



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador | Sede
Ambato

OFICINA DE POSGRADOS

TEMA:

**TRATAMIENTO PARA LA ANSIEDAD EN NIÑAS VÍCTIMAS DE ABUSO
SEXUAL DESDE LA PRÁCTICA DEL JUEGO**

**Proyecto de investigación previo a la obtención del título de
Magíster en Psicología Mención Intervención**

Línea de investigación:

Salud y grupos vulnerables

Autor:

Dany Saúl Guayasamín López

Directora:

Mg. Fernanda Paola Latta Moreira

AMBATO – ECUADOR

Mayo 2023

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

TRATAMIENTO PARA LA ANSIEDAD EN NIÑAS VÍCTIMAS DE ABUSO
SEXUAL DESDE LA PRÁCTICA DEL JUEGO

Línea de investigación:

Salud y grupos vulnerables

Autor:

Dany Saúl Guayasamín López

Elizabeth Paola Latta Moreira, Ps. Mg.

CALIFICADOR

f. 

Juana Rosario Lara Machado, Ps. Mg.

CALIFICADOR

f. 

Sandra Elizabeth Santamaría Guisamana, Ps. Mg.

CALIFICADOR

f. 

Padre Juan Carlos Acosta Teneda, PhD.

DIRECTOR DEL CENTRO DE POSGRADOS

f. 

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr.

SECRETARIO GENERAL PUCESA

f. 



Ambato – Ecuador

Abril 2023



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo: **DANY SAÚL GUAYASAMÍN LÓPEZ**, con CC. **171649893-4**, autor del trabajo de graduación intitulado: “TRATAMIENTO PARA LA ANSIEDAD EN NIÑAS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL DESDE LA PRÁCTICA DEL JUEGO”, previo a la obtención del título profesional de **MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA** Mención Intervención, en la Oficina de **POSGRADOS**.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública, se respeta los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Ambato, mayo 2023



Dany Saúl Guayasamín López

CC.171649893-4

AGRADECIMIENTO

A las Hermanas religiosas de Mercedes de Jesús Molina por su instrucción en la fé; a las niñas de la casa hogar, en quienes encontré la inspiración para desarrollar esta investigación. Mi gratitud siempre a Dios; a mi familia; profesores y amigos, por el apoyo en todo momento.

DEDICATORIA

En los distintos e inesperados caminos de la vida, lo único seguro es que no existe nada seguro. La vida, nos ha brindado generosamente minutos de intensa alegría, pero también, nos da períodos de profunda tristeza al llevarse a nuestros seres más queridos.

A quienes forjaron en mí, la idea de superación personal, la estimada familia: Carlos López, Aníbal López, Alejandro López, Mercedes Caiza, quienes son los pilares de vida.

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo diseñar una propuesta de intervención para el tratamiento psicoanalítico de la ansiedad desde la práctica del juego con niñas víctimas de abuso sexual en la casa hogar Mercedes de Jesús Molina. Cuenta con un enfoque cualitativo, un diseño de investigación-acción, descriptivo. La población tomada es de casa de acogida Mercedes de Jesús Molina de la ciudad de Quito, la muestra tomada es de 3 niñas víctimas de abuso sexual. Se aplica el test de Casa-Árbol-Persona (HTP) como prueba proyectiva para observar los síntomas ansiosos consecuentes del abuso sexual, también, fue aplicada la ficha de observación para determinar la presencia de los síntomas clínicos correspondientes a los trastornos de ansiedad en la infancia. En los resultados obtenidos, se demuestra que las tres niñas cumplen con los criterios correspondientes al trastorno de ansiedad generalizada en la infancia. En el test HTP, se concluye, que las niñas evidencian dificultades para interactuar con el medio que las rodea, el cual perciben como aversivo, se perciben a sí mismas como carente de las defensas necesarias para enfrentar situaciones adversas, tienen hipervigilancia, evidencian la presencia de un secreto en la dinámica familiar. Se propone la aplicación del juego como una estrategia de intervención eficaz para el tratamiento de los síntomas ansiosos, y disminución de los síntomas, además, es coadyuvante a la elaboración del conflicto, por lo tanto, se fortalece el yo de las menores.

Palabras clave: juego, ansiedad, abuso sexual infantil.

ABSTRACT

The present research work was carried out with the objective of designing an intervention proposal for the treatment of Anxiety through the psychoanalytic practice of games in girl's victims of Sexual abuse in the Casa Hogar Mercedes de Jesús Molina. It has a qualitative approach, an action-research design and it is descriptive. The population taken was from the Mercedes de Jesús Molina shelter in the city of Quito, which has 15 to 18 girls under its care. For the sample, a total of 3 girls who were victims of sexual abuse were taken. The House-Tree-Person (HTP) test was applied as a projective test to observe the anxiety symptoms resulting from sexual abuse, the observation sheet was also applied to determine the presence of clinical symptoms corresponding to anxiety disorders in childhood. The results showed that the three girls meet the criteria for generalized anxiety disorder in childhood. In the HTP test, it was possible to conclude that the girls show difficulties in interacting with the environment that surrounds them, which they perceive as aversive, and they perceive themselves as lacking the necessary defenses to face adverse situations, displaying hypervigilance and showing the presence of a secret in family dynamics. The application of the psychoanalytic game is proposed as an effective intervention strategy for the treatment of anxiety symptoms, and reduction of symptoms, but beyond that it allows the elaboration of the conflict, so that the self of the patients can be strengthened.

Keywords: the game, anxiety, child sexual abuse..

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
DEDICATORIA.....	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS	viii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA.....	8
1.1. Abuso sexual infantil.....	8
1.2. Ansiedad	15
1.3. El juego	27
1.4. Dispositivo psicoanalítico	30
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO	33
2.1. Enfoque.....	33
2.2. Población e instrumento.....	34
2.3. Caracterización de la empresa o institución	37
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	49
3.1. Resultados de los instrumentos de medición	49
CONCLUSIONES.....	75
RECOMENDACIONES	77
BIBLIOGRAFÍA	78
ANEXOS	100

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Codificación del abuso sexual según el CIE 10.....	14
Tabla 2. Diferencias entre la ansiedad fisiológica y patológica	16
Tabla 3. Test proyectivo HTP: casa	53
Tabla 4. Test proyectivo HTP: árbol	54
Tabla 5. Test proyectivo HTP: persona	55
Tabla 6. Diagnósticos de ansiedad generalizada de la infancia	57
Tabla 7. Diagnósticos de ansiedad por separación en la infancia.....	58
Tabla 8. Diagnósticos de ansiedad social en la infancia	60

INTRODUCCIÓN

A través del tiempo, el tema del abuso sexual infantil ha sido objeto de investigación y debate, al igual que los procedimientos enfocados en su atención. Sin embargo, para el desarrollo de este trabajo, se toma como punto de partida, los estudios realizados por varios psicólogos que aplicaron el juego como método de tratamiento.

Por otro lado, los procesos relacionados con la formación normal del desarrollo de los niños/as son complejos y, dentro de este, se manifiestan crisis, muchas de ellas causadas por la representación del abuso sexual en su imaginario. Ello conduce a un proceso psíquico que genera traumas, que constituye un daño que rompe su desarrollo físico y psicológico, que impacta de forma negativa al infante. Por lo antes planteado, el niño, se redefine desde él mismo en relación con los adultos, la familia, la sexualidad, las instituciones y la sociedad en general durante su vida por las secuelas que dejan estos actos en sí mismos.

En esa línea, el niño mediante mecanismos de defensa se protege del daño o afectación que ha sufrido como resultado del abuso sexual, lo cual le genera tristeza, vergüenza, dolor, etcétera, sentimientos que arrastra durante su ciclo de desarrollo. Por ello, revisar los mecanismos de defensa es fundamental, porque permite conocer cómo está el niño y como se reestructura su imaginario luego del acto traumático que ha vivido.

Por lo antes expuesto, la actividad del psicólogo enfocada en la investigación es primordial y a la vez compleja, ante esta clase de evento. En ese contexto, es importante que dicho profesional, ponga en función del caso, tanto los estudios teóricos, los recursos técnicos como éticos dirigidos a trabajarlo de manera certera, así como el enfoque en el logro de los objetivos terapéuticos. En este trabajo de investigación, se toma como referencias estudios realizados por autores clásicos como: Lacan, Winnicott, Freud y Klein.

Por otro lado, al hablar del estado emocional, particularmente de niñas que han sido víctimas de un hecho traumático como el abuso sexual, se da como consecuencias alteraciones de su estructura psíquica.

Resulta necesario, realizar un abordaje psicoterapéutico personal, cuestión, que se confirma mediante experiencias y prácticas que han plasmado en investigaciones realizadas en Latinoamérica y España. Dichos estudios, demuestran el trauma real que han sufrido estas niñas, debido a las experiencias vividas y no haber sido tratadas adecuadamente. Igualmente, el hecho de que, el infante, no comprenda los hechos que ha sufrido, conduce a que esta incertidumbre y dolor sea la causa de dolencias psíquicas y somáticas.

Por otro lado, el juego, que se ha empleado como tratamiento terapéutico, por psicoanalistas como Melanie Klein (2016) quién indica que tratar a un niño desde el inicio con el juego, es un recurso que permite se expongan sus experiencias, imaginación e ideas. Esto no tiene que ocurrir, necesariamente a través del lenguaje, sino mediante símbolos, que, en este caso, son los juguetes o sus roles dentro del juego. De ahí, dicha actividad es esencial y evalúa en su desarrollo, no solo el contenido de esta, sino las actitudes y posturas que asume el infante ante este ejercicio al igual que cuando se interrumpe.

Es decir, el juego resulta eficiente cómo medida de tratamiento, a través de este, el especialista conoce el inconsciente del paciente de manera sutil, de manera no invasiva. Por su parte, un estudio realizado en Barcelona, desarrollado por Winnicott (1971), pediatra, psiquiatra y psicoanalista, desarrolló su propia teoría sobre el juego. El autor considera esto como un espacio de transición, que se produce cuando el niño interactúa con su mundo interno y el entorno.

Dicho estudio demostró el papel esencial de la actividad lúdica en el ámbito terapéutico, de igual forma, es considerado como un recurso que permite el desarrollo de actitudes positiva en el plano social.

Así pues, el infante mediante actividades lúdicas expresa a su entorno lo que siente en su interior, de igual forma, esto influye de manera positiva en la interacción social del mismo.

Por otro lado, es importante, resaltar un estudio desarrollado en México, donde se plantea la intervención a través de la Psicología y la Psicomotricidad, como herramienta para el cambio de la percepción, autoestima y reestructuración del cuerpo del infante, mediante el juego y la terapia psicomotriz, dicha investigación concluyó que, mediante actividades lúdicas, el niño manifiesta inseguridades y emociones. Según Hernández (2021) “El juego permite un libre esparcimiento, sin críticas y reglas, e influye de manera positiva en la interacción social, autoestima y autoconcepto del individuo”.

Así mismo, otra investigación realizada en Barranquilla por Molina, Jaime & Gutiérrez (2019), “fue aplicada en la terapia asistida por animales y psicodinámica de juego, que determinó que este tipo de intervención reduce la sintomatología asociada a la ansiedad, depresión, estrés, angustia y otros síntomas relacionados al abuso sexual”.

De acuerdo con lo antes planteado, la violencia en la esfera física, psicológica y sexual que ejerce contra niñas, niños y adolescentes, afecta su desarrollo integral y el juego, por lo tanto, la terapia, opera como un recurso importante para recuperar a las víctimas de dichos actos. Según la fiscalía general del Estado En Ecuador (2020), Muchas niñas sufren de abuso sexual, por ejemplo, en el país se registra al día aproximadamente, cuarenta y dos denuncias por violación, abuso y acoso sexual a féminas, entre ellas, niñas. Específicamente, entre el 85 y el 90 por ciento de los agresores pertenecen a su grupo familiar o son personas conocidas por las niñas.

También, plantea que, en el país para asegurar la atención a los casos de violencia sexual, el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) ha trazado una Plan Nacional de Prevención de la Violencia contra la Niñez y Adolescencia y de Promoción de Parentalidades Positivas (2018), para brindar atención directa a

estos casos, sin embargo, no es suficiente. Su fin está enfocado en la prevención, preservación y reparación de los derechos que les han sido violados a las niñas, niños y adolescentes que están en una situación de riesgo y vulnerabilidad.

En este contexto, la Casa Hogar Mercedes de Jesús Molina de manera conjunta con Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), está desarrollando un Proyecto de Acogimiento Institucional cuyo objetivo fundamental es proteger y restituir los derechos de niñas, niños y adolescentes. En la casa hogar, se observa que varias niñas en acogimiento presentan problemas en cuanto a su manejo comportamental.

Ello se manifiesta a través de conductas ansiosas, impulsivas, agresivas, desobediencia de las normas que rigen la vida interna de este centro, entre otros comportamientos; cuestión que afecta la convivencia con el resto de los infantes. Estas conductas disociadas se consideran, que nace como secuelas que han dejado actos de violencia sexual sufridos, al igual que otras causas desconocidas. Por ello, es necesario la aplicación adecuada de herramientas terapéuticas que ofrece el Psicoanálisis en dicho entorno, para comprender la motivación inconsciente de estas conductas.

A partir de lo expuesto anteriormente se afirma, que el juego favorece al tratamiento de la ansiedad en niñas, que se encuentran en la casa hogar Mercedes de Jesús Molina. Algunas investigaciones previas demuestran la correlación entre la conducta agresiva e impulsividad de niñas que han sido víctimas de abuso sexual y el juego como una estrategia para abordar el trauma. En dichos estudios, se ha demostrado que el juego es primordial para los infantes. Según Winnicott (1971), "les produce placer, es un recurso que les permite expresar sentimientos, controlar la ansiedad, acumular experiencias, relacionarse y comunicarse socialmente e integrar su personalidad".

Objetivo general

Diseñar una propuesta de intervención para el tratamiento de la ansiedad a partir del enfoque psicoanalítico del juego en niñas víctimas de abuso sexual en la Casa Hogar Mercedes de Jesús Molina.

Objetivos específicos

- 1 Fundamentar los aspectos teóricos de las variables de estudio.
- 2 Aplicar el dispositivo del juego a las niñas de la casa de acogida Mercedes de Jesús Molina en la ciudad de Quito.
- 3 Establecer como técnica de intervención desde la práctica del juego para niñas/os víctimas de abuso sexual en la Casa Hogar Mercedes de Jesús Molina.

Para el desarrollo de los objetivos trazados, se aplica la metodología de investigación de tipo cualitativa en la que cita a Hernández, Fernández y Baptista (2010), quienes especifican conceptos, características y rasgos distintivos del tema objeto de estudio. Los autores se enfocan en el tema de violencia sexual de niñas sobrevivientes del trauma de abuso y su respectivo tratamiento a través del juego.

Además, de la revisión de bibliografía que atiende el desarrollo del tema, este resulta elemental para el uso de “bases teóricas y prácticas que constan en artículos de revistas, monografías, estudios, documentos e investigaciones académicas. Estos antecedentes contribuyen al sustento teórico y a la profundización del tema de investigación” (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010).

También, se realiza el trabajo de campo de manera simultánea con las niñas, que se encuentran en acogimiento institucional para efectuar el tratamiento

psicológico, el estudio de las variables y el desarrollo de la investigación. Según (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010), “es primordial recopilar datos de primera mano, mediante la observación, la aplicación y análisis de test proyectivo caso por caso”.

Como se expuso, los índices de violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes en Ecuador son altos. Al respecto Consejo Nacional para la igualdad Intergeneracional (2020), Declara que una de cada diez menores de edad del sexo femenino de entre los 15 años o menor, sufre reiterados eventos de abuso sexual en distinta forma, durante su infancia, dicha situación afecta el desarrollo integral de estas niñas, particularmente cuando el individuo transita por el periodo de la niñez; constituye un impacto tanto en el plano personal, familiar como a nivel de la sociedad.

Por lo antes expuesto y a pesar de que el Estado ecuatoriano cuenta con normas jurídicas como la Constitución (2008), se reconoce en el artículo 35, que “las niñas y adolescentes son parte de los grupos de atención prioritaria”. También, en el artículo 44, “dispone el desarrollo integral y garantizar el libre ejercicio de sus derechos”.

Igualmente, está vigente el Plan Nacional de Prevención de la Violencia contra la Niñez y Adolescencia y de Promoción de Parentalidades Positivas, existe una política pública para la atención de los casos en todo el país, que cuenta con varios proyectos de casas de acogida para menores, en trabaja en algunos temas para el esclarecimiento de casos y en otros para la restitución los derechos vulnerados de niñas, niños y adolescentes.

Sin embargo, los resultados no son los esperados, las entidades públicas pese a su esfuerzo cooperativo interinstitucional demuestran que no es suficiente para erradicar este mal social, el problema sigue ahí en silencio. Los datos estadísticos de estos casos van en aumento y con ello también, se cuestiona sobre todo la efectividad de los tratamientos desde la Psicología en el país.

Es considerable el aporte de cada una de las escuelas psicológicas que conforman esta disciplina frente a este tema tan importante, de ahí surge el cuestionamiento inmediato de proponer un procedimiento terapéutico que garantice la efectividad en su labor terapéutica para el tratamiento sobre todo de la ansiedad en las niñas, que se encuentran en acogimiento y protección especial.

Por ello es necesario proponer como alternativa un tratamiento de intervención que use como herramienta el juego en la clínica, que permita abordar el trauma como método no directo o aversivo, desde un enfoque psicoanalítico. Ello permite hilar sobre el malestar ocasionado en las víctimas de abuso sexual, que se encuentran en la casa hogar Mercedes de Jesús Molina.

CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1. Abuso sexual infantil

Varios estudios han intentado elaborar a una definición acertada sobre este tema, sin embargo, se toma la cita de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019), quienes explica, que la violencia es el uso de la fuerza física e intencional, cuando están presentes amenazas contra la propia persona o hacia otra. De igual forma cuando se actúa en contra de una comunidad o grupo y producen daños en el plano físico y psicológico. Igualmente, genera problemas de desarrollo o el fallecimiento del ser humano.

Dicha organización lo ve como un problema tanto social como de salud que impacta la esfera individual y la sociedad. Es así, como se posiciona la violencia de tipo sexual. Para la OMS (2002), el abuso sexual es una acción en la que el menor es parte de una actividad sexual que no entiende totalmente. Por ello, no cuenta con la capacidad necesaria para dar su consentimiento, debido a su desarrollo en el plano evolutivo; es decir, en el área biológica, psicológica y social, por lo cual no está preparado para ejecutar estos actos que violan las normas tanto jurídicas como sociales.

Son muchas las instituciones a nivel nacional e internacional han dado su aporte a este tema, por otra parte, la Academia Americana de Pediatría citada por Fung et. al, (2020), define al abuso sexual infantil, como una práctica que produce un contacto físico o visual y se ejecuta por una persona mediante el engaño, la seducción o la violencia, ante un niño que no tiene capacidad para dar su consentimiento por motivos de su edad y la situación de desigualdad de poder en el que se encuentra.

En ese sentido, los especialistas y profesionales de la salud mental constatan en su Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos (DSM-V) (2014), expone que los abusos sexuales que tienen lugar contra niños, engloban cualquier clase de actividad sexual con estos, siempre que pretenda brindar satisfacción en esa

esfera a uno de sus progenitores, a la persona que le cuida o a cualquier otra persona que tenga responsabilidad sobre el infante. El abuso sexual se manifiestan mediante la violación, la sodomía, incesto, el exhibicionismo indecente. A su vez, a través de caricias a los genitales del niño y la penetración.

La definición antes planteada es amplia, sin embargo, la American Psychiatric Association (2014), precisa, que se incluye dentro del abuso sexual cualquier acto de explotación hacia el niño, que incluya contacto con uno de los padres o el cuidador; también, explica que estas acciones vienen asociados a engaño, amenaza, obligación y presión para producir satisfacción sexual a terceros, sin que medie contacto físico de manera directa entre el infante y su agresor.

