



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología

**CAMBIO PSICOTERAPÉUTICO EN NIÑOS, NIÑAS y
ADOLESCENTES QUE HAN SIDO VÍCTIMAS DE AGRESIONES
SEXUALES:
UNA APROXIMACIÓN y PROPUESTA TEÓRICA**

Memoria para optar al Título de Psicóloga

Autora:

Camila Gómez Mora

Profesora Patrocinante:

Claudia Capella Sepúlveda

Santiago, Enero de 2016

Agradecimientos

En primer lugar, quisiera agradecer por ser parte del Fondecyt de Iniciación 11140049 “*Cambio Psicoterapéutico en Agresiones Sexuales: Perspectiva de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas, sus padres y sus psicoterapeutas*”, el que me permite aprender y seguir creciendo.

Quisiera agradecer a mis compañeras de equipo de investigación, Loreto Rodríguez, Ximena Lama, Lucía Núñez, Estrella Azócar, Macarena Espeleta, Daniela Águila, Francisca Carrasco, Sofía Fuentes, Vania Vásquez y a Claudia Capella, quien, como investigadora responsable del proyecto, lidera nuestro equipo de investigación. Muchas gracias por el apoyo entregado, sus observaciones a mi trabajo y el ímpetu por el desarrollo investigativo.

Manifiesto mi profundo agradecimiento a Claudia Capella, quien es la profesora patrocinante de esta memoria, a quien quisiera agradecerle no solo por su vasto conocimiento y meticulosidad en el proceso de construcción de esta memoria, sino que también, por la calidad humana de su trabajo al brindarme constante apoyo, confianza, comprensión y compromiso.

En tercer lugar, quisiera agradecer a los académicos y académicas que han sido parte de mi formación como profesional, en especial a Claudio Zamorano y Marcela Cuevas, quienes me brindaron su orientación y apoyo durante el proceso de práctica profesional.

Finalmente, quisiera manifestar mi sincero agradecimiento a quienes me han apoyado durante el proceso de elaboración de esta memoria, brindándome ánimo y alegrías en un duro año. En especial, quiero agradecer a mi familia por enseñarme el valor de la perseverancia y por manifestar su constante amor y apoyo durante el anterior año. Asimismo, quiero agradecer al creador y acompañante de historias, Byron, quien con su enorme cariño y comprensión, me acompañó durante este proceso y me anima a seguir construyendo.

Resumen

El presente estudio tiene por objetivo elaborar una propuesta teórica acerca del cambio psicoterapéutico en niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales, a partir de la integración de investigaciones referidas al cambio psicoterapéutico y la psicoterapia y proceso de superación en población infante juvenil víctima de agresiones sexuales. Por ello, esta investigación es de carácter teórico exploratorio, cuya metodología corresponde a la revisión documental y una propuesta teórica en base al análisis de la literatura.

Como resultados, se realiza una propuesta, desde la cual se concluye que el cambio psicoterapéutico para esta población específica se relacionaría con un proceso de crecimiento y transformación global en la visión del sí mismo, las relaciones y el entorno, a partir de un proceso de reconceptualización de la experiencia abusiva. Este cambio está en diálogo con múltiples factores facilitadores u obstaculizadores (psicoterapia, factores familiares y sociales, contexto judicial, características de la agresión sexual, contexto escolar/laboral y aspectos propios), en un proceso de cambio conjunto con la/s figura/s parental/es.

Se espera que esta integración aporte suministros teóricos para el quehacer psicoterapéutico con niños y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales y contribuya a la apertura de mayor investigación acerca del cambio psicoterapéutico en población infante juvenil, respecto de ésta y otras temáticas.

Palabras Claves: Cambio Psicoterapéutico, Agresiones Sexuales Infante Juveniles, Psicoterapia y Proceso de Superación.

Índice

1. Introducción.....	6
2. Objetivos.....	12
2.1. Objetivo General.....	12
2.2. Objetivo Especifico.....	12
3. Metodología.....	13
4. Marco Teórico.....	15
4.1. Declaración de Principales Fundamentos Teóricos desde el Enfoque Constructivista Cognitivo.....	15
4.2. Consideraciones Generales del Fenómeno de Agresiones Sexuales Infanto Juveniles.....	17
4.2.1. Conceptualizaciones de Agresiones Sexuales Infanto Juveniles.....	17
4.2.2. Principales Características del Fenómeno.....	18
4.2.3. Consecuencias del Fenómeno de Agresiones Sexuales Infanto Juveniles.....	21
5. Desarrollo.....	24
5.1. Psicoterapia con Niños y Adolescentes Víctimas de Agresiones Sexuales.....	24
5.1.1. Consideraciones Generales del Proceso Psicoterapéutico.....	24
5.1.2. Fundamentos Teóricos de la Psicoterapia con Niños y Adolescentes Víctimas de Agresiones Sexuales.....	26
5.1.3. Objetivos Psicoterapéuticos.....	29
5.1.4. Superación de las Agresiones Sexuales en Niños y Adolescentes.....	30
5.1.5. Visión de Niños y Adolescentes Sobre Experiencias de Agresiones Sexuales y Proceso Psicoterapéutico.....	35
5.2. Proceso de Superación y Psicoterapia de las ASI desde la Visión de Niños y Adolescentes: Contexto Nacional.....	38
5.2.1. Significaciones Asociadas al Proceso de Superación.....	39

5.2.2. Características del Proceso de Superación.....	40
5.2.3. Factores Influyentes en el Proceso de Superación.....	42
5.3. Cambio Psicoterapéutico.....	45
5.3.1. Conceptualización acerca del Cambio Psicoterapéutico.....	45
5.3.2. Cambio Psicoterapéutico desde la Perspectiva del Paciente Adulto.....	50
5.3.3. Investigaciones en Niños y Adolescentes.....	54
5.4. Cambio Psicoterapéutico en Niños y Adolescentes.....	61
5.4.1. Conceptualizaciones del Cambio Psicoterapéutico en Niños y Adolescentes.....	61
5.4.2. Proceso de Cambio Psicoterapéutico en Niños y Adolescentes.....	62
5.4.3. Contenido del Cambio Psicoterapéutico en Niños y Adolescentes.....	66
5.4.4. Factores Influyentes.....	68
5.5. Propuesta Cambio Psicoterapéutico en Niños y Adolescentes Víctimas de ASI.....	75
5.5.1. Conceptualización del Cambio Psicoterapéutico en Niños y Adolescentes Víctimas de ASI.....	75
5.5.2. Proceso de Cambio Psicoterapéutico en Niños y Adolescentes Víctimas de ASI.....	77
5.5.3. Contenido del Cambio Psicoterapéutico en Niños y Adolescentes Víctimas de ASI.....	84
5.5.4. Factores Influyentes.....	88
6. Discusión y Conclusiones.....	100
6.1. Principales Resultados.....	100
6.2. Aportes, Limitaciones e Implicancias.....	107
7. Referencias Bibliográficas.....	110

1. Introducción

Las agresiones sexuales infanto juveniles (ASI¹) resultan ser un fenómeno complejo en la actualidad, comprendido bajo el marco de un tipo de maltrato grave. En ese sentido, el maltrato infanto juvenil- ya sea físico, psicológico o sexual- puede ser entendido como cualquier acción u omisión que produzca o pueda producir daño y que amanece o altere el desarrollo evolutivo esperado (Ministerio de Salud [MINSAL] y Fondo de las Naciones Unidas [UNICEF], 2011).

La complejidad y gravedad del fenómeno se ve manifestado en los índices elevados de prevalencia de las ASI. Es así como, en el contexto nacional, alrededor de un 9% de los niños² y adolescentes reconocen haber experimentado una situación de agresión sexual (UNICEF, 2012), mientras que para el año 2013, el Consejo Nacional de la Infancia (2015) destaca que 18.615 niños fueron víctimas de delitos sexuales, teniendo en cuenta que no hay un registro oficial y unificado de estadísticas en esta materia, por lo que un porcentaje incierto de delitos no se detecta o, de ser detectado, no se denuncia.

A pesar de eso, Maffioletti y Huerta (2011), estipulan que del total de denuncias realizadas por delitos sexuales, el 70% corresponde a aquellos en que niños y adolescentes se vieron afectados.

Considerando que las ASI constituye un tipo grave de maltrato, Echeburúa y Corral (2006) expresan que al menos un 80% de los niños y adolescentes que han sido victimizados sexualmente, presentan consecuencias negativas producto de esta experiencia, las que pueden interferir a nivel físico, cognitivo, emocional y relacional, ya sea a corto o largo plazo (Pereda 2009; 2010).

Estos datos permiten dar cuenta de la importancia de las agresiones sexuales como temática a tratar, la necesidad de dar respuesta al aumento de la demanda de atención clínica y, por consiguiente, la perentoria cobertura a través de la ampliación en la oferta de atención entregada. Tal es el caso del Servicio Nacional de Menores [SENAME], principal entidad que contribuye a la oferta de atención de esta temática en nuestro país, que en los últimos años ha aumentado considerablemente la cobertura de atención, contando en el año 2008, con 92 proyectos especializados (SENAME, 2013).

