



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Facultad de Medicina
Escuela de Postgrado
Departamento de Psicología

**"GÉNERO Y ABUSO SEXUAL INFANTIL:
CONSTRUCCIONES EN TORNO AL GÉNERO Y CAMBIO TERAPÉUTICO DESDE
LA MIRADA DE LAS Y LOS TERAPEUTAS"**

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

Autor:
Ps. Nicolás González Araneda
Prof. Tutor:
Dra. Claudia Capella Sepúlveda

Santiago, 2016

RESUMEN

La presente investigación busca conocer las construcciones en torno al género que se relacionan con el cambio terapéutico con niños y niñas que han sido víctimas de abuso sexual, desde la mirada de los y las terapeutas.

Para lograr lo anterior, se optó por una metodología cualitativa, orientada a reconocer las voces de los/as propios/as terapeutas que trabajan con niños y niñas que han sido víctimas. Se utilizó como técnica de producción de datos, la realización de dos entrevistas semiestructuradas, por cada uno de los 4 entrevistados, sumando un total de 8 entrevistas, las que fueron analizadas desde un análisis de contenido de tipo categorial.

A partir de los resultados es posible señalar que si bien el logro de un cambio terapéutico se logra independientemente al género del terapeuta, son las construcciones de género que posee el/la mismo/a las que influirán en la vinculación que se logra establecer con las y los pacientes, siendo esto lo que posee influencia en elementos del cambio terapéutico, tales como su contenido. Por cuanto es posible indicar que las construcciones de género poseen una influencia en el contenido del cambio terapéutico.

Considerando los principales resultados, se analizan y discuten las implicancias clínicas de los mismos, sus aportes al conocimiento, como así las futuras líneas de investigación que surgen a partir del presente estudio.

Palabras claves: Abuso sexual infantil, construcciones de género, cambio terapéutico.

1. INTRODUCCION	4
2. MARCO TEORICO	10
2.1 Abuso sexual infantil	10
2.2 Psicoterapia en abuso sexual infantil	18
2.3 Cambio Terapéutico	24
2.3.1 Cambio terapéutico con víctimas de abuso sexual infantil.....	26
2.4 Género.....	27
2.4.1 Género y abuso sexual infantil.....	30
2.4.2 Género y terapia del abuso.....	32
3. OBJETIVOS	35
3.1 Objetivo General	35
3.2 Objetivos Específicos	35
4. MARCO METODOLOGICO.....	36
4.1 Diseño.....	36
4.2 Muestra	37
4.3 Técnicas de producción de datos	39
4.4 Análisis.....	41
5. RESULTADOS.....	43
5.1 Comprensión del daño asociado a la experiencia de abuso:.....	43
5.1.1 Efectos del abuso sexual en niñas y niños:	44
5.1.2 Consecuencias del abuso en hombres:.....	46
5.1.3. Consecuencias del abuso en mujeres:.....	48
5.2 Terapia con Víctimas de Abuso Sexual Infantil:	49
5.2.1 Conceptualización del proceso terapéutico:.....	49
5.2.2 Objetivos de la terapia con víctimas de abuso sexual infantil:	51
5.2.3 Vinculo terapéutico y sus resistencias:.....	54
5.2.4. Factores y variables que influyen en la terapia:.....	57
5.3 Cambio Terapéutico:	60
5.3.1 Concepciones sobre el cambio:.....	60

5.3.2 Logros Terapéuticos:	63
5.4 Conceptualización del Genero:	65
5.4.1 Comprensión del género:	65
5.4.2 Roles de género:.....	66
5.4.3 Lo Masculino:	67
5.4.4 Lo Femenino:.....	67
5.5 Genero y abuso sexual infantil:.....	68
5.5.1 Genero en la comprensión del abuso:.....	68
5.5.2 Genero y ocurrencia del abuso:	69
5.6 Remirando desde el Género la terapia en abuso sexual infantil:	70
5.6.1 El lugar del género en el cambio terapéutico:	70
5.6.2 El lugar del género en el proceso de terapia:	72
5.6.3 El lugar del género en el vinculo terapéutico:	74
5.6.4 El lugar del genero en la posición del o la terapeuta:	75
6. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	77
6.1 Principales Resultados:.....	78
6.2 Aportes, limitaciones y Proyecciones:.....	85
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89
8. ANEXOS	97
8.1 Anexo I: Carta de presentación:.....	97
8.2 Anexo II: Consentimiento Informado:.....	98
8.3 Anexo III: Guiones Entrevista:	99

1. INTRODUCCION

El abuso sexual infantil¹, se considera una de las peores formas de maltrato infantil y como tal una grave vulneración a los derechos de niños, niñas y adolescentes, constituyendo de esta forma una problemática actual tanto a nivel nacional como a nivel internacional (Álvarez, 2012, Martínez, Sinclair, Araya & Arón, 2005; Ministerio de Salud de Chile [MINSAL] y United Nations Children's Fund, [UNICEF por sus siglas en inglés], 2011).

La ocurrencia de situaciones de abuso sexual infantil resultan preocupantes, encontrándose que las tasas de prevalencia a nivel internacional, de acuerdo a uno de los estudios más importantes que existe, van entre 7% a 36% en mujeres y entre 3% a 29% en hombres (Finkelhor, 1994 en Putnam, 2003).

A nivel nacional y de acuerdo a datos del Cuarto Estudio de Maltrato en Chile realizado por UNICEF, un 8,7% de la muestra seleccionada (1555 niños y niñas de las regiones IV, V, VIII, IX, X, XIV y RM) reconoce haber vivido situaciones de abuso sexual infantil, siendo el promedio de edad para la primera experiencia de abuso de 8,5 años (UNICEF, 2012).

Sumado a lo anterior, de acuerdo a la cuenta pública del año 2013 de Fiscalía de Chile, durante el año 2012 hubo un importante incremento en las denuncias de “abuso sexual de menor de 14 años”, siendo este aumento de un 31,5% respecto al año anterior, lo cual se traduce en un aumento desde 4.970 denuncias a 6.537 denuncias (Ministerio Público, 2013).

¹ Se ha decidido utilizar la nomenclatura de abuso sexual infantil, identificándolo como un fenómeno psicosocial que abarca todas las transgresiones en el ámbito de la sexualidad hacia un niño, niña o adolescente. Es decir, se abarcará a las distintas tipificaciones de agresiones sexuales existentes en nuestro país, sin aludir a la distinción en lo penal entre abuso sexual infantil y violación, entendiendo ambas como transgresiones en la esfera de la sexualidad.

Por otro lado, de acuerdo al Servicio Nacional de Menores SENAME (SENAME, 2015), durante el año 2015 en el país se contabilizan 114 proyectos especializados en maltrato y abuso sexual infantil subvencionados y dependientes de dicha institución y estos continúan en aumento, ante la necesidad de contar con mayor oferta de atención para dichas problemáticas.

Esta necesidad de atención psicológica para niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual infantil, se encuentra fundamentada en la evidencia existente respecto a que la experiencia de abuso sexual infantil genera efectos negativos en los niños, niñas y adolescentes, afectando de este modo su desarrollo normal. Se destacan aquí, como modelos comprensivos, el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil (Summit, 1983) y la conceptualización del modelo de dinámicas traumatogénicas de Finkelhor y Browne (1985).

Del mismo modo, así como se han formulado y conceptualizado modelos comprensivos respecto de las consecuencias del abuso sexual infantil en las víctimas, también es posible encontrar datos empíricos que dan cuenta de las repercusiones de la experiencia a corto y largo plazo en la salud mental, considerándose que al menos un 80% de las víctimas sufren consecuencias negativas al corto plazo y al menos un 30% las presentan a largo plazo (Echeburúa y De Corral, 2006); las cuales varían en magnitud e intensidad dependiendo, entre otros factores, de las características del hecho abusivo. Así también, ha sido posible evidenciar la aparición de sintomatología ansiosa, depresiva, trastorno por estrés post traumático, difusiones en la esfera de la sexualidad, entre otros (Echeburúa y De Corral, 2006; Finkelhor y Berliner, 1995; Kendall-Tackett, Meyer y Finkelhor, 1993).

Considerando la importante prevalencia del abuso sexual infantil y las evidentes consecuencias a corto y largo plazo de la situación abusiva, las cuales evidencian la necesidad de atención psicológica de los niños y niñas que han sido víctimas, se hace necesario continuar identificando aspectos relevantes dentro de la terapia del abuso. Lo anterior, a fin de dar una respuesta de mayor calidad a las víctimas, como así también

con la finalidad de orientar de mejor manera la práctica clínica con dicha población, existiendo aún variables no estudiadas en profundidad, como por ejemplo elementos relativos a la influencia del género dentro del proceso terapéutico con estos niños y niñas.

Esto último cobra especial relevancia, dado que en nuestro país, las orientaciones técnicas de los programas de protección especializada en maltrato y abuso sexual infantil dependientes del Servicio Nacional de Menores (SENAME), que son quienes proveen la mayor oferta de atención a nivel nacional en el tema, consideran al género como uno de los lineamientos a relevar en la intervención, llamando a incorporar en la intervención un enfoque de género. Lo anterior, a partir de la experiencia diferenciada que tendría la experiencia de abuso a partir del género, como así también respecto a la influencia que algunas acciones pueden tener de manera diferenciada de acuerdo al género de la víctima (SENAME, 2013). No obstante, si bien se realizan dichas distinciones, no se daría cuenta respecto a cuales diferencias han sido detectadas o a que referentes teóricos alude. Sumado a ello, no entregaría especificaciones respecto de la influencia del género en la intervención en sí misma.

Respecto a la investigación que existe a nivel internacional sobre el género en abuso sexual infantil, es posible encontrar estudios que dan cuenta de diferencias respecto a la credibilidad que se otorga a las víctimas en función de su género, siendo mayor en el caso de víctimas mujeres. Del mismo modo, existirían diferencias en torno a las creencias que hombres y mujeres jóvenes tendrían respecto del fenómeno del abuso sexual infantil, como así también respecto de las conductas pro sociales hacia las víctimas (Ullman & Filipas, 2005; Wellman, 1993).

Es posible encontrar también estudios que identifican diferencias en la sintomatología reactiva a la situación abusiva, como así también respecto al tiempo transcurrido antes de la develación del abuso, relativas al género de las víctimas. Respecto a lo relativo a las diferencias en la develación, en el caso de los hombres que han sido víctimas el tiempo transcurrido antes de que esta ocurra, sería mayor (O'Leary & Barber, 2008;

Shin Shin Tang, Freyd & Wang, 2008). Dichas investigaciones permitirían reconocer que existe una reacción diferenciada en niños y niñas ante una vulneración en la esfera de la sexualidad.

Por otro lado, se han identificado diferencias en los procesos de toma de decisiones que las y los terapeutas realizan en los procesos psicoterapéuticos llevados a cabo con víctimas de abuso sexual a partir del género de los pacientes. Lo anterior, tendría relación con las creencias que los propios terapeutas tendrían respecto de la victimización diferenciada de hombres y mujeres, posicionando de esta forma con mayor facilidad a las niñas en la posición de víctima que a los niños que han vivido una situación abusiva (Gore-Felton, Arnow, Koopman, Thoresen & Spiegel, 1999).

A nivel nacional, es posible encontrar algunas reflexiones respecto al género en terapia con niños y niñas que han sido víctimas de abuso sexual infantil. Se destacaría entre ellas, reflexiones en torno a que el daño producto del abuso sexual infantil se vivencia de forma diferenciada en hombres y mujeres. Lo anterior, generaría diferencias en el vínculo que las víctimas establecerían con terapeutas hombres respecto a terapeutas mujeres. A partir de dichas reflexiones, se reconoce como una necesidad, el continuar investigando en torno al género en los procesos de intervención con niños y niñas que han sido víctimas de abuso sexual (García, García & Roldán, 2014).

A partir de la escasa literatura encontrada, se hace necesario seguir investigando en torno al género en los procesos psicoterapéuticos con niños y niñas que han sido víctimas de abuso sexual. Lo anterior, permitiría contar con mayor información respecto al fenómeno del abuso sexual infantil y su terapia, como así también conformar de mejor forma los equipos profesionales que trabajan actualmente en la terapia con víctimas de abuso sexual infantil. Lo anterior sería posible ya que hallazgos respecto a la influencia del género en los procesos terapéuticos con víctimas de abuso sexual infantil, podrían propiciar que desde SENAME, se incorporen orientaciones en torno a esto dentro de las bases técnicas de los Programas de Reparación. Por otro lado, el reconocer variables de género que influyen en los procesos de reparación, permitiría

una mejor planificación de los objetivos y procesos terapéuticos considerando el género tanto del terapeuta como del paciente, a fin de desarrollar proceso con mayores niveles de éxitos y que permitan alcanzar el cambio terapéutico.

Respecto a este último concepto, cabe señalar que el cambio terapéutico se entiende como el desarrollo de nuevos constructos y teorías subjetivas que transformarían las visiones que el individuo posee respecto de sí mismo y respecto de su entorno (Krause, 2005). Lo anterior sería resultado de un proceso, en el cual ocurren distintos momentos de cambios sucesivos, los cuales pueden tener influencias desde la propia vida del cliente o desde la situación terapéutica.

Por todo lo anterior, es importante preguntarse cuál es el lugar del género en los procesos psicoterapéuticos en niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual infantil, por cuanto la pregunta guía de la presente investigación es:

¿Cómo las construcciones de género que poseen los y las terapeutas, se relacionan, o no, desde su visión, con el cambio terapéutico que identifican con niños y niñas que han sido víctimas de abuso sexual?

Esta pregunta a responder, considerando la perspectiva de los y las terapeutas, cobra relevancia, toda vez que gran parte de la investigación sobre los procesos terapéuticos en niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual infantil se han realizado recogiendo las voces de los protagonistas, es decir de las y los niños que han sido víctimas (Capella, 2011; Foster & Hagedorn, 2014). Esto si bien es relevante, toda vez que permite identificar de mejor manera la vivencia de los niños, niñas y adolescentes, no es suficiente para comprender lo que ocurre en el proceso terapéutico. Lo anterior considerando que las estrategias que toma el terapeuta son en respuesta a sus propias construcciones respecto al fenómeno y a los aspectos de éste, y dentro de esto, el género. Lo anterior tendrá influencia en los procesos de cambio terapéutico dado que las propias teorías del terapeuta posibilitan la construcción de nuevas teorías subjetivas en el paciente (Krause, 2005).

Sumado a ello, el aproximarse a lo que ocurre en los procesos terapéuticos desde la perspectiva de los y las terapeutas, es significativo dado que se han evidenciado altos niveles de acuerdo entre los clientes y los terapeutas respecto a los cambios que ocurren en terapia y a los contenidos de estos cambios (Altimir, Krause, De la Parra, Dagnino, Tomicic, Valdés, Pérez, Echávarri y Vilches, 2010) por cuanto, considerar la mirada de los terapeutas constituye una forma más de acercarse a los fenómenos que ocurren en terapia.

2. MARCO TEORICO

En el presente apartado se darán a conocer los principales referentes teóricos que fundamentan la pregunta de investigación desarrollada y la mirada desde la cual se realiza el análisis de los resultados. Lo anterior a partir de una revisión en profundidad de la literatura a nivel nacional e internacional, utilizando para ello las palabras claves señaladas en el resumen.

De esta forma se realiza una revisión del fenómeno del abuso sexual infantil profundizando de esta forma en sus efectos y consecuencias en niños y niñas. Del mismo modo se revisan elementos relativos a la terapia con víctimas de abuso sexual.

Sumado a lo anterior, se profundiza en el concepto de cambio terapéutico, planteándose desde ahí la comprensión del mismo dentro de la terapia con niños y niñas que han sido víctimas de abuso sexual infantil.

Finalmente, se profundiza en lo relativo al concepto de género y su vinculación con el abuso sexual infantil.

2.1 Abuso sexual infantil

El abuso sexual infantil constituye una de las formas más graves de maltrato infantil y de acuerdo a nuestra legislación actual, toda transgresión en el ámbito de la sexualidad se encuentra tipificada como delito, existiendo distintos grados de gravedad, dependientes de la existencia o no de contacto físico, como de otros elementos.

Se destacan en esta línea los delitos descritos y sancionados en el Código Penal, dentro de los cuales los de mayor conocimiento y relevancia son Violación (Art. 361 del CP); Violación impropia (Art. 362 del CP); Violación con homicidio (Art. 372 bis del CP); Estupro (Art. 363 del CP); Abuso sexual (Arts. 365 bis y 366 del CP); Abuso sexual

infantil (Art. 366 bis del CP); Abuso sexual infantil impropio (Art. 366 quáter del CP) (Código Penal Chileno, 2013).

Sin embargo, se debe considerar que, independientemente de la tipología penal a la cual se alude, el abuso sexual en su comprensión más amplia, se trata de una transgresión y vulneración de derechos grave, en la cual existe una imposición por parte de un otro u otra, para hacer partícipe a un niño, niña o adolescente en actividades de índole sexual inapropiadas para su desarrollo evolutivo, por medio de la imposición o coerción, por cuanto es posible distinguir entre un agresor o agresora y una víctima (Capella, 2011; MINSAL y UNICEF, 2011; SENAME, 2013). Es por ello, que es posible identificar que las definiciones de agresiones sexuales pueden distinguirse entre aquellas creadas desde un contexto jurídico penal y las creadas desde las ciencias psicológicas y sociales (Capella, 2011).

Resulta relevante por tanto aludir a estas últimas, las creadas desde las ciencias sociales y psicológicas, dentro de las cuales destaca la definición de Kempe (1978, citado en Barudy, 1998), quien lo define como:

“la implicación de un niño o de un adolescente menor en actividades sexuales ejercidas por los adultos y que buscan principalmente la satisfacción de éstos, siendo los menores de edad inmaduros y dependientes y por tanto incapaces de comprender el sentido radical de estas actividades ni por tanto de dar su consentimiento real. Estas actividades son inapropiadas a su edad y a su nivel de desarrollo psicosexual y son impuestas bajo presión –por la violencia o la seducción- y transgreden tabúes sociales en lo que concierne a los roles familiares” (p.161).

Según Preudergast (en CAVAS, 2003) existirían tres factores comunes a todo tipo de abuso sexual. En primer lugar se reconoce la existencia de una persona más grande y poderosa sobre otra más pequeña, que se encontraría débil y vulnerable. Por otro lado, se debe considerar como segundo factor la existencia de fuerza o de poder que son

utilizadas para seducir sexualmente y generar cualquier acercamiento de tipo sexual con la víctima. Por último, se reconoce como factor común que la víctima, ya sea por la presión, miedo, inadecuación emocional o intelectual y/o inmadurez para reconocer o resistirse a la situación, termina accediendo a los requerimientos del/la agresor/a, al no tener posibilidad de elección.

En línea con lo anterior, diferentes autores señalan algunos elementos característicos del fenómeno del abuso sexual (Barudy, 1998; Capella, 2011; Capella & Miranda, 2003; Echeburúa & Corral, 2006; Glaser & Frosh, 1997). Dichos elementos se exponen a continuación:

- El abuso sexual es un fenómeno relacional en la cual es posible distinguir una figura “agresora” que ejerce una acción abusiva hacia una “víctima”. Dicha relación se caracteriza por la presencia de una asimetría entre ambos, en la cual el agresor se encuentra en una posición de poder respecto de la víctima. Dicha asimetría podría ser a partir de la edad, rol, utilización de la fuerza, intimidación, amenazas, etc. (Barudy, 1998; Capella, 2011; Capella & Miranda, 2003; Echeburúa & Corral, 2006).
- Se considera que el acto abusivo solo busca la gratificación del adulto, no siendo consideradas por tanto ni las necesidades ni los deseos del niño, niña o adolescente (Barudy, 1998; Capella, 2011; Capella & Miranda, 2003; Echeburúa & Corral, 2006).
- Los actos abusivos no suelen limitarse a episodios aislados y pueden desarrollarse con o sin contacto físico (Barudy, 1998; Capella, 2011; Capella & Miranda, 2003; Echeburúa & Corral, 2006).

- La participación de un niño, niña o adolescente en estas actividades de índole sexual es inapropiada para su edad y desarrollo psicosexual (Barudy, 1998; Capella, 2011; Capella & Miranda, 2003).
- El agresor sexual utilizaría las denominadas estrategias de victimización, las cuales pueden ser por medio de la coacción o la coerción para lograr el acceso a la víctima (Capella, 2011; Capella & Miranda, 2003; Echeburúa & Corral, 2006; Glaser & Frosh, 1997).