Según lo antes expuesto por diversos autores, definen el abuso sexual como el acto realizado sin la autorización del infante, pues este no cuenta con las capacidades evolutivas para comprender y dar su consentimiento para tal acción. Así mismo, el hecho suele ser ejecutado bajo la tutela de una persona del entorno del menor quién utiliza la violencia, engaño o amenaza como medio de manipulación. Las consecuencias de este tipo de eventos se reflejan en el área emocional y social, las mismas, que se exteriorizan a corto mediano o largo plazo.

Síntomas

El síntoma resulta complejo tal como indican Gil y Vicente (2019), donde sugieren que su detección está sujeta a determinados parámetros de sospecha, que son evaluados a profundidad, presentan síntomas que no son específicos o un grupo de ellos. De ahí la necesidad de realizar un estudio holístico de cada caso y tomar las medidas que correspondan para proteger al niño, niña o adolescente al igual que darle el apoyo en el orden clínico y psicológico.

Uno de los autores más relevantes en el campo de la salud mental infantil, Fung, Medina & Quesada (2020), explica, el abuso sexual infantil se exterioriza de diferentes maneras, tales como;

- 1 **Divulgación**, es la forma en que el niño describe, según su edad, el hecho ocurrido. Otra manera es mediante el comportamiento del infante, que presenta sentimientos de temor, llanto sin motivo aparente.
- 2 **Dolor en los genitales o el abdomen**, generalmente se manifiesta como si estuviera sucio.
- 3 **Signos físicos**, mediante padecimientos inexplicables como sangramiento, flujo genital y hematomas en esta zona, entre otros

Estos síntomas son los más llamativos y a la vez, se complementan con otros síntomas más comunes, según Ratican (2018), el niño se siente deprimido la mayor parte del tiempo. Igualmente, tienen ideas suicidas, patrones de sueño alterados, al igual que la alimentación. También, las víctimas de dichos actos experimentan aislamiento, culpa, vergüenza y autoinculpación.

Esto se produce porque asumen la responsabilidad personal por el abuso. Así mismo, Browne & Finkelhor (2021), aseveran que, cuando el abuso sexual es realizado por un adulto con el que el niño tiene confianza, es difícil para éstos ver al victimario de forma negativa, lo cual impide y limita su capacidad de analizar y ver lo que sucedió, sin que exista un sentimiento de culpa de por medio.

Asimismo, se considera que el abuso sexual en niños, al reconocerse, conduce a comportamientos y experiencias más autodestructivas. Como lo describe, Ratican (2018), describe entre los síntomas del abuso sexual infantil dificultades vinculadas a la imagen corporal. Provocan que los niños se sienten sucios o feos e insatisfechos con su apariencia. Este autor apunta que, en el plano somático, las personas que han experimentado abuso sexual se quejen de dolores de cabeza, en la pelvis, al igual, ansiedad, tensión, inseguridad y fobias. De ahí que el abuso sexual infantil es un evento traumatizante.

Es imperativo considerar, que, los síntomas correlacionados con el abuso sexual infantil dificultan el desarrollo y crecimiento de las relaciones. Esto ocurre, según Echeburúa & Guerrica (2021), porque el menor presenta desconfianza, miedo y

temor a ser diferente o extraño. Como consecuencia de ello se manifiesta la dificultad para establecer límites interpersonales.

Cabe agregar, que, ante estos actos de abuso, cada una de las respuestas y experiencias de la víctima no son iguales, sino que están en función de la raíz del problema y de sus necesidades individuales.

Según lo expuesto por los autores, los síntomas varían de acuerdo a las experiencias de cada individuo, sin embargo, la sintomatología es pieza clave dentro del estudio de esta. Una de las principales áreas, que se ve afectada es la percepción que tiene el infante de sí mismo, de igual forma desarrolla pensamientos suicidas, dolores físicos y cuando el agresor forma parte de su círculo social el niño tiene dificultades para identificarlo como el enemigo, dan cabida a sentimientos de culpa, es lo que el victimario le hace sentir. Por lo tanto, es necesario evaluar cada una de las áreas para determinar que el menor fue víctima de abuso sexual.

Síndrome de acomodación del abuso sexual

La Psiquiatra y Psicóloga Infantil reconocida por sus aportes en tema de maltrato infantil, Intebi (2018), analiza el referido síndrome, como algo a lo que infante se adapta luego de vivir ciertas conductas que lo conducen a una experiencia traumática. Es un recurso que le permite subsistir ante esta realidad. El cual está conformado por cinco aspectos:

- 1 **El secreto**, en esta etapa, el agresor ejerce presión sobre la víctima con la finalidad de que calle y no dé a conocer el abuso sexual que ha tenido lugar. Para lograrlo utiliza medios como la amenaza de muerte, de afectar a otras personas de la familia. También, inculca sentimientos de culpa y vergüenza. Al igual que lleva a cabo una manipulación de tipo emocional.
- 2 **Desprotección o Indefensión**, esta fase, se manifiesta a partir de que el niño siente confianza y cree en las personas que le rodean. Por esto le

resulta increíble que alguna lo afectaría, actuar de manera inadecuada y no cuidarle. Cuando ocurre lo contrario, la víctima de abuso siente impotencia, aislamiento al igual que desprotección. Estos sentimientos marcan a la persona durante su vida y afectan sus vínculos interpersonales.

- 3 **Atrapamiento adaptación**, esta fase, aparece cuando el niño que ha sido objeto de abuso sexual, le resulta imposible detener estos actos. Ante ello, se adapta a dicha situación para asegurar su supervivencia. En este caso, la víctima se coloca en una posición compleja, se une el secreto y aquel sentimiento de responsabilidad de proteger a su familia de la manipulación y amenaza que le realiza su victimario.
- 4 **Develamiento tardío**, o también, como revelación retardada, conflictiva y no convincente. Se manifiesta cuando la víctima, luego de mantener en secreto lo ocurrido, trata de relatar el abuso sexual sufrido y no recibe ayuda, ni atención al respecto. Cuando esto tiene lugar, el abusado siente desconfianza y falta de apoyo por parte de su círculo cercano, lo que le provoca consecuencias negativas. Por tanto, se mantiene el secreto y el niño corrobora, lo que, con anterioridad, le ha dicho su agresor, que no le creerán.
- 5 **Retractación**, ella tiene lugar ante la negación, no apoyo, ni intento de búsqueda de asistencia y atención a las víctimas de abuso sexual al igual que cuando continúan estos actos. En ese momento y, luego de la revelación realizada, sin respuesta alguna, el niño tiende a retractarse de los que ha dicho al respecto.

En pocas palabras, el agresor, se encarga de perjudicar no sólo sexual y físicamente al infante sino, también, lo hace a nivel psicológico, tras amenazas contra su familia o hacia el niño/a. Sin embargo, cuando el victimario forma parte de su entorno, el menor es incapaz de considerarlo como una amenaza, no obstante, cuando este percibe el daño se siente desprotegido.

De igual forma, se presenta la etapa de adaptación donde la víctima no tiene la capacidad de detener la situación, mantiene el secreto y desarrolla sentimientos de culpa para proteger a su familia tal como se lo ha hecho sentir el perpetrador. El mayor problema se presenta, cuando el afectado relata los eventos ocurridos y no cuenta con el apoyo de su entorno, corrobora así lo que la ha dicho el agresor, que nadie le va creer, lo lamentable es que cuando no hay respuesta del entorno la víctima se retracta de lo ocurrido, calla lo vivido y tiene secuelas emocionales y conductuales a corto, mediano o largo plazo.

Criterios de diagnóstico según CIE -10

A fin de estudiar de manera holística el abuso sexual, corresponde examinar los criterios de diagnóstico que caracterizan estos actos con base a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE- 10 (2000), en ese sentido, se identifica dentro del apartado Y07 como parte de otros síndromes de malos tratos. De igual forma, en el Z61.4 detalla los problemas relacionados con acontecimientos vitales de tipo negativo que tienen lugar durante la infancia, entre ellos, los vinculados a un presunto abuso sexual ejecutado contra el infante por una persona dentro del grupo de apoyo primario.

Mientras que en el apartado Z61.5 registra la asociación de los actos de abusos ejecutados fuera del grupo mencionado. Para ilustrar mejor el tema de estudio, se muestran cada uno de estos códigos que sirven de sustento para los criterios de diagnóstico de manera detallada:

Tabla 1. Codificación del abuso sexual según el CIE 10

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
T74.2	Abuso sexual
(Y05)	Agresión sexual con fuerza corporal Incluye: Violación (intento) Sodomía (intento)
(Y05.0)	Agresión sexual con fuerza corporal en vivienda
(Y05.1)	Agresión sexual con fuerza corporal en institución residencial
(Y05.2)	Agresión sexual con fuerza corporal en escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas
(Y05.3)	Agresión sexual con fuerza corporal en áreas de deporte y atletismo
(Y05.4)	Agresión sexual con fuerza corporal en calles y carreteras
(Y05.5)	Agresión sexual con fuerza corporal en comercio y áreas de servicio
(Y05.6)	Agresión sexual con fuerza corporal en área industrial y de la construcción
(Y05.7)	Agresión sexual con fuerza corporal en granja
(Y05.8)	Agresión sexual con fuerza corporal en otro lugar especificado
(Y05.9)	Agresión sexual con fuerza corporal en lugar no especificado
(Y07)	Otros síndromes de maltrato Incluye: Violación; abuso - Físico, sexual, crueldad mental, tortura
(Y07.0)	Por esposo o pareja
(Y07.1)	Por padre o madre
(Y07.2)	Por conocido o amigo
(Y07.3)	Por autoridades oficiales
(Y07.8)	Por otra persona especificada
(Y07.9)	Por persona no especificada
Z61	Problemas relacionados con eventos vitales negativos en la infancia
Z61.4	Problemas relacionados con abuso sexual en la infancia por una persona del grupo primario de apoyo
Z61.5	Problemas relacionados con abuso sexual en la infancia por una persona ajena al grupo primario de apoyo
Z61.6	Problemas relacionados con abuso físico en la infancia
Z61.7	Exposición a una experiencia catastrófica en la infancia
Z61.8	Otros eventos negativos en la infancia

Fuente: tomado a partir de Ministerio de Salud (2017)

Clasificación del abuso sexual

Como se observa en el cuadro, los escenarios potenciales que tiene lugar el abuso sexual hacia niñas, niños y adolescentes, van desde el contexto familiar, hasta el institucional. Los reconocen como actos que afectan la salud mental de este grupo social. Por su parte, en Ecuador el Ministerio de Salud Pública (2017) “ha identificado dos tipos de abuso sexual el que tiene lugar con contacto físico y sin él”. Estos engloban la clasificación anterior.

Es por ello, la importancia de enseñarle a los niños/as los límites y decir que no, sin importar que sean personas cercanas o no a su círculo social, es imperativo que sepa que partes de su cuerpo son privadas, así como que en ocasiones existe abuso sin contacto, donde el victimario lo expone a situaciones que perjudican su bienestar psicológico.

1.2. Ansiedad

Como punto de partida hay que distinguir la ansiedad natural, de la ansiedad patológica y su afectación a las sensaciones, el estado del humor, del pensamiento, en relación con el comportamiento y el estado fisiológico. De igual manera, la ansiedad en algunos casos es normal, en cambio cuando se comporta como trastorno es excesivo y está presente durante largo tiempo o toda la vida.

Para revisar este contexto, es importante mencionar el aporte destacado del Médico y Docente de Fisiología el Prof. Elzayeb (2019), quien analiza como uno de los trastornos más comunes a la ansiedad “Es uno de los síntomas más comunes que experimentan las personas que han sufrido abuso sexual, y tiene afectación principalmente a sus sentidos y luego a su estado emocional”.

En esa dirección, el famoso escritor de siete libros sobre la ansiedad, quien realiza una autobiografía Stossel (2017), nos comparte “es como una gama de emociones que opera como amenaza o alerta sobre algo que es potencialmente dañino y responder a ellas de forma que acelera los reflejos se convierte en el centro de atención”.

En relación con ello, el ilustre Psiquiatra español y Catedrático de medicina forense López (2017), “resalta que en la ansiedad están presentes síntomas de tipo psíquicos, así como la sensación de ahogo y peligro inminente, sobresalto, etcétera”. La ansiedad es fisiológica o patológica, a continuación, se muestran sus diferencias fundamentales:

Tabla 2. Diferencias entre la ansiedad fisiológica y patológica

<i>Ansiedad Fisiológica</i>	<i>Ansiedad Patológica</i>
Mecanismo de defensa frente a amenazas de la vida diaria	Puede bloquear una respuesta adecuada a la vida diaria
Reactiva a una circunstancia ambiental	Desproporcionada al desencadenante
Función adaptativa	Función desadaptativa
Mejora nuestro rendimiento	Empeora el rendimiento
Es más leve	Es más grave
Menor componente somático	Mayor componente somático
No genera demanda de atención psiquiátrica	Genera demanda de atención psiquiátrica

Fuente: tomado a partir de Navas & Vargas, (2012)

Ante los actos de abuso sexual infantil la ansiedad se presenta de forma patológica. La Especialista en tratamientos de ansiedad generalizada, Dra. Takov (2021), comparte “los trastornos de ansiedad incluyen el pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, fobia específica, social, trastorno obsesivo-compulsivo, estrés y estrés-postraumático”. Luego de revisar sus tipos continuamos en este tema.

Por su parte, la Psicoanalista británica pionera del análisis infantil y del estudio de la psicosis, Klein (1948), “expone que la ansiedad es causada por un peligro que amenaza al organismo, que nace del instinto de muerte”. Igualmente, el Neurólogo austriaco Freud (1991), indica que el infante, está presente cuando extraña a alguna persona, sobre todo a quien quiere y anhela. Así mismo, según este autor, cuando siente temor a lo desconocido, a que ocurra algún evento que disminuya el afecto del otro o una pérdida que genera ansiedad y depresión desemboca en sentimientos de tristeza, rechazo, ira, entre otros.

Al respecto, los Docentes en Psicología e investigadores en tratamientos para víctimas de violencia de género y menores víctimas de abuso sexual, Echeburúa y Guerrica (2021), afirman que los niños y adolescentes que son víctimas de esta clase de actos presentan altos niveles de síntomas relacionados con la ansiedad.

Se expresa en algunos infantes, cuadros intensos y complejos en este orden. La ansiedad es una respuesta del cuerpo ante a la sensación de amenaza, en el caso de abuso sexual, se presenta como trastorno ansioso patológico como consecuencia de un evento traumático. En el caso de víctimas infantiles, se opta por realizar tratamientos psicológicos a través del juego para superar este trauma.

Tipos de ansiedad según el DMS-5

La ansiedad posee varias clasificaciones de acuerdo con el DMS-5 (2014), los cuales se mencionan a continuación.

- 1 **Mutismo selectivo 313.23 (F94.0)** Entre sus rasgos fundamentales está la “incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una situación social específica en, que se espera que lo haga a pesar de hacerlo sin problemas en otras situaciones” en este caso en el hogar y ante sus familiares cercanos.
- 2 **Fobia específica 300.29** Presenta miedo o ansiedad de manera permanente y de manera invariable e inmediata ha determinado objeto o cierta situación.
- 3 **Trastorno de ansiedad social 300.23 (F40.10)** Es cuando la persona siente ansiedad y miedo ante circunstancias y situaciones de tipo social, en la que es objeto de cuestionamiento, indagación, escrutinio en general. Ante ello el individuo se limita a realizar determinadas acciones ante otros y teme mostrar ansiedad, porque considera ser visto de forma negativa por los demás.
- 4 **Otro trastorno de ansiedad especificado 300.09 (F41.8)** Presenta un grupo de síntomas clínicamente que son similares de determinado trastorno de ansiedad, pero que no llegan a cumplir la totalidad de los criterios diagnósticos, de ningún trastorno en particular. En este caso

existen los elementos específicos que determinan el motivo por el que no cumple con los criterios diagnósticos.

- 5 **Otro trastorno de ansiedad no especificado F41.9** presenta determinados síntomas que clínicamente tienen el significado y los rasgos de algún trastorno de ansiedad, pero no llegan a cumplir todos los parámetros de diagnósticos en ninguno de ellos. En este caso, no se detallan los motivos por los que, no se cumplen los criterios diagnósticos, porque no existe información al respecto.

En síntesis, cada tipo de trastorno ansioso posee una característica diferente, las cuales varían de acuerdo a su naturaleza, es decir, no todas presentan los mismos síntomas, por lo tanto, cada una es analizada a profundidad para identificar las necesidades que estas requieren y aplicar el tratamiento correcto.

Categorías y diagnóstico de trastorno de ansiedad

A continuación, se hace mención a los estándares de clasificación según el libro estadounidense de Psiquiatría

Trastorno de ansiedad por separación 309.21 (F93.0) (DSM5)

Este es un trastorno que identifica, porque el niño no es capaz de estar solo. Según, la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos, (2014), Ha identificado los síntomas asociados al trastorno de la ansiedad por separación, durante el período evolutivo de la infancia y la adolescencia el niño/a se siente fatigado, presentar problemas de concentración, se queda en blanco, muestra irritabilidad, manifiesta problemas de sueño, siente la sensación de estar atrapado e inquieto y presenta tensión de tipo muscular.

Según el nuevo manual de trastornos correspondientes para el 2014 trae en sí algunas modificaciones más exactas en sus categorizaciones, DSM (2014), entre

los síntomas que permiten identificar la ansiedad por separación, se encuentran los siguientes:

- 1 **Presencia en exceso y de forma recurrente malestar**, cuando el niño anticipa o vive una separación, sea de su hogar o de personas con la(s) que mantiene apego.
- 2 **Preocupación persistente o en exceso**, por una presunta pérdida de la (s) persona (s) con las que el infante posee apego o que está en peligro debido a que ocurra un evento negativo como un secuestro, una enfermedad, accidente u otros eventos que lo separen de las personas cercanas.
- 3 **Resistencia para alejarse del hogar**, salir a pasear, a asistir a la escuela, etc., porque tiene temor a separarse de las personas con las que guarda confianza.
- 4 **Miedo excesivo a estar solo**, a estar en cierto lugar o que estén presentes las personas cercanas no deseadas.
- 5 **Rechazo** a dormir fuera de casa o lejos de la figura brinda cuidado.
- 6 **Presenta pesadillas** de forma repetida relacionadas con la separación.
- 7 **Quejas reiteradas y/o síntomas físicos como:** náuseas, dolor de cabeza, de estómago, etcétera. Ello tiene lugar cuando se da la separación de la(s) persona(s) cercana.

Trastorno de ansiedad generalizada 300.02 (F41.1)

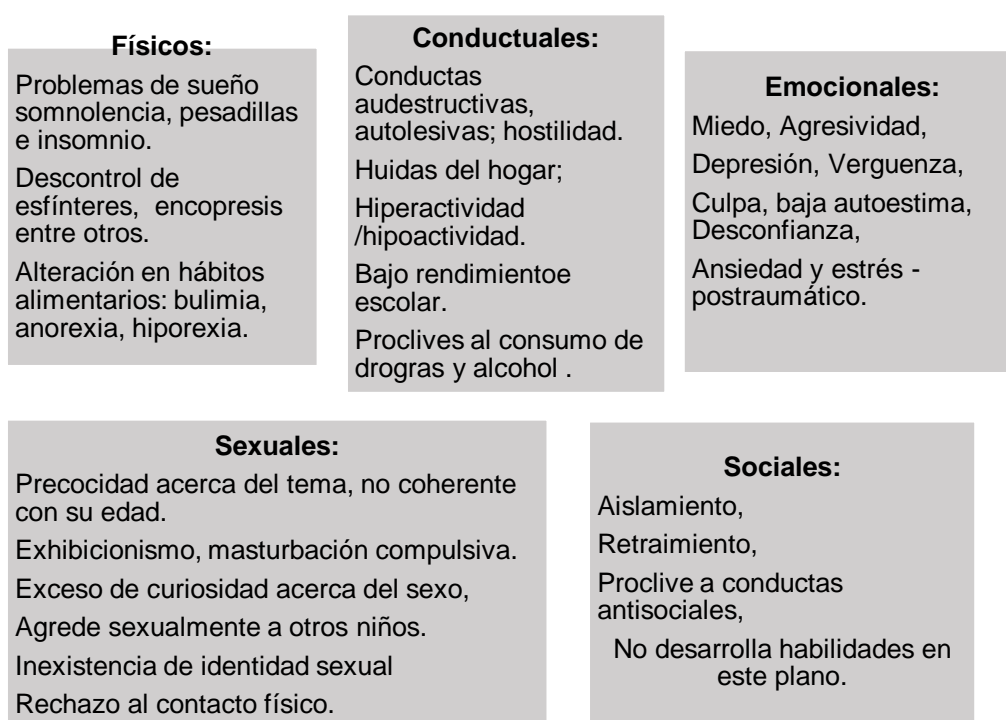
Continuando con el estudio de acuerdo con el Manual Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana (2014), hay varios síntomas, que se presentan para determinar que es un trastorno de ansiedad generalizada. Estos tienen lugar por tiempo aproximado de 6 meses y, que se basan en la preocupación en relación con la familia, la salud u otros motivos.