¹ Se entenderá por víctima de ASI a personas que han sufrido una agresión sexual durante su infancia o adolescencia (Barudy, 1998).

² Se utilizará el concepto de niño/s para referirse tanto a niño/s como a niña/s.

Aunque si bien, esta amplificación de oferta respecto del fenómeno de las agresiones sexuales, ha contribuido al crecimiento y desarrollo de investigaciones en esta área, los diversos estudios referidos a las ASI a nivel internacional, remiten, más bien, a características generales del fenómeno, al psicodiagnóstico y/o a los procesos y pruebas judiciales (Malacrea, 2000); existiendo, en menor medida, investigaciones referidas a la psicoterapia, las que en general se realizan desde métodos retrospectivos, donde adultos que dan cuenta de sus experiencias de victimización en la niñez (Fundación para la Confianza y Centro de estudios para la niñez OPCION, 2012; Phillips y Daniluk, 2004).

Aun así, algunos autores refieren que los estudios en esta línea investigativa de psicoterapia con víctimas de agresiones sexuales, se han enfocado desde el área de las consecuencias y la sintomatología (Phanichrat y Townshend, 2010).

Una situación similar ha ocurrido en lo que respecta a investigación en cambio psicoterapéutico, donde la respuesta a qué es lo que cambia, parece haber sido abordada, principalmente, desde el cambio conductual y sintomático (Krause, 2005).

A pesar de esto, nuevas líneas investigativas se han desarrollado para dar respuesta a ésta y otras preguntas en torno al cambio psicoterapéutico, entendiendo que este es un fenómeno esencialmente subjetivo (Krause et al., 2006). Así, en cuanto a esto, destacan investigaciones tanto a nivel internacional, en la línea portuguesa de la terapia narrativa (Gonçalves, Matos y Santos, 2009) y también, los estudios a nivel nacional liderados por Mariane Krause (Krause, 2005).

Así, aunque no hay un acuerdo operacional respecto del concepto de cambio (Roussos, 2013), al menos no de manera explícita, Gonçalves et al (2009) comprenden que el cambio psicoterapéutico correspondería a la construcción de narrativas alternativas, del sí mismo y el mundo, que no sean concordantes con el discurso dominante del problema.

Por su lado, Krause (2005) entiende que este proceso como un *“cambio en los patrones subjetivos de interpretación y explicación que llevan al desarrollo de nuevas teorías subjetivas”* (p.333)

Dentro de estas conceptualizaciones, es posible entender que el cambio psicoterapéutico es un proceso irregular, pero progresivo, en donde habitan tanto periodos de avance, como etapas de estancamiento y retroceso, por lo que el cambio no puede ser lineal, sino que cíclico (Altimir et al., 2010; Alves, Fernández-Navarro, Ribeiro, Ribeiro y Gonçalves, 2014).

En consecuencia, ambas líneas de investigación comprenden que el cambio psicoterapéutico no solo correspondería a una mejora a nivel sintomatológico, sino que a transformaciones en diversos aspectos del sí mismo y la relación con el entorno.

Esta idea del cambio psicoterapéutico, se relaciona con lo expuesto en la literatura internacional, respecto del concepto de superación (denominado “healing” en inglés) en población victimizada sexualmente (Draucker, Martsof, Ross, Benson, Warner y Mweemba, 2009; Draucker, Martsof, Roller, Knapik, Ross y Warner, 2011).

Así, mientras que el concepto de reparación- un término ampliamente ocupado en la psicoterapia con víctimas de agresiones sexuales- pone énfasis en una idea de daño y del cambio asociado a la mejora de las secuelas negativas de la agresión sexual (Martínez, 2012), la superación es entendida como un proceso dinámico, que incluye tanto la recuperación como el crecimiento (Draucker et al., 2011). Este proceso transcurre en diversas etapas, con momentos de avance y retroceso.

Por ende, y en cierta concordancia con la conceptualización de cambio psicoterapéutico, el concepto de superación entiende que la transformación no solo ocurriría en un plano sintomático, si no que en múltiples áreas de la vida, en un proceso que no es lineal.

En ese sentido, aunque el concepto de cambio psicoterapéutico y el de superación parecen tener ciertos elementos en común, hasta la actualidad, no se han realizado estudios que relacionen ambos referentes y que permitan ver sus similitudes y diferencias.

A su vez, cabe destacar que los trabajos realizados en torno al proceso de superación, se han llevado a cabo en población adulta que ha sido victimizados sexualmente en la niñez (Draucker et al., 2009), siendo escasos los estudios realizados con población infanto juvenil. En ese sentido, se releva la reciente investigación encabezada por Capella y colaboradoras (2014), un estudio de carácter cualitativo, que da cuenta de las narrativas de niños y adolescentes en torno al proceso de superación de la agresión sexual, así como también la de los padres y terapeutas.

De igual manera, en lo que respecta al campo de la investigación del cambio psicoterapéutico, tanto nacional como internacionalmente, este ámbito ha sido estudiado con pacientes adultos, siendo escasas las investigaciones realizadas con adolescentes (Fernández, 2013) y aún más escasas, las realizadas con niños (Carlberg, Thoren, Billstrom, & Odhammar, 2009).

Así, a menudo las investigaciones se han basado en reporte de terceros, tales como padres o psicoterapeutas (Carlberg, 1997) siendo escasos los estudios donde la propia significación de los niños y adolescentes sea relevada a un primer plano.

Frente a esto, se destacan las investigaciones en adolescentes (Binder, Moltu, Hummelsund, Sagen, Holgersen, 2011; Bury, Raval y Lyon, 2007) y niños (Carlberg et al., 2009; Carroll, 2002), que se centraron en las narrativas que éstos tienen acerca de la psicoterapia, refiriéndose a diversos elementos, tales como aquellos aspectos que le gustaron o no del proceso psicoterapéutico, expectativas de la psicoterapia y factores facilitadores y/u obstaculizadores.

Esto permite tener un mayor acercamiento acerca del proceso de psicoterapia desde los niños y adolescentes, sin embargo, no permiten comprender en completitud el proceso de cambio psicoterapéutico para esta población, por lo que se hace sumamente importante tener un adecuación de este proceso con población infanto juvenil.

Dentro de la especificidad en población infanto juvenil, los estudios de cambio psicoterapéutico con niños y adolescentes víctimas de ASI, se han centrado en la evaluación de cambio sintomatológico (Hetzler-Riggin, Brausch y Montgomery, 2007; Sanchez-Meca, Rosa-Alcázar y López-Soler, 2011). Este es un aspecto que se relaciona con la investigación en psicoterapia en general.

En relación a esto, algunas excepciones son las investigaciones realizadas por Nelson-Gardell (2001) y Foster y Hagedon (2014). Estos estudios, de carácter cualitativo, incluyen la perspectiva que los niños y adolescentes que han sido víctimas de ASI tienen respecto del proceso psicoterapéutico.

Dentro de un contexto nacional, existen investigaciones que evalúan cambios a través de intervenciones específicas, como terapias grupales con niños y adolescentes (Capella y Miranda, 2003), o dentro de contextos específicos, como análisis de construcción de significados en víctimas de agresiones sexuales, durante sesiones específicas del proceso psicoterapéutico (Del Río, 2007), existiendo escasos estudios que investiguen la psicoterapia con niños y adolescente víctimas de agresiones sexuales, desde una mirada más global, rescatando el estudio anteriormente mencionado de Capella y colaboradoras (2014)

En base a todo lo anteriormente expuesto, es posible dar cuenta de que la investigación en psicoterapia ha ido cobrando relevancia en el transcurso del tiempo, pero, sin embargo, aún faltan referentes conceptuales para comprender el cambio psicoterapéutico de una manera

global en población infanto juvenil, y aún más en niños y adolescentes víctimas de agresiones sexuales.

En ese sentido, si por un lado entendemos que el cambio psicoterapéutico es un campo que se ha estudiado desde la investigación en psicoterapia (Krause, 2005), podríamos pensar que una revisión y profundización de la literatura en psicoterapia con niños y adolescentes víctimas de ASI, nos permitiría tener un mayor comprensión conceptual respecto del cambio psicoterapéutico en esta población, más allá de la esfera sintomatológica.

Por otro lado, si comprendemos que el proceso de superación implica no solo una recuperación de la experiencia abusiva, sino que un crecimiento y transformación (Capella et al., in press; Draucker et al., 2011) (aspecto que parece concordante con las conceptualizaciones propuestas para el concepto de cambio psicoterapéutico), podemos pensar que una mayor revisión teórica de estas líneas investigativas, también podría ayudarnos a entender el cambio psicoterapéutico en niños y adolescentes víctimas de ASI.

En consecuencia, una mayor revisión de la literatura de cambio psicoterapéutico y de la psicoterapia y proceso de superación en niños y adolescentes víctimas de ASI, no solo nos permitiría tener mayor conocimiento respecto de cada línea investigativa, sino que también de la manera en que estos referentes teóricos se entrelazan (o no), lo que constituiría un aporte en la comprensión del cambio psicoterapéutico en población infanto juvenil que ha sido víctima de ASI.