Siguiendo con lo expuesto previamente, resulta relevante a la vez, considerar el proceso por el cual se instala la dinámica abusiva. Respecto a ello, se destaca la formulación de Barudy (1998), quien señala que la instalación de ésta consiste en cinco fases. La primera de ellas es la fase de seducción, en la cual el niño o niña, a través de la asimetría con el agresor o agresora, es manipulado para que se involucre en el acto abusivo. Como segunda fase se reconoce el acto abusivo en sí mismo. Posteriormente, como tercera fase, se genera la instalación del secreto, esto por medio de estrategias de victimización utilizadas por el/la agresora. La cuarta fase consiste en la divulgación que hace el niño o niña de la situación que ha vivido. Por último, como quinta fase, el agresor o agresora, a través de diversas estrategias intencionaría la retractación del niño o niña.

Sumado a lo anterior, es importante al hablar de abuso sexual infantil profundizar en las estrategias de victimización utilizadas por el/la agresora, las cuales pueden ser por medio de la coerción o de la coacción. Respecto de esta última Glaser y Frosh (1997), señalan que puede ser explícita, por medio de la fuerza y la violencia; o implícita, por medio de la seducción y el engaño.

Por otra parte, a lo largo de los años ha sido posible evidenciar que dada la complejidad de las dinámicas abusivas, éstas generan un gran impacto en la vida de los niños, niñas

y adolescentes. Lo anterior, tanto durante el periodo en el cual la víctima se encuentra dentro de la dinámica abusiva, como así también tienen efectos posteriores a la interrupción del hecho.

Si bien no existe evidencia que permita establecer la existencia de un determinado síndrome como resultado de la experiencia de abuso en la infancia, si ha sido posible identificar que los niños y niñas que han vivido la experiencia de abuso presentan mayor sintomatología que aquellos que no han vivido dicha experiencia (Saywitz, Mannarino, Berliner, & Cohen, 2000).

Pese a lo anterior, diversos autores han descrito distintos modelos que permiten identificar elementos comunes presenten en niños y niñas víctimas de abuso. Entre ellos es importante señalar el aporte de Roland Summit, quien formula el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil (Summit, 1983), el cual da cuenta de cinco categorías, dos de las cuales corresponderían a condiciones para la ocurrencia del hecho abusivo y las tres restantes serían posteriores y se darían de forma secuencial. Estas cinco categorías o fases son: Secreto, Indefensión, Entrampamiento y acomodación, Revelación tardía y poco convincente y Retracción.

Para Summit, las víctimas de abuso sexual infantil, no se encuentran preparados para vivir una experiencia de esas características, sin embargo, ante las escasas opciones de salida que logran ver y al temor inducido por parte de sus agresores, no tendrían otra opción más que aprender a aceptar la situación para sobrevivir (fase de entrampamiento y acomodación al abuso). De esta forma es posible que la dinámica abusiva se mantenga durante mucho tiempo ocurriendo o que vaya en aumento en cuanto a la frecuencia e intensidad, siendo muy pocos los casos en que los niños, niñas y adolescentes develan la situación, momento en el cual no lograrían dar suficiente información. No obstante, dicha develación generaría tales niveles de estrés en el entorno, que gran parte de las víctimas se retractarían.

Por otro lado, es posible encontrar la formulación realizada por David Finkelhor y Angela Browne (1985), quienes conceptualizan el impacto del abuso sexual infantil como el modelo traumatogénico, en el cual señalan que los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual, se ven enfrentados a cuatro dinámicas traumatogénicas, que si bien no serían únicas al abuso sexual infantil, la conjugación de éstas generaría un tipo de trauma particular, distinto a otros tipos de trauma a los cuales los niños, niñas y adolescentes se ven enfrentados. Estas cuatro dinámicas corresponden a la dinámica de sexualización traumática, a la dinámica de indefensión, la dinámica de traición y la dinámica de la estigmatización.

Respecto a la dinámica de sexualización traumática, esta emerge toda vez que la experiencia de abuso sexual configura la sexualidad del niño, niña o adolescente de una forma evolutivamente inapropiada y disfuncional. Lo anterior se expresa en la emergencia de un repertorio inapropiado de conductas sexuales del niño, confusiones y concepciones erróneas respecto a la sexualidad, junto con asociaciones emocionales inusuales ante las actividades sexuales.

Sobre la dinámica de indefensión, o pérdida de poder, es posible indicar que emerge dado a que el territorio y espacio corporal del niño, niña o adolescente es invadido en reiteradas ocasiones en contra de su voluntad, lo cual afectaría su sentido de eficacia, se expresa en sentimientos de temor, ansiedad y la sensación de no ser capaz de controlar eventos nocivos.

En cuanto a la dinámica de traición, emerge a través del proceso por el cual el niño, niña o adolescente se da cuenta que ha confiado en una persona que los ha manipulado y dañado. Sumado a ello, puede emerger cuando visualizan que en quienes confiaban no los protegió o bien no les dio credibilidad. Se expresa tanto en desconfianza hacia vincularse con sus figuras significativas, o bien en una dependencia extrema a las mismas.

Por último, la dinámica de estigmatización emerge a partir de las connotaciones negativas asociadas a la experiencia de abuso, las cuales pueden ser instaladas tanto por parte del agresor, como a partir de las reacciones del entorno luego de la develación. Se expresa en sentimientos de vergüenza y culpa que afectan el autoconcepto del niño, niña o adolescente.

Estas cuatro dinámicas, permitirían comprender la vivencia de quienes han sido víctimas, reconociendo el impacto de la experiencia abusiva en sus vidas y por tanto, dar cuenta de la pertinencia y necesidad de un proceso psicoterapéutico, orientado a disminuir el impacto del abuso sexual infantil.

Respecto a los efectos que la experiencia de abuso sexual en la infancia genera en niños, niñas y adolescentes, una primera revisión de estudios empíricos al respecto, realizada por Kendall-Tackett, Meyer y Finkelhor (1993) en la cual se consideran 45 estudios, demuestra que la población infanto juvenil con antecedentes de abuso sexual presentan mayor aparición de sintomatología en relación a la misma población sin antecedentes de abuso sexual, siendo la varianza para abuso entre un 15 a un 45 por ciento. No obstante, no se visualizan síntomas exclusivos a la experiencia de abuso, encontrándose entre la sintomatología estrés post traumático, miedos, pesadillas, problemas conductuales, conductas sexualizadas y ansiedad. Por otro lado, fue posible visualizar que al menos un tercio de los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual infantil no presentaban síntomas al corto plazo. No obstante un 30% de la población no sintomática, los presentaba dentro de los 12 a 18 meses posteriores a la situación abusiva. Cabe señalar, que entre la sintomatología encontrada, se detectan diferencias respecto a la intensidad y magnitud relacionadas con factores tales como las características del abuso vivido.

Del mismo modo, Echeburúa y De Corral (2006), señalan que la experiencia de abuso sexual en la infancia genera consecuencias a corto y a largo plazo. De acuerdo a estos autores al menos un 80% de las víctimas de abuso sexual infantil presentan consecuencias psicológicas negativas al corto plazo, destacándose aquí distinciones a

partir del sexo de la víctima. Las niñas presentarían mayores reacciones ansioso-depresivas, y los niños presentarían mayores dificultades inespecíficas de la socialización, fracaso escolar y comportamientos sexuales agresivos. En cuanto a las consecuencias a largo plazo, al menos un 30% de las víctimas las presentarían, destacándose alteraciones en el desarrollo de la sexualidad, estrés post traumático, depresión y control inadecuado de la ira.

Pese a lo anterior, cabe señalar que si bien existe evidencia de la existencia de sintomatología reactiva a la experiencia de abuso, ha sido posible observar que un porcentaje de las víctimas serían asintomáticas (Cromer & Goldsmith, 2010, citado en Capella, 2011).

Sumado a lo anterior, a fin de comprender de mejor manera los efectos de la experiencia abusiva, se deben considerar las características del evento, así como comprender cómo se configura desde la subjetividad y vivencia particular del sujeto, no pudiendo uniformar los efectos en todas las víctimas (Capella, 2011; CAVAS, 2003).

Finalmente, cabe destacar una distinción relevante respecto al tipo de abuso, considerando el vínculo de la víctima con el agresor. De este modo, podemos identificar tanto los abusos sexuales intrafamiliares, como los extrafamiliares.

Respecto de los abusos sexuales intrafamiliares Perrone y Nannini (1998), definen la organización relacional que se da en la situación abusiva, como hechizo. El hechizo es una forma de relación no igualitaria, en que una persona ejerce influencia sobre otra sin que ésta lo sepa. Si bien, existen casos en que la persona sometida vive una experiencia de injusticia, los medios de los que dispone no le permitirían escapar de la relación, quedando así la víctima inmersa en una relación de alienación.

Respecto de los abusos extrafamiliares, debemos distinguir aquellos cometidos por desconocidos de aquellos en los cuales el agresor es una persona conocida por el niño o niña. Dicha distinción es relevante, toda vez que se ha descrito una experiencia

diferenciada, y con ello distintos efectos, en función del tipo de abuso del cual se ha sido víctima y especialmente considerando el nivel de intimidación emocional existente entre la víctima y su agresor, existiendo una relación directamente proporcional entre los efectos de la situación abusiva y el nivel de cercanía emocional existente con el agresor (Echeburúa y De Corral, 2006). No obstante, en todos ellos, se reconocen efectos negativos en los niños y niñas (Barudy, 1998), siendo una necesidad el tratamiento terapéutico.

2.2 Psicoterapia en abuso sexual infantil

Considerando la necesidad de tratamiento a partir de los importantes efectos a nivel psicológico y enfatizando que "el abuso sexual es una experiencia, no un trastorno o un síndrome. Puede dar lugar a un trastorno o síndrome, pero no es uno en sí mismo" (Finkelhor y Berliner, 1995, p.1415), por cuanto generará efectos variados en las víctimas, se hace necesario desarrollar un conjunto de estrategias y consideraciones que permitan dar respuesta de forma apropiada a niños y niñas que vivan dicha experiencia.

En base a lo anterior, es importante comprender la psicoterapia en estos casos, como parte de otras intervenciones, requiriéndose por tanto que las y los diferentes profesionales puedan trabajar en equipo, siendo capaces de tomar decisiones técnicas en conjunto e incorporando diferentes percepciones ante un mismo problema (Capella & Miranda, 2003).

Del mismo modo, resulta importante relevar la evidencia existente respecto a la eficacia del tratamiento psicológico con víctimas de abuso sexual, identificándose al respecto distintos estudios de meta análisis (Harvey & Taylor, 2010; Hetzel-Riggin, Brausch & Montgomery, 2007; Sánchez-Meca, Alcázar & Soler, 2011) que sustentan dicha premisa, toda vez que los resultados son consistentes, manteniéndose los efectos del tratamiento luego de varios meses posteriores al término del mismo.

Respecto del tipo de terapias para abordar los efectos del abuso con las víctimas, ha sido posible reconocer que las terapias que se focalizan en la experiencia abusiva mantendrían resultados más positivos que sólo terapias de apoyo o inespecíficas (Hetzl-Riggin, et al., 2007).

Del mismo modo, se reconocen resultados más positivos, al adaptar la terapia a las necesidades de cada niño o niña. Así también, cuando existe un adulto responsable que acompaña en el proceso; cuando los tratamientos contemplan más sesiones y son a más largo plazo; y cuando se incluyen en el diseño del tratamiento factores tales como género y etapa evolutiva del paciente (Harvey & Taylor, 2010; Hetzel-Riggin, et al., 2007; Sánchez-Meca, et al., 2011).

Si bien, cada proceso terapéutico con niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual, será llevado a cabo de acuerdo a los planteamientos de cada enfoque, existirían elementos comunes en el tratamiento de las víctimas. Estos elementos serían, promover la expresión de los sentimientos relacionados a la situación abusiva; clarificar creencias erróneas que podrían generar la atribución de elementos negativos sobre sí mismo (tales como culparse del abuso); promover el desarrollo de habilidades de autoprotección; disminuir la estigmatización y comprender que existen otras víctimas (Finkelhor y Berliner, 1995).

En general, se distingue un primer momento centrado en la intervención en crisis y la protección hacia la víctima y un segundo momento correspondiente a la psicoterapia propiamente tal.

Del mismo modo, resulta relevante realizar una evaluación particular de cada caso para poder evaluar las consecuencias de la situación de abuso sexual en el niño o niña, así como la significación dada por él a la experiencia, ya que esto orientará la intervención (Capella, 2011; Finkelhor & Berliner 1995; Hetzel-Riggin et al. 2007).

Por otro lado, se han descrito distintas fases en el tratamiento de víctimas de abuso sexual. En primer lugar, como fase pre-terapéutica, se precisa como objetivo central el asegurar la protección y contención del niño y su familia. Posteriormente, ya enmarcadas en el proceso terapéutico se ha propuesto una fase inicial orientada al fortalecimiento de recursos en el niño o niña y su familia. Del mismo modo, en esta primera fase se desarrollaría un vínculo terapéutico confiable y seguro, que permita al paciente expresar sus conflictivas y estabilizarse psicológicamente. Posteriormente, como fase intermedia, se focalizaría el tratamiento en la elaboración de la experiencia abusiva. Finalmente, se reconoce una última fase donde se trabaja en el cierre del proceso terapéutico, por medio de la desvinculación progresiva y el fortalecimiento de los logros y recursos alcanzados por el niño, niña y su familia durante la psicoterapia (Capella, 2011).

Resulta relevante reconocer que si bien la terapia debe centrarse en las consecuencias del abuso, se requiere que el o la terapeuta reconozca al niño o niña de manera integral, permitiéndole de esta forma un proceso de crecimiento e integración que va más allá de la experiencia abusiva (Capella, 2011).

Sumado a lo anterior, dentro de las consideraciones de la terapia con víctimas de abuso sexual infantil Dolan (1997, en Llanos y Sinclair, 2011) identifica tres etapas dentro del proceso de superación de los efectos del abuso, las cuales son: Reconocerse como víctima; Reconocerse como superviviente; y Celebrar la vida.

Respecto al Reconocerse como víctima, supondría registrar la desigualdad jerárquica y abuso de poder del cual se estuvo sometido en la relación con el abusador; respecto a Reconocerse como sobreviviente, supondría identificar los recursos personales que le han protegido del abuso y sobreponerse a sus efectos a lo largo del tiempo; en cuanto a Celebrar la vida, supondría recuperar la posibilidad de imaginar y proyectar un futuro libre de la influencia del abuso como un factor determinante en la estructuración de la propia vida (Dolan, 1997, en Llanos y Sinclair, 2011).

Por su parte, Llanos y Sinclair (2011) reconocen los siguientes focos terapéuticos específicos en la terapia del abuso: Creación de un marco comunicacional que permita integrar el abuso; Clarificación de los efectos del abuso; Reconocimiento de una imagen positiva de sí mismo; Desarrollo de la competencia personal; Desarrollo de un estilo de vida constructivo; y Establecimiento de relaciones no abusivas. Sumado a ello, plantean que resulta importante destacar lo relativo a la clarificación de los efectos del abuso, siendo elementos centrales para ello la contextualización de los efectos del abuso, la identificación de estrategias de supervivencia y superación y la identificación de áreas libres de abuso.

Las mismas autoras, relevan la necesidad de establecer y generar un contexto terapéutico seguro y confiable, lo cual se lograría en primer lugar por medio del establecimiento de una relación no abusiva. En relación a ello, se señala por tanto, la necesidad de que el terapeuta utilice el poder que le confiere la relación terapéutica en sí, para establecer una relación humana enmarcada en el buen trato y la igualdad. Lo anterior, permitiría evitar dinámicas de victimización dentro del espacio de terapia (Llanos y Sinclair, 2011).

En base lo expuesto anteriormente, y tomando en cuenta que las víctimas de abuso sexual en la infancia, requieren de un adecuado tratamiento, se hace necesario que en respuesta a dicha necesidad el Estado pueda dar respuesta a la demanda. En relación a ello, el Servicio Nacional de Menores (SENAME) ha desarrollado una línea programática para poder entregar un proceso psicoterapéutico para los niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual infantil. Dicha oferta la constituyen los Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Infantil (conocidos por sus siglas PRM). Estos programas poseen como objetivo general “contribuir al proceso reparatorio del niño, niña o adolescente que ha sufrido maltrato físico o psicológico grave, constitutivo de delito, y/o agresión sexual infantil” (SENAME, 2013, p. 3). Lo anterior por medio de intervenciones psico-socio-jurídicas, entendiendo que el abuso sexual infantil constituye una situación de alta complejidad, en la cual existen vulneraciones de derechos graves, por cuanto se debe contribuir al proceso

reparatorio desde distintos niveles de intervención, cada uno de ellos reparatorio en sí mismo. En base a lo anterior, los objetivos específicos, planteados por las bases técnicas diseñadas para estos programas son:

“Interrumpir la situación de maltrato y/o abuso, constitutivo de delito, mediante la activación de mecanismos judiciales requeridos para resolver la situación legal del niño/a y facilitar el acceso a la red de justicia; favorecer el proceso de resignificación de la experiencia de maltrato o abuso en el niño, niña o adolescente y el adulto responsable; y fortalecer los recursos familiares y sociales para el bienestar psicológico y social del niño, niña o adolescente, víctima de maltrato y abusos” (SENAME, 2013, p. 3).

Cabe señalar que los distintos programas de protección especializada en maltrato y abuso sexual infantil son ejecutados por distintos organismos colaboradores de SENAME (Fundaciones, Corporaciones, ONG's), cada una de ellas posee su propio marco comprensivo por el cual intentan alcanzar los objetivos propuestos por el Servicio Nacional de Menores. No obstante, dentro de las Orientaciones Técnicas que rigen a dichos Programas se precisa y explicita lo que se entenderá por resignificación, señalándose para ello tres ejes: Restitución de derechos; Superación de las secuelas psicoafectivas; y Reelaboración.

Dichos ejes son entendidos de la siguiente manera:

"la restitución de los derechos vulnerados incluye el derecho a una reparación del daño físico, psicológico y/ o sexual sufrido. En cuanto a la superación de las secuelas psicoafectivas se refiere a la sanación del daño causado en su expresión más estricta. Respecto al concepto de reelaboración se plantea que el niño o niña requiere aprender actitudes y capacidades para evitarlas y enfrentarlas, posterior a su egreso, con apoyo sólo de su referente significativo. La resignificación fortalece la capacidad de integrar esta experiencia traumática

en su proceso de desarrollo, logrando continuar el mismo fortaleciendo sus recursos" (SENAME, 2015, p. 27-28).

En torno al concepto de resignificación, el cual sería central dentro de la oferta otorgada por el Servicio Nacional de Menores (SENAME) es posible adscribir a la definición que plantea Vergara (2011), planteándose que la resignificación implica un cambio en torno al significado, de tal manera que la persona pueda incorporar nuevos contenidos que contribuyan a una comprensión del acontecimiento que favorezca el logro de la coherencia interna en la medida que no se establezca en el núcleo central de la vivencia del sí mismo, pero sí sea integrada dentro de la historia vital (Capella, 2011). Dicho concepto permite ir más allá del concepto de reparación, el cual aludiría a la concepción de arreglar un desperfecto, reforzando la idea del sí mismo dañado, dirigiendo por tanto los esfuerzos en llevar al niño o niña al estado previo al trauma y privilegiando para el tratamiento la remisión de la sintomatología reactiva al abuso (Capella & Gutiérrez, 2014).

Finalmente, resulta importante relevar las nuevas miradas en torno a la comprensión del proceso terapéutico con víctimas de abuso sexual, incorporándose así conceptos como el de superación, ya que éste permitiría valorar la recuperación del niño o niña más allá del daño y la sintomatología.

El concepto de superación, implica de acuerdo a Capella & Gutierrez (2014):

"comprender la posibilidad de darle un nuevo significado a la experiencia abusiva, que permita integrarlo de manera adaptativa a la propia identidad y fortalecerse en dicho proceso. En este sentido, la superación implica que no se vuelve al punto anterior, sino que es posible a partir de la resignificación, "superar" la experiencia y lograr un progreso en el desarrollo. Esto permite integrar de manera adaptativa la experiencia a la identidad y la historia vital y fortalecerse en dicho proceso. Así, la mirada de la resignificación y la superación implica ir más allá de la experiencia abusiva, sus síntomas y sus efectos. Ambos

conceptos se encuentran vinculados, considerando que la superación y el fortalecimiento sólo se logran en la medida que haya un profundo proceso de resignificación de la experiencia abusiva" (p. 102).

2.3 Cambio Terapéutico

Los primeros estudios respecto a la efectividad de la psicoterapia con población general, aparte de otorgar sustento a la práctica clínica, abrieron una serie de inconvenientes en torno a la carencia de diferenciación de los distintos sistemas terapéuticos en relación con su efectividad, dejando dudas sobre qué tipo de intervenciones producen cuales efectos (Roth Fonagy, 1996; Smith, Glass Miller, 1980 en Krause, Parra, Arístegui, Dagnino, Tomicic y Valdés, 2006).