Por su parte la DSM-5 (2014), “señala síntomas somáticos en muchos de los casos inespecíficos como: fatiga, cefalea, insomnio, malestares gastrointestinales y musculares, entre otros”.

El trastorno de ansiedad generalizada es el síntoma más común presente en pacientes que han sufrido alguna clase de evento traumático. La Asociación Psiquiátrica Americana (2014), define como criterio diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada los siguientes:

- 1 Ansiedad y preocupación o aprensión en exceso que dura 6 meses.
- 2 La preocupación es incontrolable.
- 3 La ansiedad se revela entre estos síntomas: irritabilidad, falta de concentración, tensión muscular, fatiga frecuente, inquietud y trastorno al dormir.

Figura 1. Signos y síntomas frente a abuso sexual presentes en la infancia



Fuente: tomado a partir de American Psychiatric Association (2014)

Tipos de trastorno de ansiedad según el CIE-11

Antes de codificar la ansiedad, según el CIE-11 realizada por la Organización Mundial de la Salud (2000), se acota que son categorías determinadas

específicamente para niños. Por este motivo, se lo considera en la presente investigación:

1. F93. Trastornos emocionales de comienzo específico en la niñez

Se manifiestan como exageraciones de los rasgos del desarrollo infantil. La adecuación del desarrollo se emplea como una característica para el diagnóstico enfocado en determinar la diferencia entre estos trastornos emocionales que inician en la niñez y aquellos los trastornos neuróticos.

2. F93.0 Trastorno de ansiedad de separación en la niñez

Plantea, que se realiza un diagnóstico a partir del temor que manifieste el niño de separarse de las personas allegadas, sea que constituye la causa que le genera la ansiedad.

Cabe agregar que cuando se produce el trastorno de ansiedad de separación en la niñez, se está ante un caso diferente a la de ansiedad normal. Esto se determina porque el primero, es un fenómeno menos frecuente y se vincula a un mal funcionamiento social por parte del niño.

3. F93.1 Trastorno de ansiedad fóbica en la niñez

Se refiere a los miedos definidos y persistentes. Tienen como características que son excesivos y no razonables. Estos afectan el desarrollo de las actividades normales del niño que aparecen en cualquier momento por algo conocido o no por el infante. Entre los elementos más comunes que generan fobias están: el temor a fenómenos naturales, a los animales; al hospital y otros de tipo situacional como subirse a determinada atracción, a un avión o de otra clase.

4. F93.2 Trastorno de ansiedad social en la niñez

Este síntoma se manifiesta de manera gradual y normalmente aparecen en niños tímidos o inhibidos socialmente. Sus síntomas clínicos varían, según las particularidades de cada infante. Por su parte, la OMS (2000), en la clasificación F93.2 lo describe como un trastorno donde se muestra reservado frente a extraños, aprehensión o ansiedad al encontrar situaciones sociales nuevas, raras o amenazadoras.

Esta categoría se usaría sólo cuando tales temores surgen en edades tempranas y son al mismo tiempo de grado extraordinario y se acompañan de problemas en el comportamiento social. Trastorno evasivo de la niñez o de la adolescencia.

La angustia infantil desde el psicoanálisis

Desde sus inicios, el Psicoanálisis estudia la importancia de la angustia infantil y sus afectaciones en la vida adulta. Tanto Freud como Lacan exploran en el estado infantil sobre la angustia, estos desarrollan sus conceptos bajo sus propias primicias delimita como base teórica que servirá para sus escritos en la elaboración de cada una de sus teorías.

Cabe destacar que, desde su aparición conceptual ha pasado muchos siglos, sin embargo, la visión que tiene de ella no ha cambiado la realidad de la angustia se mantiene intacta, es así, como Freud (1991) expone dos teorías:

[...] la primera, plantea la represión del deseo sexual, el cual posteriormente transmuta y se convierte en angustia; en la segunda desarrollada en 1925, sugiere que la angustia por castración incita a la represión y no a la inversa” por su parte, Lacan da continuidad a los estudios freudianos relacionados al objeto y la angustia indica una posible contradicción, por tanto, en el Seminario 4 el autor propone que la angustia se origina por la ausencia de objeto, sin embargo, en el Seminario 10 afirma que la angustia no es desarrollada sin objeto (Tendlarz, 2005).(p.45)

La angustia en la niñez se encuentra íntimamente relacionada con aquellas personas, que son especialmente extrañas. Aparece el llanto cuando se encuentra expuesto al contacto con lo desconocido, por tal razón, la angustia se encuentra asociada a cosas o eventos inéditos.

Es por ello, que la angustia debido a su nivel madurativo infantil carece de habilidades para identificar malas intenciones, misma, que se genera debido al hecho de no encontrar alguien familiar., asimismo, para Freud (1991), en esta etapa se instauran las fobias, el miedo a la soledad, temor a la oscuridad, las cuales tienen en común la nostalgia y anhelo de un ser amado. Cabe destacar, que la angustia durante la infancia se relaciona al desarrollo de la angustia neurótica en la edad adulta, por cual, es imperativo abordarla desde la infancia, utilizan como herramienta la psicología en conjunto de otras disciplinas que influyen en el desarrollo integral de este, durante los procesos se desarrolla la conformación inicial de la infancia

Infante para el psicoanálisis

Al igual que el concepto de ansiedad infantil, el Psicoanálisis profundiza sobre el estudio del concepto del niño. En los tratados según Freud y confirmado por Pfister (2022), dice, que se encarga de investigar sobre los contenidos inconscientes y las fuerzas de la mente. Se identifican tres hitos que permiten determinar la noción de niño:

- 1 En el primer hito, se plantean que están asociadas al marco del abuso sexual. La primera, corresponde a la teoría de la seducción. Esta se sustenta en que, el infante, ocupa una posición pasiva, de víctima y se asocia con una clínica de reacción que tiene como finalidad la catarsis de un exceso sexual.
- 2 Para Freud el segundo hito, se relaciona con el descubrimiento de la sexualidad por parte del niño. Ello conduce, que se produzca un cambio o corrección bajo el criterio de que el niño es sexuado. A partir de ello, se

inicia con la perspectiva del dispositivo psicoanalítico en sentido estricto. Igualmente, se reconoce el rol de la realidad psíquica y aparece la responsabilidad subjetiva de los pacientes en su padecer.

- 3 Como tercer hito, aparece una paradoja para el creador de esta teoría; aun cuando analizó y le dio un sentido simbólico a las conductas y a los juegos que desarrollan los niños en edades temprana, Freud encontró impedimentos acerca de su sanación mediante el psicoanálisis, incluso, llegó a dudar sobre su eficacia y la posibilidad de ponerlo en práctica, todo ello creó un debate teórico acerca del asunto, que aún está presente.

El mismo autor indica que la noción del niño es amplia y ha sido vista de manera progresiva. Aun cuando el inconsciente, no se rige al orden del tiempo, no esquiva la dimensión temporal vinculada al desarrollo, la maduración y los tiempos de constitución subjetiva, que se suman las vivencias, su historia de vida y las particularidades de los vínculos paternos.

De acuerdo con lo expuesto, se dice que la noción del niño desde el psicoanálisis está sujeta al desarrollo de los diferentes hitos que fueron descritos anteriormente y analizados por Freud. Por ello en función de la edad, capacidad, madurez, cada niño se desarrolla de diferentes maneras, de ahí su complejidad desde el punto de vista objeto de estudio.

En el contexto del abuso sexual, el niño que lo sufre, desde los criterios freudianos y la realidad, es víctima de un adulto. Este, sufre de impotencia y esto en una situación de indefensión y ante una relación de poder que le impide evitar estos actos. Ello representa un despertar temprano de la sexualidad que utiliza como mecanismo de defensa.

Por ello a través del psicoanálisis, este sana las excitaciones sexuales que le causan trastornos como la ansiedad y que han sido causadas en su entorno exterior. Por otro lado, el Pediatra británico Winnicott (2018), quién “considera el

valor desde la perspectiva del psicoanálisis, de la comunicación con el niño que ha sufrido abuso sexual.

Este elemento es esencial para tratar un determinado problema en la infancia”. La psicoanalista austriaca Hug Helmuth (1871-1924), desarrolló diversas investigaciones relacionadas al Psicoanálisis infantil, quién determinó, que los niños en sus primeros años de vida no eran sujetos de prueba, las expectativas de éxito eran bajas.

Por otro lado, sugiere que el juego espontáneo sustituye la regla de asociación libre, permite de este modo el desarrollo de nuevas teorías. Así mismo, la médica austriaca Hilferding, fue la primera persona en aplicar la técnica del Psicoanálisis en niños, con el objetivo de mejorar las dificultades presentadas en los estudios de Freud, evaluaba a sus pacientes mediante la observación del juego (Berrú, 2019).

Por lo antes expuesto, el niño no es un ente estático, sino que, según sus rasgos en cuanto a su edad, personalidad y potencialidades, se manifiesta de forma diferente. Por eso, para tratar los casos de abuso sexual toman en cuenta estos elementos, sus condiciones, entre otros aspectos. Además, tener en cuenta que el empleo del juego es fundamental para brindar una terapia eficaz.

Infante y el derecho

En la actualidad, los niños son sujetos que gozan de derechos al igual que los adultos y están reconocidos en la constitución tanto nacional como en tratados internacionales. Las Convenciones internacionales dan paso a la lucha en favor de los derechos e igualdades de la niñez y adolescencia (1989). En ella se delimita que, un menor es considerado como tal hasta los dieciocho años. Además, menciona y reconoce algunos de los derechos como: el derecho a no ser discriminado, derecho a vivir en condiciones de bienestar, a un nombre, a la libertad de elegir, a vivir en familia, a la libre expresión, a la salud, entre otros.

En nuestro país la norma jurídica suprema que entra en vigor en el año de 2008 es la Constitución de la República del Ecuador (2008), y dice:

[...] se reconoce a los infantes como sujetos de derechos. Además, lo coloca dentro de los grupos de atención prioritaria, en su artículo 35. También, en el artículo 44 dispone que se promueva su desarrollo integral y garantice el ejercicio de sus derechos. Específicamente, en el artículo 45 regula que estos gozan de iguales derechos que los adultos, además, de los propios de su edad. En ella dispone que es una obligación del Estado, reconocer y asegurar la vida y su derecho a la integridad física y psíquica, que se ve afectada en caso de ser víctimas de abuso sexual.

Por otro lado, el código que impone sobre la protección integral del Estado la sociedad y la familia a los menores es el Código de la Niñez y Adolescencia (2003), “que en el artículo 27, regula que los niños, niñas y adolescentes, poseen el derecho de disfrutar de un alto grado de salud, tanto física, mental, psicológica como sexual”. Finalmente, el conjunto sistematizado y organizado de normas jurídicas que establece delitos y penas en el Ecuador es el Código Orgánico Integral Penal C.O.I.P. (2014) que consta: “protege a los niños, mediante la tipificación de varios delitos enfocados con su salvaguarda, entre ellos, los que afectan su integridad sexual y reproductiva, como el abuso sexual regulado en el artículo 170”.

En el mencionado artículo del COIP (2014), dispone que, cuando el agresor realiza este acto con una persona menor de 14 años, que no tenga la capacidad de entender el significado de lo acontecido o que, sufra un daño físico o psicológico, la sanción a aplicar es la privación de libertad de cinco a siete años. Además, en caso de que, la víctima sea un niño, menor de seis años, la pena es de siete a diez años privado de la libertad.

Según lo examinado, en el país existe un marco legal enfocado en la protección de niños, niñas y adolescentes; y la obligación de ser tratados como sujetos de derechos. Al igual que, cuenta con normas jurídicas que sancionan y exigen la

reparación de sus derechos y personalidad cuando ha sido víctima de delitos como el abuso sexual.

1.3. El juego

Múltiples autores buscan una aproximación a la definición de lo que es el juego desde varios ámbitos, además, de ser considerado como una herramienta para generar aprendizajes es aprovechado sobre todo en el contexto educativo e infantil.

Para el Psicólogo constructivista suizo, estudioso del desarrollo intelectual y cognitivo de los niños, Piaget (1991), menciona: el juego es considerado un elemento primario en el niño pues su aparición tiene lugar, incluso, anterior al lenguaje y a las manifestaciones de vida social. El juego es esencial durante la infancia, pues a través de este, el infante desarrolla destrezas, habilidades y adquiere conocimientos. De tal manera, influye positivamente en el área psicomotriz del niño, permitiéndole conocer el mundo exterior, y de este modo incita en su ser la percepción del autoconcepto.

Es así el Doctor en Pedagogía y Catedrático de la Universidad de Cádiz, Gallardo (2018), expone: las actividades lúdicas son pieza clave para la interacción social, permite el descubrimiento de emociones, sentimientos y sensaciones que están presentes a lo largo de su vida. El Psicólogo Pedagogo soviético Vygotsky (1982), indica que el niño busca satisfacer sus necesidades a través del juego, crean situaciones imaginarias, asigna características reales, donde el significado del objeto/palabra es el que predomina y determina su comportamiento, el cual, va estar sujeto los rasgos de su realidad, misma que ve plasmada en la actividad.

Estas investigaciones demuestran que el juego es esencial, pues fomenta la exploración y el descubrimiento. Donde los niños desarrollan conocimientos y habilidades de diversas maneras; ayuda a ganar confianza y dominio, brinda aprendizaje, oportunidades y permitiéndoles interactuar con su mundo.

El juego como terapia

El término juego también tiene su conceptualización en varias disciplinas al igual que su importancia. Para los Psicólogos Investigadores de la Universidad de Yucatán Misset, Escoffie & Castillo (2018), es importante: “luego de eventos traumáticos el juego es utilizado como método para controlar dichos episodios, pues da la sensación de dominio y control, lo que permite recrear recuerdos reprimidos y de esta manera superarlos”. Para el Investigador y Psicólogo español Sanz (2019), la terapia del juego al ser considerado un método de autoexpresión permite al niño manifestar libremente sus necesidades, conflictos, resentimientos, temores, creencias y desadaptación, a través de actividades lúdicas.

El objetivo de este es, desarrollar un entorno de confianza en una sala de juego, en donde el infante proyecta sus vivencias, expresa miedos, conflictos e inseguridades, a fin de lograr su madurez y desarrollo personal. Para Espín (2019), “frecuentemente la terapia del juego es utilizada en niños con problemas conductuales y emocionales, la cual, contribuye de manera efectiva en la construcción de la autoconfianza y autoestima de niños que vivieron situaciones traumáticas”.

Para el Psicólogo argentino y autor de varios artículos psicoanalíticos Miranda (2018), afirma que, mediante el juego el niño manifiesta señales que sirven para determinar las bases de su estudio, utilizan rasgos de su historia, para minimizar la carga mental que los agobia. Por otro lado, señala que ayuda a mejorar habilidades sociales en niños con trastornos de ansiedad.

El juego desde el psicoanálisis

Según la teoría psicoanalítica infantil, “se utiliza el juego como un instrumento de evaluación e intervención, lo que permite al analista monitorear el desarrollo emocional del niño”. En su artículo científico los Psicoanalistas portugueses (Gomes, y otros, 2015). Afirman que, como psicoanalíticos más importantes se

encuentra M. Klein (1929), cuyo aporte desde los estudios con niños, fundamenta su teoría en base a diversos conceptos, entre ellos el juego.

La teoría del juego desarrollada a finales de siglo XX, llamada también terapia recreativa para Klein constituye, un medio comunicacional, en el cual el niño muestra al terapeuta el mundo del inconsciente del cual está establecido. Para el Psicólogo Sanz (2019), por otro lado, aporta que, durante el juego terapéutico se observa mecanismos de defensa, de represión, apegos, vínculos, estructura yoica, así como la conflictiva interna del niño. Klein, también, siguió de cerca el trabajo de Ana Freud y su apartado hacia los niños, aceptan ciertos criterios con los que concordaba y descartaba ciertos aspectos con los que no estaba de acuerdo.

Además, analiza durante el juego su reiteración, inhibición y fantasías propias de la niñez. La teoría de Klein sugiere que, para comprender el significado del juego en el niño, se decodifica cada símbolo de manera individual; para posteriormente establecer una relación con la situación total. De esta manera, capta el significado del dibujo o de la forma de expresión que muchas veces muestran los infantes en el juego y parece que no tiene sentido.

El psicoterapeuta busca desarrollar un ambiente seguro, en donde el niño sienta confianza de manifestar sus experiencias positivas y negativas. A su vez, el especialista logra infundir un sentimiento de empatía gradual en la terapia, donde el niño dirige el curso de esta y el profesional sigue su causal, sin juzgar o rechazar. A raíz de esta acción el infante aprende a entender su entorno y así mismo.

En su artículo científico la psicoanalista de niños junto con otros investigadores argentinos Deza & Ipaguirre (2018), aporta, el juego es desarrollado por el niño para el especialista, pero si el profesional no sabe jugar, no posee la capacidad para realizar un análisis de esta índole, generan una interpretación inútil y poco coherente.

Por ende, es fundamental, que se realice desde los principios psicoanalíticos para aplicar una labor terapéutica “Es por ello, que el juego funciona como una herramienta diagnóstica para la aplicación de una intervención, las cuales son orientadas desde las actividades lúdicas” (Miranda, 2018).

Por lo tanto, para la práctica del psicoanálisis, el juego es considerado como uno de los instrumentos más importantes, pues permite al niño manifestar sus experiencias. “Mismo, que son sujeto a asociaciones para que sea interpretado por el psicoanalista” (Perez C. , 2020).

En la consulta se usa el juego como herramienta psicoterapéutica, para la identificación de mecanismos de introyección y de simbolismos. Esto facilita abordar desde el inconsciente aquello que la niña ha guardado por el trauma. En este contexto, es posible introducir categorías e ideas de lo ocurrido y restablecer en la medida las relaciones parentales, a la vez, que se busca solucionar los conflictos edípicos.

Para esto, primeramente, se establece un orden que anule la culpa; y posteriormente, por medio de la palabra, se organiza el lenguaje y la negatividad o la negación se reposiciona. Siempre se toma en cuenta lo ocurrido y su impacto, así como el accionar del agresor no propiciatorio por parte de la víctima.

1.4. Dispositivo psicoanalítico

Sigmund Freud fundador y creador del método psicoanalítico hacia finales del siglo XIX. En el año 1896 S. Freud utilizó por primera vez el término “Psicoanálisis” para referirse a su técnica. El uso del dispositivo psicoanalítico es un debate a través de los tiempos, sin embargo, Chinkes (1997), lo define como un “tipo de demanda que produce efectos a leer retroactivamente, desde dichos efectos”.

En este sentido, en su trabajo con un grupo específico de religiosas la Psicóloga ecuatoriana Cando (2019), dice sobre el dispositivo psicoanalítico, es un entorno

donde se descubren diversos puntos de vista, sobre una situación específica, son sistemas que pretenden ayudar frente a un evento determinado, se acoge las múltiples variantes de percepción.