En base a esto, la presente memoria busca proponer una conceptualización del cambio psicoterapéutico en niños y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales, a partir de la integración de estos dos marcos investigativos.

Por ello, se establece como guía de esta memoria la siguiente pregunta de investigación: Desde una perspectiva teórica ¿Cómo se puede comprender el cambio psicoterapéutico en niños, niñas y adolescentes víctimas de agresiones sexuales?

De esta manera, este estudio podría colaborar teóricamente en la investigación respecto de cambio psicoterapéutico, sobre todo en lo que a población infanto juvenil refiere, siendo un campo de investigación escasamente estudiada y con una necesidad de diferenciación respecto de los estudios con población adulta.

Asimismo, esta memoria constituiría un aporte en las investigaciones de temáticas específicas dentro de la población infanto juvenil, puntualmente, respecto del fenómeno de las agresiones sexuales, ya que a pesar de ser un tema de relevancia nacional e internacional, aún faltan

referentes para entender los elementos subjetivos que experimentan los niños y adolescentes víctimas de agresiones sexuales, en sus procesos psicoterapéuticos.

Finalmente, este estudio podría contribuir teóricamente para el ejercicio psicológico, tanto clínico como investigativo, al analizar y proponer puntos de encuentro entre estos dos campos de investigación, permitiendo por un lado, tener mayor comprensión del cambio en niños y adolescentes víctimas de ASI (aquellos elementos que facilitan o dificultan el proceso, las distintas etapas en las que el cambio se daría, el rol del psicólogo y la psicoterapia en el cambio, etc.); y por otro lado, poner de manifiesto aquellos elementos que aún no han sido alumbrados por las investigaciones, lo que permitiría trazar lineamientos para futuros estudios.

En ese sentido, cabe destacar que la presente memoria se enmarca en un proyecto investigativo que tiene como objetivo caracterizar el proceso de cambio en víctimas directas e indirectas de la agresión sexual, junto con sus terapeutas. Este estudio corresponde al Fondecyt de Iniciación número 11140049: *“Cambio psicoterapéutico en agresiones sexuales: perspectiva de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas, sus padres y sus psicoterapeutas”*.

Dentro de este proyecto, la presente memoria busca proporcionar referentes teóricos para la comprensión del cambio psicoterapéutico en niños y adolescentes que han sido víctimas de ASI, en base a la revisión bibliográfica realizada y a la propuesta teórica presentada.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Elaborar una propuesta teórica acerca del cambio psicoterapéutico en niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales, a partir de la revisión e integración de investigaciones referidas al cambio psicoterapéutico y la psicoterapia y proceso de superación en población infanto juvenil víctima de agresiones sexuales.

2.2. Objetivos Específicos

1. Identificar y describir las principales investigaciones concernientes a cambio psicoterapéutico
2. Identificar y describir literatura relevante en psicoterapia y proceso de superación en población infanto juvenil, víctima de agresiones sexuales.
3. Plantear un esquema comprensivo del cambio psicoterapéutico en población infanto juvenil clínica general.
4. Integrar la literatura revisada y proponer un marco comprensivo respecto del cambio psicoterapéutico en niños, niñas y adolescentes víctimas de agresiones sexuales.

3. Metodología

En el siguiente apartado se describirá la metodología ocupada en esta memoria, en relación al tipo de estudio y las estrategias de recolección y análisis de información.

La presente memoria corresponde a una investigación teórica, cuyo objetivo es realizar una revisión de publicaciones sobre un tema en específico, y proponer una conceptualización y discusión a partir de ello (Departamento de Psicología de Universidad de Chile, 2015). El carácter es de tipo documental, en tanto refiere al uso de fuentes de información de diversos materiales escritos- libros, tesis o memorias, artículos de revistas, sitios web- (Cué, Díaz, Díaz y Valdés, 2008) y se plantea como exploratorio en tanto es un tema escasamente investigado en la literatura internacional y nacional.

El procedimiento utilizado en la primera instancia fue la búsqueda de material bibliográfico nacional e internacional correspondiente a investigaciones sobre cambio psicoterapéutico y psicoterapia en niños y adolescentes víctimas de ASI. Para ello, a través del integrador de base de datos EBSCO se utilizó palabras como cambio psicoterapéutico, psychotherapy change, psychotherapy research with children and adolescents, psicoterapia con niños y adolescentes víctimas de agresiones sexuales, entre otras.

En segunda instancia, se realizó una búsqueda específica de artículos referenciados en las publicaciones anteriormente encontradas, a modo de profundizar en los conceptos y en el trabajo de equipos de investigación, que resultaron relevantes para dar respuesta a la pregunta de investigación. La búsqueda de estos artículos se realizó a través del integrador de base de datos EBSCO, la editorial de publicaciones electrónicas Francis and Taylor, editorial de revistas de América Latina, revistas específicas (tales como Child Abuse and Neglect, Psychotherapy Research, entre otras), el integrador de tesis y memorias de Universidades de la Región Metropolitana y, finalmente, la solicitud de material a través del sitio web Research Gate.

Finalmente, se complementó la búsqueda con utilización de literatura clásica recomendada por personas con experiencia en los temas propuestos en los objetivos de esta memoria, en especial, en lo referido a la temática de ASI.

Es importante recalcar que el material bibliográfico seleccionado corresponde, en su mayoría, a investigaciones que no superan 10 años de antigüedad, a modo de asegurar la actualidad de la revisión. Algunas excepciones corresponden a la literatura clásica sobre fundamentos teóricos-

tanto del enfoque teórico de esta memoria, como de la temática de ASI- así como investigaciones puntuales referidas a la psicoterapia con niños, ya que estos estudios son más escasos.

A su vez, concordante con los objetivos, se priorizó la búsqueda de investigaciones desde las narrativas de niños y adolescentes y se hizo hincapié en la recopilación de literatura nacional.

En cuanto a estrategias de análisis de la información, la búsqueda se organizó acorde a diversos temas, a partir de lo cual, se estructuran los capítulos de esta memoria. En primer lugar, se sistematizó antecedentes teóricos respecto de cambio psicoterapéutico- conceptualizaciones de éste e investigaciones respecto de la psicoterapia en adulto, adolescentes y niños, en relación con aquellos elementos que facilitan y obstaculizan dicho proceso-. En segundo lugar, se sistematizó literatura respecto de consideraciones generales del fenómeno de ASI, para luego, recopilar información acorde a la psicoterapia con niños y adolescentes víctimas de ASI. Finalmente, se sistematizó referentes bibliográficos acerca del proceso de superación de la experiencia de ASI.

En segundo lugar, y con el objetivo de ir acercándose a una comprensión del cambio psicoterapéutico en población víctima de ASI, en primer lugar, se analizó los antecedentes teóricos de cambio psicoterapéutico y psicoterapia con población adulta e infanto juvenil, a partir del cual, se establecieron unidades temáticas comprensivas del cambio psicoterapéutico para niños y adolescentes.

Finalmente, en base a la integración de los antecedentes teóricos recopilados en la primera etapa, se propuso un esquema del cambio psicoterapéutico en población infanto juvenil víctimas de ASI en concordancia con las unidades temáticas anteriormente construidas. En esta etapa también se analizaron convergencias y divergencias con el esquema del cambio psicoterapéutico para población clínica infanto juvenil general y, en menor medida, con población adulta (con o sin antecedentes de ASI).

4. Marco Teórico

A continuación, se presentaran brevemente los principales fundamentos teóricos propuestos por el Enfoque Constructivista Narrativo, puesto que este corresponde a la línea teórica que guía la presente tesis. A su vez, se revisarán aspectos generales del fenómeno de las agresiones sexuales infanto juveniles, en relación con una conceptualización de las ASI, así como sus principales características, para luego, abordar las consecuencias de éstas.

4.1. Declaración Principales Fundamentos Teóricos desde el Enfoque Constructivista Narrativo

En la epistemología constructivista, la premisa central es que la realidad es entendida como un proceso de construcción (Bruner, 2004), en donde los seres humanos ya no son entendidos como sujetos pasivos, más bien, como activos en su rol constructor, en un constante movimiento hacia construcciones de significados personales de las experiencias que organizan sus mundos (Capella 2011; Ronen 1996; Sepúlveda, 2013).

Para Bruner (1994), la construcción de significados es el modo en que el ser humano puede ir interpretando su realidad y conociendo el mundo, puesto que, la significación es inseparable del conocimiento: cuando algo se conoce, ineludiblemente se le otorga un significado (Gonçalves, 2002).

La construcción y organización de significados, desde un paradigma Constructivista Evolutivo, es entendida en un continuo equilibrio entre procesos de estabilidad y cambio, en donde el equilibrio, es visto como compensaciones a las perturbaciones externas (Piaget 1995; citado en Capella, 2011). Así, el equilibrio es un proceso que permitiría intercambios entre los sujetos y objetos, para construir y mantener un funcionamiento adaptativo (Sepúlveda, 2013).