En respuesta a lo anterior, se dio origen a tres líneas de investigación con procedimientos metodológicos alternativos: a) El estudio del proceso terapéutico , el cual se focaliza tanto en la interacción terapéutica como en el proceso de cambio experimentado durante la relación de ayuda, puntualizando los episodios relevantes de cambio terapéutico; b) El estudio de los factores de cambio, centrado en conocer que elementos resultan responsables del cambio; c) Los estudios que relacionan tipos de tratamiento con tipos de problema, resultando de ello la elaboración de listas de tratamientos para temas específicos basados en la evidencia (Krause, et al., 2006).

Respecto del estudio de los factores de cambio, se han identificado factores específicos, que tendrían relación con técnicas e intervenciones determinadas y factores inespecíficos o comunes. Respecto de estos últimos Asay y Lambert (1999, citados en Krause et al., 2006) los dividen en cuatro áreas generales a las cuales asignan un porcentaje en función de su aporte a la mejoría del paciente en psicoterapia: factores del cliente y eventos extra terapéuticos (40%), factores de la relación terapéutica (30%), expectativas y efecto placebo (15%) y, factores relacionados con las técnicas y modelos teóricos (15%).

Desde la literatura se ha planteado, que el cambio terapéutico correspondería y tendría relación con los elementos subjetivos del paciente respecto a sí mismo, sus dificultades y sus relaciones con el entorno. Dichos cambios subjetivos, se alcanzarían con la elaboración de nuevos constructos y teorías subjetivas en el proceso terapéutico. Lo anterior se daría en virtud de un proceso de momentos de cambios sucesivos, que ocurren en contextos determinados, pudiendo tener influencias desde la propia vida de cliente o de la situación terapéutica (Krause, 2005).

Respecto a las teorías subjetivas, de acuerdo a lo planteado por Winkler, Avendaño, Krause y Soto (1993), tendrían como función: fundamentar y justificar las acciones; fundamentar y justificar los problemas; orientar el comportamiento; facilitar el sentimiento de identidad; y otorgar un sentido subjetivo a la existencia.

Cabe señalar, que un elemento relevante del cambio terapéutico es lo relativo al contenido del cambio, es decir a qué es lo que cambia, pudiéndose reconocerse cambios en la esfera de las conductas, los síntomas o bien, en la esfera de lo representacional, donde se integraría tanto lo afectivo como lo cognitivo. Esto último, lo representacional, sería la esencia del contenido del cambio terapéutico, permitiendo cambios en la perspectiva subjetiva respecto de sí mismo, los problemas o síntomas y la relación con el contexto (Krause et al, 2006). Este cambio comenzaría antes del inicio terapéutico y finalizaría después de haber terminado el tratamiento.

En relación a lo anterior, ha sido posible a través de estudios empíricos con pacientes adultos, establecer una jerarquía de indicadores de cambio genéricos. Estos indicadores de cambio darían cuenta del contenido del cambio y estarían organizados en 3 momentos de la intervención. En un primer momento, los indicadores de cambio comenzarían por el cuestionamiento inicial del paciente de su problema; posteriormente habría un aumento en la permeabilidad hacia nuevos entendimientos; y finalmente habría una construcción de nuevos entendimientos, una transformación en la

representación del sí mismo, un reconocimiento de la ayuda recibida, y la disminución de la asimetría con el terapeuta. Así, estos indicadores de cambio, involucrarían de manera progresiva el logro del cambio terapéutico, lo cual implicaría un cambio en las teorías subjetivas de la persona (Altimir, et al., 2010; Krause, 2005).

Finalmente, en relación al estudio del cambio terapéutico, tal como se esbozó en la introducción, se han evidenciado altos niveles de acuerdo entre los clientes y los terapeutas respecto a los cambios que ocurren en terapia y a los contenidos de estos cambios (Altimir et al, 2010).

2.3.1 Cambio terapéutico con víctimas de abuso sexual infantil

Considerando lo planteado en el apartado anterior, se definirá el cambio psicoterapéutico asociado a las intervenciones reparatorias en agresión sexual infantil, de acuerdo a lo planteado por Álvarez, Socorro y Capella (2012), como un:

“proceso que implica una serie de modificaciones del niño/a y el sistema en que está inmerso, en que estos incorporan nuevas percepciones y conocimientos respecto del modo en que se perciben a sí mismos, los otros y el mundo, resignificando el daño ocasionado por la agresión sexual, asociado a las distintas dinámicas traumatogénicas. Esto ocurriría con participación activa del niño/a y cooperación del sistema, en pos de la resignificación de la vivencia abusiva” (p. 36).

Esta última definición, tendría relación principalmente con el contenido del cambio dado que distingue elementos a nivel representacional.

A fin de precisar aun más y en coherencia con lo planteado anteriormente, podríamos considerar que dicho cambio a nivel representacional podría relacionarse con las tres

etapas dentro del proceso de superación de los efectos del abuso (Reconocerse como víctima; Reconocerse como superviviente; y Celebrar la vida).

Lo anterior, entendiendo el proceso terapéutico con víctimas de abuso sexual infantil como un proceso de cambio centrado principalmente en las representaciones del niño o niña y en las representaciones en relación a la experiencia abusiva. Por tanto, el cambio terapéutico con niños y niñas que han sido víctimas de abuso sexual, se traduciría en cambio en las representaciones que el niño o niña posee sobre sí mismo, generando por tanto cambios en el cómo se comprende a sí mismo en relación a la situación abusiva de la cual fue víctima, pasando desde la percepción de sí mismo como persona dañada, a la idea de no estar condenado de por vida por ello, hasta finalmente independizarse del abuso y dar sentido a su propia vida (Llanos y Sinclair, 2011).

Por otro lado, se destacan conceptualizaciones que han surgido en el contexto nacional respecto del cambio terapéutico en niños y niñas que han sido víctimas de abuso sexual, destacándose la propuesta de Águila (2015), quien lo define como:

"un proceso que implica una transformación global del sí mismo y su entorno, por medio del cual se adquieren progresivamente nuevos significados y construyen nuevas teorías subjetivas al resignificar la experiencia abusiva y aliviar las secuelas ocasionadas en las diversas áreas del desarrollo vital, promoviendo el crecimiento y fortalecimiento al hacer sentido de la vivencia de transgresión sexual" (pp. 61-62).

2.4 Género

El concepto de género emerge en el desarrollo de los Estudios de la Mujer realizadas por R. Stoller y J. Money (citado en Fuller, 1993). Estos investigadores señalan que lo que se ha entendido como ser un hombre o ser mujer tiene relación fundamentalmente

con un aprendizaje sociocultural más que con las características biológicas de machos y hembras humanos. De esa manera proponen una distinción conceptual y sostienen que hay una diferencia entre sexo y género. El primero apunta a rasgos fisiológicos y biológicos de ser macho o hembra, y el segundo a la construcción social de las diferencias sexuales (lo femenino y lo masculino). Así, el sexo se hereda y el género se adquiere a través del aprendizaje cultural.

El género por tanto, es más que una categoría, es una teoría amplia que abarca categorías, hipótesis, interpretaciones y conocimientos relativos al conjunto de fenómenos históricos construidos en torno al sexo. El género está presente en el mundo, en las sociedades, en los sujetos sociales, en sus relaciones, en la política y en la cultura, caracterizándose por contener ideas, prejuicios, valores, interpretaciones, normas, deberes y prohibiciones sobre la vida de las mujeres y los hombres, es decir, el hacer del ser en el mundo (Lagarde, 1996).

Al avanzar en el desarrollo del concepto de género, se establece que cada cultura elabora de manera distinta lo que entiende por mujer y hombre. Es decir, cada cultura elabora sus propias identidades de género a partir del hecho biológico de las diferencias entre los sexos.

Lo anterior, supone que la identidad de género se constituye a partir de un proceso donde cada individuo aprende lo que es ser hombre o mujer, a asumir los roles y actitudes que le son propios y a interpretarse a sí mismo según dichos parámetros (Fuller, 1993). La identidad de género, por cuanto es el proceso por el cual una persona se identifica y por ende es capaz de nombrarse como perteneciente a un género o a otro. Sin embargo, sería posible precisar aún más este concepto incorporando la definición de papel de género, el cual aludiría a la expresión pública de la identidad de género, es decir a todo lo que la persona hace o dice para indicar a otros el grado en que se es masculino, femenino o ambivalente (Calvi, 2005).

Por cuanto, la cultura y la socialización tendrán un impacto en las concepciones en torno al género que poseen las personas, es decir respecto de lo que atribuyen y entienden como “lo masculino” y “lo femenino”. Esto tendrá influencia en el cómo cada una de las vivencias de las personas tendrá determinados efectos (Fuller, 1993).

Son los conceptos planteados anteriormente, que conforman los modelos de organización social respecto a las construcciones de esquemas de masculinidad-feminidad que impactan diferencialmente a hombres y mujeres, lo que conforman lo que entendemos como perspectivas de género (Infante, 2004). Entonces se entenderá como perspectiva de género, las construcciones personales, influenciadas por la cultura, respecto a lo que es lo masculino y lo femenino. Dichas perspectivas integrarán los roles y estereotipos de género que el individuo aprendió y construyó a lo largo de su historia, las cuales definirán por tanto las limitaciones y posibilidades de ser en el mundo.

Resulta importante relevar la hegemonía al hablar de género, ya que ésta, se plantea siempre en una dimensión relacional, en tanto responde a una superioridad social que se adquiere y determina cómo la sociedad organiza sus procesos culturales hasta la vida privada de sus individuos. Siendo en nuestra sociedad, el hombre y la masculinidad donde se adquiere y se retiene el poder, manteniendo por tanto el género masculino una superioridad sobre el género femenino (Schongut, 2012).

En relación a lo anterior, se debe considerar que en nuestra sociedad, al ser una sociedad patriarcal, se construyen las diferencias entre hombres y mujeres, desde un lugar de inferioridad de estas últimas, lo anterior sería inherente a su biología, es decir, algo natural. Por tanto, se ubican a las mujeres en un plano de sumisión, y de inferioridad en la mayoría de los ámbitos de la vida (Facio y Fries, 2005).

2.4.1 Género y abuso sexual infantil

En relación al género y el abuso sexual infantil, debemos en primer lugar considerar que de acuerdo a los estudios de prevalencia, existen mayor cantidad de víctimas mujeres que hombres. Esto tanto a nivel internacional como a nivel nacional (Finkelhor, 1994 en Putnam, 2003; UNICEF, 2012). Lo anterior llegaría incluso a otorgarle un carácter de "raro" o improbable al abuso sexual en hombres (Etherington, 1995).

Existen estudios que han evaluado las percepciones respecto al fenómeno del abuso sexual infantil a partir del género de los participantes y las reacciones del entorno a partir del género de quien ha sido víctima (Wellman, 1993; Ullman & Filipas, 2005), encontrándose que las mujeres tendrían mayores conductas pro sociales ante niños, niñas o adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual infantil, y por otro lado, ante una niña que ha sido víctima el entorno tendría mayores conductas de acogida que ante un niño que ha sido víctima de abuso sexual; así también a nivel de población general, existiría una menor percepción respecto a la ocurrencia de abuso sexual infantil hacia niños.

Por otro lado, resulta relevante señalar que ha existido una tendencia a atribuir a la experiencia de hombres que han sido víctimas de abuso sexual infantil, los mismos modelos que se han conformado respecto de la victimización femenina, debido a que ha sido en lo cual se ha estudiado mayormente. Sin embargo, poco a poco se han comenzado a criticar dichas visiones y se ha logrado comprender que la vivencia de niños que han sido víctimas es distinta a la experiencia de las niñas, y con ello debiesen existir diferencias en los procesos psicoterapéuticos.

Como ya ha sido mencionado anteriormente, Echeburúa y de Corral (2006), han señalado sintomatología reactiva al abuso diferenciada en cuanto al sexo de la víctima, siendo esta mas internalizante en el caso de las niñas y de línea externalizante en el caso de los niños.

En cuanto a la experiencia de las mujeres que han sido víctimas se han descrito sentimientos ligados a la situación traumática, tales como: sentimientos de desamparo; la sensación de estar en peligro permanente; y sentirse diferente a los demás, esto último llevaría a las niñas y mujeres que han sido de abuso a creer que son las únicas víctimas y generaría sentimientos de humillación y desesperanza (Velásquez, 2003 en Calvi, 2005).

En cuanto a la experiencia de los hombres que han sido víctimas de abuso sexual infantil, Calvi (2005) plantea que una de las dificultades que se suman a las consecuencias propias del trauma producto del abuso sexual infantil sería lo difícil de integrar dicha experiencia con sus representaciones respecto de lo que es ser hombre. Dichas representaciones serían reforzadas por la cultura popular. Lo anterior conllevaría a que el niño o adolescente abusado sexualmente se vería desafiado en lo que considera su masculinidad. En esta misma línea, se sostiene que los hombres tendrían dificultades para visualizarse como víctimas, dado que la cultura no proporcionaría lugar para un hombre como tal (Gartner, 1999 en Calvi, 2005; Etherington, 1995).

Los hombres que han sido víctimas de abuso sexual, tenderían a negar las consecuencias de dicha experiencia, dado que presentarían sentimientos de vergüenza respecto a ello. El reconocimiento de las consecuencias del hecho, junto a identificarse como víctima conllevaría un conflicto importante desde la perspectiva de su identidad de género. De acuerdo a Etherington (1995), lo anterior ocurriría a partir del proceso de socialización respecto a lo que se espera o no de un hombre, por cuanto asocian la relación abusiva con la homosexualidad, y ese temor se agravaría por la homofobia existente en la sociedad.

En la misma línea, la misma autora señala que a partir de los procesos de socialización de los hombres dentro de una sociedad patriarcal como en la que vivimos, es que los adultos responsables reaccionarían reacios a informar sobre el abuso del cual han sido

víctimas sus hijos, llegando incluso a no comprender el daño que la experiencia abusiva causa en el niño.

Finalmente, es posible encontrar a nivel internacional investigaciones que darían cuenta de la experiencia diferenciada de los niños que han sido víctimas respecto a la experiencia de niñas víctimas, ya sea estudiando sus experiencias inmediatamente de forma posterior a la revelación o bien con hombres adultos que han sido víctimas en la infancia de forma retrospectiva (Coohey, 2010; Grossman, Kia-Keating & Sorsoli, 2006; O'Leary & Barber, 2008;). Entre los resultados relevantes de estos estudios encontramos que los niños tendrían mayores dificultades para develar la situación abusiva a la cual están siendo expuestos, cabe señalar que existe una variedad de estudios que presentan resultados similares respecto de la revelación (DeVoe y Faller, 1999; Goodman-Brown, Edelstein, Goodman, Jones y Gordon, 2003; Gries, Goh y Cavanaugh, 1996; Hershkowitz, Horowitz y Lamb, 2005; Priebe y Svedin, 2008; Stroud, Martens y Baker, 2000 citado en London, Bruck, Ceci, y Shuman, 2005); por otro lado las niñas tendrían mayor sintomatología ansiosa en contraste con los niños.

2.4.2 Género y terapia del abuso

Respecto a las investigaciones que se han realizado en torno al género en los procesos psicoterapéuticos con niños, niñas que sido víctimas de abuso sexual infantil es posible referirse a la experiencia de hombres víctimas de abuso en su infancia, Etherington (1995), señala que debido a las dificultades que el proceso de socialización genera en ellos para reconocer las experiencias de abuso como abusivas y dañinas, se debe considerar en la terapia el mirar hacia atrás sobre sus vidas y experiencia, reconocer el abuso y a partir de ello avanzar en la curación y plenitud. Lo anterior, es coherente con los objetivos terapéuticos que plantea Dolan (1999, en Llanos y Sinciar, 2011), respecto a reconocerse como víctima, reconocerse como superviviente, para posteriormente celebrar la vida.

Etherington (1995) señala que los hombres que han sido víctimas de abuso en su infancia han logrado la superación de la experiencia desarrollando su vida interior y espiritualidad, volcando el sufrimiento en una oportunidad para el crecimiento personal. Lo anterior, en muchos de ellos, han permitido que ofrezcan oportunidades similares a otros que también han sido dañados.

Por otro lado, es posible encontrar en la literatura que los terapeutas hombres tendrían menores creencias respecto a la ocurrencia del abuso sexual infantil, lo cual, entre otras cosas, afectaría las decisiones que toman a lo largo del proceso terapéutico, ya que por un lado no darían gran credibilidad a la experiencia de abuso en víctimas masculinas, como así también minimizarían el impacto de la experiencia. (Gore-Felton, Arnow, Koopman, Thoresen y Spiegel, 1999).

A nivel nacional, es posible encontrar algunas reflexiones respecto al género en terapia con niños y niñas que han sido víctimas de abuso sexual infantil. Se destacaría entre ellas, reflexiones en torno a que el daño producto del abuso sexual infantil se vivencia de forma diferenciada en hombres y mujeres. Lo anterior, generaría diferencias en el vínculo que las víctimas establecerían con terapeutas hombres respecto a terapeutas mujeres. A partir de dichas reflexiones, se reconoce como una necesidad, el continuar investigando en torno al género en los procesos de intervención con niños y niñas que han sido víctimas de abuso sexual (García, García & Roldán, 2014). Lo anterior, de acuerdo a las mismas autoras, tendría relación con la necesidad de tomar en cuenta, al comprender el fenómeno del abuso sexual, el contexto cultural predominante, siendo en Chile el patriarcado desde el donde se construyen las pautas de relación entre las personas.

En línea con lo anterior, García, García y Roldan (2014), relevan la influencia del género en la terapia de reparación haciendo eco de los planteamientos de Rodríguez (1996, en García et al, 2014), quien señala que la intervención clínica es definida de forma diferenciada por cada género; siendo los presupuestos que posee el o la

terapeuta respecto al género los que desafían o mantienen los supuestos tradicionales que afectan directamente al paciente.

Considerando todo lo planteado anteriormente y tomando en cuenta que a nivel nacional y desde el Servicio Nacional de Menores, existe un esfuerzo por integrar a las distintas intervenciones un enfoque de género que permita una atención más pertinente y coherente con la vivencia de los niños o niñas. Es así que desde las bases técnicas de los programas de reparación se plantea que

“se debe consignar la manera en que la situación de vulneración afecta de manera diferenciada a niños y niñas. Identificar de qué manera las estrategias utilizadas en el transcurso de las experiencias desarrolladas generan un impacto diferenciado en los niños y niñas atendidas. Y así también, en todo el proceso reparatorio del niño o niña debe tenerse en cuenta cuáles son los estereotipos de género que aparecen vinculados a las situaciones de maltrato grave y abuso sexual” (SENAME, 2013, p. 11).

Dado a que ha sido posible reconocer que el género, ya sea de quienes han sido víctimas de abuso sexual infantil, de los terapeutas o de las personas del entorno, tiene distintas influencias en el proceso terapéutico, en las reacciones y en la experiencia del abuso sexual infantil. Sin embargo, no fue posible encontrar literatura que busque identificar las consideraciones en torno al género de los niños y niñas y de los terapeutas, dentro del proceso psicoterapéutico en sí mismo. Es decir, que logre reconocer cuales son las consideraciones en torno al género en estos procesos y cuáles son las construcciones que los terapeutas realizan de este concepto.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

- Describir las construcciones de género de los y las terapeutas y las posibles relaciones que establecen con el cambio terapéutico con niños y niñas que han sido víctimas de abuso sexual.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar las construcciones de género que poseen las y los terapeutas que intervienen con niños y niñas que han sido víctimas de abuso sexual.
- Explorar las distinciones que las y los terapeutas realizan sobre los procesos de terapia llevados a cabo con niñas respecto de aquellos llevados a cabo con niños.
- Conocer los aspectos que según las y los terapeutas influyen en el cambio terapéutico de niños y niñas que han sido víctimas de abuso sexual infantil.
- Reconocer las posibles divergencias y convergencias entre las miradas de terapeutas hombres y mujeres respecto a los niños y niñas víctimas de abuso sexual.

4. MARCO METODOLOGICO

4.1 Diseño

La presente investigación posee una metodología cualitativa, dado que lo que se busca es acercarse a la vivencia subjetiva del fenómeno. Lo anterior dado que un acercamiento al fenómeno desde lo subjetivo permite dar voz a los y las protagonistas, posibilitando así ampliar la comprensión del problema. Del mismo modo, desde esta perspectiva, los objetos no se reducen a variables individuales, sino que se estudian en su complejidad y totalidad (Flick,2007).