Su característica principal, es que el paciente aporta el conocimiento y es el psicoanalista quien se encarga de descifrarlo. Para el Psicólogo ecuatoriano Berrú (2019), Por ende, el dispositivo psicoanalítico se define como el instrumento de transferencia, que se utiliza para el desarrollo de elementos como la confianza y escucha, se basa principalmente en el respeto. Donde lo expuesto por los miembros de manera verbal y no verbal, es atendido y valorado.

En este punto, es esencial la presencia e intervención del analista, sin este agente, no se produce el análisis en sí. Gracias al acompañamiento del psicólogo, el infante, el juego y la transferencia, juntos encuentra el camino a la cura pues el juego resulta terapéutico en sí mismo.

Dispositivos de trabajo individual

Es decir, son las técnicas que emplea el psicólogo dentro de un espacio de confianza con el paciente, hace uso correcto del dispositivo, donde el especialista renuncia a su papel de experto y el tratante expresa libremente. Según Cando (2019), son las tácticas clínicas, que se originan en un espacio privado entre el paciente y el psicólogo, donde el segundo se muestra flexible, se apoya en la transferencia, y de este modo admite el desarrollo del dispositivo. Por lo cual, durante este proceso el psicoterapeuta abandona su rol del saber, para dar rienda suelta a las ideas del paciente, la transferencia es lo que hace factible la terapia.

Dispositivo de trabajo grupal con la población

En su aporte, la psicoanalista comparte en su trabajo grupal y el dispositivo diseñado para ese objetivo, Cando (2019), describe, este tipo de dispositivo, también, es válido e importante en el trabajo en grupo. Es aplicado en cualquiera de los 3 momentos principales de una sesión:

- 1 Al inicio cuando comienza por las presentaciones de los participantes, en donde el psicólogo da a conocer las actividades asociadas al instrumento.
- 2 Durante el proceso, en conjunto con la exposición del tema a tratar, elegidos por la población o el psicoanalista.
- 3 Y, por último, para complementar el cierre del taller, que incentivan la retroalimentación de opiniones, depende del tópico varían las técnicas de comunicación.

En conclusión, estos tres aspectos son fundamentales para la implementación del dispositivo grupal, desde el inicio en las presentaciones, se expone de manera subliminal la minuta de la reunión para que el grupo se integre, posteriormente con la exposición del tema se pretende abarcar tópicos de interés para la población, finalmente, dichos temas son discutidos en grupo lo que da origen a los talleres, para que en conjunto encuentre una solución.

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Enfoque

El presente estudio emplea un enfoque cualitativo en el cual se hace uso de métodos de recolección de información no estandarizados ni predeterminados en su totalidad, consiste en recopilar las perspectivas y puntos de vista de los participantes.

En este tipo de estudios se realizan preguntas más abiertas, considera la información dada por los participantes con su lenguaje escrito, verbal y corporal, para posteriormente realizar un análisis de los datos relevantes asociados con el tema de estudio. Finalmente, el investigador propone la definición de una realidad a través de la interpretación de sus participantes (Hernández Sampieri, Fernández, & Baptista, 2014):

Se trata de una investigación con un diseño exploración-acción, en el cual, se busca “comprender y resolver problemáticas específicas de una colectividad vinculadas a un ambiente” Así lo definen los investigadores (Hernández Sampieri, Fernández, & Baptista, 2014, pág. 496), basada en el principio de la necesidad de un cambio para dar inicio a la solución de una problemática. Finalmente, es una investigación práctica donde se involucra un proceso de indagación individual y grupal para desarrollar estrategias con las, que se pretende resolver una problemática y producir mejoras.

El nivel de esta investigación es descriptivo, es decir, se identifican las características importantes del objeto o una situación particular para luego explicarlas. El objetivo se centra en describir fenómenos, situaciones, contextos y sucesos; detalla cómo son y cómo se manifiestan en su contexto real. Así mismo es una investigación transaccional, se toma la información en un momento único, sin hacer seguimiento a los cambios que ocurren en los procesos con el paso del tiempo (Hernández Sampieri, Fernández, & Baptista, 2014).

El fin último de la presente investigación es aportar información que guíe sobre el camino a seguir en el proceso de terapia, así también, la toma de decisiones para proyectos relacionados, procesos y reformas estructurales donde la problemática son los síntomas de angustia que desarrollan niñas víctimas de abuso sexual, y el aporte se direcciona hacia las estrategias de intervención para dicha sintomatología.

2.2. Población e instrumento

Población. - la casa de acogida Mercedes de Jesús Molina en la ciudad de Quito tiene una población de 15 a 18 niñas en atención, con edades comprendidas entre los cero a los 12 años de edad.

Muestra. - se considera, a niñas que son víctimas de abuso sexual; ello es determinado por un informe legal emitido por la autoridad competente donde se realiza el proceso de denuncia en la Dirección Nacional de Policía Especializada para Niños, Niñas y Adolescentes (DINAPEN). El número de muestra para el desarrollo de la presente investigación es de tres niñas, de entre 10 y 12 años de edad, quienes se encuentran en la institución al momento de realizar la investigación, que cumple con la situación de vulnerabilidad de abuso sexual.

Muestreo probabilístico. - debido a que el proceso de selección de los participantes se fundamenta en las particularidades de la investigación; se trabaja únicamente con las niñas que cumplen con el criterio de inclusión, ser víctimas de abuso sexual.

Recolección de la información

El carácter subjetivo de la investigación no constituye una limitación, por el contrario, permite confirmar la información que se busca en la investigación. Para ello se utiliza los test proyectivos y sus resultados son el registro de la información que obtenemos del paciente.

Test de la casa, el árbol y la persona (HTP)

Es un test de tipo proyectivo, en el cual el paciente expresa su contenido interno por medio de gráficos o dibujos que son sombreados, intercalados, líneas débiles o fuertes, paisajes depresivos o enriquecidos, estado anímico, contenidos diurno o sueños; fue creado por el psicólogo John Buck en el año 1948 y posteriormente mejorado por Emmanuel F. Hammer, cuyo objetivo es evaluar la autopercepción que ha desarrollado el paciente acerca de sí mismo en relación a su entorno, se incluye aspectos considerados significativos y aquellos que rechaza. (Sabaj, 2020), es empleado para personas desde los ocho años en adelante. Forma parte de las pruebas psicológicas proyectivas, en las que a través del dibujo el paciente expresa las características de su personalidad, y de la relación que ha establecido con los que le rodean. Está integrado por la evaluación de tres elementos:

- 1 Casa**, aporta información de la vida del hogar del evaluado y su situación familiar. Representa la imagen que el sujeto ha construido de sus figuras familiares, imagen corporal y de su autoconcepto. Informa acerca de la capacidad para discriminar el mundo interno del mundo externo, y la interacción entre éstos. Aporta información con respecto a cómo el sujeto fue cuidado por sus figuras primarias y la calidad de dichos vínculos, con lo que demuestra la fortaleza del Yo, y sus capacidades de adaptación.
- 2 Árbol**, representa sentimientos que corresponden al inconsciente, ofrece información relacionada con el desarrollo libidinal del evaluado. Así mismo permite identificar las marcas, que se han generado en la construcción de la identidad.
- 3 Persona**, es la representación de la autopercepción y la relación que establece el sujeto con su medio ambiente, pero desde la visión más consciente. En su desarrollo el evaluado plasma un autorretrato, su ideal del yo, o el de las personas que le son significativas.

El autor del instrumento puntualiza que los sentimientos, que se encuentran reprimidos suelen proyectar en el dibujo de árbol, donde el sujeto inconscientemente proyecta sus aspectos conflictivos y perturbadores. De esta manera, hay mayor probabilidad de que las traumas emociones sean ubicados en el árbol, como marcas en el tronco o en las ramas. En este instrumento se encuentran establecidos los indicadores de que la persona ha experimentado una situación traumática, los cuales fueron los considerados para la presente investigación (Ver anexo N° 1)

Ficha de observación clínica: “se realiza una ficha de observación en la cual el investigador determina la presencia o ausencia de los síntomas clínicos que corresponden a las categorías diagnósticas de la ansiedad la infancia”. Está fundamentado en los criterios establecidos por la Asociación Americana de Psiquiatría, en la quinta edición de su manual de diagnóstico (American Psychiatric Association, 2014) (Ver anexo N° 2).

Ficha de observación del juego: se realiza una ficha de observación en la cual el investigador identifica y describe las respuestas de las participantes ante las intervenciones psicoanalíticas realizadas en las sesiones de juego. Estas respuestas son cambios en su actitud, una comunicación no verbal, una respuesta verbal, cambios en la escena de juego. (Ver anexo N° 3).

Procesamiento y análisis de la información

- 1 Primero, para los resultados de la presente investigación se hace el análisis de las ejecuciones de cada participante de forma individual, con la finalidad de determinar aspectos comunes que son concluyentes como indicadores para una experiencia traumática y sus consecuencias en el funcionamiento psíquico de la persona, se hace énfasis en aquellos aspectos relacionados con síntomas ansiosos.
- 2 En segundo lugar, el investigador identifica la presencia o ausencia de los síntomas clínicos correspondientes a la ansiedad, con la finalidad de

determinar cuáles son comunes entre las participantes, y por ende cuáles, se asocian a una posible ansiedad generada por la situación traumática de abuso sexual.

- 3 En tercer lugar, el investigador realiza un análisis de las respuestas de las participantes ante sus intervenciones psicoanalíticas, considera la ficha de observación diseñada para tal fin. Así mismo, se realiza un análisis de los cambios que presenten las participantes luego de cinco sesiones de juego psicoanalítico.

En este apartado, se presentan extracto de dos sesiones por cada participante, las cuales fueron seleccionadas para la presente investigación debido a que con la intervención psicoanalítica realizada y la respuesta dada por la participante es posible notar un cambio significativo en su funcionamiento emocional y psicológico.

2.3. Caracterización de la empresa o institución

La casa de acogida Mercedes de Jesús Molina se encuentra ubicada en las calles San Juan de Dios y Mercedes de Jesús Molina, en el sector de San Carlos de Alangasí, en la ciudad de Quito. Forma parte de un programa de protección de los niños, niñas y adolescentes, dirigido por el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIESS). Cuenta con las condiciones necesarias para ofrecer a un grupo máximo de 20 niñas una atención en un ambiente de calidad, donde, se cubren todas sus necesidades básicas, mientras se resuelve la situación que motivó el acogimiento institucional.

Las niñas recibidas tienen alguna situación de vulnerabilidad donde sus derechos e integridad ha sido quebrantados, se incluye maltrato infantil, abuso sexual, callejización.

Propuesta de la investigación

En este apartado, se presenta la propuesta de intervención con un enfoque psicoanalítico, donde, se pretende trabajar la elaboración del trauma generado por una situación de abuso sexual. Se consideran en la intervención los elementos principales, que se han descrito en el desarrollo de un trauma en la psique, con la finalidad de proveer al terapeuta de directrices fundamentales a tomar en cuenta en cada una de las sesiones.

Es importante resaltar que desde la perspectiva psicoanalítica cada caso y cada sesión es única, por lo cual el terapeuta adapta toda su fundamentación teórica y técnica del caso a las necesidades del paciente, en cada una de las sesiones. Con unos objetivos de tratamiento claros, va al ritmo que marcan las necesidades emocionales y psicológicas de cada paciente, en cada momento de encuentro.

Justificación

Como se ha descrito en el desarrollo del presente trabajo, los índices de violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes en Ecuador son altos. Al respecto el Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional (2020), menciona “una de cada diez personas del sexo femenino de 15 años o más sufrió abusos sexuales durante su infancia. Dicha situación afecta el desarrollo integral de estas personas, de manera importante durante la infancia y adolescencia”.

Pese a que existe una legislación estructurada, los programas de rutas de atención a este problema no son suficientes; las estadísticas no disminuyen, no se consiguen los resultados esperados, que es garantizar completamente el bienestar de los niños y adolescentes del país.

En consecuencia, la presente propuesta pretende ser un aporte para los profesionales que trabajan en el área psicológica, una guía de trabajo en donde se fundamenten para desarrollar sus intervenciones. En el caso de las niñas que son atendidas en la casa hogar Mercedes de Jesús Molina, requieren de un

acercamiento ético y profesional, con el cual reciban el acompañamiento correspondiente para elaborar de la mejor manera las situaciones de riesgo a las que estuvieron expuestas, dentro de lo que se incluye abuso sexual. Ofrecer este espacio de tratamiento psicológico garantiza en mayor medida el buen desarrollo del infante. De esta manera, se ofrece una guía de tratamiento de intervención desde la práctica del juego que aplica las teorías del psicoanálisis.

Destinatarios

La presente propuesta de intervención está dirigida a las niñas y adolescentes, que se encuentran en la casa de acogida Mercedes de Jesús Molina en la ciudad de Quito, la cual tiene una cobertura de 15 a 18 niñas, con edades comprendidas entre cero a los 12 años de edad. De manera específica, se dirige a aquellas infantas que han sido víctimas de abuso sexual, ello determinado por un informe legal, emitido por la autoridad competente donde se realiza el proceso de denuncia DINAPEN.

Objetivo

Los objetivos planteados para la presente investigación son los siguientes:

Objetivo general

Describir pautas de intervención para los síntomas de ansiedad en niñas víctimas de abuso sexual a través del juego psicoanalítico.

Objetivos específicos

- Sustentar metodológicamente la intervención de los síntomas de ansiedad generados por el trauma por abuso sexual a través del juego terapéutico desde la perspectiva psicoanalítica.

- Brindar al terapeuta infantil pautas de trabajo con los síntomas de ansiedad asociados al trauma por abuso sexual.

Metodología

La presente propuesta de intervención está fundamentada en el dispositivo psicoanalítico, específicamente la terapia de juego.

En este sentido es importante primero destacar que el dispositivo psicoanalítico individual comprende un espacio privado, entre el paciente y el psicólogo, donde el segundo, se muestra flexible y se apoya en la transferencia. Durante este proceso la psicoterapeuta abandona su rol del saber y para dar rienda suelta a las ideas del paciente, por transferencia, lo que hace factible la terapia (Cando, 2019).

Son las técnicas que emplea el psicólogo dentro de un espacio de confianza con el paciente, se hace uso correcto del dispositivo, donde el especialista renuncia a su papel de experto y el tratante se expresa libremente.

En sus textos de Psicología devela el fundamento teórico que deviene de la praxis analítica, Sanz (2019), la técnica del juego, se menciona los aportes realizados por Klein (1929):

[...] quien trabajó inicialmente con niños por el método del juego para lograr la comunicación entre paciente y analista y llegar al inconsciente. El terapeuta centra su atención en el contenido, que se presenta en el juego, el cual es una manifestación del conflicto mental interno del niño; representado a través de la repetición del juego, sus bloqueos mentales e inhibiciones e inestabilidad emocional, todo guiado por las fantasías inconscientes. Klein sugiere que, para comprender el significado del juego en el niño, se decodifica cada símbolo de manera individual; para posteriormente establecer una relación con la situación total.

El psicoterapeuta trabaja en el desarrollo de un ambiente seguro para cada paciente, donde el niño se sienta en confianza de manifestar sus experiencias positivas y negativas, donde se encuentran las situaciones más profundas y dolorosas como, por ejemplo, el trauma generado por una situación de abuso sexual. Logra infundir la empatía, desarrolla el progreso gradual de la terapia, donde el niño lleva el ritmo del curso profesional del trabajo terapéutico, sin juzgar o rechazar. A raíz de esta acción el infante aprende a comprender su entorno y a sí mismo

El trabajo realizado en el espacio de la consulta usa el juego como herramienta psicoterapéutica interviene en la facilitación de la introyección de simbolismos y, en el juego, estos son facilitadores para abordar desde el inconsciente aquello que la niña ha guardado por el trauma. En este contexto, es posible introducir categorías e ideas de lo ocurrido y restablecer en la medida las relaciones parentales, a la vez, que se busca solucionar los conflictos edípicos. Para esto, primeramente, se establece un orden que anule la culpa; y posteriormente, por medio de la palabra, se organiza el lenguaje y la negatividad o negación se reposiciona. Siempre se toma en cuenta lo ocurrido y su impacto, así como el accionar del agresor no propiciatorio por parte de la víctima.

Plan de intervención

Como se ha explicado en el desarrollo teórico del presente trabajo, el juego como estrategia de intervención terapéutica cumple ciertos principios. Se describen a continuación, aspectos centrales que considera el terapeuta en todas y cada una de las sesiones de juego a desarrollar con un niño/a, las cuales le ayudan a mantenerse cerca de la comprensión de los conflictos, angustias y defensas, y por ende realizar las intervenciones pertinentes a cada caso:

- 1 Fase de identificación de signos y síntomas
- 2 Fase de identificación de culpa y/o duelo
- 3 Fase de resignificación o psicoeducación

Fase de identificación de signos y síntomas

- 1 El objetivo fundamental es la exploración de los aspectos inconscientes del paciente, es el análisis de la transferencia uno de los medios principales para cumplirlo.
- 2 Se considera el conflicto principal, la angustia que desencadena, y las defensas contra dichas angustias, todo ello es material a interpretar en el momento oportuno.
- 3 Si las interpretaciones se realizan adecuadamente, apegadas al conflicto principal, se evidencia una flexibilización de la temática de juego, donde el niño muestra material adicional.
- 4 La interpretación se dirige al contenido de las fantasías, sentimientos, ansiedades y experiencias expresadas durante el juego.
- 5 Cada niño y cada situación es única, con sus propias particularidades, por lo que las intervenciones se ajustan al ritmo de trabajo de cada paciente individual.

Fase de identificación de culpa y/o duelo

- 1 A través de la interpretación, las defensas y la ansiedad del niño aumenta, pero al evaluar el continuo tratamiento se ve su posterior disminución, y por ende estabilización de los síntomas que afectan al niño.
- 2 En los casos en los que hay inhibición del juego, el terapeuta trabaja en entender la razón de ello, para interpretarlo, y que así naturalmente el niño se incorpore en la actividad.
- 3 La interpretación se enfoca no sólo en las palabras del niño sino, también, en las acciones que realiza a través del juego.

- 4 El analista participa activamente en el juego siempre que sea solicitado y requerido, y personifica en función a los requerimientos del niño y de la sesión, nunca bajo sus preferencias.
- 5 El terapeuta siempre está atento a lo que observa durante el juego, y participar en el momento oportuno. Si no está claro del contenido a interpretar, es preferible siempre acompañar.

En el caso de niños que han experimentado una situación de abuso sexual, el terapeuta está atento a:

- 6 Situaciones donde exprese su agresividad, sentimientos de culpa, inseguridad hacia el medio, y ello es material a interpretar, se escoge siempre, en primer lugar, desde la transferencia analítica.
- 7 Es importante permitir la expresión de la agresividad en la sesión de juego, y evaluar la intensidad de dicha emoción, se pone atención a la razón de esta emoción en la situación en la que emerge.
- 8 Posterior a la expresión de impulsos destructivos, atender la actitud del niño con el juguete dañado. Dejarlo de lado es un indicador de desagrado hacia el objeto dañado, como consecuencia de temor persecutorio de que la persona atacada (representada por el juguete) sea vengativa y peligrosa.

Fase de interpretación y/o re significación de los símbolos

- 1 Posteriormente muestra acercamiento, lo que sugiere que ha sido posible analizar algunas defensas importantes, y han disminuido las angustias de persecución, donde ya es posible que vivenciar el sentimiento de culpabilidad y experimenta la necesidad de reparación.
- 2 Así mismo explorar y atender las consecuencias en la mente ante estos impulsos destructivos, donde se evidencia culpabilidad y/o ansiedad

persecutoria, los cuales han sido la secuela en su vida de sus impulsos destructivos, por lo que experimenta temor de represalias.