En este proceso, la asimilación y acomodación, son elementos esenciales. La asimilación es entendida como la incorporación de estímulos externos a esquemas cognoscitivos previos del sujeto- los que requieren de un sujeto activo, pero no construyen novedad- mientras que la acomodación, implica la modificaciones de esquemas, a partir de las nuevas situaciones (Capella 2011; Piaget 2000, citado en Sepúlveda, 2013). Así, según Sepúlveda (2008), mientras que la asimilación confiere significado a lo percibido, la acomodación da cuenta de un cambio comportamental, a partir de la experiencia vivida.

En este proceso de construcción de realidad y significados, el lenguaje también se constituye como un proceso central; en consecuencia, la narrativa también resulta trascendental para la significación e interpretación (Bruner, 1994).

La narrativa es entendida como “*la matriz para la organización de los significados, para dar sentido a las experiencias, el mundo, los otros y nosotros mismos, para el conocimiento del mundo y la construcción de la subjetividad*” (Capella, 2011, p. 22) y en donde las personas son vistas como narradores de sus propias vidas, en una manera dinámica de representarse a sí mismos y las relaciones con otros (White y Epston, 1993).

La narrativa, al depender del lenguaje, es ineludiblemente entendida como un proceso intersubjetivo y contextual a la cultura (Gonçalves, 2002). Así, los significados atribuidos a ciertos acontecimientos, según Bateson (1972; citado en White y Epston, 1993), están determinados y restringidos por la red de supuestos y premisas que constituyen nuestros mapas del mundo.

Bajo el marco narrativo, las personas dan significado y sentido a sus vidas y relaciones, relatando sus experiencias. Mediante esta interacción- en la representación de sus relatos con otros- las personas van modelando su vida. La narrativa concebida como relato, conecta eventos en el tiempo y, a la vez que relata eventos, les da sentido (Capella 2013; White y Epston, 1993).

En razón de esto, es necesario entender que la estructuración de la narración es un proceso de selección: se escogen ciertos elementos que forman parte del relato oficial, dejando de lados otros que forman parte de lo “no contado” (White y Epston, 1993).

En relación a la matriz narrativa, según Gonçalves (2002), existen tres dimensiones centrales en ésta que permiten la existencia narrativa: la estructura narrativa, en donde diferentes aspectos de la narrativa se unen en un sentido coherente; el proceso narrativo, que incluye aspectos de riqueza y complejidad estilística de la narrativa; y contenido narrativo, referido a la diversidad y multiplicidad de la producción narrativa.

Así, vivir narrativamente, implica ser capaz de explorar múltiples narrativas del pasado, presente y futuro (multiplicidad), enriquecer las narrativas mediante la multipotencialidad de los episodios de la existencia (complejidad) y construir una conexión intra e internarrativa (coherencia). (Gonçalves, 2002); las que, según Sepúlveda (2013), evolucionan de acuerdo a las etapas del desarrollo.

Finalmente, en la construcción de esta realidad múltiple rica en experiencias sensoriales, emocionales, cognoscitivas y de significación, el cambio es entendido como un “*enriquecimiento*”

en la producción narrativa que permite al paciente la introducción creativa y pro-activa flexibilidad en su campo experimental” (Gonçalves, 2002, p. 34).

4.2. Consideraciones Generales del Fenómeno de Agresiones Sexuales Infanto Juveniles

Las agresiones sexuales infanto juveniles son consideradas una vulneración grave de los derechos, de acuerdo a la constitución política del país, a los Derechos Humanos y, por sobre todo, a la Convención de los Derechos del Niño. A su vez, este tipo de vulneración es considerado como delito bajo la jurisdicción del Código Penal Chileno, ya que se atenta contra la indemnidad sexual- en el caso de menores de 14 años- o la libertad sexual- en el caso de adolescente mayores de 14 años (MINSAL Y UNICEF, 2011).

Aunque en un marco psicosocial, es común que el fenómeno se conceptualice como abuso sexual, en el ámbito psicojurídico chileno, el abuso sexual es solo un tipo penal de delito sexual. Así, con el fin de minimizar las dificultades comprensivas del fenómeno, desde el ámbito psicojurídico, se propone la conceptualización de agresiones sexuales, ya que ésta alude a más de un delito sexual (violación, abuso sexual, estupro, entre otros), y comprende que, a pesar de que cada delito sexual implica conductas sexuales diferenciales, existen elementos en común a estos delitos, que lo caracterizan como un sólo fenómeno (Capella, 2011; Centro de Asistencia a Víctima de Atentados Sexuales [CAVAS], 2011).

4.2.1 Conceptualizaciones de Agresiones Sexuales Infanto Juveniles

Así, en el marco de la literatura especializada, se han propuestos diversas definiciones respecto del fenómeno de las agresiones sexuales, siendo posible distinguir ciertos elementos comunes (Álvarez, 2003):

- a. Las agresiones sexuales implican un actividad sexual transgresora impuesta por un otro “agresor” hacia una “víctima”, en un fenómeno de carácter relacional (Capella, 2011; CAVAS, 2011). Éstas pueden ocurrir sin la presencia de contacto físico (provocaciones, masturbación, exposición a material pornográfico) o contacto físico con o sin penetración (desde acariciamientos, hasta penetración oral, vaginal o anal) (Glaser, 2002; MINSAL Y UNICEF, 2011). Es decir, un elemento central en el fenómeno, es la intrusión del otro en la intimidad (Aliste, 2010; citado en Capella, 2011).
- b. Esta noción transgresora que implica las agresiones sexuales, comprende que la actividad sexual es deseada solo con fines de gratificación sexual del otro (generalmente adulto), no

considerando los deseos ni necesidades del niño o adolescente, siendo, más bien, cosificados u objetivados (Barudy, 1998).

c. Al tener un carácter relacional, el fenómeno de las agresiones sexuales se caracteriza por una dinámica relacional marcada por la asimetría, la que podría estar dada por la diferencia de edad y vulnerabilidad hacia el adulto, así como la diferencia de poder dada por el rol (profesor, entrenador, entre otros) (Álvarez, 2003; Barudy, 1998; Echeburúa y Corral, 2006).

d. La participación del niño o adolescente en estas actividades, se considera inadecuado para su edad y desarrollo psicosexual, puesto que son considerados sexualmente inmaduros o incapaces de comprender cabalmente las implicancias de dichas actividades, ya sea por una falta de conocimiento del significado social, como por los efectos psicológicos de los encuentros sexuales (Barudy, 1998; Cantón y Cortés, 2004; Capella y Miranda, 2003). En ese sentido, aunque en el acto abusivo exista consentimiento del niño o adolescente, este no puede ser considerado válido o informado (Capella y Miranda, 2003).

e. Para lograr la participación de la víctima, el agresor dispone de diversos métodos conocidos como estrategias de victimización, correspondiente a mecanismos explícitos- mediante la fuerza física o violencia- o mecanismos implícitos-(London, Bruck, Ceci y Shuman, 2005; citados en Rodríguez, 2014), como la coacción o asimetría de poder (Barudy, 1998; Cantón y Cortés, 2004)

En consecuencia, las agresiones sexuales infanto juveniles son consideradas una forma grave de maltrato, que puede interferir en un desarrollo apropiado de niños y adolescentes. A su vez, es un fenómeno complejo en el que se conjugan diversas variables y características, las que serán abordadas en el siguiente apartado.

4.2.2 Principales Características del Fenómeno

Las principales características que se abordarán en este apartado, se vinculan a la relación entre la víctima y agresor, la cronicidad de las agresiones sexuales y el proceso de develación.

4.2.2.1 Relación entre la víctima y el agresor

El tipo de agresión sexual se puede diferenciar de acuerdo a la existencia (o no) de un vínculo previo con el agresor (Barudy, 1998; Cantón y Cortés, 2004), lo que tiene efectos diferenciales tanto en la víctima, como en su entorno (CAVAS, 2011).

En base a esto, Barudy (1998) plantea que hay dos categorías: las agresiones intra y extrafamiliares, siendo esta última, por conocido o desconocido.

En cuanto a las agresiones sexuales intrafamiliares, la situación abusiva es cometida por un miembro de la familia (Barudy, 1998). Comúnmente, y a través de un proceso abusivo gradual, ocurre un traspaso sucesivo de los límites del niño o adolescente; reiterándose en el tiempo, con una frecuencia variable (CAVAS, 2011). En esta línea, algunos autores (Barudy, 1998; Perrone y Nannini, 1997), han descrito que las dinámicas relacionales en este tipo de familias están marcadas por una definición de roles poco claro o mal definidos, junto con dificultades en el bloqueo de mecanismos que regulan la sexualidad al interior de las familias.

Por otro lado, en las agresiones sexuales extrafamiliares, el agresor no pertenece al medio familiar del niño o adolescente (Capella y Miranda, 2003; CAVAS, 2011).

Así, en las agresiones sexuales extrafamiliares por desconocido, el agresor no tiene un vínculo previo con la víctima- ni de conocimiento o cercanía- por lo que es habitual que la situación abusiva transcurra a raíz del sometimiento por la fuerza o miedo. A su vez, es común que estas experiencias correspondan a eventos únicos, afectando, en mayor medida, a adolescentes y adultos (Barudy, 1998; CAVAS, 2011).