En coherencia con lo anterior y atendida la pregunta de investigación, el presente estudio es de tipo descriptivo, ya que se explora el fenómeno tal cual se presenta, sin manipulación de variables (Hernández, Fernández & Baptista, 2006), es decir se busca conocer de forma natural las construcciones de género de las y los terapeutas, como así también la mirada en torno a los procesos de cambio terapéutico sin intencionar ni guiar las respuestas y relatos de los y las entrevistadas.

Se plantea como marco epistemológico al socioconstruccionismo, en el cual el relato es visto como una forma de acción social entre un orador y su audiencia. Se plantea que la vida y el mundo sólo pueden comprenderse a través de relatos sobre la experiencia concreta, cotidiana y personal de la vida (Gergen, 1996). Por cuanto lo central es lo que los y las terapeutas narran respecto a la pregunta de investigación.

Lo anterior cobra relevancia en la presente investigación, debido a que los elementos centrales lo constituyen construcciones y constructos subjetivos, por cuanto solo el relato permite una comprensión de éstos.

4.2 Muestra

El universo de sujetos para la presente investigación lo constituyen todos los terapeutas, hombres y mujeres, que realizan procesos psicoterapéuticos con niños y niñas que han sido víctimas de abuso sexual y que se desempeñan en Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Infantil (PRM), ejecutados por Organismos Colaboradores del SENAME.

La muestra que se seleccionó fue de tipo no probabilística, de tipo intencionado o dirigida, es decir no dependió de la probabilidad sino que fue escogida por el investigador a partir de los fines de la investigación (Hernández et al., 2006).

En virtud de lo anterior, se seleccionaron 2 terapeutas mujeres y 2 terapeutas hombres, a fin de no parcializar las descripciones del fenómeno, que se desempeñan en Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Infantil PRM, tanto de la Corporación de Apoyo a la Niñez y Juventud en Riesgo Social Llequén y de la Corporación de Promoción y Apoyo a la Infancia Paicabí, de las ciudades de Rancagua, Graneros y Valparaíso.

La decisión respecto al número final de la muestra se basó en el criterio de saturación de la información, por cuanto no se incorporó a más participantes al no encontrarse información adicional que permitiera desarrollar nuevas propiedades de la categoría o nuevas categorías (Bisquerra, 2009).

Se privilegió aquellos y aquellas terapeutas que poseían al menos 6 meses de experiencia en la línea programática PRM, a fin de que puedan efectivamente dar cuenta de procesos terapéuticos llevados a cabo por ellos.

Sumado a lo anterior, se requirió que todos y todas atendieran niños y niñas entre 8 a 12 años y de este modo considerar la misma etapa evolutiva. Sumado a ello, debido a que durante la primera entrevista se les solicitó dar cuenta de un proceso terapéutico llevado a cabo con un niño y un proceso terapéutico con una niña.

Cabe señalar que lo anterior se relaciona a la vez con las características del fenómeno en el país, toda vez que el promedio de edad para la primera experiencia de abuso es de 8,5 años (UNICEF, 2012).

Se intencionó a la vez, que los y las participantes pertenecieran a distintos centros a fin de evitar sesgos y miradas institucionales, que pudiesen influir en los resultados, restando riqueza a los hallazgos.

La convocatoria se realizó por medio de carta de invitación (ver anexo N° 1) dirigida a los y las profesionales de los tres centros escogidos.

Cabe señalar que en el caso de los Centros de Rancagua y Graneros, se extendió la invitación a partir del conocimiento previo del investigador respecto de la existencia de terapeutas hombres en dichos equipos.

Posteriormente, una vez que los interesados respondieron la invitación y fueron debidamente informados de la investigación, se procedió a la firma del consentimiento informado (ver anexo N° 2). Posterior a ello, se realizaron dos entrevistas a cada terapeuta, las cuales fueron realizadas en los mismos centros PRM, por cuanto fue posible contar con un lugar que cumpliera con condiciones favorables para la entrevista, como así también facilitaba a los y las terapeutas el acceso a información y antecedentes de los casos revisados, tales como fichas, carpetas, informes y registros.

A fin de ilustrar de mejor forma la muestra, se presenta la siguiente tabla:

Tabla N° 1: Caracterización de la muestra²

N°	Pseudonimo Terapeuta	Pseudonimo Niño	Pseudonimo Niña	Edad Niño	Edad Niña	Tipo de Agresión Niño	Tipo de Agresión Niña	Centro	Experiencia en Meses
1	Luis	Jaime	Teresa	11 años	12 años	Violación	Violación	1	17 meses
2	Ignacia	Sebastián	Ximena	10 años	11 años	Abuso Sexual	Violación	2	9 meses
3	Alvaro	Mariano	Karen	10 años	9 años	Abuso Sexual	Abuso Sexual	2	8 meses
4	Marcela	Carlos	Catalina	8 años	12 años	Abuso Sexual	Abuso Sexual	3	16 meses

En síntesis, participaron 2 terapeutas hombres y dos terapeutas mujeres, provenientes de 3 Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Infantil (PRM) distintos. A cada uno de ellos se les realizó dos entrevistas, por cuanto en total se realizaron 8 entrevistas. Se destaca que todos los participantes poseían más de 6 meses de experiencia en la línea programática PRM.

4.3 Técnicas de producción de datos

Dado el marco epistemológico y el tipo de estudio, como técnica de producción de datos, se utilizó la entrevista de tipo semi estructurada (ver guión en anexos N° 3), para la cual se diseñó un guión de los temas a abordar en las entrevistas, dejando el orden y la forma de realizar las preguntas sujetas a la situación y desarrollo de la entrevista en sí misma, en tanto se buscaba recoger la visión de los propios participantes. Dicha técnica fue utilizada dado que la entrevista como técnica permite la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o

² Se exponen los datos de los niños y niñas de los cuales los y las terapeutas dieron cuenta en las entrevistas. Lo relativo a experiencia en meses corresponde a la experiencia de los y las terapeutas en Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Infantil (PRM).

situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras (Taylor & Bogdan, 1998) permitiendo así acceder a las construcciones de género de las y los terapeutas.

Posterior a la lectura y firma del consentimiento informado, se realizó una primera entrevista a cada participante, la cual se centró en conocer las construcciones respecto del proceso de terapia con víctimas de abuso sexual infantil, definiciones del cambio terapéutico y descripción de dos procesos terapéuticos considerados exitosos, uno de un niño y otro de una niña entre los 8 y 12 años de edad. Se puso especial interés en conocer a fondo las distinciones que los participantes realizaban de dichas experiencias, como así conocer el cambio terapéutico y sus contenidos, que los y las terapeutas reconocían de cada proceso en particular.

Posteriormente, dichas entrevistas fueron transcritas y analizadas por el investigador, quien reconoció elementos relevantes a abordar en una segunda entrevista, específicamente aquellos en los cuales pudiese tener relevancia el género.

La segunda entrevista estuvo orientada en primer lugar en conocer las construcciones en torno al género de las y los participantes, poniendo especial énfasis en las construcciones y definiciones de lo masculino y lo femenino, como así también el lugar del género en el abuso sexual infantil. Una vez realizado lo anterior, se procedió a solicitar a los entrevistados a analizar los casos desde sus propias construcciones de género, vinculando las mismas con los casos y con el cambio terapéutico de éstos. Sumado a ello, en la segunda entrevista el investigador planteó sus propias reflexiones a partir de los discursos de los entrevistados, lo cual permitió por un lado profundizar en elementos puntuales que tenían relación con los objetivos de la investigación, como así también contrastar resultados preliminares con los mismos participantes, lo anterior como estrategia de triangulación de la información.

En síntesis, como técnica de recolección de datos se utilizaron dos entrevistas por cada participante, contando de este modo con 8 entrevistas en total para el análisis.

4.4 Análisis

Para el análisis de los datos se utilizó el Análisis de contenido de tipo categorial, el cual de acuerdo a Piñuel (2002) corresponde a un conjunto de procedimientos interpretativos de productos comunicativos (mensajes, textos o discursos) que proceden procesos singulares de comunicación previamente registrados, y que, basados en técnicas de medida, a veces cuantitativas, a veces cualitativas tienen por objeto elaborar y procesar datos relevantes sobre las condiciones mismas en que se han producido aquellos textos, o sobre las condiciones que puedan darse para su empleo posterior.

Diversos autores, señalan que este análisis permitiría comprender contenidos manifiestos y latentes, en la medida en que se desarrolle un proceso de identificación, codificación y categorización de los principales ejes de significado subyacente en los datos (Gil & Cano, 2010; Piñuel, 2002).

El proceso de codificación implicaría segmentar los datos en función de las preguntas y objetivos de investigación, mientras que la categorización pretendería organizar y comprender los datos anteriormente codificados por medio de relaciones entre los distintos elementos que componen cada uno de los grupos de significados (Gil & Cano, 2010).

Considerando lo anterior, y a partir de los objetivos de la presente investigación, se optó por este tipo de análisis toda vez que se exploraron las diversas descripciones que las y los terapeutas realizaron de diversos temas, tales como abuso sexual, género, cambio terapéutico y sus relaciones. Por cuanto, el análisis de contenido de tipo categorial, permitió ir ordenando los distintos contenidos que emergieron, a fin de ordenar los hallazgos y resultados. Del mismo modo, el organizar por medio de categorías las descripciones que las y los participantes realizaron, facilitó el reconocimiento de similitudes y diferencias entre las diversas miradas.

A fin de lograr lo anterior, se procedió en un primer momento a realiza una codificación de cada una de las entrevistas de manera libre. Lo anterior permitió, a partir de que emergió de los mismos participantes ordenar la información en categorías emergentes, las cuales fueron iguales para todos las y los participantes. Posteriormente, se analizaron dichas categorías considerando una mirada general de los resultados en primer lugar, para luego ir diferenciando por género del terapeuta, por género del paciente y por combinaciones género terapeuta/género paciente.

5. RESULTADOS

A continuación se presentarán los principales resultados de la presente investigación, los cuales serán desarrollados a partir de las distintas categorías que emergen del relato de las y los terapeutas participantes.

Las principales categorías que emergen del discurso de las y los terapeutas son las siguientes: Cambio Terapéutico; Comprensión del Daño asociado a la experiencia de abuso; Terapia con Víctimas de Abuso Sexual Infantil; Conceptualización del Género; y Genero y Abuso Sexual Infantil.

A fin de dar respuesta a los objetivos establecidos, en cada una de las categorías que se identifican se dará cuenta inicialmente de aquellos elementos comunes y posteriormente de las distinciones existentes entre las miradas de los terapeutas hombres respecto de las miradas de las terapeutas mujeres, en caso de que estas existan. Sumado a ello, en coherencia con los objetivos trazados, se relevará de forma transversal la influencia de las construcciones del género de las y los terapeutas en cada una de las categorías descritas. No obstante, con fines de profundización y clarificación de la información se dará cuenta de ello como una categoría más.

Finalmente, resulta relevante señalar que con fines de mayor ilustración y conocimiento se utilizarán viñetas de los y las terapeutas, en las cuales, a fin de mantener la confidencialidad, se utilizarán pseudónimos.

5.1 Comprensión del daño asociado a la experiencia de abuso:

En la presente categoría se agrupan todos aquellos elementos que emergen desde los y las terapeutas relacionados con los efectos del abuso sexual en niños y niñas. Lo anterior en un primer lugar desde aquellas miradas más generales y asociadas a la mirada comprensiva del fenómeno que poseen las y los terapeutas, como así también

desde las consecuencias identificadas en los niños y niñas de quienes dan cuenta las y los entrevistados.

5.1.1 Efectos del abuso sexual en niñas y niños:

En cuanto a los efectos del abuso surge como principal elemento común de los y las terapeutas una mirada comprensiva del fenómeno del abuso en coherencia con el modelo de dinámicas traumatogénicas de Finkelhor y Browne, descrito en el marco teórico. Lo anterior, ya que de acuerdo a la mirada de los y las terapeutas permitiría centrarse no solo en el síntoma sino que la totalidad de la experiencia de las y los niños.

"estas dinámicas nos permiten más bien comprender todos los efectos que puede tener el niño en las distintas dimensiones, en las distintas esferas de su vida y no tan solo evocarnos al... al tema del síntoma y la escisión de estos, sino que más bien, ver todo estos elementos dinámicas presente en los niños víctimas de abuso" (Ignacia)

Sumado a lo anterior se destacan principalmente las dinámicas de sexualización traumática y de traición las que emergerían de forma más recurrente en los procesos terapéuticos.

Del mismo modo, emerge como un efecto de la experiencia de abuso el temor por parte de las víctimas de ser dañado nuevamente. Lo anterior no facilitaría el contacto de los y las niñas con el mundo adulto, toda vez que existiría una desconfianza generalizada hacia el mismo. Esto se reconoce como uno de los efectos que obstaculizan el establecimiento de un adecuado vínculo terapéutico.

"Ella sentía desprotección, que nadie la escuchaba que nadie la validaba, que fue usada, ese fue un término que utilizó, que todos la usaban, prestaban interés, la seducían y después la usaban, entonces ella no podía depositar la confianza"
(Luis sobre Teresa)

Por otro lado, se describe como efecto de la experiencia de abuso sentimientos de culpa y responsabilidad respecto a la experiencia. Los y las terapeutas visualizan que tanto los niños como las niñas consideran que su participación en la dinámica abusiva los transforma en responsables de la misma.

"ahí que el me devela la situación de violación que había vivido por parte del padre y no quería volver hablarlo con nadie más. Surge desde ahí un gran sentimiento de culpa por parte de él respeto a lo que había vivido" (Luis sobre Jaime)

Así también, se identifican como los principales efectos reactivos a la experiencia de abuso la pérdida de la capacidad de disfrute, sentimientos de estigmatización, sintomatología como sentimientos depresivos, enuresis y encopresis, dificultades para establecer relaciones con los otros, desconfianza generalizada y temor respecto al entorno, retraimiento e inhibición. Sumado a ello existe acuerdo en considerar que la experiencia de abuso impacta principalmente en los procesos de conformación de identidad tanto en niños y niñas.

"es una experiencia negativa que genera y provoca sentimientos negativos en sí mismo, puede distorsionar bastante también su identidad y su emocionalidad"
(Marcela)

"también se puede generar un trastorno de identidad, o sea, algo similar a eso... se incorpora o hay algo que genera esta agresión y se incorpora a esta persona"

que, bueno hay también, los estudios de trastornos de personalidad, más limítrofes tienen una base contenida de, de vulneración en la esfera sexual, pero donde la experiencia ya se enquistaba" (Luis)

Finalmente, existe acuerdo en considerar que los efectos del abuso no son reactivos solo a la experiencia de abuso en sí misma, sino que se configurarían a partir de las reacciones del entorno ante la revelación y los procesos posteriores a ella.

5.1.2 Consecuencias del abuso en hombres:

A partir de lo que emerge desde las y los terapeutas resulta importante destacar la experiencia diferenciada que tendría el abuso sexual en niños y niñas, teniendo junto a ello efectos distintos.

Respecto a las consecuencias del abuso en hombres se destaca como elemento central la influencia que la experiencia tendría en el proceso de construcción de identidad de los niños que han sido víctimas. En relación a ello, se plantea que si bien la experiencia de abuso no definiría la orientación sexual si provocaría cuestionamientos por parte del niño respecto a su identidad sexual. Lo anterior como un proceso individual, pero que a la vez sería influido por el entorno, en el cual el abuso de un niño tiene connotaciones más negativas que el abuso hacia una niña. Todo lo anterior, de acuerdo al relato de las y los terapeutas, generaría que el abuso se viva de forma más traumática, dolorosa y estigmatizadora en niños que en niñas.

"en termino de cómo se va a conceptualizar ese niño también a nivel social, si es que por ejemplo, esto cuando empieza a develarse como se va afectar, como, como se va a entender en el mundo social sin que esto que no es también la lógica de lo que es el género para el propio niño, lo que es la posibilidad de que más adelante se va a cuestionar orientación sexual, se va a cuestionar su

posición en género y también en lo que, lo que significa en su rol en la sociedad"
(Álvaro)

Por otro lado, la experiencia de abuso en niños generaría que el niño realice construcciones sobre lo masculino como lo amenazante. Lo anterior dificulta el cómo los niños se relacionan con otros hombres, entre ellos un terapeuta hombre.

"esta creencia de que los hombres hacen daño, de que los hombres no pueden proteger, de que los hombres son figuras amenazantes, de que los hombres perturban, que son un riesgo inminente, porque desde ahí Sebastián se defendía también, o sea la forma que él tenía de relacionarse con los hombres es muy distinta respecto a las mujeres" (Ignacia sobre Sebastián)

Por otro lado, surge solo desde los terapeutas hombres la distinción de las connotaciones sociales respecto del abuso sexual hacia un niño por parte de un agresor hombre, planteándose que dicha experiencia afecta sus nociones de género ya que cuestionaría su posición de poder en la sociedad al no haber sido capaz de detener el abuso. Por cuanto, son los terapeutas hombres los que reconocen mayormente la experiencia diferenciada entre niños y niñas víctimas de abuso, señalando que para los hombres la experiencia tendría mayor impacto.

"porque a nivel cultural, se valida mucho más o no sé si se valida, yo creo que la palabra sería como no sé, podría llegar a aceptar entre comillas que sea un abusador masculino hacia una niña en el fondo ,por ningún motivo se justifica, pero se podría llegar a aceptar un poco más que él, lo horrible que podría significar por ejemplo a nivel cultural que sea un hombre que abusa de otro hombre, entonces ahí en ese sentido yo creo que sin duda en términos de la experiencia de abuso debe afectar mucho más, por un tema distinto" (Álvaro)

5.1.3. Consecuencias del abuso en mujeres:

Respecto a las consecuencias del abuso en mujeres, resulta relevante destacar inicialmente que a diferencia de las consecuencias del abuso en hombres, de acuerdo a los entrevistados estas no serían tan particulares y específicas como las consecuencias de los hombres, visualizándose en gran medida efectos propios del abuso, sin especificidad relativa al sexo de la víctima. A partir de lo anterior tanto las como los terapeutas no profundizan mayormente en estas.

Emerge en primer lugar la desconfianza en el mundo adulto por parte de las niñas que han sido víctimas. Junto a ello el temor a ser nuevamente dañadas, en particular temor hacía las figuras masculinas, lo cual es un elemento que también viven los niños que han sido víctimas.

"Catalina lo traía a colación bastante en relación a la desconfianza que había hacia la figura masculina, cuando ella lo traía para las sesiones como una temática a abordar frente a una desconfianza hacia lo masculino, lo hice más consiente pensando en no quiere caer a estos estereotipos, y no querer caer en esa rabia que ella tenía hacia lo masculino" (Marcela sobre Catalina)

Por otro lado, la experiencia de abuso sería vivenciada por parte de las niñas como una experiencia cosificante, proviniendo desde esa sensación los sentimientos de estigmatización a raíz de la experiencia.

"Ella sentía desprotección, que nadie la escuchaba que nadie la validaba, que fue usada, ese fue un término que utilizó, que todos la usaban, prestaban interés, la seducían y después la usaban, entonces ella no podía depositar la confianza" (Luis sobre Teresa)

Finalmente, se releva que los efectos del abuso en niñas generaría sintomatología en la línea internalizante, no refiriendo los y las terapeutas síntomas conductuales por parte de las víctimas mujeres reactivas a la experiencia.

5.2 Terapia con Víctimas de Abuso Sexual Infantil:

Respecto a la terapia con niños y niñas que han sido víctimas de abuso sexual, emergen, desde las voces de las y los terapeutas, elementos relativos al proceso de terapia en sí mismo, a los objetivos que se deben considerar en este tipo de terapia, al vínculo terapéutico y sus resistencias, y a las variables inespecíficas del proceso terapéutico.

5.2.1 Conceptualización del proceso terapéutico:

En primer lugar se hace necesario destacar que en relación al cómo entienden y comprenden el proceso terapéutico las y los terapeutas, existe consenso en sus miradas, sin surgir desde sus discursos distinciones relacionadas con el sexo del paciente o del terapeuta.

Un primer elemento, y central a lo largo de las entrevistas, es la necesidad de respetar los ritmos y tiempos del propio paciente. Lo anterior relativo tanto al proceso inicial de establecimiento de vínculo, como así también de la terapia en sí misma. En relación a ello se busca que el niño o niña se sienta cómodo, seguro y confiado en el espacio de terapia, promoviendo que sea quien tiene el control dentro del mismo.

"lo más relevantes es la constancia con los procesos de los niños y respetar sus tiempos. No querer imponer o quizás tratar de, cuando digo imponer me refiero a que muchas veces no nos sirve, no nos es útil tener como un plan establecido y

que eso sea tan estructurado y creer que esa sea la única forma de lograr los avances con los niños, respetar a los niños, conocer sus ritmos también, yo siento que eso es lo fundamental" (Ignacia)

Lo anterior, tiene relación con un segundo elemento común y principal que dice relación con la obligación que tiene el o la terapeuta en identificar, reconocer y validar las propias representaciones del niño o niña. Lo anterior tanto en relación a la experiencia vivida como a sus construcciones respecto del mundo.