- 3 El analista no muestra aprobación o desaprobación ante los impulsos destructivos; no restringe con una visión moralista, pero tampoco alentarlos. El trabajo es acompañar y capacitar al niño a que experimenta sus emociones y fantasías a medida que ellas surjan.
- 4 Además, de la interpretación el terapeuta acompaña la identificación y expresión de emociones, tristeza, miedo, rabia, esto a través de señalamientos, clarificaciones y contradicciones, se permite la catarsis. Las cuáles son las intervenciones principales especialmente en las primeras sesiones de trabajo analítico.

Materiales en el consultorio de un analista de niños

Todo este material es de muy buena calidad, de diferentes texturas y contexturas para valorar con exactitud la fuerza con la que el niño envuelve de energía al objeto (catexia) mediante su impulsividad como presión, enojo, destrucción, así como, también, de su reparación interna.

- 1 Juguetes de gran variedad, no mecánicos
- 2 Cubos, platos, tazas, plastilina, goma de pegar, tijeras
- 3 Pelotas de goma pequeñas
- 4 Figuras humanas variables en color y tamaño, sin indicación de profesión u oficio. Hay que encontrar tantos como para formar una familia humana
- 5 Animales domésticos y salvajes, con los que conforme una familia
- 6 Hojas, colores, lápices

Primera sesión, el encuadre y la transferencia

El profesional presenta el espacio adecuado y discreto, permite que el niño explore lo que desee con libertad. , el ambiente es limpio, agradable, cálido.

El analista tiene una actitud abierta y de empatía, con lo que demuestre su interés a escuchar y su disponibilidad para ayudar en lo que se lo permita. El encuadre terapéutico, sería el tercer elemento presente en la terapia. Es menester que el psicólogo posterior a la sesión de trabajo analice el tipo de transferencia positiva o negativa que ha surgido entre el paciente, pues, de ello depende el posterior desarrollo o no del proceso de terapia.

Además, el encuadre se lo construye de acuerdo a la edad del paciente: lugar, día y hora. Por tanto, se entiende la importancia del encuadre en el trabajo psicoanalítico. Observar con mucha atención el desenvolvimiento del niño en el espacio y con los materiales durante esta primera sesión, donde recoge información diagnóstica sobre sus conflictos principales, angustias y defensas.

Cabe mencionar, no siempre resulta exitosa el equiparamiento del encuadre y la transferencia positiva al inicio de la terapia, muchas de las veces los mecanismos de defensa se activan ante la presencia del psicólogo (a)

Sesiones de tratamiento

El terapeuta permite al niño libertad a escoger lo que desea realizar en la sesión, se interviene de acuerdo con las escenas que propone en el juego o dibujos. Está atento al desenvolvimiento del niño en espacios externos al consultorio, con la finalidad de evaluar la evolución de los síntomas, relaciones interpersonales, capacidad de adaptación y solución de problemas. Lo cual es un reflejo del crecimiento y/o trabajado en el tratamiento analítico, evolución de las defensas, y disminución de la angustia.

El terapeuta guarda en una carpeta personalizada los trabajos y dibujos realizados por el paciente, la cual está en un lugar del consultorio conocido por él. Este material sirve como reflejo de la evolución del paciente, dibujos, personajes, escenas y conflictos representados.

Interpretación como técnica de intervención central

El terapeuta en psicoanálisis tiene un repertorio de estrategias de intervención, las cuales, se estructuran alrededor del objetivo de preparar al paciente para la interpretación. En ellas resalta, en primer lugar, el establecimiento de un encuadre firme y estructurado, el cual genera el ambiente seguro donde el paciente poco a poco, se siente libre de compartir sus conflictos cada vez más profundos. Este es un aspecto central en el trabajo con niños, y especialmente en niños donde su seguridad ha sido vulnerada, de esta manera, asegurar la constancia objetal y disponibilidad del terapeuta es la primera estrategia central para el tratamiento de niñas que han sido víctimas de abuso sexual.

Luego, se encuentra la escucha activa, desde la que el terapeuta atiende el verbatim literal del paciente para su registro, pero de manera paralela trata de comprender sí el significado real de lo que el paciente comparte. En el caso de la sesión de juego, se pone especial atención a cada uno de los personajes del juego, a las escenas que plantea, el conflicto, que se presenta y la posible resolución del mismo. Este es el material que el terapeuta almacena para comprender al paciente y luego devolverlo de una forma digerible y que el paciente llegue a su propia comprensión. En el caso de niñas víctimas de abuso paulatinamente presenta en las escenas de juego situaciones similares al trauma, ante lo que el terapeuta está especialmente atento, y seleccionar la intervención adecuada en cada momento.

Así lo explica la fundadora de la escuela psicoanalítica freudiana en Mar del Plata, Moretti (2018), la técnica por excelencia del psicoanálisis es la interpretación, es la estrategia a través de la cual el analista ayuda al paciente a comprender los conflictos y angustias más profundas. La interpretación es un proceso de decodificación, en donde el analista comprende el contenido latente ofrecido por el paciente a través de su comunicación verbal y no verbal; se examinan con detenimiento los datos que integran el contenido manifiesto, desde otra perspectiva, considera sus posibles significados.

Entonces constituye una hipótesis formulada como el último paso para que el paciente se dé cuenta de su padecimiento.

Con esta técnica el terapeuta busca descifrar algo para el paciente, y a su vez trabaja en la creación de las condiciones para descubrir su propia verdad. Así, el analista le presenta las imágenes e información necesarias, para estimular su reflexión y por ende la comprensión de estos contenidos de su mundo interno.

El terapeuta está atento a la situación de trauma, las personas involucradas, emociones que estuvieron presente en ese momento y aún invaden el presente de la niña. En la medida en que las entiende y las interpreta de manera adecuada para la niña, esto generara la comprensión de sí misma, lo que paulatinamente lleva a su tranquilidad y bienestar, integran lo sucedido y fortalece su personalidad.

La forma en, que se estructura una interpretación es fundamental todo determina la manera en, que se transmite y recibe el mensaje, incluye las palabras, el tono de la voz, el ritmo con el que se habla y el momento, son aspectos que representan información no verbal, la cual inevitablemente es recibida por el paciente, así lo declara el Psiquiatra y Psicoanalista (Manzano *et al.*, 2018).

En consecuencia, la interpretación requiere de descontaminación, es una alianza terapéutica positiva, y el paciente está en un momento del tratamiento cercano a la conciencia de ese material reprimido, que se interpreta. Mientras que el material inconsciente se acerca al preconciente, se vuelve accesible para el diálogo interno del paciente, por lo que entonces es un material susceptible a interpretación.

Psicólogo y pronóstico

Finalmente, en este punto resulta fundamental resaltar el rol del terapeuta como ser humano dentro de la relación analítica. El analista encarna dentro de la sesión una posibilidad de mejora para el paciente, debido a que con él reedita sus

posibilidades y limitaciones. Se incluye como una persona para reeditar las relaciones primarias del paciente, y así ofrecer la posibilidad de cura y ampliación de la comprensión que tiene de sí mismo. De esta manera el analista encarna la intervención a través del vínculo, que se desarrolla con el analizado. En ello, es importante mantener un ambiente transferencial positivo (Manzano *et al.*, 2018).

En el caso de las niñas víctimas de abuso, hay que ser cuidadoso con su postura, ser siempre empático, pero a la vez muy respetuoso con los límites personales de la paciente.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Se presentan a continuación, los resultados obtenidos por las tres participantes del estudio, en cada uno de los instrumentos aplicados. En primer lugar, se presenta el análisis de la prueba proyectiva HTP, dividido en cada una de las representaciones realizadas, para luego describir los aspectos concluyentes de las participantes. Luego de ello, se presentan los resultados de la ficha de observación, donde se obtiene los criterios clínicos que cada un cumple, para así identificar si tienen algún diagnóstico correspondiente a la categoría de ansiedad determinada por el manual correspondiente.

3.1. Resultados de los instrumentos de medición

- 1 Aplicación del test proyectivo HTP (*Home, Tree, Person*)
- 2 Aplicación de la Ficha de diagnóstico de Ansiedad
- 4 Aplicación de la Ficha de observación del Juego

Análisis general

- 1 Cada test se aplica en una hora de sesión.
- 2 La aplicación del test es individual con cada paciente
- 3 El Psicólogo realizar la interpretación de manera independiente.
- 4 En la sesión de juego se realiza la socialización de resultados
- 5 Se determina diagnóstico presuntivo
- 6 Se establece plan de tratamiento

Presentación de casos

Historia clínica N° 1

Datos de identificación

Nombre: Brigith, ingresó a los 9 años y egresó de 14 años

Medidas de acogimiento dictaminado por: DINAPEN (Dirección Nacional Policía Especializada de la Niñez)

Denuncia por: callejización

Antecedentes generales

De nacionalidad ecuatoriana, domiciliada en el cantón Quito, registra antecedentes de evasión escolar. Progenitores separados, su padre tiene antecedentes psiquiátricos, estuvo preso juzgado por parricidio, consumo de drogas y prácticas esotéricas; su madre tiene una nueva relación, presenta consumo de alcohol, maltrato físico, fue diagnosticada con depresión y mantiene tratamiento farmacológico. Brigith es la última de tres hijos, su hermana mayor con 5 años con quien pelea mucho; su hermano es mayor con 3 años, según historial escolar se encuentra asociado con conductas impulsivas, uso de drogas, uso de armas.

Anamnesis

Presenta cambios repentinos de alegría a llanto intensos, tristeza permanente, habla mucho de su mamá, no acata disposiciones, conductas impulsivas, su aspecto es descuidado y veces sucio.

* * * *

Historia clínica N°2

Datos de identificación

Nombre: Angie, ingresa de 10 años y egresó de 13 años

Medidas de acogimiento dictaminado por: JUNTA CANTONAL DE PROTECCION

Denuncia por: negligencia y abandono de los progenitores

Antecedentes generales

De nacionalidad ecuatoriana, domiciliada en cantón Lago Agrio, se conoce que la menor deambula por el sector pidiendo alimentos para ella y sus hermanos menores, desertó de la escuela. Su padre formó otro hogar y las abandonó; su madre presenta consumo de alcohol, no tiene trabajo formal ni permanente con que mantener a sus hijos. Angie es la cuarta de 7 hijos, su hermano mayor se sabe que consume drogas y como consecuencia de ello sus funciones volitivas son inhibidas

Anamnesis

Poca sociabilización, llanto fácil, cabeza baja, conducta impulsiva, evoca recuerdos de su madre, sus padres y abuelos, silencio prolongado, poca motivación para efectuar sus actividades, cumple rol de madre sobre sus hermanos.

* * * *

Historia clínica N° 3

Datos de identificación

Nombre: Alexandra, ingresó a los 8 años y egresó de 13 años

Medidas de acogimiento dictaminado por: FISCALIA

Denuncia por: trabajo infantil

Antecedentes generales

De nacionalidad ecuatoriana, domiciliada en el cantón Riobamba, registra antecedentes de venta de productos en la calle. No conoce a su padre, su madre presenta consumo de alcohol, es trabajadora sexual, mantenía varias relaciones con hombres, la relación con su madre se caracteriza por el maltrato físico frecuente, relata que su tía materna la usaba para prostituirla y cobrar dinero a cambio. Alexandra es la mayor junto con su hermano menor de quien se encargaba de cuidar.

Anamnesis

Presenta cortes en sus brazos, lenguaje sexualizado, conductas impulsivas, desacato de normas, enojo, comprensión habla frecuentemente de su madre, empobrecimiento de imagen personal. Además, señalar que en los 3 casos presentan abuso sexual confirmado.

* * * *

Aplicación del test proyectivo HTP (*Home*)

Tabla 3. Test proyectivo HTP casa

		Caso 1	Caso 2	Caso 3
CASA	Paredes dibujadas con trazos muy débiles (amenaza a la integración y falta de defensas eficaces)	P	P	A
	Dibujo frontal (ocultamiento de lo que ocurre adentro)	P	P	P
	Puerta o ventanas ausentes o pequeñas (dificultad para comunicarse con el medio, necesidad de protección)	P	P	P
	Puerta con manilla (observación hacia el exterior)	A	P	A
	Puerta sin manilla (imposibilidad de ingreso)	P	A	P
	Ventanas con rejas, reforzamientos, cortinas (imposibilidad para conectarse con el exterior, no se entra ni sale)	P	P	P
	Chimenea con humo (tensión acumulada por situación traumática)	A	A	A
	Chimenea sin humo (guarda un secreto en la familia)	P	P	A
	Transparencia en el dibujo (necesidad de comunicar lo que ocurre u ocurrió)	A	A	A
	Antenas en TVs o radios (atención permanente, hipervigilancia, peligro)	A	A	A
	Sol y su tratamiento (figura masculina, autoridad, posible representación del agresor)	A	A	A
	Sol excesivamente grande, con énfasis en las puntas (abuso sexual)	A	A	A
	Nubes (presencia de problemas y preocupaciones)	A	A	A

Fuente: modificado a partir de manual de HTP (2008)

En esta tabla se presentan los resultados obtenidos en los tres dibujos de La Casa de las participantes. Es posible notar que los criterios presentes en las tres corresponden a: ocultamiento de cosas que ocurren dentro del hogar, dificultades para comunicarse con el medio y necesidad de protección e imposibilidad para conectarse con el medio que las rodea. También, se encuentran los criterios presentados por dos de las participantes, los cuales son: sensación de amenaza a la integración yoica y con ello falta de defensas eficaces para autoprotegerse, imposibilidad de ingreso a su mundo interno, necesidad de guardar un secreto de la familia.

Aplicación del test proyectivo HTP (*Tree*)

Tabla 4. Test proyectivo HTP árbol

		Caso 1	Caso 2	Caso 3
ÁRBOL	Nidos, huecos en el tronco, ramas cortadas (existencia de un trauma)	A	A	A
	Marcas en la parte inferior del tronco (huellas de experiencias tempranas)	P	A	A
	Marcas superiores (mascas recientes)	A	A	A
	Ramas cortadas o rotas (inadaptación y pasividad)	A	A	P
	Árbol muerto a causa de factores externos (sentimientos de traumatización)	A	A	A
	Ausencia de ramas (imposibilidad de desarrollar vínculos sociales adaptativos)	A	A	P
	Doble línea en el contorno de la copa (necesidad de ser impermeable en la relación con el medio)	A	A	A
	Forma fálica de la copa (conflictos y ansiedades que involucran la zona genital)	A	A	A
	Raíces fuera del terreno (sentimiento de estar en un entorno desfavorable para afirmarse)	A	A	A

Fuente: modificado a partir de manual de HTP (2008)

En esta tabla, se observan los criterios que presenta en los dibujos del árbol realizados por las tres participantes. En este caso, se evidencia que ninguno de los criterios se aprecia en las tres niñas. Lo que se observan están sólo en uno de los casos, son representación de huellas en la infancia temprana, sensación de inadaptación y pasividad, e imposibilidad de desarrollar vínculos sociales adaptativos. Se evidencia de forma contraria que la mayoría de los criterios se encuentran ausentes.

Aplicación del test proyectivo HTP (*Person*)

Tabla 5. Test proyectivo HTP persona

		Caso 1	Caso 2	Caso 3
PERSONA	Desproporciones o deformidades (conflicto en la zona)	A	A	P
	Sombreado (angustia, ansiedad, inseguridad, sentimientos de culpa, perturbación)	A	A	A
	Persona ubicada a la izquierda (trauma, interés por el pasado)	A	A	A
	Manos omitidas (trauma por maltrato o abuso sexual infantil, sentimientos de culpa o inadecuación)	P	A	P
	Manos grandes (conductas agresivas)	A	A	A
	Brazos delgados (desprotección)	P	P	P
	Brazos extensos (dificultades en el contacto)	A	A	A
	Orejas grandes (necesidad de estar alerta, hipervigilancia, actitud persecutoria)	A	A	A
	Ojos abiertos (hipervigilancia)	P	P	P
	Ojos vacíos, cerrados u omitidos (negación de lo vivido)	A	P	A
	Nariz fálica o en punta (agresividad)	A	A	P
	Boca cerrada u omitida (secreto, inseguridad, angustia por sentirse atrapado en la imposibilidad de contar lo vivido)	P	P	P
	Sonrisa exagerada (negación, compensación)	A	A	A
	Cabeza muy grande en relación al cuerpo (preocupación e intento de comprender la situación vivida, trauma que no ha sido elaborado)	A	A	A
	Cuello extenso (disociación, mecanismo para soportar trauma)	P	P	P
	Presencia de genitales (preocupación sobre el aspecto sexual, posible vivencia de abuso)	A	A	P
	Ausencia de pies (inseguridad y falta de sostén)	P	P	P
	Dibujo demasiado pequeño (retraimiento, inadecuación, desvalorización, depresión, preocupación por las relaciones con el ambiente)	A	P	A
	Dibujo demasiado grande (inmadurez y pobreza de controles internos)	A	A	A
Transparencias (conflictos en la zona)	A	A	P	

Fuente: modificado a partir de manual de HTP (2008)

En esta tabla, se observa los criterios correspondientes al dibujo de la figura humana, donde se cumplen en las tres participantes: sensación de desprotección, hipervigilancia, guarda secreto, sensación de inseguridad, experimentación de angustia por sentirse atrapadas en la imposibilidad de contar algo vivido, utilización de la disociación como mecanismo para soportar un trauma, inseguridad y falta de soporte. Luego, se encuentra un criterio que es apreciado en dos de las tres participantes: trauma por maltrato o abuso sexual infantil, sentimientos de culpa o inadecuación.

En este instrumento psicológico, el dibujo de la casa evalúa el hogar y la dinámica familiar, donde, se hace énfasis en la percepción que tiene el sujeto de su mundo interno y del mundo que le rodea. En los resultados expuestos es importante destacar la presencia de dificultades en la relación con el medio, sensación de desprotección, y carencias de defensas necesarias para enfrentar las situaciones adversas vividas. Así mismo resalta la presencia de ocultamiento de un secreto en la familia, lo cual es posible asociar a experiencias traumáticas o de abuso.

Por su parte en el dibujo del árbol, es donde los individuos suelen representar las experiencias que representan un trauma para su psique y marcas que quedan en el proceso de construcción de la identidad. En este, se muestran aspectos más relacionados con el inconsciente. Es llamativo que, en la presente investigación, no se evidencian criterios presentes en las tres participantes, sin embargo, sí se observó sensación de imposibilidad de desarrollar relaciones interpersonales saludables.

Finalmente, en cuanto a la representación de la figura humana resaltan aspectos que son concordantes con la representación de la casa, con lo cual, se convierten en aspectos concluyentes en el funcionamiento de las evaluadas. El guardar un secreto, necesidad de hipervigilancia y sensación de inseguridad, es concluyente el uso de la disociación como mecanismo para enfrentar una vivencia traumática, que en este caso es el abuso sexual vivido

Ansiedad generalizada

Tabla 6. Diagnósticos de ansiedad generalizada de la infancia

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
1. Ansiedad marcada, preocupaciones (ansiedad anticipatoria) que ocurren al menos la mitad de los días en un período de seis meses como mínimo. La ansiedad y las preocupaciones estarían referidas, al menos, a varios acontecimientos o actividades	P	P	P
1. El niño encuentra difícil controlar las preocupaciones	P	P	P
2. La ansiedad y las preocupaciones se asocian a tres de los siguientes síntomas como mínimo			
a) Inquietud y sentimientos de estar "al límite"	P	P	P
b) Sensación de cansancio y agotamiento a casusa de la preocupación o la ansiedad	P	P	P
c) Dificultad para concentrarse o sensación de bloqueo mental	P	P	P
d) Irritabilidad	P	P	P
e) Tensión muscular	P	P	P
f) Alteraciones del sueño	P	P	P
3. La ansiedad y las preocupaciones abarcan al menos dos situaciones, actividades, contextos o circunstancias.	P	P	P
La ansiedad, preocupación o síntomas físicos causan un malestar clínicamente significativo.	P	P	P

Fuente: modificado a partir de American Psychiatric Association, (2014)

En esta tabla, se presentan los criterios clínicos estipulados para diagnosticar un trastorno de ansiedad generalizada en la infancia, donde es posible observar que las tres niñas participantes del presente estudio cumplen con todos los criterios, por lo que es posible realizar el diagnóstico en las tres. Es importante notar que en el criterio tres, es necesario cumplir con tres de los síntomas, y las niñas presentan los seis, por lo que afirma que el malestar que experimentan es significativo, intenso, y limitante para el funcionamiento adecuado de todo ser humano.