Por otra parte, en las agresiones sexuales extrafamiliares por conocido, el niño o adolescente es victimizado por un agresor que es un conocido tanto del niño/adolescente como de la familia. Así, a través de la cercanía física y/o el abuso de poder otorgado por su rol, el agresor manipula el vínculo de confianza establecido al punto de transgredirlo, en una relación que es presentada como afectuosa y de protección, pero entremezclada con las experiencias abusivas (Barudy 1998; CAVAS, 2011).

Diferentes estudios (CAVAS, 2003; Echeburúa y Corral, 2006; Glaser, 2002) evidencian que las agresiones sexuales infanto juveniles son cometidas, principalmente, por conocidos o familiares, constituyendo alrededor de un 90% de los casos.

En este sentido, Correa y Riffo (1995; citadas en CAVAS, 2011) plantean que a pesar de que las agresiones sexuales intrafamiliares o extrafamiliares por conocido tienen diferencias, existen ciertos aspectos comunes entre ellas. Así, ambos tipos de agresión se caracterizan por una figura de autoridad que manipula a las víctimas a través del vínculo. Es habitual que se produzcan de manera reiterada, durante periodos prolongados y de frecuencia variable. Por último, comúnmente ocurren en la casa del agresor y/o de la víctima.

4.2.2.2 Cronicidad

Otro criterio para clasificar las agresiones sexuales infanto juveniles, corresponde a su frecuencia y duración, lo que se denomina cronicidad.

En cuanto a ésta, es posible distinguir tres rangos: el episodio único, las experiencias reiteradas y las agresiones crónicas (Capella, 2011; CAVAS, 2011). Sin embargo, a pesar de que diferentes autores coinciden en la clasificación de las agresiones sexuales entre estas tres categorías, no existe tanto acuerdo respecto de las características diferenciales entre una experiencia reiterada y crónica (Gutiérrez y Steinberg, 2012).

Así, CAVAS (2011) define que mientras que las agresiones sexuales de episodio único corresponden a un evento que ocurre en una sola ocasión, las reiteradas implican diversos actos abusivos que se pueden dar en un periodo de semanas o meses y en el que un episodio transcurre de manera aislada o diferenciada respecto del otro (Capella, 2011). Por otro lado, las experiencias abusivas crónicas implicarían una dinámica abusiva instalada, en donde los actos abusivos forman parte constitutiva de la relación entre víctima y agresor, transcurriendo en un periodo de meses o años, provocando considerables consecuencias psicológicas y sociales (Capella, 2011; CAVAS, 2011).

4.2.2.3 Proceso de Develación

El proceso de develación constituye un elemento fundamental dentro del fenómeno de las agresiones sexuales, sobretudo, respecto del diagnóstico, identificación de factores protectores y lineamientos de intervención (Capella, 2010). Este proceso instituye el momento en el cual, la situación abusiva es conocida por otros, por lo cual, se inician las intervenciones jurídicas y psicosociales (Gutiérrez y Steinberg, 2012).

La develación correspondería “*al proceso por el cual el abuso sexual es conocido por personas ajenas a la situación abusiva (personas distintas del agresor y la víctima), siendo la primera instancia en que esta situación es descubierta o divulgada*” (Capella, 2010, p. 46), diferenciando distintos tipos en base a 3 criterios principales: la forma en que se inicia la develación (premeditada, elicitada por eventos precipitantes, provocada por preguntas del adulto, circunstancial, sospecha), a quien se dirige la develación (figura adulta familiar, figura adulta externa al medio familiar, pares) y la latencia entre el inicio de los hechos y la develación (inmediata o tardía) (Capella, 2010).

Algunos factores asociados a la develación en niños y adolescentes guardan relación con la edad y género de la víctima. Así, Kogan (2004) expresa que los niños en edad pre escolar tienden a develar de manera indirecta y accidental, mientras que los niños en edad escolar,

tienden a develar de manera premeditada y a figuras de cuidado adultas. Los adolescentes, en tanto, tienden a develar a sus pares, acorde con la importancia que éstos tienen en aquel periodo evolutivo.

En el contexto nacional, la investigación llevada a cabo por Gutiérrez y Steinberg (2012) acerca del proceso de develación en población infanto juvenil victimizada sexualmente señala que la develación no intencionada, representa la mayoría de los casos estudiados, lo que, según las autoras, podría relacionarse con el abordaje nacional respecto de la temática de la sexualidad.

En cuanto al género, las mismas autoras señalan que las mujeres tienden a develar en mayor frecuencia, y de manera premeditada y espontánea (Gutiérrez y Steinberg, 2012); correspondiéndose con estudios internacionales (Capella, 2010).

Otro importante factor que intermedia la develación es la reacción familiar y la credibilidad, ya que la no credibilidad por parte de familiares y/o vínculos cercanos, puede agravar las consecuencias de la experiencia abusiva y dificultar la recuperación (CAVAS, 2011). Respecto de esto, la reacción de la figura materna representa una de los factores de mayor preponderancia (Glaser, 1991; citada en CAVAS, 2011).

4.2.3 Consecuencias del Fenómeno de Agresiones Sexuales Infanto Juveniles

En relación a las múltiples consecuencias negativas en víctimas de ASI, algunos efectos iniciales observados en población infanto juvenil, según Pereda (2009), pueden ser clasificados en núcleos problemáticos. Así, existirían problemas en la esfera emocional, en lo que se destaca síntomas ansiosos, depresivos, baja autoestima, entre otras.

En estrecha vinculación, algunas consecuencias se ligan con dificultades en las relaciones sociales y asilamiento. A su vez, existen ciertos problemas cognitivos, en la esfera de la distractibilidad y la sintomatología hiperactiva. En cuanto a la conducta, se han descrito ciertos efectos negativos, relativos a conductas sexualizadas – o comportamiento erotizado, conductas disruptivas, entre otras (Cantón y Cortés, 2004; Echeburúa y Corral, 2006; Glaser, 2002; Pereda, 2009).

Autores como Cantón y Cortes (2004), hablan sobre la importancia del factor evolutivo en los efectos diferenciales de las agresiones sexuales en el desarrollo vital de niños y adolescentes.

En ese sentido, los niños en edad preescolar presentarían síntomas frecuentemente relacionados con ansiedad, pesadillas o quejas somáticas (Cantón y Cortés, 2004). A su vez, en los niños en edad escolar (6 a 12 años), se han identificado más frecuentemente los

sentimientos de culpa y vergüenza (Echeburúa y Corral, 2006), junto con la presencia de conductas externalizantes tales como desordenes del comportamiento (Pereda, 2009).

En cuanto a los adolescentes, se visualiza mayor presencia de sintomatología disociativa y depresiva, conductas autolesivas y antisociales, así como comportamiento sexual precoz (Cantón y Cortes, 2004; Pereda, 2009).

En relación a los efectos a largo plazo, que de acuerdo a Echeburúa y Corral (2006) corresponden a los efectos que se observan a partir de los dos años de la experiencia de abuso, estos parecen ser menos frecuentes y más difusos que las consecuencias iniciales, afectando, al menos, al 30% de las víctimas.

Así, algunos efectos a largo plazo de la experiencia abusiva guardan relación con el desarrollo de cuadros depresivos, trastornos de personalidad y conducta, ideación suicida, dificultades en las relaciones de pareja y en la satisfacción sexual, entre otras (Cantón y Cortés, 2004; CAVAS, 2011; Pereda, 2010).

A pesar de lo descrito, no existe una relación directa entre la experiencia abusiva y la emergencia de sintomatología característica, por lo que no es posible dar cuenta de un cuadro o síndrome que sea común en todas las víctimas (Cantón y Cortés, 2004; Echeburúa y Corral, 2006; Pereda, 2009; 2010). Es más, alrededor del 30% de la población victimizada, no presentaría sintomatología luego de la experiencia abusiva (Maffioletti y Huerta, 2011; Pereda, 2009).

Aun así, algunos autores relevan las conductas sexualizadas-masturbación compulsiva, conductas exhibicionistas, conocimiento sexual precoz, entre otras- junto con el desarrollo de un Trastorno de Estrés Post-Traumático, como sintomatología central en niños y adolescentes agredidos sexualmente puesto que corresponden a sintomatología frecuente en esta población (Cantón y Cortés, 2004; Glaser, 2002),.

Un importante marco de referencia en la línea del presente apartado, lo constituye el trabajo de Finkelhor y Browne (1985), en el que se pone énfasis en la relación entre la experiencia de agresión sexual, las dinámicas abusivas subyacentes y los efectos psicológicos descritos para este fenómeno (Capella y Miranda, 2003). El trabajo de estos autores propone cuatro dinámicas traumatogénicas, las que, en su conjunción, constituyen la experiencia de agresión sexual como un tipo único de trauma.

Así, la sexualización traumática refiere al proceso mediante el cual, la sexualidad del niño o adolescente es configurada de una forma evolutivamente inapropiada, como resultado del

involucramiento en actividades sexuales inesperadas para el periodo evolutivo. Esto se traduce en síntomas tales como conductas sexuales repetitivas, ideas erróneas acerca de la sexualidad, entre otros (Finkelhor y Browne, 1985).