En vista de lo anterior, existe acuerdo en considerar que en este tipo de terapias se requiere de un trabajo intensivo y responsable, con sesiones semanales, las cuales deben ser responsablemente planificadas.

"se privilegia la sistematicidad y la regularidad en términos de que este tipo de experiencias necesitan un trabajo a veces muchas veces intensivo, pero alrededor de tres o cuatro sesiones al mes, de una duración entre 45 a una hora dependiendo también de los propios recursos" (Marcela)

Por otro lado, la terapia es comprendida como un espacio que se otorga al niño o niña, el cual le permite integrar la experiencia de abuso. Con ello, se facilita la elaboración que el propio paciente realiza de la experiencia, se va permitiendo, a través del proceso relacional de la terapia que el paciente poco a poco comience a visualizar las posibilidades de superar los efectos de la experiencia de abuso. reales de sanar.

"la posibilidad de hablarlo o de abordarlo de manera tranquilizadora creo que es un buen elemento para entender que el chico o la chica está entendiendo que en realidad existe la posibilidad de sanar entre comillas" (Marcela)

Finalmente, emerge como elemento a considerar del proceso la posición que el terapeuta tiene en el espacio. Relevándose y destacándose una posición de participante y no de experto, que permitiría identificar las progresiones del niño o niña, los microcambios y validar los mismos.

"a veces con pequeñas sutilezas, con pequeñas simbolizaciones desde la llegada a la terapia hasta cuando se despide te permiten ir viendo sus avances y sus retrocesos también" (Ignacia)

Cabe señalar que las conceptualizaciones sobre el proceso terapéutico son descritas por las y los terapeutas sin vincularlos a su propio enfoque terapéutico, por cuanto serían independientes de ello.

5.2.2 Objetivos de la terapia con víctimas de abuso sexual infantil:

En relación a los objetivos del proceso de terapia se releva en primer lugar la necesidad de resignificar e integrar la experiencia de abuso. En relación a ello las y los terapeutas refieren que implica el que los pacientes otorguen nuevos significados a la experiencia, que logren integrarla a su historia, que logren seguir avanzando al margen de la experiencia de abuso, que el paciente logre buscar nuevas descripciones de si mismo más allá del abuso, comprendiendo con ello que la experiencia abusiva no lo determina ni definirá su vida.

"poder darle una nueva lectura de esta vivencia y que no se convierta como en un hecho que lo defina, sino que en una experiencia más, dentro de todas las experiencias que constituyen su experiencia de vida." (Ignacia)

"lo que se resignifica la situación de maltrato, integrarla como una experiencia más de la vida que no significa que va a afectar toda la vida del niño, se puede

comprender que la experiencia del abuso, no necesariamente va a dictaminar el futuro del niño" (Álvaro)

Sumado a lo anterior emerge como un elemento común el reconocer como un objetivo central del proceso terapéutico el establecimiento de un adecuado vínculo terapéutico. Dicho objetivo sería transversal a lo largo de todo el proceso, cobrando especial importancia al comienzo del mismo. La necesidad de ello, radicaría en que se hace necesario contar con éste para llevar a cabo un favorable proceso de resignificación. Cabe señalar en torno a esto, que si bien emerge como un objetivo terapéutico común para las y los terapeutas, emerge con mayor énfasis desde los terapeutas hombres; señalando éstos que a raíz del daño reactivo a la experiencia de abuso y considerando que los agresores de los pacientes habrían sido hombres, se debe priorizar el establecimiento de un vínculo de terapia basado en la confianza. Lo anterior, dado que los niños y las niñas presentarían desconfianza inicial a la figura de un terapeuta masculino.

"los niños que son víctimas de violación son mayoritariamente por hombres y en el campo analítico, en la situación terapéutica también reeditan procesos también a nivel inconscientes con el agresor y eso también cambia la técnica . Prevalece acá fortalecer el vínculo terapéutico antes de cualquier otra instancia u objetivo, como lo principal" (Luis)

Por otro lado, surge como un objetivo terapéutico, en el cual terapeutas hombres y mujeres están de acuerdo, la necesidad de incorporar a los adultos significativos de las víctimas a fin de fortalecerlos en su rol protector y de contención. Dicho objetivo facilitaría el avance en un objetivo a trabajar con las y los pacientes que dice relación con propiciar la capacidad de los niños de reconocer figuras protectoras y acudir a ellas ante situaciones de riesgo. Por cuanto se vuelve vital que los adultos a cargo del niño actúen en coherencia a ello. Sumado a ello se reconoce como una necesidad del

proceso psicoeducar a los adultos en torno a la dinámica abusiva, la sintomatología reactiva a la misma y al proceso de resignificación en sí mismo.

"que había comenzado la encopresis , lo culpabilizaba , no lo acompañaba y era difícil para ella entender como un niño no podía retener , tuvimos que comenzar con un proceso de psicoeducación , para entender que había una experiencia atrás , y la mama era súper concreta , entonces tuvimos que decirlo de manera muy cuidada para que ella entendiera que hay un proceso psíquico y emocional que está detrás de este síntoma de la encopresis" (Marcela sobre Carlos)

Otro objetivo importante que las y los terapeutas consideran como común al proceso con niñas y niños, es el propiciar la sensación y experiencia de control dentro del espacio de terapia. Lo anterior, a fin de que posteriormente los pacientes puedan experimentar experiencia de control en sus propias vidas.

Finalmente, emerge desde las y los terapeutas objetivos de la terapia con víctimas de abuso centrados en favorecer el reconocimiento de recursos personales por parte de las víctimas, reconocimiento de elementos positivos, capacidades y habilidades del propio niño o niña.

"se deben fortalecer aspectos de la persona, temas yoicos, de temas libres de conflictos . Una manera de esto es que la persona sepa reelaborar la experiencia que no genere la misma reacciones negativos, que pueda mover elementos internos de la persona para poder desarrollar y así poder reelaborar y resignificar la experiencia" (Luis)

5.2.3 Vinculo terapéutico y sus resistencias:

En cuanto a las descripciones que surgen desde las y los terapeutas respecto al vinculo terapéutico, se destaca que, tal como se señaló en los objetivos terapéuticos, este cobra vital relevancia a lo largo del proceso llegando incluso, en algunos casos, a priorizarse el establecimiento del mismo por sobre el abordaje de otros objetivos.

Se buscaría a través de la vinculación securizar al niño dentro del espacio de terapia, de modo de establecer un adecuado contacto entre éste y el o la terapeuta a fin de permitir la expresión de los sentimientos y manifestaciones del niño o niña. Sumado a ello, permitiría la disposición a la relación de ayuda por parte del niño niña. Lo anterior facilitaría que el niño o niña se reconozca como víctima, y con ello comenzarían, paulatinamente, a emerger nuevos temas y focos de terapia.

Sumado a lo anterior, se destaca que una adecuada vinculación favorecería y facilitaría el cambio terapéutico. Todo lo anterior sería posible a través de las estrategias de contención que desarrolla el terapeuta y del respeto de los tiempos y ritmos del paciente, lo cual permite mayor expresión por parte del paciente al generarse un contexto de confianza y seguridad para el mismo.

"El Centro para ella era seguridad, así lo vivenciaba y lo tenía conceptualizado. Le generaba una sensación de seguridad que podía hacer cualquier cosa, que la escuchaban, entonces esos cuatro aspectos, entre todo lo que se podría haber abordado, en que ya lo introyectase, lo llevara para ella, que reconociera que la podían escuchar, que tenía experiencias que podía compartir, que existía gente de confianza" (Luis sobre Teresa)

En cuanto al vinculo terapéutico resulta relevante destacar que los entrevistados consideran que la forma de vincularse del niño o niña tendrá distinciones a partir del sexo del agresor y del terapeuta, siendo en los casos en los cuales tanto el agresor

como el terapeuta son hombres donde emergerían mayores resistencias o dificultades por parte del paciente. Cabe destacar que dichas distinciones son reconocidas en mayor medida por los terapeutas hombres, lo cual se observa en que en el relato de las terapeutas esto no emerge en mayor profundidad ni constituye un elemento recurrente en el discurso.

"sí, de hecho el papa también cuando estuvimos en la primera sesión, cuando firmamos los contratos, él lo refiere, que , que ella cree que le va a costar porque yo era hombre, y como que desde ahí como que también partió la terapia con ella y yo creo que sí, influye el hecho que uno sea hombre al entrar como en un espacio terapéutico , puede ser un ambiente muy amenazador" (Álvaro sobre Karen)

Por otro lado, en relación a las resistencias puestas por el paciente para el establecimiento del vínculo terapéutico, surgen miradas distintas entre las y los terapeutas, siendo un aspecto de constante reflexión por los terapeutas hombres, no así por parte de las terapeutas mujeres en torno a los casos revisados.

Al respecto los terapeutas hombres sostienen que los niños cuyos agresores han sido hombres presentan resistencias con terapeuta del mismo sexo. De igual modo, las niñas que habían sido agredidas por hombres desconfiaban inicialmente de los terapeutas hombres. Situación que no es señalada por las terapeutas, quienes sostienen que las dificultades que se pueden generar en el establecimiento del vínculo tienen relación con las consecuencias propias de la experiencia abusiva y no estarían en relación al sexo del agresor y del terapeuta.

"Sí, mira, yo siento que genera un cierto grado de inmovilidad en este niño, dado que el agresor, era de género masculino, igual que el terapeuta en este caso" (Luis sobre Jaime)

"era la percepción generalizada que él tenía, en ese momento, se veía desde que ingresaba al programa. El programa en el que trabajo somos mayoritariamente mujeres, y era algo que pasaba, no era particularmente con los hombres, si no que era como esa percepción de que todos los sujetos podíamos ser un riesgo inminente para él" (Ignacia sobre Sebastián)

En razón de lo anterior, para los terapeutas hombres emerge como un objetivo central y prioritario el centrarse en una adecuada vinculación y en buscar las estrategias que permitan contactarse con los pacientes, ante las mayores resistencias, que según describen, emergen en el proceso cuando el agresor también es hombre. Lo cual sería distinto a lo que ocurre con las terapeutas mujeres quienes si bien buscan trabajar en la vinculación con el paciente no lo establecerían como un objetivo prioritario.

Los terapeutas refieren que las resistencias son observadas en que las niñas a las cuales se referían en las entrevistas, evitaban el contacto y vinculación con el terapeuta o bien no hablaban con él. Los niños, a los cuales se refirieron en las entrevistas, manifestaban deseos de no querer seguir asistiendo y evitaban también el contacto con los terapeutas.

"niño cuando llega a sesión el muy resistente a la terapia, no habla , no establece contacto visual, en general el principio del proceso fue muy complejo"

"ha costado hartito el tema de poder establecer la vinculación, además que el hecho de que su, de que el agresor haya sido también una figura masculina, también lo conflictua" (Álvaro sobre Mariano)

5.2.4. Factores y variables que influyen en la terapia:

En cuanto a las variables que influyen en la terapia, favoreciendo el logro de ésta y con ello el cambio terapéutico se reconocen aquellas propias del paciente, del terapeuta y del entorno.

En cuanto a las variables del propio niño o niña, se destacan la disposición a la relación de ayuda que niños y niñas alcanzaron en el proceso. Lo anterior permitía que los pacientes propusieran actividades y participaran efectivamente en las sesiones, lo cual al permitirles sentir que controlaban el espacio facilitaba el proceso de terapia en general.

En línea con lo anterior, los niños y niñas poco a poco validan el espacio como un espacio de ayuda. Lo anterior permitía que pudiesen expresar sus emociones libremente y sin cuestionamientos. Es decir, eran validadas y legitimadas dentro de la terapia, con lo cual ellos mismos lograban validar las emociones de rabia y pena respecto de la experiencia abusiva.

"lo importante es la necesidad de la terapia, esto de que reconozcan sus propias necesidades, de ser apoyados por otro, de ser protegidos, más allá de los recursos psicológicos, de los recursos potenciales, de los recursos cognitivos que puedan tener, yo creo que es un aspecto fundamental es que el niño reconozca la necesidad de ayuda" (Ignacia sobre Sebastián)

Destacan también como variables del propio paciente, los recursos cognitivos, específicamente la capacidad de simbolizar y poner en lenguaje lo que iban sintiendo y vivenciando ya que esto facilitó la resignificación.

En relación a las variables de las y los terapeutas, se recogen elementos relativos al nivel de profesionalismo con el cual realizan el proceso. Lo anterior mediante el análisis

constante del proceso y la revisión del mismo. Esto, les permite ir visualizando los cambios sutiles, las resistencias, los temas emergentes, y acomodando la técnica en caso de ser necesario.

Se destaca también que las y los terapeutas deben poseer gran creatividad, lo cual les permite realizar las sesiones favorablemente. Del mismo modo, ante contingencias propias del caso y situaciones de crisis dicha creatividad les permitía responder de forma oportuna y pertinente. En relación a lo mismo, las y los terapeutas refieren la necesidad de mantener flexibilidad a lo largo del proceso.

"yo creo que la atención frente a eso es algo que ha facilitado como el éxito de los procesos para los niños y por parte esto de incorporar muchas veces estrategias que no son necesariamente desde la técnica que esta validada, sí no que estrategias que pueden resolver las distintas situaciones que emergentes de crisis, la creatividad misma, de que si en realidad esta técnica no me funciona, optar como por otras alternativas que puedan generar una respuesta muy positiva, pueden ser muy favorables y estar muy atenta a las necesidades de los niños y a las inquietudes e intereses por ejemplo, de sus gustos, de sus cosas favorita, estar como muy pendiente de eso, porque eso va a facilitar alguna estrategia por ejemplo para intervenir" (Ignacia)

Por otro lado se destaca como elemento de los terapeutas, la comprensión y conocimiento del fenómeno y sus efectos, por cuanto se realiza un proceso responsable y serio, es decir la formación de las y los terapeutas favorecería los procesos.

"primero hay que entender bien del proceso de la dinámica abusiva y ahí hay que revisar mucho material, porque entrar a la desesperación es súper fácil de hecho uno se entrapa en situaciones que en realidad tienen su ritmo, su tiempo" (Marcela)

En cuanto a las variables del entorno, destacan principalmente elementos de los adultos responsables. En primer lugar la credibilidad que puedan brindar los adultos responsables. Lo anterior permite el despliegue de acciones protectoras hacia los niños y las niñas.

Sumado a lo anterior se releva la capacidad de los adultos a cargo de conectarse emocionalmente con los niños o niñas, de modo que pueden detectar las necesidades de los mismos y responder a ellas.

"destaco que el papa tiene esta facilidad de poder integrar a Karen , cuales son las necesidades y sus falencias también, él está paulatinamente reconociendo cuales son las falencias, eso destaco que el papá tiene la necesidad de buscar cuales son los recursos que puedan fortalecer la relación con K." (Álvaro sobre Karen)

Cabe señalar que emerge, si bien no como un elemento común, sino como aspectos en casos particulares, la influencia del proceso judicial. En un caso de los revisados por uno de los terapeutas, emerge como un elemento favorable, no obstante en otro caso particular emerge como perjudicial. En el primero de ello, se distingue como favorable para el proceso terapéutico que el niño debió declarar solo una vez en el proceso judicial, facilitando así el no generar la vivencia de revictimización en el niño. En el segundo de ello, habrían sido las distintas acciones del sistema judicial las que obstaculizaron el proceso de terapia, a partir de la declaración en juicio oral por parte de la niña sin tomarse las medidas de protección correspondientes y necesarias.

5.3 Cambio Terapéutico:

La presente categoría recoge aquellos elementos y descripciones entregadas por las y los terapeutas relativas tanto a los logros terapéuticos que consiguen identificar como alcanzados por los niños y niñas en los cuales se profundizó a lo largo de las entrevistas, como así también a los logros terapéuticos que las y los terapeutas intencionaron en los mismos casos; del mismo modo se abordan las concepciones que poseen respecto al proceso de cambio terapéutico en términos genéricos, sus contenidos y las particularidades del cambio en la terapia del abuso.

5.3.1 Concepciones sobre el cambio:

Respecto al cambio terapéutico en la terapia del abuso, es posible reconocer distinciones que tienen relación con lo que los propios terapeutas poseen sobre el cambio, los cuales de acuerdo a los entrevistados se manifestarían en los distintos ámbitos de las personas. Se identifican por tanto cambios desde lo conductual, lo emocional, lo relacional, las concepciones del sí mismo y la reconceptualización de la experiencia de abuso.

"cambia el cómo ellos se ven, cambia el cómo ellos manejan sus emociones, cambia también el cómo va a llevar la experiencia" (Luis)

En cuanto a los cambios en lo conductual se reconoce que tanto niñas como niños aumentarían sus conductas de auto cuidado, disminuirían las conductas disruptivas y mejoraría el desempeño y rendimiento escolar.

"yo creo que lo que cambia es, ahora hay cambios concretos en las notas, ahora tiene mejor rendimiento en el colegio" (Álvaro sobre Mariano)

En cuanto a los cambios en lo emocional, estos constituirían los cambios en los cuales los y las terapeutas profundizarían más. Se destaca principalmente el que las niñas y los niños son capaces de reconocer sus emociones, ampliando así el repertorio de emociones que son capaces de reconocer en sí mismos, distinguiéndolas entre ellas y logrando con ello expresarlas adaptativamente.

Sumado a lo anterior, las y los niños disminuirían los sentimientos de estigmatización producto de la experiencia, lo cual se traduce en que comienzan a sentirse mejor consigo mismos. Del mismo modo, el proceso les permitiría reelaborar los sentimientos de culpa reactivos a la experiencia de abuso, logrando así desprenderse de dicho sentimiento, pudiendo focalizar en otras sensaciones y emociones vinculadas con sus vivencias cotidianas y propias de su etapa de desarrollo. Todo lo anterior contribuiría por tanto al proceso de resignificación de la experiencia e integración de ésta en la vida, lo cual también sería considerado como cambio terapéutico.

"finalizando la terapia empezaron a surgir lo que yo te comentaba anteriormente respecto a los cambios progresivamente, Catalina empieza a abordar otras temáticas que ya se alejaban un poco del motivo de ingreso... empezaron a surgir otras problemáticas propias de la inserción a su pre adolescencia"
(Marcela sobre Catalina)

En torno a los cambios en lo relacional, las y los terapeutas identificarían que tanto los niños como las niñas mejorarían sus relaciones interpersonales, siendo en esa línea el primer cambio generado relativo a la vinculación con la figura del terapeuta, disminuyendo las resistencias y relacionándose sin dificultades en el espacio de terapia. Junto con ello, los niños y niñas comenzarían a mejorar sus relaciones interpersonales con sus grupos de pares y con los adultos que les rodean. Sumado a ello, disminuirían la sensación de desconfianza en el mundo adulto, lo cual permite y facilita la consolidación de vínculos con sus figuras significativas.

"ella logra establecer relaciones de amistad muy importantes, con un grupo de pares, con profesores que son significativos, las de habilidades sociales están desarrolladas" (Álvaro sobre Karen)

En relación a las concepciones sobre sí mismo, emerge desde los y las terapeutas la mirada respecto a que el cambio conlleva una redefinición del autoconcepto de las y los niños, pasando de este modo desde una descripción de sí mismo desde la responsabilidad y culpa respecto del abuso a un entendimiento de sí mismos como víctimas de una experiencia de la cual no fueron responsables.

Lo anterior, permite en los y las niñas que se comiencen a definir desde los recursos que en el proceso van identificando, por cuanto cambia su concepto de sí mismo. Del mismo modo, tanto las y los niños lograrían desprenderse de la estigmatización producto del abuso, no siendo por tanto esta experiencia el elemento central desde el cual se nombran y viven a sí mismo.

"cambio, su postura hacia el mundo, creo que ella dejó de ser tan, como ella se definió una vez, soy muy amargada, esto la dejó totalmente irritada, ahora ella se reía de sus propias características y de sus falencias y de sus debilidades, era muy severa consigo misma creo que verla con otra actitud de apertura no sé si de madurez, pero creo que eso puede ser un elemento concreto" (Marcela sobre Catalina)

Cabe destacar que si bien no surge como un elemento común, es considerado como cambio respecto de las concepciones de sí mismo, en el proceso de una de las niñas la mayor comprensión que la niña logra respecto de su propio desarrollo psicosexual, lo cual emerge como un elemento a trabajar desde la propia niña. Es importante señalar que en dicho caso la figura del terapeuta era una mujer.