Ansiedad por separación

Tabla 7. Diagnósticos de ansiedad por separación en la infancia.

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
1. Preocupación injustificada y persistente por los posibles daños que acaecen a personas significativas, temor a su pérdida (miedo a que no vuelvan o a no verlas de nuevo) o miedo a la muerte de las mismas.	P	P	P
2. Preocupación injustificada y persistente a que un acontecimiento fatal le separe de una persona significativa (perderse, ser secuestrado, hospitalizado o asesinado).	P	P	P
3. Desagrado o rechazo persistentes a ir al colegio por temor a la separación (más que por otras razones, como temor a que algo ocurra en el colegio).	P	P	P
4. Dificultad para depararse por la noche, manifestado por cualquiera de los siguientes: a) Desagrado o rechazo persistentes a irse a la cama sin cercanía de una persona significativa. b) Levantarse frecuentemente durante la noche para comprobar o para dormir cerca de la persona significativa. c) Desagrado o rechazo persistentes a dormir fuera de casa.	P	P	P
5. Temor inadecuado y persistente a estar solo o sin la persona significativa en casa durante el día.	P	P	P
6. Pesadillas reiteradas sobre temas relacionado con la separación.	P	P	P
7. Síntomas somáticos reiterados (como náuseas, dolor abdominal, cefalea o vómitos) en situaciones que implican la separación de la persona significativa, tales como dejar la casa para ir al colegio u otras.	P	P	P
8. Malestar excesivo y recurrente antes, durante o inmediatamente después de la separación de una figura significativa (manifestado por ansiedad, llanto, rabietas, rechazo persistente a salir de la casa, necesidad excesiva de hablar con figuras significativas o deseo que vuelvan a casa, tristeza, apatía o aislamiento social).	P	P	P

Fuente: modificado a partir de American Psychiatric Association (2014)

En esta Tabla, se presentan los criterios correspondientes al diagnóstico de ansiedad por separación. Cabe acotar que son considerados sólo desde una perspectiva cualitativa, para ampliar la comprensión del malestar experimentado por las participantes más, sin embargo, no corresponde el diagnóstico clínico, debido, que se excluye cuando está presente la ansiedad generalizada como es el caso.

Se evidencia entonces que las tres participantes están presentes todos los criterios, con lo que es posible expresar que experimentan un malestar

significativo con respecto a sus figuras significativas y su integridad, así como, también, existen pensamientos y sentimientos persistentes en cuanto a una posible separación o pérdida de estas figuras. Estos criterios son evidencia de la inseguridad que experimentan, percibir al mundo como un entorno peligroso en el cual ocurra cualquier circunstancia peligrosa, incluye riesgo de muerte, en cualquier momento. Esto en combinación con una sensación de indefensión, donde no es posible hacer nada para protegerse. Esto trae como consecuencia un estado de alarma continuo, que es muy desgastante para el sujeto, mucho más cuando se trata de niños.

Ansiedad por hipersensibilidad social

Tabla 8. Diagnósticos de ansiedad social en la infancia

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
1. Ansiedad persistente en situaciones sociales en las que el niño se expone a personas no familiares, que se manifiesta por conductas de evitación social	A	A	P
2. El niño presente autoconciencia, vergüenza y excesiva preocupación acerca de la adecuación de su conducta en la interacción con figuras no familiares	P	P	P
3. Interferencia significativa con las relaciones sociales, las cuales, no se restringen. Cuando experimenta situaciones sociales nuevas o forzadas presenta malestar importante e incomodidad	P	P	P
4. El niño tiene relaciones sociales familiares satisfactorias	P	A	P

Fuente: modificado a partir de American Psychiatric Association (2014)

Igual que en la tabla anterior, se presentan los criterios de la categoría diagnóstica, sin embargo, no es posible estipularse debido a que es excluyente con el trastorno de ansiedad generalizada. Se empleó en el presente estudio para ampliar la comprensión del malestar de las evaluadas. Es posible notar que ninguna de las tres participantes cumple con todos los criterios, pero si está presente en las tres el criterio 3 y 4, donde resalta la dificultad de iniciar nuevas relaciones interpersonales, y dificultad para interactuar con personas que no son familiares.

Todas las participantes cumplen con el Trastorno de ansiedad Generalizada, lo cual es evidencia del malestar significativo que los síntomas de ansiedad han generado en su funcionamiento, posterior a la experiencia del abuso sexual. Así mismo, se evidencia que dicho malestar está íntimamente relacionado con el vínculo que tienen con las figuras significativas, la necesidad de sentirse resguardadas y protegidas, consigo mismas y con el medio.

Aplicación: ficha de registro del juego

Caso N°1

Sesión N°1

- Psicólogo: saluda y presenta el espacio, e invita a la niña a ingresar al consultorio.
- Niña: se evidencia recelo y desconfianza para ingresar al espacio del consultorio, entra con lentitud, antes de tomar asiento observa con detenimiento el interior del consultorio, parece evaluar el lugar donde se sienta decide hacerlo con vista a la puerta del consultorio. Luego de sentarse, el terapeuta inicia la conversación, sin embargo, la participante evita el contacto visual, coloca sus manos agarradas sobre sus piernas y evidencia tensión en su cuerpo.

(Apuntes: desconfianza, no contacto visual, tensión corporal)

- Psicólogo: sé que sientes inseguridad en este espacio conmigo, en un lugar y una persona que no conoces. Eso es esperable en una situación desconocida, incómoda y tensa.
- Niña: ante ello, la participante hace contacto visual. Esta respuesta refleja la posibilidad de que la paciente se haya sentido comprendida ante el señalamiento, donde, se puntualiza una situación que naturalmente es incómoda para ella y hace reflejo de sus emociones. Con ello el terapeuta le muestra, también, que percibe cómo se siente, que la/lo entiende y la respeta.

(Apuntes: establece contacto visual)

- Psicólogo: se explica todas las posibles actividades que se realiza en ese espacio, explica características de confidencialidad y su interés en ayudarla. Pero también se explica las actividades que no están permitidas relacionadas con el respeto y la ética.
- Niña: ante eso, la participante, se acerca a la caja de juguetes y comienza a sacar y a explorarlos. En esta oportunidad, se observa levemente más tranquila y se dispone a explorar los juguetes. Con ello el terapeuta comprende, que se sintió acompañada con la intervención anterior.

(Apuntes: aceptación del encuadre)

Sesión N°6

- Niña: desarrolla una escena en la que dos personajes adultos, un hombre y una mujer parecen pelear, se toman por los brazos y gritan, la participante sólo simula sonidos, mas no estructura un diálogo en esta situación agresiva.

(Apuntes: presencia de agresividad)

- Psicólogo: ¿parece que se pelean?, ¿hay mucho enojo?, ¿no se respetan?, ¿parece que en cualquier momento pierden el control y se hacen daño, están muy molestos?
- Niña: (hace una pausa, y hace contacto visual) Cuando dos personas se pelean me da mucho miedo, porque es una situación de peligro, para ellos y para quienes estén presentes. –continua-A mí no me gusta ver a personas pelear, ni hace falta que grite, solo noto que están enojados y ya me da mucho temor, me pongo muy muy nerviosa. (Apuntes: presencia de ansiedad)

Se evidencia cómo la participante expresa de forma más directa su emoción de temor. Así mismo demuestra mayor confianza en el terapeuta, se siente contenida y en la posibilidad de ser escuchada.

(Apuntes: necesidad de aceptación)

Caso N°2

Sesión N°3

Estructura una escena de un hogar, donde organiza los diferentes espacios de la casa. En la escena una de las figuras femeninas se encuentra en la cocina, y hace un juego de dos niñas en el espacio de la sala. Las niñas comparten y juegan con cierta libertad, sin embargo, cuando el personaje de la mujer entra al espacio, el juego de las niñas se interrumpe. Esto ocurre en diferentes momentos de la escena.

- Psicólogo: ¿qué sucede cuando ella entra aquí a la sala?, ellas hacen silencio y dejan de jugar, pareciera que no quieren que las escuche, o, no se sienten cómodas con ella.
- Niña: la participante hace contacto visual y asienta con la cabeza. Con ello, se observa cómo la participante representa e intenta tramitar en el juego una situación en la que, ella y posiblemente su hermana, se sienten inseguras e incómodas ante una figura femenina adulta. El terapeuta le demuestra que tiene la disposición para entender y ayudarla a entender lo que sucede, y sus emociones. Cuando la participante hace contacto visual y asienta, le demuestra al terapeuta que poco a poco va sintiéndose comprendida y en confianza con él.

(Apuntes: presencia de miedo y secreto)

Sesión N°9

- Niña: en esta sesión la participante solicitó hacer un dibujo. (El terapeuta facilitó hojas, colores lápices). Voy a dibujarme a mí con mis amigas.

Realiza un dibujo con tres niñas, hace una ejecución adecuada de la figura humana, y emplea diversidad de colores.

- Niña: explica estábamos de paseo y hacía mucha brisa, voy a hacerle como el viento. Pero como estábamos afuera hace falta como el verde de la grama y el azul de cielo.

(Apuntes: conflicto o amenaza que afecta desde el entorno)

En la construcción del dibujo, se aprecia rayas negras con las cuales representó el viento, y el dibujo tomó un tono oscuro, sin embargo, al agregar los colores de la grama y el cielo, vuelve a cambiar la tonalidad.

- Psicólogo: me doy cuenta cómo cambia tu dibujo, hacía mucha brisa, y de repente parecía como que todo oscuro, parecía como tenebroso. Pero ahora que agregaste el verde y el cielo, se ve diferente. La brisa sigue ahí, pero no tiene tanta fuerza sobre tú y tus amigas.
- Niña: si es cierto, así está mejor, a veces es difícil cambiar las cosas.

(Apuntes: disminución de miedo ansiedad)

- Psicólogo: bueno fíjate que la brisa hizo el dibujo oscuro, y luego tú lo cambiaste, la brisa sigue ahí, pero por ti ya no tiene tanta fuerza, eso eres tú, poco a poco eres más fuerte y te sientes más segura de protegerte y cambiar las cosas que te pasan.
- Niña: es cierto, yo me siento más fuerte y tranquila, ya no soy tan asustadiza como antes, hace contacto visual.

Caso N°3

Sesión N°1

- Niña: la participante entra con firmeza al consultorio, se sienta, y establece contacto visual con el terapeuta, parece tener una actitud defensiva. Expresión de enojo y predisposición en su rostro, se sienta derecha y sus manos sostenidas con fuerza sobre las piernas.

(Apunte: Enojo, conducta desafiante)

- Psicólogo: saluda y presenta el espacio y pregunta que le gustaría hacer.
- Niña: ¡yo no quiero estar aquí! ¡No tengo nada de qué hablar con usted!
- Psicólogo: se entiende que estas incómoda y molesta, mi intención es ayudarte. Pero si no quieres conversar hagamos otra cosa, jugar, dibujar, lo que tú quieras.
- Niña: (sin decir nada, se levanta y se dirige a la caja de juguetes). Que juguetes tan tontos, son todos para niñas chiquitas, a mí no me gusta jugar con estas cosas, que si la cocinita y con muñecas feas.

(Apuntes: rechazo a la realidad)

- Psicólogo: bueno en este lado tengo otro tipo de juguetes que quizá te guste más. Si ya llega una edad en la que creces y pues ya no te interesan las mismas cosas.
- Niña: (hace contacto visual), ¿a ver qué otras cosas tienen?

En este extracto de la sesión, se nota cómo la participante emplea el enojo como una estrategia para mostrarse fuerte y segura ante una situación de vulnerabilidad

(espacio y persona desconocida), sin embargo, cuando el terapeuta señala su emoción, y naturaliza que algunas cosas no le gustarían, la participante se muestra levemente más abierta a interactuar.

Sesión N° 5

- Niña: la paciente solicita jugar cartas. (Durante el juego hace trampa y parece necesitar hacer lo necesario para siempre ganar).
- Psicólogo: el terapeuta continúa el juego y le señala cuando le hace trampa, pero con una actitud tranquila, sin mostrar enfado ni rechazo. -Solo luego de algunas ocasiones señala- no quieres perder, si pierdes te enojas, y haces todo lo necesario para tener el control de lo que sucede y saber qué eres tú la que sale victoriosa, yo no gano de ninguna manera.
- Niña se ríe, bueno pues a quien le gusta perder.

(Apuntes: disminución de mecanismo de defensa evasión)

- Psicólogo: bueno no, a nadie le gusta perder, quizá hay situaciones en tu vida en las que tu quisieras hacer cosas para tener el control, como me haces trampa a mí, y siempre estar segura de que vas a ganar, o al menos saber qué es lo que va a pasar.

En la siguiente ronda de juego, la participante disminuye la frecuencia de las jugadas en las que intenta hacer trampa.

- Psicólogo: ¡ah! no me hiciste tanta trampa, bueno hay personas, como conmigo, con las que quizá te sientes un poco segura y tranquila, y así disfrutar el juego y el compartir.

En esta sesión, se nota cómo la participante flexibiliza la dinámica del juego, posterior a una intervención en la que el terapeuta señala un mecanismo de

defensa, que le ayuda a mantenerse a salvo. Sin embargo, se nota cómo ella empieza a diferenciar que hay situaciones en las que no necesariamente está siempre en alerta y protegiéndose.

Resultados de los Casos

Caso N°1. Brigith

Test HTP casa: ventanas con rejas, reforzamientos, cortinas (imposibilidad para conectarse con el exterior, no se entra ni sale). Chimenea sin humano (guarda un secreto en la familia). Transparencia en el dibujo (necesidad de comunicar lo que ocurre u ocurrió). En el test del árbol: ramas cortadas o rotas (inadaptación y pasividad). Ausencia de ramas (imposibilidad de desarrollar vínculos sociales adaptativos). Forma fálica de la copa (conflictos y ansiedades que involucran la zona genital), Persona: sombreado (angustia, ansiedad, inseguridad, sentimientos de culpa, perturbación). Persona ubicada a la izquierda (trauma, interés por el pasado). Cuello extenso (disociación, mecanismo para soportar trauma)

Test de ansiedad generalizada, las 3 niñas comparten, similitud de síntomas, es decir el niño encuentra difícil controlar las reocupaciones. Inquietud y sentimientos de estar "al límite". Sensación de cansancio y agotamiento a casusa de la preocupación o la ansiedad, Irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño, la ansiedad.

Test ansiedad separación, preocupación injustificada y persistente por los posibles daños que acaecen a personas significativas, temor a su. Preocupación injustificada y persistente a que un acontecimiento fatal le separe de una persona significativa Desagrado o rechazo persistentes a ir al colegio por temor a la separación, Dificultad para depararse por la noche, manifestado por cualquiera de los siguientes:

Test de ansiedad hipersensibilidad social, ansiedad persistente en situaciones sociales en las que el niño se expone a personas no familiares, que se manifiesta por conductas de evitación social, el niño presente autoconciencia, vergüenza y interferencia significativa con las relaciones sociales, las cuales, no se restringen, el niño tiene relaciones sociales familiares satisfactorias

Test ficha de observación del juego: desconfianza, contacto no visual, tensión corporal, aceptación del encuadre, agresividad, ansiedad.

Caso N°2. Angie

Test HTP casa: paredes dibujadas con trazos muy débiles, dibujo frontal, puerta o ventanas ausentes o pequeñas (dificultad para comunicarse con el medio, necesidad de protección), puerta con manilla, ventanas con rejas, imposibilidad para conectarse con el exterior, no se entra ni sale. Test Árbol, ubicación en parte inferior, tronco delgado, copa puntiaguda tamaño pequeño. Test persona: persona ubicada a la izquierda (interés por el pasado), manos omitidas (trauma por maltrato o abuso sexual infantil, sentimientos de culpa o inadecuación), brazos delgados (desprotección), ojos abiertos (hipervigilancia), sonrisa exagerada (negación, compensación), ausencia de pies (inseguridad y falta de sostén), dibujo demasiado pequeño (retraimiento, inadecuación, desvalorización, depresión, preocupación por las relaciones con el ambiente).

Test de ansiedad generalizada: las 3 niñas comparten los mismos síntomas: irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño, la ansiedad y las preocupaciones abarcan al menos dos situaciones por preocupación o síntomas físicos causan un malestar clínicamente significativo.

Test ansiedad separación: dificultad en la noche desagrado o rechazo persistente a irse a la cama sin cercanía de una persona significativa, levantarse frecuentemente durante la noche para comprobar o para dormir cerca de la persona significativa, desagrado o rechazo persistentes a dormir fuera de casa, temor inadecuado y persistente a estar solo o sin la persona significativa en casa durante el día. Pesadillas reiteradas sobre temas relacionado con la separación.

Test de ansiedad hipersensibilidad social: se registra que los resultados obtenidos de la niña evidencia que cumple en todos los ítems.

Test ficha de observación del juego: miedo, secreto, ansiedad, amenaza.

Caso N°3. Alexandra

Test HTP casa: paredes dibujadas con trazos muy débiles (amenaza a la integración y falta de defensas eficaces), dibujo frontal (ocultamiento de lo que ocurre adentro), puerta o ventanas ausentes o pequeñas (dificultad para comunicarse con el medio, necesidad de protección), puerta con manilla, puerta sin manilla (imposibilidad de ingreso), ventanas con rejas, reforzamientos, cortinas (imposibilidad para conectarse con el exterior test de árbol: ramas cortadas o rotas (inadaptación y pasividad), forma fálica de la copa (conflictos y ansiedades que involucran la zona genital)

Test de ansiedad generalizada: el niño encuentra difícil controlar las reocupaciones. Inquietud y sentimientos de estar "al límite". Sensación de cansancio y agotamiento a casusa de la preocupación o la ansiedad, Irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño, la ansiedad. test persona: desproporciones o deformidades (conflicto en la zona), sombreado (angustia, ansiedad, inseguridad, sentimientos de culpa, perturbación, persona ubicada a la izquierda (trauma, interés por el pasado), brazos delgados (desprotección), orejas grandes (necesidad de estar alerta, hipervigilancia, actitud persecutoria), ojos abiertos (hipervigilancia)

Test ansiedad separación: también en este test comparte similitud de respuestas, preocupación injustificada y persistente a que un acontecimiento fatal le separe de una persona

Test de ansiedad hipersensibilidad social: el niño presente autoconciencia, vergüenza

Test ficha de observación del juego: enojo, conducta desafiante, rechazo, madurez acelerada.

Análisis de los Casos

Las tres participantes demuestran actitudes diferentes hacia el terapeuta en todo su proceso psicológico. Al inicio, se evidencia timidez, rabia, silencio, son estas las diferentes maneras en las que enfrentan una situación en la que se sienten vulnerables o amenazadas. En esta situación el terapeuta hace un señalamiento de su incomodidad y de su emoción, con lo que las participantes sintieron comprensión y respeto, lo cual genera una leve apertura, evidenciado en elementos como el contacto visual, la disposición para explorar la caja de juguetes, o para compartir con el terapeuta.

Es posible notar que cuando una participante representa una situación de agresión y el terapeuta señala no sólo la rabia evidente sino, también, el temor profundo que experimenta en una situación así, la participante empieza a desarrollar su propia capacidad para expresar sus sentimientos. El terapeuta ha demostrado estar ahí para ella, con lo que es posible representar, sentir y expresar este tipo de contenidos, en su compañía. Eso la aproxima a una mayor comprensión de su situación familiar y de sí misma.