La dinámica de la traición guarda relación con el descubrimiento de la víctima de que una persona en la cual confiaba, le ha hecho daño. Este proceso no alude en exclusividad a la figura del agresor; también refiere a aquellos vínculos protectores que fueron incapaces de protegerlo o creerle. Las manifestaciones de sintomatología en esta línea, se relación con la dependencia extrema o, por el contrario, con la desconfianza y hostilidad (Finkelhor y Browne, 1985).

La tercera dinámica traumatogénica, indefensión, refiere al proceso por el cual la voluntad y deseos del niño son contravenidos, lo cual se expresaría a través de sentimientos de ansiedad, miedo, impotencia y temor a una nueva victimización. A su vez, una merma en el sentido de autoeficacia y control (Finkelhor y Browne, 1985).

La última dinámica guarda relación con la estigmatización, es decir, el proceso mediante el cual las connotaciones negativas de la experiencia abusiva, tales como vergüenza y culpa, son incorporadas a la autoimagen del niño o adolescente. Cabe destacar que dichas connotaciones no solo provienen de la figura del agresor, sino que también de la actitud del entorno familiar y social como reacción a la experiencia vivida (Finkelhor y Browne, 1985).

Este modelo contribuye a la evaluación clínica de los efectos que la experiencia de agresión sexual infanto juvenil, así como a la formulación de estrategias de intervención que permitan superar estas dinámicas (Capella y Miranda, 2003), tomando en cuenta la singularidad del niño/adolescente, su familia, el proceso abusivo vivido y las consecuencias en cada caso.

5. Desarrollo

En el presente apartado, se presentaran los principales elementos teóricos relacionados con la psicoterapia y superación de la agresión sexual en niños y adolescentes, junto con el abordaje del cambio psicoterapéutico.

Para ello, en primer lugar se abordan elementos del tratamiento especializado en la temática y el proceso de superación, enfatizando este último elemento en un segundo punto, sobre investigaciones nacionales. Como tercer aspecto se presentarán referentes teóricos del cambio psicoterapéutico y la investigación en psicoterapia con adultos, adolescentes y niños, para, en un cuarto punto, proponer una conceptualización del cambio psicoterapéutico en población infanto juvenil clínica general.

Finalmente, se presentará la integración teórica realizada entre la literatura revisada, a modo de elaborar una propuesta comprensiva del cambio psicoterapéutico en población infanto juvenil que ha sido víctima de ASI.

5.1 Psicoterapia con Niños y Adolescentes Víctimas de Agresiones Sexuales

5.1.1 Consideraciones Generales del Proceso Psicoterapéutico

Si bien, los procesos psicoterapéuticos de niños y adolescentes víctimas de agresiones sexuales deben ajustarse a las experiencias particulares, diversos autores (tales como Álvarez, 2003; Cantón y Cortés, 2004; Capella y Miranda, 2003; Malacrea, 2000; Rojas Breedy, 2002) proponen algunos aspectos relevantes a considerar en la psicoterapia con víctimas de ASI.

En primer lugar, un aspecto relevante corresponde al trabajo a través de un modelo interdisciplinario, en donde diferentes profesionales – psicólogos, trabajadores sociales, abogados, entre otros- puedan incorporar los conocimientos de los distintos campos y otorgar un apoyo integral a las víctimas y sus familias (Álvarez, 2003; CAVAS, 2011; SENAME, 2012).

A su vez, también es necesario un enfoque integrativo en la capacidad de proporcionar un tratamiento “multimodal”, en el que confluyan diferentes escuelas teóricas y se involucren diferentes técnicas (Cantón y Cortes, 2004; Rojas Breedy, 2002). Un ejemplo de esto son los distintos formatos que puede tener la intervención (individual, familiar o grupal), que pueden transcurrir de manera simultánea, complementaria o consecutiva, acorde con los objetivos que se plantean para la psicoterapia (Capella y Miranda, 2003).

Un segundo aspecto, se relaciona con las etapas del tratamiento de víctimas de ASI. Así, es posible distinguir, principalmente, dos grandes fases: en primer lugar, una etapa de intervención

en crisis y protección de la víctima y su familia; y una segunda fase, consistente en el proceso psicoterapéutico propiamente tal (Álvarez, 2003; Malacrea, 2000; Rojas Breedy, 2002).

Respecto de la primera fase, se busca dar apoyo psicológico a la víctima y su familia, en un trabajo de contención emocional y en el que se tenga como prioridad la protección física y emocional de éstos, con el fin de interrumpir la situación abusiva y crear condiciones seguras para la víctima. A su vez, es necesario un trabajo de orientación a los adultos responsables (Capella y Miranda, 2003; Malacrea, 2000; SENAME, 2012).

En cuanto a la segunda fase, el proceso de psicoterapia propiamente tal, se propone que el tratamiento debe estar centrado en la expresión y superación de los efectos y conflictivos en torno a la experiencia abusiva, poniendo énfasis en la significación que la propia víctima da a esta situación (Capella y Miranda, 2003; Rodríguez, 2014; Rojas Breedy, 2002).

En cuanto a la efectividad de los procesos psicoterapéuticos en niños y adolescentes víctimas de ASI, diversos estudios de meta-análisis muestran que la psicoterapia es efectiva, ya que hay mejorías en el bienestar sintomatológico y psicológico de aquellos que participan de un tratamiento psicoterapéutico (Hetzl-Riggin et al., 2007; Sanchez-Meca et al., 2011).

En cuanto a la modalidad y enfoque en psicoterapia, los estudios cognitivo-conductuales focalizados en el trauma, son los que cuentan con mayor investigación y son considerados los más efectivos en la reducción de síntomas asociados a experiencias traumáticas (Harvey y Taylor, 2010; Sánchez- Meca et al., 2011).

Así, Sánchez-Meca et al (2011), propone que este enfoque de tratamiento- que involucra tratar las cuatro dinámicas traumatogénicas de Finkelhor y Browne (1985)- combinado con la terapia de apoyo y con aspectos psicodinámicos, como la terapia de juego, son los que presentan mejores resultados. Asimismo, aquellos tratamientos que involucran tanto a las víctimas como sus padres/cuidadores no agresores, muestran mayores ventajas que aquellos que no contemplan la inclusión de dichas figuras (Harvey y Taylor, 2010; Hetzel-Riggin et al., 2007).

En cuanto a la duración del tratamiento, las investigaciones proponen que aquellos procesos que incluyen más sesiones y transcurren más a largo plazo, implicarían mayores cambios positivos (Hetzl-Riggin et al. 2007; Sanchez-Meca et al, 2011).

Bajo esta idea del tratamiento de víctimas de ASI, se revisarán los postulados teóricos que el enfoque constructivista narrativo tiene al respecto- ya que ese es el enfoque de esta memoria-

en conjunto con algunos postulados sistémicos de la psicoterapia especializada, acorde con la importancia que cobra la intervención familiar en estos casos.

5.1.2 Fundamentos Teóricos de la Psicoterapia en Niños y Adolescentes Víctimas de Agresiones Sexuales

5.1.2.1 Psicoterapia con niños y adolescentes que han vivido experiencias traumáticas, desde el enfoque Constructivista Narrativo

En primer lugar, tal como expresa Mahoney (1991; citado en Ronen, 1996), es más importante prestar atención a la manera en que las personas atribuyen significado a las experiencias vividas, más que a los eventos “objetivos”.

En este sentido, si la experiencia de agresión sexual se constituye como traumática, se entiende que ésta genera desequilibrios permanentes en la estructura del sujeto, en la medida en que esta experiencia no puede ser asimilada, ni incorporada en el continuo vital (Capella, 2011; Sepúlveda 2008). Así, la experiencia se configura como traumática en tanto las estructuras requerirían de un cambio muy importante, a nivel de asimilación y de acomodación (Capella, 2011).

Estos desequilibrios permanentes se pueden visualizar en la manera en que un evento traumatizante obtura el desarrollo de una narrativa diversificada, compleja y coherente del sí mismo (Goncalvez, 2002); es más, puede llegar a constituir una autonarrativa dominante, en cuyo núcleo se aloje la experiencia disruptiva, en una idea del sí mismo traumatizado, dificultando el desarrollo de narrativas personales de mayor integración y coherencia entre el pasado, presente y futuro (Capella, 2011; Neimeyer, Herrera y Botella, 2006).

Desde un marco constructivista, Ronen (1996), propone que el trabajo psicoterapéutico en estas temáticas debe permitir, a niños y adolescentes, entender el sistema de significación relativo al evento traumático; contribuir al cambio en los significados relativos a este evento; y ayudar al niño a crecer de la experiencia vivida, empoderándolos para nuevas experiencias.

Para esto, Ronen (1996) propone cinco fases, las que transitan desde una profundización de las explicaciones que el niño da a la experiencia traumática- ligado a los comportamientos en torno a éste y su correlato emocional-, pasando por un mayor conocimiento de las emociones que este evento genera, hasta un proceso de re-construcción y empoderamiento del niño en el que se descubre nuevas formas de enfrentar la vida.

En ese sentido, la psicoterapia fomenta la construcción de nuevos significados respecto de la experiencia traumática, que resulten más adaptativos, junto con una mayor flexibilidad para poder asimilar la experiencia sin desequilibrio (Sepúlveda, 2008).