5.3.2 Logros Terapéuticos:

En relación a los logros terapéuticos, destaca como un elemento común por parte de las y los terapeutas el considerar como indicador de logro a lo largo del proceso la disposición del paciente en el espacio terapéutico, es decir que se muestre participativo y dispuesto a las actividades que se proponen; el aumento en la asistencia y adherencia a las sesiones; y el nivel de contacto y vinculación con la figura del terapeuta. Estos elementos serían relevantes en todos los procesos terapéuticos y serían los primeros logros a alcanzar.

"en el quinto mes más o menos de intervención ya se podían ver avances. El niño ya se apropiaba mucho del espacio, asistía con mayor regularidad también, porque inicialmente no quería entrar a las sesiones, entonces por ahí algunas estrategias para que, para que pudiese en ese momento subir la escalera y entrar a este espacio que también era amenazante en un inicio. Finalmente logra, asiste, semanalmente, venía a todas las intervenciones, si bien en un momento nos lo señalaba, que no le gustaba venir, igual estaba en este espacio, había algo que este espacio le brindaba" (Ignacia sobre Sebastián)

Sumado a lo anterior, como logros del proceso terapéutico las y los terapeutas destacan los siguientes: reconocerse como víctimas, desresponsabilizarse del abuso, reconocimiento de sus propias emociones, volver a confiar en el mundo adulto, identificación de figuras protectoras, capacidad para desplegar conductas de auto protección y capacidad de expresar verbal o simbólicamente la experiencia de abuso. Cabe señalar que estos cambios serían coherentes con los objetivos terapéuticos que las y los terapeutas establecen.

"Esos temas eran más elaborados, se reconocía como víctima, reconocía sus emociones, establecía estrategias protectivas, sabía el daño, lograba asociar que su vivencia le generó cambios" (Luis sobre Teresa.)

"Mariano fue capaz de solicitar ayuda en el momento en que no se siente cómodo en esta casa, antes él decía que no iba a hacer algo así, prefería callar, quedarse con estas situaciones de violencia para él no más, él de algún modo logra decir que no está bien en esta casa. Lo que nosotros le habíamos dicho que íbamos a buscar redes de apoyo, el mismo lo hace" (Álvaro sobre Mariano)

Resulta relevante destacar que si bien tanto las y los terapeutas logran dar cuenta a cabalidad de los logros terapéuticos que se buscan alcanzar en los procesos de terapia con niños y niñas que han sido víctimas de abuso, en el caso de los logros terapéuticos alcanzados por las niñas, no realizan distinciones particulares en dichos logros.

No obstante, en los procesos a los cuales las y los terapeutas se refieren, es posible reconocer que al aludir a la terapia con niños logran dar cuenta de logros que serían específicos de éstos y no emergerían al referirse a los procesos con niñas. Entre estos destacan: el reconocimiento e incorporación de límites interpersonales, disminución de ansiedad ante situaciones de contacto con figura materna y capacidad para identificar nuevas situaciones abusivas. Dichos logros no emergen al analizar los logros relativos a los casos con pacientes niñas, aludiendo en dichos procesos a los logros mencionados en los párrafos anteriores.

"y fuimos como poniendo imaginariamente estos límites que necesitaba él... pudo mostrar que con el hula-hula podía hacer muchas cosas, entonces cada vez que llegaba a sesión iba mostrando como ¡ahora puedo hacer esto con el hula-hula!, entonces yo le mostraba como no necesitábamos el hula-hula y lo usábamos en una mano, en una pierna y a la vez como se simbolizando esto de que los límites no están puestos desde lo concreto que los tenemos de algunas formas en nuestras representaciones y que la podemos delimitar con los otros también en la relación misma, y eso se fue apreciando, eso también se pudo traducir en que disminuye toda esta ansiedad que la mamá también nos informaba sobre el contacto, sobre el acercarse, sobre el mirarse, sobre todo lo

que tenía que ver con la corporalidad, con el miedo de ser transgredido y eso... la mamá también nos fue refiriendo que fueron mejorando como esas ansiedades en el niño" (Ignacia sobre Sebastián)

5.4 Conceptualización del Género:

La presente categoría recoge todas las miradas de las y los terapeutas respecto al concepto de género, dando cuenta de la comprensión general del concepto, las definiciones en torno a los roles de género y las descripciones respecto a lo masculino y a lo femenino.

5.4.1 Comprensión del género:

Respecto a la comprensión que las y los terapeutas tienen respecto del género existe acuerdo en que corresponde a una construcción social, por cuanto los significados en torno a este responden a una sociedad y momento histórico particular, determinando de este modo las características que se le asignan a las personas y las posibilidades asociadas al ser mujer u hombre. Sumado a ello, considera la posición de poder y límites de las personas respecto a otras.

"yo lo entiendo como un constructo social que va a determinar en algunos casos el modo de abordar conductas en distintas personas dependiendo femenino o masculino" (Álvaro)

"construcción donde generalmente tiene que ver con la emoción de identidad del sujeto en relación a los otros, de auto identidad como se posiciona un sujeto en términos de poder, en relación a los otros y consigo mismo , los límites que establece consigo mismo y con los otros y que también abarca lo mejor de la afectividad , lo emocional" (Marcela)

Sumado a ello se considera que las construcciones de género configuran la subjetividad de las personas, siendo parte central de la identidad e influyendo la afectividad y expectativas de las mismas.

5.4.2 Roles de género:

En relación a los roles de género emerge desde las y los terapeutas la noción de que estos corresponderían a las funciones y posibilidades de acción vinculadas a cada sexo. Lo anterior, los y las terapeutas lo vinculan a las representaciones y expectativas culturales que sería desde donde existirían y a la vez desde donde se cumplen, dado que a partir de la influencia cultura existirían prejuicios al respecto que llevan a las personas a comportarse de una u otra forma. Sumado a ello, los distintos roles de género hacen sentido a las personas a partir de sus propias historias.

"el género está asociado a roles. Nace mucho, del prejuicio, o designar rol, tan equívocamente, pero también tenemos incorporado, aspectos culturales, que son netamente de un rol, existen diferencias, existen conceptos de roles, existen porque están en nuestro propio inconsciente colectivo y lo utilizamos" (Luis)

Pese a lo anterior, existe por parte de los y las terapeutas, la noción de que cualquier persona puede realizar funciones y acciones que se consideran como propias del otro sexo. De esta forma, sería posible transitar entre los distintos roles de género, ampliando de esta forma las posibilidades de acción.

"las personas podemos desempeñar distintos roles y podemos situarnos desde distintos lugares en lo femenino y masculino, dependiendo como de las distintas circunstancias, de los distintos contextos en los que nos desenvolvemos y simultáneamente las personas podemos circular en distintos roles" (Ignacia)

5.4.3 Lo Masculino:

Respecto a las descripciones en torno a lo masculino cabe destacar en primer lugar que surgen solo desde los terapeutas hombres, señalando las terapeutas mujeres dificultades para definirlo. Al respecto de las definiciones de lo masculino emerge en primer lugar que se asociaría culturalmente a un rol de protección y a la tarea de proveer.

"Lo masculino sería asociado a sexo como hombre y mujer, pero masculino y femenino, ya bajamos a la categoría de roles, como funcional masculino, un rol más protector, más desde el macho, más proveedor" (Luis)

Por otra parte se releva que es a partir del modelo machista que existe un tipo de masculinidad legitimada en la sociedad vinculada a lo agresivo, a la dominación ya que ha sido establecida históricamente desde el poder y la hegemonía. Pese a ello, surge una voz relativa a las posibilidades de distintas masculinidades, las cuales poco a poco estarían emergiendo.

"el rol masculino se ha posicionado sobre un cierto rol, que sería como de dominancia. entonces, entendiéndolo eso, yo creo que el género tiene algo, mucho que ver acá, en el sentido de cómo se posiciona el hombre en un rol de poder, de control" (Álvaro)

5.4.4 Lo Femenino:

En cuanto a las descripciones de lo femenino, emerge desde los y las terapeutas, que se asocia a un rol contenedor, vinculado a lo afectivo y a la contención. Esto se relaciona a la maternidad, a la crianza, la sensibilidad y al cuidado. Se plantea que

culturalmente la mujer ha sido violentada, segregada y disminuida. No obstante emerge una voz que releva que existen distintas posibilidades del ser mujer.

"entendido como disminuida que ha sido una mujer que ha sido segregada , que ha sido violentada, pero que la vez no supone que hayan distintas posibilidades de distintas mujeres que también se pueden asumir en ese rol y tomar empoderamiento, bueno ahora el discurso del Sename es mucho más grande entonces tiene mucho más peso entenderlo desde ahí, desde lo que es el empoderamiento de la mujer, pero también hay distintas mujeres, como distintos hombres, también hay distintas mujeres" (Álvaro)

5.5 Genero y abuso sexual infantil:

La presente categoría contiene aquellos elementos relativos a la mirada que poseen las y los terapeutas respecto del lugar del genero en el abuso sexual.

5.5.1 Genero en la comprensión del abuso:

En primer lugar y como una mirada común al respecto emerge que no es posible comprender el abuso y la dinámica abusiva sin vincularlas a las nociones de género, dado que conllevan una relación de poder. Lo anterior, relacionado a que la mayoría de los agresores son hombres por cuanto sería un reflejo del poder que culturalmente poseen los hombres.

"sin duda, tiene como un rol importante en lo que es el establecimiento de poder cuando se trata de abuso asumen un rol de poder por sobre otra persona. Entonces, que eso es lo que hay que identificar, que eso es lo que hay que cuestionar problematizar los roles de poder, que sean asumidos desde ahí" (Álvaro)

En relación a lo anterior, se releva desde los terapeutas hombres las posibilidades de que las mujeres también se pueden posicionar desde un rol de poder y cometer abusos. No obstante, según plantean los terapeutas hombres, la connotación del abuso cometido por una mujer es menos negativa, siendo menos juzgado culturalmente o bien invisibilizado.

"en el género de la mujer el abuso es desconocido, se da en otras instancias, se da desde la maternidad, ya, es otra manifestación que tiene el abuso dentro de la mujer, entonces tiene una connotación menos negativa... y no es visiblemente y culturalmente, no se juzga y no se piensa que puede ser así" (Luis)

Otro elemento en común desde las miradas de las y los terapeutas es considerar que las construcciones de género existentes en el entorno del niño o niña influyen el cómo se vivencia la experiencia de abuso, por cuanto influye en el cómo se entienden las relaciones entre hombres y mujeres, en el cómo se entiende la relación abusiva.

5.5.2 Género y ocurrencia del abuso:

En torno a esto, emerge como elemento común la noción de que existen más víctimas mujeres que hombres, como así también habrían más agresores hombres que mujeres. Se destaca una voz particular de un terapeuta hombre, quien plantea que es el hombre quien posee mayor perfil de agresor sexual ya que a raíz de sus impulsos existiría una mayor probabilidad de que cometa abusos. Se señala del mismo modo que el abuso por parte de mujeres es más desconocido ya que este se realizaría desde la maternidad, no distinguiéndose como experiencia abusiva.

"El hombre en sí, tiene menor de nivel control de los impulsos, es más sexual, por ende va a ser más proclive a generar un tipo de abuso, ya por ende, el hombre, también tiene más perfil de agresor que la mujer" (Luis)

5.6 Remirando desde el Género la terapia en abuso sexual infantil:

El presente apartado recoge las miradas de las y los terapeutas de los elementos centrales de la presente investigación pero vinculados y remirados desde el género, lo anterior a partir del análisis de los casos realizado en una segunda entrevista.

5.6.1 El lugar del género en el cambio terapéutico:

Es posible identificar como mirada común entre las y los terapeutas, que independiente del sexo del terapeuta en todos los casos revisados se habría alcanzado el cambio terapéutico y se hubiese llevado a cabo un proceso de terapia favorable. No obstante se reconoce que el proceso de cambio habría sido distinto, como así también se habrían reelaborado aspectos distintos, por cuanto es el contenido del cambio el que habría sido distinto.

"va a ser distinto, para abordar algunas temáticas se va a dar una vuelta más larga un terapeuta hombre que una terapeuta mujer" (Álvaro)

La totalidad de los casos revisados había sido agredidos por hombres, por cuanto emerge desde las terapeutas mujeres, el reconocer que con un terapeuta hombre los pacientes habrían tenido mayores posibilidades de generar cambio en las definiciones respecto de los hombres y las relaciones con los mismos. Lo anterior habría permitido el mostrar a los paciente que se pueden relacionar sanamente con los hombres, se habrían deconstruido creencias respecto a que todos los hombres hacen daño, ya que

se habría mostrado concretamente las posibilidades de protección y cuidado de un hombre. Ya que si bien esos elementos se trabajaban, solo se hacía desde lo simbólico.

"hubiese sido interesante también mostrarle esto a Sebastián, si bien... si bien me empeñé en mostrarle... de que los hombres...pero con una figura de lo más concreto. La figura hombre, mostrarle de que no todos los hombres hacen daño, de que no todos los hombres son figuras amenazantes" (Ignacia sobre Sebastián)

En relación a lo anterior, los terapeutas hombres manifiestan que en los casos de niños agredidos por hombres, al contar con un terapeuta del mismo sexo que el agresor, se alcanzan cambios en la redefinición de las relaciones con otros hombres. Lo anterior, sería a partir de la vinculación establecida, siendo esto lo que permite el restablecimiento de confianza con otros hombres, la disminución de los temores hacia los mismos y junto a ello disminuiría el rechazo hacia las figuras masculinas.

Sumado a lo anterior, un terapeuta hombre facilitaría el proceso de cambio en términos de otorgarle a los pacientes una nueva visión de la masculinidad y de las posibilidades de los hombres, ya no solo desde el lugar del agresor y del daño, sino que desde el lugar de protección y contención que el terapeuta brinda en la terapia. Lo anterior cobraría mayor relevancia al atender niños ya que facilitaba la incorporación por parte de los mismos, de nuevas funciones a sus definiciones de masculinidad.

"por todo lo que te he explicado anteriormente yo creo que es un facilitador, sin duda. que es un facilitador para el trabajo porque, si bien la vinculación también es como ambivalente, también es compleja, permite de manera mucho más eficiente como que entrar a decir, mira sabes que puedes confiar en un figura masculina" (Álvaro sobre Karen)

"lo que favorece tener dos contextos de la figura masculina, con distintas connotaciones. Una figura masculina que te ayuda" (Luis sobre Jaime)

Respecto a la figura de una terapeuta mujer, se plantea que esta permitiría reelaborar elementos asociados a la figura materna, como así también se facilitaría desde el comienzo la vinculación ya que los pacientes no tendrían tan activa la sensación de que serían dañados nuevamente.

Emerge desde los terapeutas hombres la consideración de que con víctimas femeninas, una terapeuta mujer habría facilitado la apertura de temáticas relativas al desarrollo psicosexual de las mismas, lo cual ante un terapeuta hombre no siempre ocurría.

"Por ejemplo, no sé, pensando en la adolescencia, los temas de pubertad va a ser mucho más rápido abordarlo con una terapeuta mujer, por ejemplo la llegada de la menstruación que un terapeuta hombre, quizás la vuelta del terapeuta hombre puede ser un poco más larga." (Álvaro)

Se destaca por cuanto que el género influye en el cambio terapéutico, específicamente en el proceso de dicho cambio y en lo que cambia en concreto.

5.6.2 El lugar del género en el proceso de terapia:

Emerge desde las y los terapeutas la consideración de que el género es central en la terapia del abuso. Se plantea que se hace necesario conocer los estereotipos de género que trae el niño o niña a la terapia y la influencia que ello tendría en el cómo comprende la vulneración vivida. Sumado ello, se incorpora el género en la terapia desde el juego, permitiendo este visualizar como el niño o niña comprende las

funciones de género asociadas a cada rol y las relaciones de poder que provienen de ello.

"considero que ocupa un lugar fundamental, como se dice es claramente un objetivo transversal, está presente en todo el desarrollo de la terapia, tiene que ser considerado el género para entender, también cómo el niño comprende la influencia de esto en la vulneración de derecho que ha vivenciado" (Ignacia)

Se releva también la influencia del género en la técnica, en algunas decisiones terapéuticas y en los objetivos de la terapia. Considerando que está continuamente influyendo en la vinculación terapéutica.

Respecto de los objetivos terapéuticos se buscaría que los niños comprendan los significados en torno al género, que puedan explorar lo que ellos entienden por hombre/mujer, por masculino/femenino, se intenciona que los niños y niñas vean que se puede circular por los roles de género, flexibilizándose al respecto, evitando así que se rigidicen los estereotipos de género que poseen desde el contexto.

"intento como explorarlo en los niños, más que como ellos me puedan definir, siento que ellos comprendan estos significados, ellos mismos... darle como la posibilidad que exploren esto de lo que ellos entienden, entienden por hombre, entienden por mujer, entiendan por femenino, entiendan por masculino. Primero como en la fase inicial, como que ese espacio de que ellos puedan como sondear ese significado, comprenderlo y entenderlo que ellos... también comprenden y vivencian a partir de su propia historia" (Ignacia)

Se releva una voz particular desde uno de los terapeutas hombres en torno a las construcciones de género de la sociedad que influyen en el proceso de terapia, específicamente relativas a la desconfianza del mundo social respecto de un terapeuta

hombre que trabaja con niños y niñas. Se plantea que las terapeutas mujeres no son cuestionadas, no obstante el terapeuta hombre al cargar con una desconfianza del entorno debe tomar más resguardos al trabajar con niñas.

"por ejemplo yo voy a hacer una intervención a un colegio y te dicen a ya pero en esta sala, donde casi como donde mis ojos te vean, porque ahí cuando uno es hombre, evidentemente también el género carga ese espacio por que la desconfianza se activa mucho más" (Álvaro)

5.6.3 El lugar del género en el vínculo terapéutico:

Respeto al género y el vínculo terapéutico se distinguen ciertas dificultades en la vinculación, las cuales son profundizadas y relevadas por los terapeutas hombres, quienes plantean que existen por parte de los niños y niñas resistencias con llevar a cabo una terapia con un terapeuta del mismo sexo que el agresor, lo cual haría que los pacientes se replieguen e inicialmente eviten el contacto, manifiestan su desconfianza, temor y rechazo al terapeuta por ser del mismo sexo que el agresor. Lo anterior ocurre tanto con niños como con niñas. Dichas resistencias obligan al terapeuta a reconocer y validar las mismas, generando cambios en la técnica que permitan lentamente contactarse con el paciente.

"hay niñas que abiertamente te dicen como que les cuenta establecer contacto como con otros hombres, a partir de las vivencias de abuso, entonces, obviamente si influye en la intervención" (Luis)

Pese a ello, y a que los terapeutas hombres reconocen que la vinculación habría sido más fácil con una terapeuta mujer, se releva que el vínculo terapéutico con un hombre permite recobrar la confianza en los hombres y con ello se facilita el cambio terapéutico.

"pero también es favorable en ese sentido porque podemos entablar una relación de confianza donde se puede generar confianza con un hombre, eso es significativo yo creo para las niñas. El simple hecho de poder establecer una relación de confianza con un...con un hombre" (Álvaro)

5.6.4 El lugar del género en la posición del o la terapeuta:

Emerge desde las voces de las y los terapeutas que el género está presente en el lugar desde el cual se le muestra al niño o niña como se vivencia a sí mismo, por cuanto las construcciones de género del propio terapeuta tendrán influencia en las posibilidades que se le mostrarán al niño o niña.

En relación a lo anterior, emerge desde las terapeutas mujeres la necesidad de neutralizar las concepciones en torno al género a fin de efectivamente abrir posibilidades al paciente, ya que el terapeuta debe apoyar la desmitificación de los estereotipos de género, desde ahí las terapeutas intentarían no solo situarse desde lo que socialmente se espera de una mujer, sino que intentan mostrar a los pacientes que es posible transitar en los distintos roles de género.

"mostrarle esto que te decía, las diferentes formas que tenemos las personas de poder circular por los roles, de poder equilibrar ciertos aspectos femeninos y masculinos, sin que eso implique rigidizar aún más los estereotipos que ya puede traer" (Ignacia)

En el caso de los terapeutas hombres, estos se posicionarían desde un rol de protección, de soporte y contención, con lo cual se busca no traspasar estereotipos a los pacientes. Pese a ello, se reconoce que si bien la actitud del terapeuta no varía ante un paciente hombre respecto de una paciente mujer, si ante ésta última hay acuerdo por parte de los terapeutas hombres que se debe ser más cauteloso, más cuidadoso,

especialmente en los tiempos que tomará la vinculación, ya que al ser el terapeuta del mismo sexo que el agresor, las niñas manifestarían mayor temor y desconfianza. Se destaca al contrario, que con niños hombres si bien se aproximan al espacio con desconfianza y también existirían dificultades en la vinculación, ésta sería más rápida a partir del juego, de la acción.