Cabe, también, mencionar la evolución de las participantes a lo largo de las sesiones, donde, se evidencia mayor seguridad, y capacidad para expresarse y cambiar las situaciones. En el caso tres, se observa cómo la participante, se siente con mayor disposición para enfrentar y tolerar circunstancias problemáticas, que, aunque no cambia, tienen menos impacto sobre sí misma.

El terapeuta señala la emoción en el dibujo, y la participante hace de manera espontánea la asociación con su situación y vida real, fuera del consultorio. Con ello, se demuestra cómo la evolución del trabajo terapéutico mediante el uso del juego, paulatinamente se desplaza a otros ambientes de la vida de la participante.

Con el test proyectivo HPT, se observa en el dibujo de la casa, que las 3 niñas presentan dificultades para expresar su malestar, necesidad de protección, y secretos. En el dibujo del árbol, una de las tres niñas, evidencia el abuso sexual, y

variación en creatividad. En el dibujo de la persona, se evidencia agresividad, disociación del yo, angustia por no revelar su experiencia, por ello, se ven obligadas a utilizar la disociación como mecanismo de defensa.

En segundo lugar, en la ficha de observación de criterios de diagnóstico de la ansiedad se ha identificado trastorno de ansiedad por separación en las 3 niñas, miedo a la separación, desprotección. También trastorno de hipersensibilidad social, es decir, dificultad en la interacción social de las 3 niñas, esto a causa del abuso sexual vivido y la necesidad de sentirse protegidas. Así mismo, tienen la percepción de sentirse siempre vigiladas, por lo tanto, inseguras de igual modo presentan todas las características de trastorno de ansiedad generalizada en la infancia, todo esto como consecuencia de los hechos traumáticos.

CONCLUSIONES

- El diseño de una propuesta de intervención para el tratamiento de la ansiedad a partir del enfoque psicoanalítico tiene su sustento metodológico, manifestado por varios autores, que permite indagar los elementos del contenido del aparato psíquico, llámese: inconsciente, preconsciente y consciente, que almacenan en cada una de ellas, las experiencias traumáticas vividas por cada paciente en su historia de vida. Por tanto, en lo referente al juego como instrumento constituye un elemento apropiado para la búsqueda de diagnóstico y tratamiento para dar respuesta a este espacio vacío por medio del simbolismo proyectado en el objeto, que no es necesariamente con palabras sino con el lenguaje corporal que catectiza¹ el objeto, es así que la presente investigación, permiten a las infantes sentirse cómodas al momento de revelar lo que para ellas es un secreto, aquí el terapeuta accede a que las pacientes dirijan actividades lúdicas y así revelaran dichos eventos, sin sentirse vulneradas.
- En relación a la fundamentación de los aspectos teóricos de las variables de estudio, la presente investigación ha evidenciado la fundamentación y la efectividad del juego de la terapia psicoanalítica en el campo teórico como en la práctica, tanto en el campo infantil, adolescentes incluso adultos; aplicado a nivel institucional, logrando resultados notorios en la reducción de angustia en pacientes infantiles, víctimas de abuso sexual. El mal llamado "mal comportamiento" es traducido en términos psicológicos como la ya nombrada ansiedad generalizada, que constituye el punto de partida y desarrollo del tratamiento en casos de abuso sexual. Es considerado a la vez como el inicio de exploración de otras patologías. Una vez que, se conoce de las causales se evidencia mejoría en cuanto a la identificación y expresión de sus síntomas emocionales y en cuanto al fortalecimiento del yo interior o de sí mismas, concluyendo que su psique no está preparada para expresar ese daño o dolor emocional.

¹ Condición de envolver energéticamente a un objeto.

- La aplicación del dispositivo juego a las niñas de la casa de acogida Mercedes de Jesús Molina en la ciudad de Quito fue realizado de manera efectiva, logrando conseguir los fines que se persiguen durante el proceso de tratamiento psicológico y también de la presente investigación. Además, que las pacientes mediante una indagación muy ligera, consideran que la técnica es una forma de trabajo muy agradable que no se asemeja con lo tradicional y en ella se trabaja en lo que les gusta.
- Finalmente, para establecer como técnica de intervención desde la práctica del juego para niñas/os víctimas de abuso sexual en la Casa Hogar Mercedes de Jesús Molina, la socialización y capacitación del trabajo del psicólogo con el personal o equipo técnico de dicha institución es muy importante. Para que, quienes trabajan con niñas puedan saber sobre los procesos y registrar las novedades que susciten fuera del tiempo de terapia, y dentro de la casa de acogida. Además de planificar los estudios de casos que permitan fortalecer el conocimiento de cada caso.

RECOMENDACIONES

- La propuesta de intervención para el tratamiento de la ansiedad desde un enfoque psicoanalítico por medio de la técnica del juego es recomendable en el sentido que, utiliza un método que no es directo e invasivo, como es el caso de otras escuelas psicológicas en donde se trabaja de forma directiva, especialmente cuando se imposibilita el dialogo fluido, de lo contrario es una herramienta proyectiva en el cual, la paciente elige la actividad que desea realizar, sin ningún problema, en este sentido la niña buscará todos los materiales didácticos de su alrededor, para elegir según su interés, para ello es menester que las oficinas de los terapeutas, cuenten con diversos materiales para que las niñas puedan explorar sus texturas y colores que sean de su agrado.
- Una vez demostrada la fundamentación de los aspectos teóricos de las variables de estudio, se recomienda la aplicación terapéutica y el análisis de cada caso de abuso sexual en las casas de acogida, con el fin de examinar la efectividad de los trabajos terapéuticos que se efectúan sobre estos temas, con respeto a las situaciones sintomáticas de las niñas con ansiedad.
- Además, la aplicación del dispositivo del juego a las niñas de la casa de acogida Mercedes de Jesús Molina en la ciudad de Quito constituye la primera evidencia científica que busca establecer como técnica de intervención desde la práctica del juego. En función a ello, se recomienda hacer una investigación, donde, se analice a profundidad las limitaciones con las que cuenta la práctica del juego, por ejemplo, cuánto tiempo demora en su proceso de recuperación versus la terapia tradicional.

BIBLIOGRAFÍA

Academia Nacional de Medicina. (2015). *El trastorno de la ansiedad generalizada*.

México D.F: ANMM.

Almagro, M. (2017). *El juego en la clínica psicoanalítica con niños: revisión de los fundamentos teóricos*. XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR “Psicología, Culturas y Nuevas Perspectivas”. Buenos Aires.

Alvarez, D. (2017). *Inteligencia Emocional, Exigencia Emocional y Estrategias de Afrontamiento en Policías de la Superintendencia de Drogas Peligrosas*.

Fundación UADE.

Álvarez, O., Lila, M., & Castillo, I. (2012). *Los estilos de liderazgo de la Policía Local de la Comunidad Valenciana: Una aproximación desde la Teoría del Liderazgo Transformacionales* de Psicología, 28(2), 548-557.

American Psychiatric Association. (2014). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Arredondo, V. (julio de 2017). *Investigación sobre psicoterapia en abuso sexual infantil: ¿Una tarea pendiente en Chile?* Summa Psicológica, 14(1),1-11.
Recuperado el 5 de mayo de 2022, de [https://summapsicologica .cl/index .php/summa/article/view/227](https://summapsicologica.cl/index.php/summa/article/view/227)

Asamblea Constituyente. (2008). *Constitución de la República*. Montecristi: Registro Oficial No 449 de 20 de octubre de 2008.

Asamblea General . (1989). *Convención de los derechos del Niño* . Nueva York: ONU.

Asamblea Nacional. (2014). *Código Orgánico Integral Penal* . Quito: Registro Oficial N° 180 de 10 de febrero de 2014.

Asturizaga, E., & Unzueta, C. (2008). *El estatuto del Juego en la Clínica Psicoanalítica con Niños*. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP, 6(1), 1-21.

Bajar, M. (2015). *Abuso sexual infantil como una forma de maltrato*. Buenos Aires: Universidad Nacional de La Plata.

Berrú, J. (2019). *Propuesta teorica de dispositivo en encuentro entre psicoanálisis y la pediatría en relación al trabajo clínico con niños*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Psicología, Quito. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16576/Disertaci%C3%B3n%20Berr%C3%BA%20Negrete%20Josu%C3%A9%20David.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Bratton, C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2015). *The efficacy of play therapy with children: a meta-analytic review of treatment outcomes*. *Professional Psychology: research and Practice*, 36(4), 376–390.

Brauer, M. (2013). *Enseñar en la Universidad*. España: Pirámide.

Bravo, L., & Meléndez, Y. (15 de diciembre de 2016). *Caracterización del abuso sexual infantil a partir de historias clínicas*. *Avances en Psicología. Revista de la Facultad de Psicología y Humanidades*, 24(2), 135-147. Recuperado el 10 de mayo de 2022, de <https://revistas.unife.edu.pe/indephp/avancesenpsicologia/article/view/149>

Brotherson, S. (. (2009). *Young Children and The Importance of Play*. *Bright Beginnings*, 23.

Browne, A., & Finkelhor, D. (2021). *Impacto del abuso sexual infantil: Una revisión*. Washington D. C.: Asociación de Psicología.

Caldera, D., Arredondo, M., & Zarate, L. (2019). *Rotación de personal en la industria hotelera en el estado Guanajuato, México*. *Revista Iberoamericana de Estrategia*, 18(4), 615-629.

Calderón, J. (2008). *De la doctrina de la situación irregular a la doctrina de la protección integral: La hegemonía del interés superior del niño*. Lima : Palestra.

- Cando, R. (2019). *Propuesta de dispositivo de acompañamiento psicológico desde un enfoque psicoanalítico a jóvenes que se preparan para voluntarios de la congregación de la providencia y de la inamculada concenpción*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Psicología, Quito. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/16954/disertaci%C3%93n%20rosario%20soledad%20cando%20morales.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Carpio, J., & Quipas, M. (2012). *Sistema nacional de información Científica del SINACYT - SICS*.
- Casado, M., & Franco, L. (2010). *Salud, ira y estrategias de afrontamiento en agentes de policía*. *Edupykhe*, 9(1), 43-60.
- Castro, A., & Martina, M. (2003). *Concepciones de civiles y militares argentinos sobre el liderazgo*. *Boletín de Psicología*(78), 63-79.
- Castro, A., Lupano, M., Banetiul, D., & Nader, M. (2007). *Teoría y evaluación del liderazgo*. Buenos Aires: Paidós.
- Cedillo, G. (2019). *La gestión de Capital Humano en la detección de competencias laborales docentes, para su selección y contratación de una universidad privada en CDMX desde una perspectiva humanista*. *Revista Boletín REDIPE*, 11. Obtenido de <https://revista.redipe.org/index.php/1/article/view/850/775>

Charry, S. (2020). *Selección de personal*. Bogotá: Fundación Universidad de América.

Chavenato, I. (2011). *Administración de Recursos Humanos* (Novena ed.). México: Mc.Graw Hill International. Obtenido de https://www.sijufor.org/uploads/1/2/0/5/120589378/administracion_de_recursos_humanos_-_chavenato.pdf

Chavez, F. (2014). *Emociones y estrategias de afrontamiento y policías de la provincia de Buenos Aires*. Universida Abierta Interamericana . Buenos Aires : Facultad de Psicología y Relaciones Humanas .

Chinkes, A. (1997). *Sobre el uso del término “Dispositivo” en psicoanálisis*. Nudos en Psicoanálisis, 4(5), 14-16.

Congreso de la República. (2018). *Ley Universitaria. Ley Nº 30.220/2014. Perú*. Obtenido de https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/site_accion_files/siteal_peru_6035.pdf

Congreso Nacional . (2003). *Código de la Niñez y Adolescencia* . Quito: Congreso Nacional .

Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional. (2020). *Datos actuales de la violencia contra niños, niñas y adolescentes en el ecuador y*

recomendaciones fortalecimiento sistema de protección. Quito: Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional.

Consejo Universitario Alcance. (2017). *Reglamento del consejo universitario de la Universidad Nacional.*

Consentino, A. (2001). *Fortalezas del carácter en militares argentinos.* Buenos Aires: Universidad de Palermo.

Corina, G., Abdalá, A., & Gomez, M. (2009). *Guía para la atención del abuso sexual infantil.* INF, 30(2). Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/actped/mex/apm-2009/apm092e.pdf>

Dal, M., Gupta, N., Quain, E., & Saucat, A. (2009). *Seguimiento y evaluación de los recursos humanos en salud: retos y oportunidades.* En O. M. Salud, *Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud.* El Banco Nacional.

Deza, M., & Ipaguirre, P. Z. (2018). *El psicoanálisis con niños es un juego.* *Psicopatol. salud ment*, 27-30. Obtenido de <https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/12/Deza-M-31.pdf>

Domenach, J.-M. (2015). *La Violencia y sus causas.* Tercera edición. París: UNESCO.

DSM-5. (2014). *Nueva clasificación de los trastornos mentales*. *Neuro psiquiatría*, 50-55. Obtenido de https://www.sonepsyn.cl/revneuro/enero_marzo_2014/Suplemento_2014_1_Neuro_Psiq.pdf

Echeburúa, E., & Guerrica, C. (2021). *Abuso sexual en la infancia*. Madrid: Ariel.

Eisen, A., Sussman, J. M., Schmidt, T., Mason, L., Hausler, L. A., & Hashim, R. (2017). *Trastorno de ansiedad por separación*. Berkeley: Universidad de California.

Elzayeb, A. (2019). *Ansiedad: conocimientos sobre signos, síntomas, etiología, fisiopatología y Tratamiento*. *Revista de Ciencias Médicas Académicos de África Oriental*, 2(10), 1-13. Recuperado el 7 de mayo de 2022, de https://www.researchgate.net/publication/336738068_Anxiety_Insights_into_Signs_Symptoms_Etiology_Pathophysiology_and_Treatment/link/5db002f04585155e27f7f78e/download

Espin, G. (2011). *Análisis y seguimiento de los resultados de la evaluación del desempeño de la dirección de administración de recursos humanos*. Quito: Instituto de Altos Estudios Nacionales.

Espín, M. (2019). *Terapia de Juego para la reducción de síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático en niños y adolescentes de 10 a 14 años de edad, huérfanos por femicidio en sus madres en Quito, Ecuador*. Universidad San

Francisco de Quito, Quito. Obtenido de <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/10307/1/130190.pdf>

Espinoza, D. (2020). *Modelo de selección de personal para mejorar el desempeño docente en la Facultad de Ciencias Económicas*. Universidad Cesar Vallejo, Perú. Obtenido de <https://hdl.handle.net/20.500.12692/59173>

Espinoza, D., Cordova, E., & Silva, E. (Dic de 2021). *Incidencia de la selección de personal en el desempeño docente de la UNSM*. *Horizonte Empresaria*. Obtenido de <http://revistas.u.su.edu.pe/index.php/EMP/article/view/1927/2491>

Fernández, M., & Henrique, M. (2017). *Utilización de los juegos digitales en la educación*. *Revista Tecnológica da fatec Americana*, 4, (2), 163-168.

Fernández, P., & Extremera, N. (2005). *La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey*. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 19(3), 63-93.

Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (1994). *Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-mood Scale*. *Psychological Report*, 751-755.

Figuroa, A., Soutullo, C., & Ono, Y. (2017). *Manual de Salud Mental del Niño y del Adolescente . Ansiedad por separación*. Madrid: IACPAP.

Fiscalía General del Estado . (27 de diciembre de 2020). *El abuso sexual infantil en la mira de la Fiscalía*. Obtenido de www.fiscalia.gob.ec :<https://www.fiscalia.gob.ec/el-abuso-sexual-infantil-en-la-mira-de-la-fiscalia/>

Flores, J., Flores, M., Melendres, E., Goyes, A., & Vaca, S. (2018). *La contratación de personal en la administración de talento humano*. Observatorio de la economía latinoamericana.

Freud, S. (1991). *Conferencias de introducción al psicoanálisis (Parte III)* 25ª conferencia. La angustia., 16. Buenos Aires.

Frost, J., Wortham, S., & Reifel, S. (2012). *Play and child development*. Cuarta edición. New York : Pearson.

Fung, M., Medina, N., & Quesada, C. (abril de 2020). *Abordaje del abuso sexual infantil*. Revista Médica Sinergia, 5(4), 1-12. Recuperado el 7 de mayo de 2022, de [https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/368/812#:~:text=El%20abuso%20sexual%20infantil%20consiste,Americana%20de%20Pediatria%20\(1\).](https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/368/812#:~:text=El%20abuso%20sexual%20infantil%20consiste,Americana%20de%20Pediatria%20(1).)

Gallardo, J. (2018). *Teorías sobre el juego y su importancia como recurso educativo para el desarrollo*. Revista Educativa Hekademos, 1-11.

Obtenido de file:///C:/Users/gn/Downloads/Dialnet-Teorias sobre el Juego y el Aprendizaje por Descubrimiento/RecursosEducativos-6542602.pdf

Galtung, J. (2016). *Paz por medios pacíficos: paz y conflicto, desarrollo y civilización*. Bilbao: Bakeaz.

Garaigordobil, M., & Maganto, C. (2013). *Problemas emocionales y de conducta en la infancia*. Gipuzkoa: Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco.

García, C. A., Loredó, A., & Gómez, M. (2009). *Guía para la atención del abuso sexual infantil*. *Acta Pediátrica de México*, 30(2), 94-103. Recuperado el 8 de mayo de 2022, de <https://www.redalyc.org/pdf/4236/423640316005.pdf>

García-Fernández, M., & Gimenes-Mas, S. (2010). *La inteligencia emocional y sus principales modelos: propuesta de un modelo integrador*. *Espiral Cuadernos del profesorado*, 3(6), 43-52.

Gil, J., & Vicente, C. (2019). *Abuso sexual infantil*. Madrid: Congreso Actualización de Pediatría.

Goleman, D. (2013). *Liderazgo, el poder de la inteligencia emocional*. Barcelona: Ediciones B.

Gomes, T., Ribeiro, M., Bragança, A., Pizeta, H., Gregio, L., & Buchvitz, P. (2015). *Ludotherapy in psychoanalysis: the real of children and games* Human & Social Applied.;5 (14).

Gómez, L., Gómez, E., Gomez, J., & Ortiz, M. (2018). *Perfil y competencias del docente Universitario recomendadas por laUNESCO y OCDE. Atlante*. Obtenido de <https://www.eumed.net/rev/atlante/2018/06/competencias-docente-universitario.html/>

González, I., & Grizales, S. (2021). *La Calidad de los procesos en el área de talento humano, desde la perspectiva de la selección docente*. Universidad Piloto de Colombia, Colombia. Obtenido de [http://repository.unipiloto.edu.co/bitstream/handle/20.500.12277/10886 / Trabajo%20de%20Grado .pdf?sequence =1&is Allowed=y](http://repository.unipiloto.edu.co/bitstream/handle/20.500.12277/10886/Trabajo%20de%20Grado.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Gracia, S. (2020). *El método deductivo e inductivo en el aprendizaje del inglés como lengua extranjera en un contexto escolar*. Estudio comparativo. Tesis, Murcia. Obtenido de <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/66764/1/M%C3%A9todo%20deductivo%20e%20inductivo%20en%20el%20aprendizaje.pdf>

Grigoravicius, M., Regueiro, P., Maza, V., & Abalde, M. (2016). *El “niño” en la obra freudiana*. Revista Tesis Psicológica (ISSN: 1909-8391), 74-88. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139053829005>

Guerra, J. (30 de Abril de 2020). *El constructivismo en la educación y el aporte de la teoría sociocultural de Vygotsky para comprender la construcción del conocimiento en el ser humano*. Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores, VII(2), 5-10. Obtenido de <http://www.dilemascontem por an eoseducacionpoliticayvalores.com/>

Hernández Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. Mexico D.F.: Mc Graw Hill.

Hernandez, A. (2021). *Psicomotricidad y Juego como método de intervención en el tratamiento de abuso sexual en niños*. Revista Psicomotricidad: Movimiento Y Emoción (PsiME). Obtenido de <file:///C:/Users/gn/Downloads/10+PsiME+pdf+7-2+abuso+12+dic+2021.pdf>

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Buenos Aires: McGraw-Hill Interamericana.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta edición ed.). México Distrito Federal: Mc Graw Hill.