Para esto, la emergencia de relatos alternativos resulta fundamental, puesto que permiten ampliar la trama y representación de significados- ya no solo condensados a la experiencia abusiva- junto con flexibilizar la narrativa personal, incluyendo la experiencia, pero integrando también otras (Capella, 2011; White y Epston, 1993).

La relación psicoterapéutica, en ese sentido, provee un espacio para experiencias alternativas a la dinámica vivida en la relación abusiva. El terapeuta, según este enfoque, se performa como un adulto estable, que permite al niño la expresión de emociones dolorosas. Así, esta relación se propone como una experiencia correctiva, que ayuda a la reducción de culpa y ansiedad (Ronen, 1996).

Muchas veces, lo sufriente o traumático en una experiencia abusiva, no solo corresponde a la situación abusiva “en sí”, sino a aspectos relacionados con ésta, tales como la manera en que otros reaccionan frente a la develación de la situación, en especial, el entorno familiar (Barudy, 1998; Gil, 1997; Ronen, 1996). Así, se hace igualmente necesario ahondar en tratamientos con un enfoque ecosistémicos, tales como los propuestos por Barudy (1998) y Gil (1997).

5.1.2.2. Enfoque Sistémico en la psicoterapia con niños y adolescentes víctimas de agresiones sexuales.

Autores como Barudy (1998) y Gil (1997), han desarrollado un mirada sistémica familiar en el tratamiento con niños y adolescentes víctimas de ASI, poniendo un énfasis en una visión ecológica del fenómeno, en donde, si bien se consideran que las características individuales son importantes, hay factores más amplios, tales como las influencias en el plano familiar, comunitario y cultural (Gil, 1997). Estos modelos, entonces, proponen causalidades múltiples a los fenómenos, y un efecto interactivo entre los distintos niveles comprometidos.

Así, antes de realizar el trabajo psicoterapéutico propiamente tal, Barudy (1998) propone que es necesario un proceso anamnesis familiar, en el que se ahonda con cada individuo del sistema su visión del problema, el lugar que ocupa la experiencia abusiva y sus consecuencias. Junto con esto, velar por medidas proteccionales para asegurar el proceso (Gil, 1997; Perrone y Nannini, 1997)

Luego del proceso individual, Gil (1997) propone que sería apropiado evaluar y tratar los subsistemas de la familia, con el fin de visibilizar ciertos patrones relacionales que puedan estar influyendo en las experiencias abusivas, tales como relaciones de dominación.

Posterior a esta etapa de tratamiento individual o diádico, se daría el trabajo con la familia, abocados, en un principio, a ahondar sobre las premisas que guían los comportamientos abusivos, para luego, dar paso a una fase de trabajo simbólico sobre la reparación de la víctima y exoneración de los adultos. En último lugar, y si es posible, trabajar sobre la renegociación de la relación conyugal o interacciones parentales (Barudy, 1998; Perrone y Nannini, 1997).

En ese sentido, *“el rol terapéutico es contribuir a crear las condiciones para que exista un verdadero diálogo interpersonal”* (Barudy, 1998, p. 297).

Cabe destacar que estas intervenciones especializadas, se realizan en marcos interventivos de un trabajo de redes a distintos niveles (atenciones primarias o secundarias, organizaciones comunitarias y recursos de la comunidad) y con un enfoque multidisciplinario (Barudy, 1998; Gil, 1997).

En el marco nacional, las bases técnicas propuestas por SENAME (2012) confieren el trabajo a nivel familiar, en la figura de los padres no ofensores o adultos responsables, donde el objetivo fundamental radica en el fortalecimiento de recursos en pos del bienestar psicosocial de la víctima directa (Dussert, 2014).

Para ello, SENAME (2012) propone, por un lado, incorporar estrategias que brinden apoyo a familias/adultos protectores a modo de que éstos vuelvan a asumir sus funciones de cuidado y protección; por otro, proponer intervenciones que valoren los recursos del grupo familiar; finalmente, entregar información a la víctima directa e indirecta, respecto de la intervención y del proceso judicial. Sin embargo, según Dussert (2014), estos objetivos parecen estar sujetos a los trazados en las terapias individuales con las víctimas directas, más que un proceso psicoterapéutico que atienda a las necesidades de los padres o cuidadores (Dussert, 2014).

En ese sentido, la investigación realizada por Lizana (2011) sobre las intervenciones familiares llevadas a cabo en abuso sexual incestuoso en programas de una región del país, señala que, en general, la atención psicológica es primordialmente otorgada a víctimas directas de la situación abusiva y que la inclusión de figuras del entorno familiar- la madre, en especial- se hace en la medida en que éstas sean consideradas como protectoras, existiendo pocas intervenciones en la línea psicológica; más bien, como apoyo y orientación psicosocial, efectuadas, en su mayoría, por trabajadores/as sociales.

Así, aunque los profesionales que trabajan en esta temática dan cuenta de la enorme importancia de intervenir en la recuperación del daño familiar asociado a la experiencia abusiva, la escasas de recursos— cantidad de pacientes atendidos, número de terapeutas, infraestructura—dificultan la implementación de un tratamiento esta modalidad (Dussert, 2014; Lizana, 2011).

Ya que el trabajo familiar/parental, parece estar sujeto a los objetivos trazados en el tratamiento con víctimas directas, resulta primordial ahondar en dichos objetivos.

5.1.3 Objetivos psicoterapéuticos

La psicoterapia con niños/as y adolescentes víctimas de agresiones sexuales tiene como objetivo central contribuir al proceso reparatorio de la experiencia abusiva vivida, en donde la víctima pueda integrar la experiencia de agresión sexual a la historia vital, re-significándola de manera adaptativa. (Capella y Miranda, 2003; Rojas Breedy, 2002; SENAME, 2012).

En ese sentido, diversos autores (tales como Llanos y Sinclair, 2001; Malacrea, 2000; Rojas Breedy, 2002) plantean la necesidad de establecer objetivos específicos a abordar en la psicoterapia, con el fin de proporcionar un tratamiento más completo y abarcativo.

Como un objetivo inicial en el proceso psicoterapéutico, se plantea la creación de un vínculo terapéutico. Dado que las experiencias de agresiones sexuales tienen un fuerte componente relacional, la creación de un vínculo que provea seguridad y confort a las víctimas, resulta fundamental (Llanos y Sinclair, 2001; Rojas Breedy 2002).

A su vez, es necesario para la integración y superación de la experiencia abusiva, que las personas puedan, en primer lugar, aceptar y reconocer la situación vívida y, en segundo lugar, que las víctimas puedan reconocerse como tal, facilitando la identificación y expresión de emociones en torno a la experiencia abusiva y contribuir a la visualización de las estrategias de victimización ocupadas por el agresor (Cantón y Cortés, 2004; Capella 2011; Malacrea, 2000).

Algunos objetivos que se plantean, se vinculan con los efectos psicológicos relacionados a las dinámicas traumatogénicas propuestas por Finkelhor y Browne (1985)³.

Así, en cuanto a la dinámica de estigmatización, se propone la elaboración de los sentimientos de culpa asociados a la experiencia de vulneración, mediante la identificación y redefinición de las creencias erróneas asociadas a la experiencia de ASI. A su vez, romper con sentimientos de aislamiento y vergüenza (Capella, 2011; Llanos y Sinclair, 2001; Rojas Breedy, 2000).

³ Éstas se profundizarán en el acápite 5.5.

En relación a la dinámica de sexualización traumática, se plantean objetivos de información y psicoeducación sexual y contribuir a una imagen corporal y de la sexualidad positiva (Cantón y Cortés, 2004, Capella, 2011).

En cuanto a la dinámica de la indefensión, los objetivos se asocian a disminuir la percepción amenazante del mundo, buscando un empoderamiento personal. A su vez, trabajar en torno al autocuidado, proveyendo herramientas para la identificación y evitación de situaciones de riesgo (Álvarez 2003; Capella, 2011; Rojas Breedy, 2002).

Respecto de la dinámica de traición, los objetivos buscan el reconocimiento, expresión e integración de emociones ambivalentes respecto del agresor, como de aquellas figuras que no dieron protección y/o credibilidad (Barudy, 1998; Capella, 2011; Malacrea, 2000; Rojas Breedy, 2002).

Es importante destacar que, si bien un proceso psicoterapéutico permite superar los efectos de la situación abusiva, no logra inmunizar respecto de consecuencias en etapas posteriores, ya que, la integración de la experiencia abusiva al continuo vital es un proceso que se desarrolla durante toda la vida (Cantón y Cortés, 2004; Malacrea, 2000).

Tal como se ha mencionado, la psicoterapia con niños y adolescentes víctimas de agresiones sexuales tiene como premisa fundamental poder conocer al niño de manera integral, por lo que se pone en cuestión la comprensión del tratamiento como una simple reparación del daño; más bien, se hace necesario discutir sobre este término y dialogar sobre conceptos emergentes más apropiados, tales como el concepto de superación.