"siempre con las niñas he tratado como de ser un poquito más cauteloso, más cuidadoso, porque también uno vive los discursos, entonces, obviamente los hombres como que nos cuesta ser un poquito más directo, hasta en el trato que es como mas rápido, como más rápido en el juego, como que, bueno los niños además se caracterizan por tener un poquito más de actividad por lo menos los que tengo" (Álvaro)

"uno tiene más cuidado, son tips, más cuidado con las niñas, que no sé, que se puede generar algo, es como lo normal, algo más ético" (Luis)

Si bien se reconoce que la vivencia del abuso está influenciada por las construcciones de género que rodean al niño, se plantea también que son las construcciones de género del propio terapeuta las que también se instalaran en la vivencia del niño o niña.

" otra cosa que es analizarlo, porque uno lo vivencia de distintos niveles como uno también en su propia experiencia de vida, uno instala también sus propias creencias, entonces es súper complejo" (Marcela)

6. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Considerando los hallazgos de la presente investigación es posible sostener que ha sido posible dar respuesta a la pregunta que se estableció como guía para el estudio.

En virtud de lo anterior, ha sido posible definir las construcciones de género de las y los terapeutas y su relación con el cambio terapéutico con niños y niñas que han sido víctimas de abuso sexual. Del mismo modo, ha sido posible identificar convergencias y divergencias entre las miradas de las y los terapeutas.

A fin de lograr una mayor profundización se discutirán a continuación los principales hallazgos del estudio, vinculándolos y contrastándolos con los referentes teóricos que sustentan la presente investigación.

Cabe señalar que se precisarán las conclusiones en función de los objetivos específicos definidos para el presente estudio, es decir: a) caracterización de las construcciones de género que poseen las y los terapeutas; b) distinciones que las y los terapeutas realizan sobre los procesos de terapia llevados a cabo con niñas respecto de aquellos llevados a cabo con niños; c) identificación de los aspectos que según las y los terapeutas influyen en el cambio terapéutico de niños y niñas que han sido víctimas de abuso sexual infantil; y d) reconocimiento de las divergencias y convergencias entre las miradas de terapeutas hombres y mujeres respecto al cambio terapéutico con niños y niñas.

Sumado a lo anterior, se plantearán los principales aportes de la presente investigación tanto en el ámbito teórico como en sus implicancias clínicas. Del mismo modo, se señalarán las principales limitaciones identificadas, como así también las proyecciones e interrogantes que emergen para futuras investigaciones.

6.1 Principales Resultados:

En relación a los principales resultados, es posible identificar en primer lugar la existencia de una mirada comprensiva común respecto del abuso sexual infantil entre las y los participantes.

Se destaca en lo anterior, el entendimiento de la dinámica abusiva y sus efectos, desde el modelo de dinámicas traumatogénicas de Finkelhor y Browne (1985). Lo anterior, pese a que las y los entrevistados adscriben a enfoques terapéuticos distintos. Por cuanto, es posible señalar que al existir un marco comprensivo común, se hace posible vincular las miradas que emergen sin precisar o discriminar a partir del enfoque terapéutico.

En relación de lo anterior, es posible sugerir que dicha mirada común responde a la comprensión del impacto de la experiencia abusiva como un trauma particular, distinto a otros tipos de trauma a los cuales los niños, niñas y adolescentes se ven enfrentados y sumado a la necesidad de un marco comprensivo que no se reduzca solo a los indicadores y sintomatología.

Por otro lado, es importante precisar que fue posible identificar las construcciones de género de las y los terapeutas, destacándose al respecto que para los terapeutas hombres resulta más fácil describir y precisar en sus construcciones, existiendo dificultades por parte de las terapeutas mujeres.

Al respecto, los terapeutas hombres aluden, en primer lugar, a aquellas construcciones establecidas socialmente y asociando los roles de género a las construcciones más estereotipadas del género, siendo sus descripciones asociados a un rol de protección y a la tarea de proveer, lo cual se relaciona con lo esperado dentro de las sociedades patriarcales (Facio y Fries, 2005).

Por otro lado, resulta relevante destacar que emergen desde los terapeutas hombres, sus deconstrucciones respecto a los roles de género, precisando que las personas, independientes de su sexo, puede realizar funciones y acciones que se consideran como propias del otro sexo. De esta forma, sería posible transitar entre los distintos roles de género, ampliando de esta forma las posibilidades de acción. Es a partir de ello, que los terapeutas aluden a nuevos constructos tales como el de nuevas masculinidades.

Cabe señalar que el constructo de nuevas masculinidades no fue considerado dentro del marco teórico que guía la presente investigación, no obstante emerge. Al respecto es posible indicar que las nuevas masculinidades se constituirían en un constructo relativamente nuevo, que busca cuestionar las definiciones clásicas de la masculinidad, considerando que actualmente en nuestra sociedad occidental ya no existe una única forma de ser hombre, ampliándose con ello la gama de posibilidades y moviéndose las definiciones hacia campos de mayor respeto hacia la diversidad respecto al ser hombre (Sanfélix, 2011).

Por otro lado, como se mencionó anteriormente, por parte de las terapeutas mujeres participantes, presentan mayores dificultades para precisar en sus construcciones de género. Al respecto, no logran precisar o definir lo masculino. Pese a ello, plantean, al igual que los terapeutas hombres, las posibilidad de transitar entre los distintos roles de género.

A partir de lo anterior, sería posible pensar que las terapeutas no logran precisar y definir las características que serían propias de los hombres, a fin de no aceptar el modelo imperante de hegemonía de género, y de este modo no posicionarse, ni posicionar al género femenino en un rol de sumisión y de menor poder respecto de los hombres (Facio y Fries, 2005).

No obstante, surge como elemento común el considerar los roles de género como las funciones y posibilidades de acción vinculadas a cada sexo. Estas emergerían desde

las representaciones y expectativas culturales, siendo desde este mismo lugar desde donde se cumplen. Lo anterior es coherente con lo planteado por Lagarde (1996), quien señala que el género está presente en el mundo y establece las normas, deberes y prohibiciones sobre la vida de las mujeres y los hombres.

En otro línea de resultados relevantes, es importante destacar que las y los terapeutas reconocen como efectos ligados a la experiencia de abuso la aparición de sentimientos de ansiedad, temores a ser dañado, pesadillas, problemas conductuales, entre otros, los cuales son coherentes con lo que se establecido desde la literatura, como por ejemplo en el estudio de Kendall-Tackett, Meyer y Finkelhor (1993).

No obstante, resulta relevante discutir respecto del lugar que el género posee en dichos efectos, ya que si bien es posible reconocer convergencias en la mirada de las y los terapeutas, existen distinciones ante determinados efectos.

Es así, que en el caso del temor a ser dañado nuevamente, si bien las y los terapeutas lo reconocen como un efecto presente en niños y niñas, cobra mayor relevancia para los terapeutas hombres. Lo anterior debido que para los mismos, genera una influencia en el cómo éstos se disponen y posicionan en el espacio de terapia.

La distinción desde los terapeutas hombres planteada en el párrafo anterior, se reconocería por parte de ellos como dificultades para establecer una adecuada vinculación inicial, o bien en las mayores reticencias que tendrían las y los pacientes en cuanto la misma, siendo vinculante con ello, el sexo de los agresores.

Es decir, dado que tanto terapeuta como agresor son hombres, desde los primeros emergerían mayores cautelas y cuidados para establecer el vínculo terapéutico, ante la expectativa que tendrían las y los niños de ser dañados nuevamente por otro hombre, lo cual sería aun mayor por parte de las pacientes mujeres, por cuanto sería con ellas que los terapeutas tendrían mayores resguardos. Es por ello, que uno de los principales

objetivos terapéuticos que los terapeutas relevarían es el establecimiento de un adecuado vínculo terapéutico.

Lo anterior, es coherente con planteado por Llanos y Sinclair (2011), quienes plantean que una de las primeras acciones con víctimas de abuso sexual infantil, se orienta a evitar dinámicas de victimización dentro del espacio de terapia, generando para ello un contexto terapéutico seguro y confiable. Del mismo modo, sería coherente con lo planteado por Capella (2011) respecto del objetivo de la primera fase terapéutica, la cual está orientada a desarrollar un vínculo terapéutico confiable y seguro, que permita al paciente expresar sus conflictivas y estabilizarse psicológicamente, por cuanto resulta comprensible que ante las resistencias y dificultades reconocidas por los terapeutas hombres centren sus esfuerzos en lograr lo anterior.

En otra línea de resultados y siendo coherente con uno de los temas centrales de la presente investigación, resulta relevante analizar dichas distinciones desde los planteamientos en torno al género presentados en el marco teórico del presente estudio.

Destaca acá la visión vinculada al poder que históricamente el hombre ha poseído en la sociedad, la hegemonía del género, en el cual lo masculino posee poder por sobre lo femenino (Schongut, 2012) adscribiéndose por tanto al hombre elementos relativos al poder, considerándolo como quien violenta y agrede y adscribiéndose a la mujer el rol de quien es violentado y agredido. Lo anterior, en lo relativo al abuso sexual infantil, se confirmaría en la prevalencia del mismo, existiendo más casos en los cuales el hombre es el agresor y a la vez mayor cantidad de víctimas mujeres (Finkelhor, 1994 en Putnam, 2003).

En la presente investigación se precisa una influencia del género en el tipo de vínculo inicial que se establece entre el paciente y el terapeuta, específicamente en la relación entre un terapeuta hombre y una paciente mujer. Del mismo modo, se identifica una distinción en las temáticas y contenidos que emergen desde las pacientes ante un

terapeuta hombre o ante una terapeuta mujer. Lo anterior, podría estar relacionado con las construcciones de género que existen en la sociedad, desde las cuales la mujer ha estado históricamente considerada en una posición de sumisión y menor poder respecto de los hombres, siendo estos últimos quienes ejercen el poder y con ello, quienes agreden.

Por tanto, vinculante con el objetivo central de la presente investigación, es posible señalar que el género conlleva diferencias en los contenidos del cambio terapéutico, siendo principalmente con niñas dichas distinciones.

En relación a ello, en la presente investigación se reconoce por ejemplo, que en los casos que fueron agredidos por hombres, las terapeutas mujeres señalan que con un terapeuta hombre los pacientes habrían tenido mayores posibilidades de generar cambio en las definiciones respecto de los hombres y las relaciones con los mismos. Lo anterior, si bien se abordaría desde lo simbólico por las terapeutas, la cualidad de las redefiniciones respecto de los hombres habría sido distinta con un terapeuta masculino.

Por otro lado, los terapeutas hombres, señalan que en los casos revisado, si se hubiese contado con terapeuta mujer en los casos con víctimas femeninas, una terapeuta mujer habría facilitado la emergencia de temáticas relativas al desarrollo psicosexual, que no emergieron con terapeutas hombres.

A fin de profundizar en lo anterior, se debe destacar que se identifica que en la terapia llevada a cabo por una terapeuta mujer con una paciente del mismo sexo, se incorporarán contenidos del cambio vinculados al desarrollo psicosexual, tales como la menarquía, desarrollo corporal entre otros, lo cual permitiría una reformulación de las comprensiones sobre sí mismo.

Sumado a ello, en dicha relación terapéutica, se trabajaría respecto a las construcciones que las niñas poseen respecto al agresor, no obstante lo anterior solo desde el trabajo simbólico. Pese a ello, se logra en dicho proceso que las niñas

reformulen la comprensión sobre sí mismas, sobre los otros y con ello resignificar la experiencia, por tanto se lograría el cambio terapéutico tal como lo plantean Álvarez, Socorro y Capella (2012), quienes lo reconocen como un proceso por el cual los niños y niñas incorporan nuevas percepciones y conocimientos respecto del modo en que se perciben a sí mismos, los otros y el mundo, lo cual permitiría la resignificación del daño ocasionado por la agresión sexual.

Respecto de la terapia llevada cabo por un terapeuta hombre con una paciente mujer, se reconoce que si bien no emergerían contenidos relativos al desarrollo psicosexual, sí desde la vinculación con una figura masculina, se lograría trabajar en torno a las representaciones en torno a los hombres, redefiniendo con ello la figura del agresor y logrando de este modo resignificar la experiencia abusiva, logrando por tanto el cambio terapéutico en los términos mencionados anteriormente.

En cuanto a la terapia llevada por un terapeuta hombre con un paciente hombre, se reconocen resistencias propias del proceso de vinculación, las cuales serían superadas con éxito, y se trabajaría en la redefinición de la figura del agresor y en las definiciones del ser hombre, incorporando nuevas características y posibilidades a la masculinidad.

Cabe señalar que si bien se reconocen las distinciones señaladas anteriormente, en las miradas en torno al cambio terapéutico, por parte de las y los terapeutas, es posible identificar convergencias en las mismas. Al respecto se reconoce en niños y niñas, cambios en torno a las concepciones del sí mismo, reconceptualización de la experiencia de abuso, mayor reconocimiento de emociones, reelaboración de los sentimientos de culpa reactivos a la experiencia de abuso y resignificación de la experiencia e integración de ésta en la vida. Todo lo anterior es coherente con lo propuesto por Águila (2015), quien propone que el cambio terapéutico en niños y niñas que han sido víctimas de abuso sexual constituye un proceso por el cual se adquieren nuevos significados y se construyen nuevas teorías subjetivas respecto del sí mismo y del entorno que permiten resignificar la experiencia abusiva.

Considerando todo lo planteado anteriormente y respondiendo a la pregunta de investigación establecida, es posible indicar que las construcciones de género de las y los terapeutas tienen influencia en el cambio terapéutico, específicamente en el contenido de este. Lo anterior, a partir de la vinculación diferenciada que establecen los terapeutas con niños y niñas, a partir de sus propias construcciones de género y expectativas respecto al sexo de las víctimas. Sería lo anterior por tanto, lo que permitiría abrir o no determinados temas, por tanto el contenido del cambio lograría ser distinto a partir de un terapeuta hombre o una terapeuta mujer y de sus propias construcciones de género.

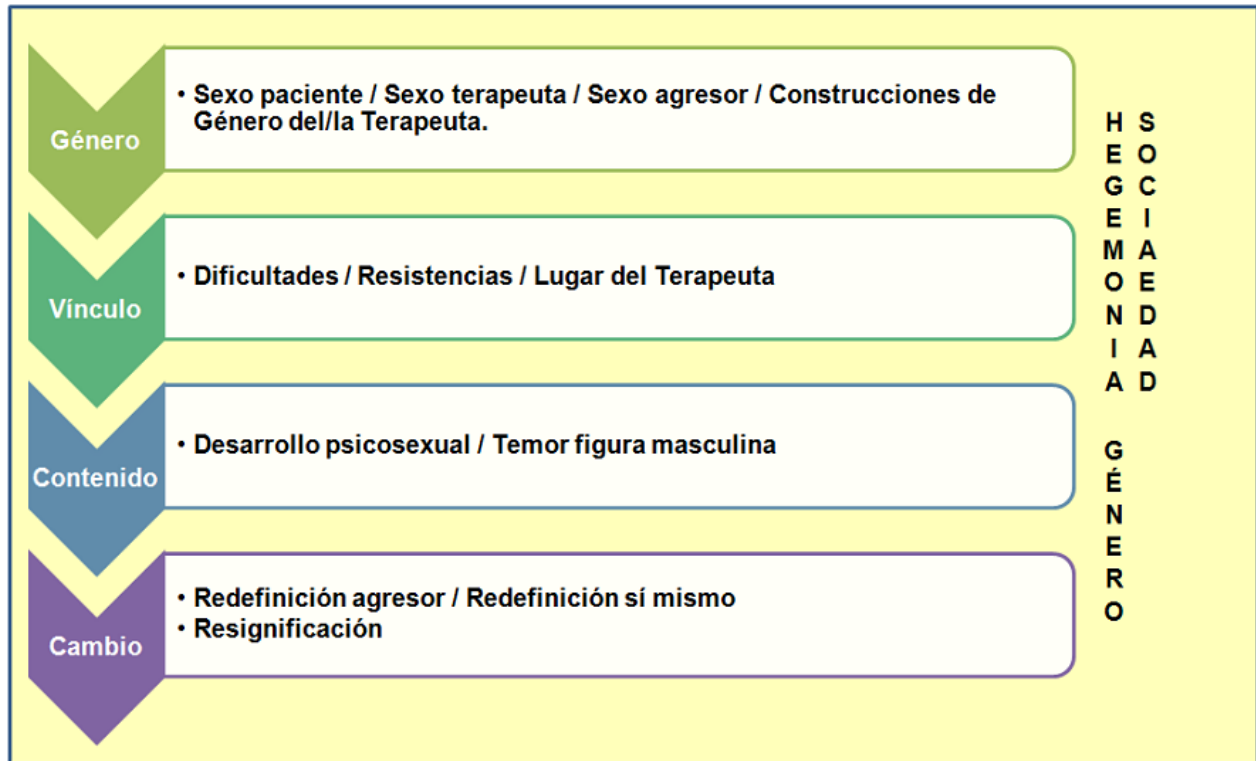
Es decir, el género se relaciona con el con el contenido del cambio terapéutico, a partir de la vinculación establecida entre paciente y terapeuta, siendo está última influenciada por las construcciones de género que posee el o la terapeuta.

Todo lo anterior, se relacionaría con la mantención de la hegemonía del género en la sociedad, la cual tiene influencia en las construcciones que los y las terapeutas poseen respecto de las víctimas de abuso sexual. Siendo en este fenómeno, y en las dinámicas abusivas un lugar donde se replicaría la misma. Lo anterior en relación al lugar de poder que poseen los hombres, quienes son en su mayoría los agresores. A partir de todo ello, por tanto, la hegemonía de género, pasa a cobrar un lugar en el espacio terapéutico, influyendo en la cualidad del vínculo terapéutico y con ello en el contenido del cambio terapéutico.

Para efectos de mayor y mejor ilustración se presenta el siguiente esquema, en el cual se explica el cómo el género tiene influencia en el vínculo terapéutico (manifestado en las resistencias y dificultades del mismo, como así también en la disposición y lugar del terapeuta), lo cual genera la emergencia de distintos focos de terapia y distintos contenidos del cambio terapéutico (desarrollo psicosexual, temor a figuras masculinas), pero alcanzándose el mismo de todas maneras, comprendiéndolo como el proceso por el cual el niño o niña logra la redefinición de sí mismo, del agresor y con ello la resignificación de la experiencia. Todo lo anterior, influenciado por tanto, por la

hegemonía de género presente en la sociedad, desde las cuales emergen las construcciones de género de las y los terapeutas.

Figura N° 1 : Principales Resultados



6.2 Aportes, limitaciones y Proyecciones:

A partir de los principales hallazgos de la presente investigación, es posible distinguir aportes teóricos y prácticos.

En primer lugar, resulta relevante toda vez que si bien, existe una amplia literatura respecto al fenómeno del abuso sexual, como también así respecto a la terapia con niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual infantil, esta investigación aporta mayor información respecto a las variables de género dentro de dichos procesos, especialmente constituyéndose en un aporte a nivel local, tanto nacional como latinoamericano, en el cual la investigación al respecto es muy escasa.

Sumado a lo anterior, los resultados del presente estudio permiten dar luces respecto del cómo conformar los equipos profesionales que trabajan en terapia con víctimas de abuso sexual infantil, como así también precisar de mejor manera la asignación de casos.

En cuanto a la conformación de los equipos profesionales, los resultados de la presente investigación invitan a los organismos a cargo de entregar la oferta reparatoria, a incorporar terapeutas hombres en los mismos. Sumado a ello, a considerar las posibilidades de realizar procesos de co-terapia (terapeuta hombre/terapeuta mujer) en determinados casos y en determinados momentos.

En cuanto a la asignación de casos, invita a los equipos considerar los niveles de rechazo que los y las pacientes refieren al inicio respecto de las figuras masculinas, para definir desde ahí la conveniencia o no se asignar un terapeuta hombre desde el comienzo o bien incorporarlo en algún momento del proceso, de modo que favorezca la redefinición de la figura masculina, desmitificar el lugar de agresores de estos y con ello promover a la resignificación de la experiencia abusiva.

En relación a lo planteado, en la actualidad, la mayor oferta de atención para víctimas de abuso sexual infantil es subvencionada por el Servicio Nacional de Menores (SENAME), a través de su red de colaboradores.

Si bien, existen lineamientos en sus bases técnica de incorporar, de manera transversal, un enfoque de género, éste no impactaría en la toma de decisiones metodológicas o clínicas. Es por tanto, que al contar con mayor conocimiento al respecto, se podría incorporar dentro de las orientaciones técnicas que entrega SENAME, lineamientos sobre ante qué casos es conveniente asignar un terapeuta hombre o mujer a cargo. A partir de lo anterior, es posible indicar que los resultados del

presente estudio por tanto, tendrían influencia en el diseño de políticas públicas orientadas a la atención a la infancia y adolescencia.