Intebi, I. (2018). *Proteger, reparar, penalizar: evaluación de las sospechas de abuso sexual infantil*. Tercera edición. Buenos Aires: Abeledo Perrot.

Klein, M. (1929). *La personificación en el juego de niños*. Obras Completas de M. Klein. . Bibliotecas de Psicoanálisis.

Klein, M. (1948). *Sobre la Teoría de la Ansiedad Y la Culpa*. Obtenido de file:///C:/Users/USUARIO/Desktop/BIBLIOGRAFIAS/28%20abril%202021/Klein,%20Melanie%20-%20Sobre%20la%20teor%C3%ADa%0de%20la%20ansiedad%20y%20la%20culpa.pdf

Klein, M. (2016). *La técnica psicoanalítica del juego: su Historia y significación*. Obras Completas III. Tercera edición. Barcelona: Paidós.

Ley Universitaria. (2018). *Ley N° 30.220/2014*. Perú. Obtenido de [https:// siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_peru_6035.pdf](https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_peru_6035.pdf)

López, F., Carpintero, E., Hernández, A., Martín, M., & Fuertes, F. (2017). *Prevalencia y secuelas del abuso sexual infantil en España. Abuso y negligencia infantil, I(2)*, 1039-1050. Recuperado el 5 de mayo de 2022, de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6972233.pdf>

López, J. (2017). *La angustia vital*. Cuarta edición. Madrid: Paz Montalvo.

López, P. (2016). *Trastornos emocionales en la infancia*. Revista Chilena de Pedriatría, 45(6), 131-133. Recuperado el 30 de abril de 2022, de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v45n6/art011.pdf>

Lora-Guzmán, H. (2020). *La gestión por competencias como estrategia para el mejoramiento de la eficiencia y la eficacia organizacional. Saber, ciencia, 15(1), 83-94.*

Mena, M. (2014). *Winnicott, un modo particular de leer psicoanál.* Anuario de Investigaciones, XXI (), 101-104. Obtenido de [https:// www. redal yc. org /articulo.oa?id=369139994052](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139994052)

Ministerio de Inclusión Económica y Social . (2018). *Plan Nacional de Prevención de la Violencia contra la Niñez y Adolescencia y de Promoción de Parentalidades Positivas .* Quito: MIES.

Ministerio de Salud. (2017). *Normas y protocolos de atención Integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida.* Quito: MSP. Obtenido de [https:// aplicaciones .msp.g ob.ec/ salud/ archiv osdigit ales/documentosDirecciones/dnn/archivos/Normas%20y%20protocolos%20de%20atenci%C3%B3n%20Integral%20de%20la%20violencia.pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/Normas%20y%20protocolos%20de%20atenci%C3%B3n%20Integral%20de%20la%20violencia.pdf)

Ministerio de Sanidad, *Servicios Sociales e igualdad.* (2015). *Glosario de Acreditación docente.* Canarias.

Miranda, A. (2018). *El lugar del juego en la clínica con los niños.* Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Buenos Aires. Obtenido de <https://www.academica.org/000-122/23.pdf>

- Misset, E., Escoffie, E., & Castillo, R. (2018). *Fortalecimiento de las relaciones madre-hija*. Nuevo León. Obtenido de <https://www.psicologia.uady.mx/documentos/POSGRADO/e-bookLaInvPosgrados.pdf#page=76>
- Molero, F., Recio, P., & Cuadrado, I. (2010). *Liderazgo transformacional y liderazgo transaccional: un análisis de la estructura factorial del Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ) en una muestra española*. *Psicothema*, 22(3), 495-501.
- Molina, D., Jaime, E., & Gutierrez, O. (2019). *Intervención psicológica del abuso sexual en niños*. *Revista Iberoamericana de Psicología*. Obtenido de [file:///C:/Users/gn/Downloads/Dialnet- Intervencion Psicologica Del Abuso SexualEnNinos-7724177%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/gn/Downloads/Dialnet-Intervencion%20Psicologica%20Del%20Abuso%20SexualEnNinos-7724177%20(2).pdf)
- Moretti, M. (2018). *Psicoterapia psicoanalítica. El pasado se hace presente para construir el futuro*. Academia, 1-18.
- Naderi, F., Heidarie, A., Bouron, L., & Asgari, P. (2010). *The efficacy of play therapy on ADHD, anxiety and social maturity in 8 to 12 years aged clientele children of Ahwaz metropolitan counseling clinics*. *Journal Of Applied Sciences*, 10(3), 189–195.
- Navas, W., & Vargas, J. (2012). *Trastornos de ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria*. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, LXIX

(604), 497-507. Recuperado el 11 de mayo de 2022, de [https:// www .binasss .sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf](https://www.binasssa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf)

Organización Mundial de la Salud . (2000). *Clasificación internacional de las enfermedades y problemas relacionados con la salud*. Madrid: Editorial Médica Panamericana S. A.

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe sobre la salud en el mundo y reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (3 de enero de 2019). www.who.int. Recuperado el 2 de noviembre de 2019, de [www.who.int: http s:/ /ww w.who.int/topics/ violence/es/](http://www.who.int/topics/violence/es/)

Ortega, P., Minguez, R., & Rodes, M. (2000). *Autoestima: un nuevo concepto y su medida*. Murcia: Ediciones Universidad de Salamanca.

Pacheco, B., & Ventura, T. (26 de septiembre de 2016). *Trastorno de ansiedad por separación*. *Revista Chilena de Pediatría*, 80(2), 109-119. Recuperado el 9 de mayo de 2022, de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v80n2/art02.pdf>

Parcerisa, A. (2019). *Planificación de la docencia universitaria* (Primera edición ed.). Barcelona: Consejo Editoria ldp/lce-Octaedro. Obtenido de [https://o ctaedr o.com/wp-content/uploads/2020/01/15211.pdf](https://octaedro.com/wp-content/uploads/2020/01/15211.pdf)

Pérez, B. (2018). *Autevaluación de competencias docentes universitario, de la universidad de nacional Jose Maria Arguedas*. Universidad Jose Carlos Mariategui, Moquegua. Obtenido de http://repositorio.ujcm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12819/652/Milqueades_tesis_gradoacademico_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Perez, C. (2020). *La clínica psicoanalítica con niños y sus lenguajes Reflexiones desde una mirada semiótica*. Facultad de Psicología, Facultad de Psicología, Bogotá. Obtenido de <http://repositorio.iphil.p.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/21345/TESES.P%20C%20Perez%20Gianguzzo.MCPN.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Perez, J. (2008). *Definición.de*. Recuperado el 12 de diciembre de 2017, de <https://definicion.de/autoestima/>

Pfister, O. (2022). *El psicoanálisis y el estudio del niño y la juventud*. Illinois: Universidad de Illinois.

Piaget, J. (1991). *Seis estudios de Psicología*. Barcelona: Labor.

Puelles, C. (2015). *Exigencia emocional del trabajo y estilos de afrontamiento en las unidades de intervención policial*. Dialnet.

- Rahmani, P., & Moheb, N. (2010). *The effectiveness of play therapy and narrative therapy on anxiety of pre-school children: a comparative study*. *Revista trimestral de salud mental infantil*, 6 (4), 23-27.
- Ramirez, G. (2013). *Liderazgo organizacional, un desafío permanente*. *Revista Universidad y empresa*, 5-11.
- Ratican, K. (2018). *Sobrevivientes de abuso sexual: identificación de síntomas y tratamiento especial*. Nueva York : Consejería y Desarrollo.
- Reich, M., Costa-Ball, C., & Remor, E. (2016). *Estudio de las propiedades psicométricas del Brief COPE para una muestra de mujeres uruguayas*. *Avances en psicología latinoamericana*, 34(3), 615-636.
- República, C. d. (2018). *Ley Universitaria. Ley N° 30.220/2014*. Perú. Obtenido de https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_peru_6035.pdf
- Reyes, C. (2018). *Reglamento General*. Piura, Perú.
- Reyes, C. (2020). *Reglamento Académico Resolución del Consejo Universitario*. Piura, Perú.
- Rodriguez, J. (2019). *Relación entre las habilidades blandas y el desempeño docente en la Escuela de Posgrado de la Universidad*. Universidad

Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Obtenido de https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/17114/Rodriguez_sj.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Rojas, C., Zegers, B., & Förster, C. (2009). *La escala de autoestima de Rosenberg: validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores*. Revista Médica de Chile, 791-800.

Ruiz, A. M., & Lago, P. (14 de noviembre de 2015). *Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia*. AEPap, 265-280. Recuperado el 4 de mayo de 2022, de https://www.aepap.org/sites/default/files/ansiedad_0.pdf

Sabaj, V. (2020). *Lo traumático en el Test de la Casa, el árbol y la persona (HTP) y la persona bajo la lluvia*. Montevideo: Universidad de la República.

Saltos, J., Reyes, L., & Reyes, J. (2018). *La selección de personal como contribuyente causal del desempeño laboral, un estudio explicativo realizado a docentes universitarios de la república del Ecuador*. Ciencia Digital, 2(2). Obtenido de <http://cienciadigital.org/revistacienciadigital2/index.php/CienciaDigital/article/view/129/113>

Sánchez, J., Alcázar, R., & López, C. (2011). *El tratamiento psicológico del abuso sexual en niños y adolescentes: un metanálisis*. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 11(1), 67-93. Recuperado el 8 de mayo de 2022, de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-371.pdf

- Sanz, P. (2019). *El juego diverte, socializa y cura. Rev. Pedriat. Primaria*.
Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v21n83/1139-7632-pap-21-83-307.pdf>
- Sen, S. (2017). *A study to assess the effectiveness of play therapy on anxiety among hospitalized children . International Journal of Advanced Research (IJAR), 8(5), 1540–1546.*
- Stossell, S. (2017). *Entendiendo el rol y el impacto de la ansiedad en nuestras vidas*. Londres: Fundación de Salud Mental.
- Takov, V. (2021). *Trastorno de ansiedad generalizada*. Centro Nacional de Biotecnología.
- Tayeh, P., Agámez, P., & Chaskel, R. (2017). *trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia. CCAP , 15(1), 1-13*. Recuperado el 18 de abril de 2022, de <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/1.-Trastornos-ansiedad-1.pdf>
- Tendlarz, S. (2005). *La angustia en la infancia*. Obtenido de Tendlarz Silvia Elena: <http://www.silviaelenatendlarz.com/index.php?file=Articulos/Autismo/La-angustia-en-la-infancia.html>

Torres, D., & Ávila, C. (2015). *Gestión de Selección de Personal por Concurso de Méritos y Oposición, según la norma Técnica del Sunsisistema de Selección.*

Tortella, M. (2014). *Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5.* Revista Iberoamericana de Psicopatología Clínica, I(110), 62-67. Recuperado el 9 de mayo de 2022, de <https://dialnet.unirioja.es>

Tortella, M. (2014). *Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5.* Revista Iberoamericana de Psicopatología Clínica, I(110), 62-67. Recuperado el 9 de mayo de 2022, de <https://dialnet.unirioja.es>

Turull, M. (2020). *Manual de docencia universitaria* (Primera edición ed.). Barcelona: Octaedro - IDP/ICE, UB. Obtenido de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/166737/1/15213-Manual-de-docencia-universitaria-FINAL.pdf>

Universidad de Piura. (2014). *Estatuto 2014.* Perú.

Van Dijk, T. (2017). *El discurso como estructura y proceso. Segunda edición.* Barcelona: Gedisa.

Vela, J. (2019). *El proceso de reclutamiento y selección de personal y su relación con el desempeño laboral con el personal de atención Cine Planet-Real Plaza Trujillo.* Universidad Cesar Vallejo, Facultad de Ciencias Empresariales

riales , Perú. Obtenido de https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/30952/vela_rj.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Vélez, I. (2015). *El contrato eventual discontinuo*.

Villanueva, I. (2016). *Funcionamiento familiar en familias víctimas de abuso sexual intrafamiliar -incesto*. *Psicogente*, 14(25), 100-121. Recuperado el 10 de mayo de 2022, de <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/1860/1776>

Winnicott, D. (2018). *Realidad y juego. Quinta edición*. Barcelona: Gedisa.

Yadav, P., Raju, S., Mahaveer, T., Pradesh, U., & Pradesh, U. (2018). *Effectiveness of play therapy on improve social skill among preschool children: A narrative review*. *Journal of autism and developmental disorders*, 48(7), 40–42.

Yaranga, I. (2022). *Machine Learning en la mejora del Proceso de Selección del Personal Docente en una Universidad Nacional*. Universidad Cesar Vallejo, Lima. Obtenido de https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/85185/Yaranga_VIP-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ANEXOS

Anexo 1. Indicadores de trauma en el test HTP

	PREGUNTAS	Presencia/a usencia
CASA	Paredes dibujadas con trazos muy débiles (amenaza a la integración y falta de defensas eficaces)	
	Dibujo frontal (ocultamiento de lo que ocurre adentro)	
	Puerta o ventanas ausentes o pequeñas (dificultad para comunicarse con el medio, necesidad de protección)	
	Puerta con manilla (observación hacia el exterior)	
	Puerta sin manilla (imposibilidad de ingreso)	
	Ventanas con rejas, reforzamientos, cortinas (imposibilidad para conectarse con el exterior, no se entra ni sale)	
	Chimenea con humo (tensión acumulada por situación traumática)	
	Chimenea sin humo (guarda un secreto en la familia)	
	Transparencia en el dibujo (necesidad de comunicar lo que ocurre u ocurrió)	
	Antenas en TVs o radios (atención permanente, hipervigilancia, peligro)	
	Sol y su tratamiento (figura masculina, autoridad, posible representación del agresor)	
	Sol excesivamente grande, con énfasis en las puntas (abuso sexual)	
	Nubes (presencia de problemas y preocupaciones)	
	ÁRBOL	Nidos, huecos en el tronco, ramas cortadas (existencia de un trauma)
Marcas en la parte inferior del tronco (huellas de experiencias tempranas)		
Marcas superiores (mascas recientes)		
Ramas cortadas o rotas (inadaptación y pasividad)		
Árbol muerto a causa de factores externos (sentimientos de traumatización)		
Ausencia de ramas (imposibilidad de desarrollar vínculos sociales adaptativos)		
Doble línea en el contorno de la copa (necesidad de ser impermeable en la relación con el medio)		
Forma fálica de la copa (conflictos y ansiedades que involucran la zona genital)		
Raíces fuera del terreno (sentimiento de estar en un entorno desfavorable para afirmarse)		
PERSONA	Desproporciones o deformidades (conflicto en la zona)	
	Sombreado (angustia, ansiedad, inseguridad, sentimientos de culpa, perturbación)	
	Persona ubicada a la izquierda (trauma, interés por el pasado)	
	Manos omitidas (trauma por maltrato o abuso sexual infantil, sentimientos de culpa o inadecuación)	
	Manos grandes (conductas agresivas)	
	Brazos delgados (desprotección)	
	Brazos extensos (dificultades en el contacto)	
	Orejas grandes (necesidad de estar alerta, hipervigilancia, actitud persecutoria)	
	Ojos abiertos (hipervigilancia)	
	Ojos vacíos, cerrados u omitidos (negación de lo vivido)	
	Nariz fálica o en punta (agresividad)	
	Boca cerrada u omitida (secreto, inseguridad, angustia por sentirse atrapado en la imposibilidad de contar lo vivido)	

Sonrisa exagerada (negación, compensación)	
Cabeza muy grande en relación al cuerpo (preocupación e intento de comprender la situación vivida, trauma que no ha sido elaborado)	
Cuello extenso (disociación, mecanismo para soportar trauma)	
Presencia de genitales (preocupación sobre el aspecto sexual, posible vivencia de abuso)	
Ausencia de pies (inseguridad y falta de sostén)	
Dibujo demasiado pequeño (retraimiento, inadecuación, desvalorización, depresión, preocupación por las relaciones con el ambiente)	
Dibujo demasiado grande (inmadurez y pobreza de controles internos)	
Transparencias (conflictos en la zona)	

Anexo 1. Ficha de ansiedad en la infancia

Trastornos de ansiedad generalizada de la infancia

	Presencia Ausencia
1. Ansiedad marcada, preocupaciones (ansiedad anticipatoria) que ocurren al menos la mitad de los días en un período de seis meses como mínimo. La ansiedad y las preocupaciones están referidas, al menos, a varios acontecimientos o actividades	
1. El niño encuentra difícil controlar las preocupaciones	
2. La ansiedad y las preocupaciones se asocian a tres de los siguientes síntomas como mínimo	
a) Inquietud y sentimientos de estar "al límite"	
b) Sensación de cansancio y agotamiento a casusa de la preocupación o la ansiedad	
c) Dificultad para concentrarse o sensación de bloqueo mental	
d) Irritabilidad	
e) Tensión muscular	
f) Alteraciones del sueño	
3. La ansiedad y las preocupaciones abarcan al menos dos situaciones, actividades, contextos o circunstancias.	
4. La ansiedad, preocupación o síntomas físicos causan un malestar clínicamente significativo.	

Anexo 3. Ficha de ansiedad por separación

Trastorno por ansiedad de separación en la infancia

	Presencia Ausencia
1. Preocupación injustificada y persistente por los posibles daños que acaecen a personas significativas, temor a su pérdida (miedo a que no vuelvan o a no verlas de nuevo) o miedo a la muerte de las mismas.	
2. Preocupación injustificada y persistente a que un acontecimiento fatal le separe de una persona significativa (perderse, ser secuestrado, hospitalizado o asesinado).	
3. Desagrado o rechazo persistentes a ir al colegio por temor a la separación (más que por otras razones, como temor a que algo puede ocurrir en el colegio).	
4. Dificultad para depararse por la noche, manifestado por cualquiera de los siguientes:	
a) Desagrado o rechazo persistentes a irse a la cama sin cercanía de una persona significativa.	
b) Levantarse frecuentemente durante la noche para comprobar o para dormir cerca de la persona significativa.	
c) Desagrado o rechazo persistentes a dormir fuera de casa.	
5. Temor inadecuado y persistente a estar solo o sin la persona significativa en casa durante el día.	
6. Pesadillas reiteradas sobre temas relacionado con la separación.	
7. Síntomas somáticos reiterados (como náuseas, dolor abdominal, cefalea o vómitos) en situaciones que implican la separación de la persona significativa, tales como dejar la casa para ir al colegio u otras.	
8. Malestar excesivo y recurrente antes, durante o inmediatamente después de la separación de una figura significativa (manifestado por ansiedad, llanto, rabietas, rechazo persistente a salid de la casa, necesidad excesiva de hablar con figuras significativas o deseo que vuelvan a casa, tristeza, apatía o aislamiento social).	

Anexo 4. Ficha de ansiedad hipersensibilidad

Ficha de diagnóstico de ansiedad hipersensibilidad social en la infancia

	Presen cia/aus encia
1. Ansiedad persistente en situaciones sociales en las que el niño se expone a personas no familiares, que se manifiesta por conductas de evitación social	
2. El niño presente autoconciencia, vergüenza y excesiva preocupación acerca de la educación de su conducta en la interacción con figuras no familiares	
3. Interferencia significativa con las relaciones sociales, las cuales, no se restringen. Cuando experimenta situaciones sociales nuevas o forzadas presenta malestar importante e incomodidad	
4. El niño tiene relaciones sociales familiares satisfactorias	

Anexo 5. Ficha de registro del juego

Ficha de observación del juego

Inicio de la sesión:
Escena de juego propuesta:
Intervención del terapeuta: defensa, emoción, conflicto, angustia
Respuesta de la participante: verbal, no verbal, cambios en la escena
Symbolismos en el juego: personajes, acciones representadas

En esta ficha el terapeuta toma nota en detalle cada aspecto considerado, para su posterior análisis, se considera la sesión. Registrar de manera textual las intervenciones del terapeuta, y las respuestas de la participante.