a) o ansioso(a).
<input type="radio"/>	1	2	88. Poco cooperador (a).
<input type="radio"/>	1	2	89. Poco activo(a), lento(a) o le falta energía.

<input type="radio"/>	1	2	90. Infeliz, triste o deprimido(a).
0	<input checked="" type="radio"/>	2	91. Más ruidoso(a) de lo común.
<input type="radio"/>	1	2	92. Se molesta con situaciones nuevas o con gente nueva (describe): _____
<input type="radio"/>	1	2	93. Vómitos (sin causa médica).
<input type="radio"/>	1	2	94. Se despierta con frecuencia durante la noche.
<input type="radio"/>	1	2	95. Vaga sin dirección.
<input type="radio"/>	1	2	96. Quiere mucha atención.
<input type="radio"/>	1	2	97. Se queja mucho.
<input type="radio"/>	1	2	98. Ensimismado, no se relaciona con los demás.
<input type="radio"/>	1	2	99. Se preocupa demasiado por todo.
0	1	2	100. Por favor anote cualquier otro problema que su niño(a) tenga y no está incluido en esta lista (describe): <u>No hay nada.</u>

Factor Externalizante: Esta variable se mide de acuerdo a dos escalas propuestas por el CBCL 1½-5 años; problemas de atención (déficit atencional-hiperactividad) y comportamiento agresivo (oposicionista-desafiante).

– Problemas de atención (déficit atencional-hiperactividad): se consigue a partir del puntaje obtenido en los ítems: 5, 6, 56, 59 y 95 =2+1+0+1+0= 4 puntos

– Comportamiento agresivo (oposicionista-desafiante): se consigue a partir del puntaje obtenido en los ítems: 8, 15, 16, 18, 20, 27, 29, 35, 40, 42, 44, 53, 58, 66, 69, 81, 85, 88, 96 (Bardet y Bascañán, 2006)= 0+0+1+0+0+0+1+0+0+0+0+0+0+2+0+0+0+0+0= 4 puntos

EX ANTE 56,26= En rango normal	EX POST 39,83= En rango normal
-----------------------------------	-----------------------------------

El puntaje bajó aproximadamente un 29,2 %.

9) Entrevista semiestructurada ex post

Entrevista semiestructurada cuidadora 14.11.2025

1) Conducta externalizante; problemas de comportamiento

- a) **Impulsividad:** Es un cambio del cielo a la tierra. Del jardín las tías igual me han dicho que se ha portado súper bien.
- b) **Reconocimiento de emociones:** Una vez que yo me enoje con el cuándo no se estaba portando bien, me dijo que apagáramos el volcán, y empezamos los dos a respirar y yo hago como que me relajo y le doy las gracias.
- c) **Tolerancia a la frustración:** En el colegio se enojaba con los compañeros y se amurraba y se iba al rincón, pero ahora ya después de un rato se le pasa y vuelve a jugar. Además cuando está enojado como que respira profundo varias veces y así se calma. Por ejemplo antes peleaba con el –nombre de otro nieto-, pero ahora lo cuida, lo busca y juega con él. Antes se ponía celoso, ahora me pregunta si quiero más al –nombre de otro nieto- o a él, y yo le digo que los amo a los dos con todo mi corazón, y antes él se enojaba, pero ahora queda tranquilo.
- d) **Resolución de conflictos:** Por ejemplo cuando comete un error o se porta mal, después de un rato de enojo va donde nosotros y me dice Nancita, perdóname, y yo lo abrazo.
- e) **Conducta sexualizada:** no lo presenta, nada de eso, desde hace unos meses, después de que ustedes me dijeron como abordarlo.

2) Trauma complejo

- a) **Ideas persecutorias:** Esa idea ya no está, yo le dije a mi manera que el lobo no existía, que eran monitos animados y que el lobo no se come a los niños, y él me entendió y dejó de presentar esas ideas.
- b) **Verbalizaciones inadecuadas:** Se habían terminado, pero llegó un niño hace algunas semanas al jardín y empezó a repetirlas todas, cosa que ya había dejado de decirlas. Y junto con la tía del jardín lo reforzamos, y en la casa no dice, en el colegio a veces y la tía le corrige y ahí no lo dice. Costó tanto que dejara de decir y de la noche a la mañana volvió y ahí la profesora me explicó que había sido por un niño nuevo que habla de la cintura para abajo. Volvió a bajar la cantidad ahora sí.
- c) **C. externalizante:** Ahora ya no golpea a sus juegos, no golpea, no le pega a los muñecos, juega a los autitos y trata de proteger al –nombre nieto- él lo protege cuando ve que se puede hacer daño. Cambió un montón en eso.

3) Competencias parentales

- a) **Establecimiento de normas:** (respecto del establecimiento de normas del cuidador) a veces lo logra y a veces no, a veces no porque el niño lo abraza, le da besos y ahí lo compra jajaja. Él le dice las cosas que no se hacen, pero ya después mi viejo no hace nada. Yo soy la de las normas y a él le gusta que yo vaya a la pieza y me dice que ahí soy la abuelita buena, y la abuelita enojona está en el comedor, al otro lado, porque de ahí yo lo veo a veces y le llamo la atención. A él le gusta más la de la pieza. Le gusta estar en la pieza conmigo porque cantamos, saltamos y nos reímos y conversamos, y yo noto que en ese aspecto él ha cambiado, de primeras decía no, no quiero hablar, eres fea. Ahora me dice abuelita, conversemos, abuelita juguemos a que tú eres mi mamá, y jugamos así.
- b) **Contención emocional:** se me hace más fácil, cuando él tiene pena yo lo abrazo, y él se pone feliz y él me dice te amo.
- c) **Sensibilidad parental:** Cuando a él le pasa algo yo lo noto enseguida en su carita, y él me dice ¿te vas a enojar? ¿Me vas a castigar? Y yo le digo que no, porque me dijiste enseguida y eso es algo bueno, yo te voy a decir lo que está mal o está bien, que no debes hacerlo, pero buscando la forma de que él no se altere. Antes de primera me enojaba y le gritaba, pero el TS me dijo que tenía que calmarme y después conversar con él. A veces me da miedo quedar sola, sin el apoyo de ustedes, porque no hemos tenido contacto con la abogada por el tema del niño, eso me preocupa.