Siguiendo en la línea de las implicancias clínicas, para la psicología infanto juvenil, es importante reconocer que tanto los terapeutas hombres como las terapeutas mujeres, alcanzan el cambio terapéutico con niños y niñas, no obstante en los contenidos y el proceso existirían diferencias. Dichas diferencias, podrían ser aprovechadas por los equipos, considerando la incorporación en algún momento del proceso de terapia de un co - terapeuta del otro sexo, el cual podría ser invitado en algunas sesiones o bien pudiese ser incorporado en un contexto de intervención grupal en paralelo al proceso individual, a fin de ampliar con ello, los elementos trabajados, ampliar los objetivos y lograr una resignificación en distintos y mayores ámbitos de la experiencia del niño o niña, especialmente considerando que el cambio terapéutico y los resultados del proceso pueden tener influencias desde la propia vida del cliente o desde la situación terapéutica (Krause, 2005), siendo en esta última donde influye el género del terapeuta.

Sumado a los principales aportes e implicancias clínicas, resulta relevante considerar las limitaciones existentes en el presente estudio.

En primer lugar, es importante mencionar las dificultades para acceder a la muestra. Específicamente, a los terapeutas hombres, toda vez que en los Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Infantil (PRM), los cuales son la principal oferta de atención para la población infanto juvenil que ha sido víctima de abuso sexual infantil, el número de terapeutas hombres es reducido. Esto se tradujo por tanto en una limitada muestra para el estudio, con lo cual se debe considerar que los resultados relevados pueden ser efectivamente vinculados al género o podrían responder a elementos personales o miradas institucionales, por cuanto para próximos estudios en la línea de esta investigación se debe considerar la opción de ampliar la muestra. Por otro lado la baja muestra no permitió un análisis que permitiera cruzar variables tales como el tipo de agresión, agresor, entre otros.

Del mismo modo, generó dificultades metodológicas en un primer momento, y en cuanto a los resultados, al existir participantes mujeres que provenían de centros en los cuales solo se desempeñan mujeres, lo cual podría impactar de alguna forma en la mirada de los casos.

En segundo lugar, se reconoce como una limitación, el hecho de que las y los participantes solo abordaron y profundizaron en casos en los cuales el agresor había sido un hombre, por cuanto se parcializa la mirada respecto al género, considerando solo las combinaciones niño/agresor hombre; y niña/agresor hombre, cambiando solo en ellas el sexo del terapeuta.

Lo anterior, se relaciona con una de las principales proyecciones e invitaciones que deja la presente investigación, consistente en explorar ¿Qué distinciones reconocen los y las terapeuta al intervenir en un caso cuyo agresor es una mujer de aquellos cuyo agresor es un hombre?. Lo anterior, permitiría ampliar la variabilidad de la información y con ello, precisar aun más ciertas variables metodológicas e interventivas al interior de los programas.

Sumado a lo anterior, se establece como una temática emergente y abierta, el explorar las construcciones respecto al sexo del terapeuta de las familias de las y los niños que han sido víctimas de abuso sexual infantil, ya que si bien no emerge de forma tan evidente en los resultados del presente estudio, es desde la experiencia clínica del investigador que en ocasiones se reconocen dificultades y resistencias asociadas al sexo del terapeuta desde los adultos responsables y no desde los niños o niñas.

Finalmente, considerando que en el presente estudio los terapeutas hombres señalan mayores implicancias en su práctica clínica con niñas víctimas de abuso sexual infantil por parte de hombres, sería relevante conocer si un fenómeno similar les ocurriría a las terapeutas mujeres en su práctica clínica con niñas o niños víctimas de abuso sexual por una mujer.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Águila, D. (2015). *Cambio terapéutico en niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales: Narrativas de sus psicoterapeutas*. Tesis para optar al grado de Magister en Psicología, mención Psicología Clínica Infanto Juvenil, Universidad de Chile.
- Altimir, C., Krause, M., De la Parra, G., Dagnino, P, Tomicic, A, Valdés, N., Perez, C., Echávarri, O. y Vilches, O. (2010). Clients', therapists', and observers agreement on the amount, temporal location, and content of psychotherapeutic change and its relation to outcome. *Psychotherapy Research*, 20 (4), 472-487.
- Álvarez, K. (2012) Abuso sexual en la niñez y adolescencia. En Almonte, C. y Montt, M. *Psicopatología infantil y de la adolescencia, (segunda edición)* (pp.274-292). Santiago, Chile: Editorial Mediterraneo.
- Álvarez, P., Socorro, A., & Capella, C. (2012). Influencia de una intervención grupal para madres en el cambio psicoterapéutico de sus hijos/as víctimas de agresiones sexuales. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 21(2), 31-54.
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia: una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Barcelona: Paidós.
- Bisquerra, R. (2009) *Metodología de la investigación educativa, (segunda edición)*. Madrid: Editorial La Muralla.
- Calvi, B. (2005). *Abuso sexual en la infancia: efectos psíquicos*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

- Capella, C. (2011). *Hacia narrativas de superación: El desafío para la terapia con adolescentes de integrar la experiencia de agresión sexual a la identidad personal*. Tesis para optar al grado de Doctora en Psicología, Universidad de Chile.
- Capella, C. & Gutiérrez, C. (2014). Psicoterapia con niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales: Sobre la reparación, la resignificación y la superación. *Psicoperspectivas*, 13(3), 93-105.
- Capella, C. & Miranda, J. (2003). *Diseño, implementación y evaluación piloto de una intervención psicoterapéutica grupal para niñas víctimas de abuso sexual*. Memoria para optar al título de Psicólogo, Universidad de Chile, Chile.
- Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales [CAVAS] (2003). *Centro de asistencia a víctimas de atentados sexuales CAVAS Metropolitano: 16 años de experiencia*. Policía de investigaciones de Chile.
- Código Penal Chileno (2013). Vigésima edición. Santiago: Editorial Jurídica de Chile.
- Coohey, C. (2010). Gender differences in internalizing problems among sexually abused early adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 34, 856–862.
- DeVoe, E. R. & Faller, K. C. (1999). The characteristics of disclosure among children who may have been sexually abused. *Child Maltreatment*, 4, 217–227
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12(43-44), 75-82.
- Etherington, K. (1995). Adult male survivors of childhood sexual abuse. *Counselling Psychology Quarterly*, 8(3)

- Facio, A. y Fries, L. (2005). Feminismo, género y patriarcado. *Revista sobre enseñanza del derecho de Buenos Aires*, 3 (6), ppg. 259-294
- Finkelhor, D y Berliner, L. (1995). Research on the Treatment of Sexually Abused Children: A Review and Recommendations. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(11),1408-1423
- Finkelhor, D. y Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55 (4), pp. 530-541.
- Flick, U. (2007). *Introducción a la metodología cualitativa*. Madrid, España: Ediciones Morata.
- Foster, J. y Hagedorn, B. (2014) Through the Eyes of the Wounded: A Narrative Analysis of Children's Sexual Abuse Experiences and Recovery Process, *Journal of Child Sexual Abuse of Children's Sexual Abuse Experiences and Recovery Process. Journal of Child Sexual Abuse*.
- Fuller, N. (1993). La disputa de la Feminidad en el psicoanálisis y las ciencias sociales. *Revista Debates en sociología*, 18, pp. 17-33.
- García, D., García, M. & Roldán, W. (2014). Aportes desde la perspectiva de género en las intervenciones de reparación en agresiones sexuales infanto-juveniles. En Navarro, C. *Agresiones sexuales: Reflexiones acerca de las intervenciones psicológicas. Volumen IV* (pp. 375-405). Santiago, Chile: Universidad de Chile.
- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones: aproximación a la construcción social*. Barcelona: Editorial Paidós Iberica.
- Gil, T. & Cano, A. (2010). Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: tipos de análisis y proceso de codificación. *Nure Investigación*, 45, 1-10.

Glaser, D. & Frosh, S. (1997). *Abuso sexual de niños*. Argentina: Paidós.

Goodman-Brown, T., Edelstein, R., Goodman, G., Jones, D. & Gordon, D. (2003). Why children tell: a model of children's disclosure of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 27, 525-540

Gore-Felton C, Arnow B, Koopman C, Thoresen C & Spiegel D. (1999). Psychologists' beliefs about the prevalence of childhood sexual abuse: the influence of sexual abuse history, gender, and theoretical orientation. *Child Abuse & Neglect*, 23 (8):803-811.

Gries, L., Goh, D. & Cavanaugh, J. (1996). Factors Associated with Disclosure During Child Sexual Abuse Assessment. *Journal of Child Sexual Abuse*, 5 (3), 1-19

Grossman, F., Kia-Keating, M. & Sorsoli, E. (2006) A Gale Force: Meaning Making by Male Survivors of Childhood Sexual Abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76 (4), 434-443.

Harvey, S. T. & Taylor, J. E. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with sexually abused children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 517–35.

Hernández, S., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw-Hill.

Hershkowitz, I., Horowitz, D. & Lamb, M. (2005). Trends in children's disclosure of abuse in Israel: A national study. *Child Abuse & Neglect*, 29, 1203-1214

- Hetzel-Riggin, M. D., Brausch, A. M. & Montgomery, B. S. (2007). A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: an exploratory study. *Child Abuse & Neglect*, 31(2), 125–41.
- Infante, V. (2004). La Masculinidad desde la perspectiva de genero. En Chavez, J. *Perspectiva de Género* (pp. 57-82). México: Editorial Plaza y Valdez
- Kendall-Tackett, K., Mayer y L., Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164-180.
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y cambio, una mirada desde la subjetividad*. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Krause, M., Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N. et al. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 299–325.
- Lagarde, M. (1996). El género: La perspectiva de género. *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*. (pp. 13-38). España: Editorial Horas.
- Llanos, M., & Sinclair, C. (2011). Terapia de reparación en víctimas de abuso sexual. Aspectos fundamentales. *Psykhé*, 10(2), 53–60.
- London, K., Bruck, M., Ceci, S. & Shuman, D. (2005). Disclosure of child sexual abuse: What does the research tell us about the ways that children tell?. *Psychology, Public Policy and Law*, 11(1), 194-226
- Martínez, J., Sinclair, C., Araya, C. & Arón, A. (2005). *Abuso sexual infantil: Sistematización y evaluación de un modelo terapéutico grupal*. Informe final

Proyecto Fondecyt 1030933. Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Psicología.

Ministerio Público de Chile (2013). Cuenta Pública Sr. Fiscal Nacional Sabas Chahuan Sarrás. Extraído de: www.fiscaliadechile.cl

Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) y United Nations Children's Fund (UNICEF) (2011) *Guía Clínica: Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, víctimas de abuso sexual*. Chile

O'Leary, P. y Barber, J. (2008). Gender Differences in Silencing Following Childhood Sexual Abuse, *Journal of Child Sexual Abuse*, 17 (2), 133-143.

Perrone, R. y Nannini, M. (1998). *Violencia y abusos sexuales en la familia: un abordaje sistémico y comunicacional*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós

Piñuel, J. (2002). Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido. *Estudios de Sociolingüística*, 3(1), 1-42.

Priebe, G. & Svedin, C.G. (2008). Child sexual abuse is largely hidden from the adult society: An epidemiological study of adolescents' disclosures. *Child Abuse & Neglect*, 32(12), 1095-1108

Putnam, F. (2003) Ten-Year Research Update Review: Child Sexual Abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(3):269–278.

Sanchez-Meca, J. S., Alcázar, A. I. R. & Soler, C. L. (2011). The psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: A meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 67–93.

Sanfélix, J. (2011). Las nuevas masculinidades. Los hombres frente al cambio en las mujeres. *Revista Prisma Social*, 7, 220-247.

- Saywitz, K. J., Mannarino, A. P., Berliner, L., & Cohen, J. a. (2000). Treatment of sexually abused children and adolescents. *American Psychologist*, 55(9), 1040–1049.
- Schongut, N. (2012). La construcción social de la masculinidad: poder, hegemonía y violencia. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 2 (2), 27–65.
- Servicio Nacional de Menores (SENAME) (2013), *Bases técnicas programas de protección especializada en maltrato y abuso sexual infantil PRM*. Extraído de www.sename.cl .
- Servicio Nacional de Menores (SENAME) (2015), *Orientaciones Técnicas. Programas de protección especializada en maltrato y abuso sexual infantil PRM*. Extraído de www.sename.cl
- Shin Shin Tang, S., Freyd, J. & Wang, M. (2008). What Do We Know About Gender in the Disclosure of Child Sexual Abuse?. *Journal of Psychological Trauma*, 6(4), 1-26.
- Summit, R., (1983) The Child Sexual Abuse Accommodation Syndrome. *Child Abuse & Neglect Vol 7, pp. 177 – 193*
- Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1998). *Introducción a los métodos cualitativos en investigación*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Ullman, S. & Filipas, H. (2005). Gender differences in social reactions to abuse disclosures, post abuse coping, and PTSD of child sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, 29(7), 767-782.

United Nations Children's Fund (UNICEF) (2012) *Cuarto Estudio de Maltrato Infantil*. Santiago, Chile.

Wellman M. (1993). Child sexual abuse and gender differences: attitudes and Prevalence. *Child Abuse & Neglect* 1993 Jul-Aug;17(4):539-547

Winkler, M. I., Avendaño, C., Krause M. & Soto, A. (1993). El cambio psicológico desde la perspectiva de los consultantes. *Revista Terapia Psicológica*, 20, 7-19.

8. ANEXOS

8.1 Anexo I: Carta de presentación:



UNIVERSIDAD DE CHILE
Facultad de Ciencias Sociales
Magister en Psicología

CARTA DE PRESENTACIÓN

Junto con saludarle cordialmente, por medio de la presente se extiende invitación a participar la investigación que lleva por título "Género y abuso sexual infantil: construcciones en torno al género y cambio terapéutico desde la mirada de las y los terapeutas" que se presentará en el Magister en Psicología, mención Psicología Clínica Infanto Juvenil de la Universidad de Chile.

La investigación es llevada a cabo por el Psicólogo Nicolás González Araneda, siendo su tutor de tesis la académica y Doctora en Psicología Claudia Capella Sepúlveda.

La participación consiste en ser entrevistado en dos ocasiones, siendo estas entrevistas grabadas en audio y posteriormente transcritas para su análisis.

A fin de resguardar la confidencialidad, se utilizarán apodos para resguardar la identidad de los participantes. La participación es totalmente voluntaria, existiendo la facultad por parte del participante de retirarse libremente en cualquier momento del proceso.

Al participar en la investigación, el participante podrá acceder a las transcripciones y solicitar algún tipo de modificación. Eventualmente, los resultados podrán ser publicados, pero se mantendrá la confidencialidad.

Agradeciendo desde ya su valiosa participación, le saluda cordialmente.

Nicolás González Araneda
Psicólogo

Magister (c) en Psicología, mención Psicología Clínica Infanto Juvenil

E-mail: posgpsic@uchile.cl

Fonos 9787805 / 9787803 Fax: 9787819 Casilla 10.115 Correo Central

Avenida Capitán Ignacio Carrera Pinto 1045 * Ñuñoa * Código Postal 685 033 1 * Santiago * CHILE

8.2 Anexo II: Consentimiento Informado:



UNIVERSIDAD DE CHILE
Facultad de Ciencias Sociales
Magister en Psicología

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ declaro conocer el contenido del documento presentado en la invitación a participar en la investigación: "Género y abuso sexual infantil: construcciones en torno al género y cambio terapéutico desde la mirada de las y los terapeutas".

He recibido la invitación a participar de 2 entrevistas y acepto la solicitud de que las entrevistas sean grabadas en audio para su posterior transcripción y análisis.

Mi identidad no será revelada en ninguna etapa del proceso.

Como participante, acepto la invitación en forma libre y voluntaria.

Declaro estar informado de que los resultados de esta investigación tendrán como producto un informe, a ser presentado como parte del proceso de titulación para la obtención del grado de Magister en Psicología, mención Psicología Clínica Infante Juvenil. Este podrá contener extractos de lo que se ha dicho durante mi participación, manteniéndose siempre mi anonimato.

He leído esta hoja de Consentimiento y acepto participar en este estudio según las condiciones establecidas.

Firma Participante

Firma Investigador

E-mail: posgpsic@uchile.cl
Fonos 9787805 / 9787803 Fax: 9787819 Casilla 10.115 Correo Central
Avenida Capitán Ignacio Carrera Pinto 1045 * Ñuñoa * Código Postal 685 033 1 * Santiago * CHILE

8.3 Anexo III: Guiones Entrevista:

Guía de preguntas: 1° Entrevista

- Cuéntame sobre tu formación de pre y pos grado.
- ¿Cuál ha sido tu trayectoria laboral?
- ¿Cuánto tiempo llevas trabajando en PRM?
- ¿Desde qué enfoque terapéutico trabajas?
- ¿Cuál es el perfil de niños y niñas que atiendes? (agresión, edad, agresor)
- ¿Qué modelo comprensivo de abuso utilizas más en tu trabajo en PRM?
- ¿Por cuánto tiempo que atiendes en promedio a un niño o niña? (frecuencia sesiones, duración proceso)
- ¿Cual crees que es el objetivo de la terapia con víctimas de abuso sexual infantil?
- Cómo entiendes la terapia con un niño o niña que ha sido víctima de abuso sexual.
- ¿Qué crees tú que es lo que cambia en la terapia con víctimas de abuso sexual infantil?
- ¿Qué crees que es lo que cambia en el niño?
- En general, ¿Cómo te das cuenta que un niño o niña ya finaliza su terapia?
- Cuéntame sobre un caso exitoso con un niño. (Detalles del caso: tipo de agresión, organismo derivador, adulto responsable, nivel de daño, credibilidad del entorno, sintomatología o descripción de los efectos)
- ¿Por qué consideras ese caso exitoso?
- ¿Qué elementos tuyos como terapeuta crees que tuvieron relación con el éxito del caso?
- ¿Qué elementos del propio niño fueron importantes en el éxito?
- ¿Qué elementos de la familia y el entorno crees que fueron relevante para dicho éxito?

- Cuéntame sobre un caso exitoso con una niña. (Detalles del caso: tipo de agresión, organismo derivador, adulto responsable, nivel de daño, credibilidad del entorno, sintomatología o descripción de los efectos)
- ¿Por qué consideras ese caso exitoso?
- ¿Qué elementos tuyos como terapeuta crees que tuvieron relación con el éxito del caso?
- ¿Qué elementos de la propia niña fueron importantes en el éxito?
- ¿Qué elementos de la familia y el entorno crees que fueron relevante para dicho éxito?
- De todo lo que hemos conversado que te parece lo más relevante a destacar.
- ¿Qué te gustaría agregar?

Guía de preguntas: 2° Entrevista

- ¿Cómo entiendes tu el concepto de género?
- ¿Existen para ti roles de género?
- ¿Como definirías lo masculino?
- ¿Cómo definirías lo femenino?
- ¿Cual crees tú que es el lugar del genero en el abuso sexual?
- Las definiciones de lo masculino o lo femenino, tiene alguna relación con ¿cómo viven la experiencia de abuso niños o niñas?
- ¿Cómo integras el género en la terapia con niños y niñas que han sido víctimas de abuso sexual?
- ¿Crees que el género influye en cómo se realizan los procesos con niños y niñas?
- ¿Crees que tu rol como terapeuta es distinto cuando trabajas con un niño o niña?
- ¿Las definiciones de lo masculino que me mencionas, crees que tuvieron alguna influencia en este caso que conversamos (transcripción entrevista 1 y análisis)?
- Si en ese caso el terapeuta hubiese sido hombre/mujer ¿habría sido distinto el proceso? habrían cambiado cosas diferentes?
- Las definiciones de lo femenino que me mencionas, crees que tuvieron alguna influencia en este otro caso que conversamos (transcripción entrevista 1 y análisis)?
- Si en ese caso el terapeuta hubiese sido hombre/mujer ¿habría sido distinto el proceso? habrían cambiado cosas diferentes?
- ¿Crees que tus propias construcciones sobre el género tienen relación en cómo te aproximas a niños respecto a cómo te aproximas a las niñas?
- Aquello que me mencionaste que cambiaba en la terapia con niños y niñas ¿crees que tiene relación con estas construcciones que me señalas?
- ¿Hay alguna diferencia en lo que cambia en los pacientes dependiendo de si es niño o niña?
- En eso que cambió, ¿Crees que influye que tú seas hombre/mujer?

- ¿Crees que influye en que el paciente sea hombre o mujer? ¿en cómo te aproximas al caso por ejemplo?
- ¿Qué distinciones reconocer en la terapia con un niño que ha sido víctima respecto a una niña que ha sido víctima?