5.1.4 Superación de las Experiencias de Agresiones Sexuales en Niños y Adolescentes

5.1.4.1 Sobre la Reparación y Resignificación

En base a lo anteriormente expuesto, sobre el objetivo central de la intervención especializada, SENAME (2012) propone tres fases que contribuyen al proceso: la protección, mediante la interrupción de la situación abusiva; la resignificación; y el fortalecimiento de recursos en el plano individual y familiar.

Si bien el proceso de resignificación propuesto por SENAME (2012), identifica diferentes etapas, un fuerte ámbito guarda relación con la superación de los efectos negativos acarreados por la situación abusiva. Así, “*el concepto de reparación-aunque sin delimitarse a ello-alude a resolver daños*” (p.17).

Es precisamente respecto de este concepto de reparación, que se han suscitado discusiones y críticas. Así, en el marco nacional, Martínez (2014) plantea que el concepto de terapia reparatoria alude a un estado en que el niño es entendido como un “objeto al que hay que arreglar” o una perspectiva que comprende al niño como “estropeado y, por ende, objeto de reajuste”, dificultando, de esta manera, apreciar sus recursos (Capella y Gutiérrez, 2014).

Esta visión cosificante y patologizadora de los niños y adolescentes- y del proceso psicoterapéutico- los entrapa en una revictimización y en una relación terapéutica que imposibilita validar al sujeto, reconocérselo como un legítimo otro y comprenderlo más allá de la experiencia abusiva (Martínez, 2012).

Así, el concepto de reparación pone énfasis en la situación abusiva e implica un retorno al funcionamiento previo al trauma. Esto presupone visualizar la psicoterapia como una superación de las consecuencias negativas y como la remisión de la sintomatología, lo que, si bien es un elemento relevante, no debería ser el único objetivo (Capella y Gutiérrez, 2014).

Por ende, en el marco psicoterapéutico, parece ser que el concepto de reparación no es el más adecuado o suficiente; más bien, parece importante relevar el concepto de resignificación, ya que este guarda relación con la manera en que los niños y adolescentes víctimas de ASI, otorgan significado a la experiencia abusiva, posicionándolos en un rol activo respecto de este proceso (Capella, 2011).

La resignificación, entonces, implica un cambio en torno al significado que el sujeto da a la experiencia abusiva, incorporando nuevos contenidos que contribuyan a una comprensión más adaptativa de la situación vivida y en donde la experiencia no se constituya como núcleo central del sí mismo (Capella 2011; Capella y Miranda, 2003). Esta resignificación será acorde a los recursos evolutivos del sujeto, por lo que el mismo evento, puede ser significado de forma diferente en distintos tiempos (Vergara, 2011; citado en Capella y Gutiérrez, 2014).

En ese sentido, la idea de la psicoterapia es que la persona que ha sido víctima pueda expresar, explorar y elaborar la situación abusiva, integrándola como una experiencia negativa de su vida, pero que no determina su futuro ni la visión del sí mismo (Capella, 2011; Capella y Miranda 2003).

Así, al poner la experiencia de agresión sexual en perspectiva-reconociéndola como un hecho en la vida, pero no como la vida entera- la situación abusiva es posible de ser narrada como una más de tantas experiencias difíciles (Capella y Gutiérrez, 2014; Martínez, 2012). Al ser narrada, entonces, susceptible de ser re-escrita.

En estrecha relación con el concepto de resignificación, se hace necesario profundizar sobre la perspectiva de superación, desarrollada en investigaciones internacionales que tienen una visión más integradora respecto del proceso de recuperación en víctimas de agresiones sexuales.

5.1.4.2. *Proceso de Superación*

Tal como se mencionó en la introducción, investigaciones internacionales, tales como Draucker et al. (2009) y Draucker et al. (2011), han trabajado sobre el proceso de superación en adultos victimizados en la niñez. Estos estudios se irán relacionando con una investigación realizada por Fundación para la confianza y OPCION (2012), efectuada a través de sesiones grupales, con adultos que habían sido victimizados sexualmente en la infancia⁴ y que habían realizado un proceso psicoterapéutico en la Fundación.

Mientras el concepto de reparación o de afrontamiento (denominado *coping* en inglés) (Phanichrat y Townshend, 2010) ponen énfasis en la experiencia abusiva y los efectos de ésta (Capella y Gutiérrez, 2014), el concepto de superación implica comprender que quienes han vivido una situación de agresión sexual, no solo afrontan las consecuencias negativas de esta experiencia, sino que éstos se ven envueltos en un proceso dinámico que involucra tanto la recuperación como el crecimiento (Capella, 2011; Draucker et al., 2011).

La superación entonces, es entendida como un proceso que se desarrolla a través de las distintas etapas de la vida- en un proceso en curso- y que conlleva momentos de avances y retroceso, por lo que no es un proceso lineal (Capella y Gutiérrez, 2014). Asimismo, aunque la experiencia de agresión sexual siempre va a ser parte de la historia vital, la superación implica un proceso en el que se integra la experiencia abusiva a la trama vital, se le otorga un sentido y se re-escibe la historia personal (Banyard y Williams, 2007; Phanichrat y Townshend, 2010; Draucker et al., 2011).

Así, un estudio llevado a cabo por Draucker et al (2009), tiene como objetivo dar cuenta de elementos de la esencia del proceso de superación. Mediante un análisis de 51 estudios, los autores describen cuatro grandes dominios en relación al proceso de superación (manejo de memorias, relación con los otros significativos, búsqueda de seguridad y reevaluación del sentido de sí mismo), junto con aspectos dicotómicos dentro de cada uno de éstos.

Así, respecto al primer dominio, superar la experiencia abusiva no implica olvidarla, sino que recordarla con menos dolor, sentirse más fortalecidos respecto de ésta y poder enfrentarla

⁴ El estudio no especifica la cantidad de adultos correspondientes a la muestra.

(Capella, 2011). Así, las personas que atraviesan por un proceso de recuperación, incorporan elementos del escape/atracción hacia recuerdos de la situación abusiva, pero pueden trascender a la dicotomía cuando son capaces de evocar o rechazar los recuerdos a voluntad (Draucker et al., 2009).

En cuanto a las relaciones con otros significativos, aunque un aspecto importante es la pérdida de confianza en los otros, las víctimas también buscan interacciones que puedan ayudarlos a lidiar con el dolor de la experiencia abusiva. Así, este proceso es visto dialécticamente ya que, a la vez que permiten creación de vínculos con otros, también son capaces de establecer límites en sus relaciones (Draucker et al., 2009).

Este sentido de pérdida de confianza, también se traduce en un aprendizaje de que el mundo es inherentemente peligroso y, por ende, hay que tomar medidas sobre esto. Sin embargo, las víctimas también se preocupan en reformular su mundo, haciéndolo seguro para ellos y otros, pero aprendiendo a tener precauciones razonables (Draucker et al., 2009; Phillips y Daniluk, 2004).

Finalmente, respecto de la restauración del sí mismo, las personas que han pasado por un proceso de recuperación incorporan elementos reparados del sí mismo dañado, sin embargo, también deciden que pueden trabajar respecto del daño, sin perder quienes son. La tarea de recuperación, no implica un robo respecto de su identidad, sino que un fortalecimiento de ésta (Draucker et al., 2009; Saha, Cheung y Thorne, 2011).

En ese sentido, Phillips y Daniluk (2004), en su estudio con 7 mujeres victimizadas en la infancia, hablan sobre el tránsito identitario que éstas experimentan en el proceso psicoterapéutico de la experiencia abusiva. Así, aunque en un inicio su identidad parecía estar constreñida al abuso sexual, ellas transitan a un rol de sobrevivientes, en el que pueden reconocer que no fueron culpables de lo sucedido e identificar sus propios recursos. Esto también es relevado en el estudio nacional (Fundación para la Confianza y OPCION, 2012).

Sin embargo, la identidad de sobreviviente aún parece estar muy circunscrita a la experiencia abusiva; más bien, las mujeres entrevistadas relatan que a medida que transcurría el proceso psicoterapéutico, ellas eran capaces de conectarse con otras áreas de su identidad que no estaban relacionadas con el abuso (Phillips y Daniluk, 2004).

Si bien estos cuatro dominios transcurren en un proceso que no es lineal, es posible distinguir algunas etapas, las que se viven de manera singular (Draucker et al., 2011).

Así, la autora y sus colaboradores (2011) proponen cuatro grandes etapas (lidiar con el significado de la agresión sexual, averiguar el significado, enfrentar los efectos de la agresión sexual y reclamar la propia vida), cada una con cinco dominios de funcionamiento y seis factores asociados, que facilitarían el paso de una etapa a otra. El modelo propuesto se realiza a través de entrevistas semiestructuradas a 95 adultos.

En cuanto a la primera etapa, las víctimas luchan con interrogantes que permitan comprender la experiencia vivida, aunque en esta batalla, proliferan una serie de síntomas negativos (físicos, psicológicos o sexuales) y una inestabilidad de la vida en general. A su vez, se mantiene el secreto de la situación abusiva, enfatizando una visión del sí mismo desde la culpa y aislamiento social, en el que tampoco se puede dar apoyo a otras víctimas (Draucker et al., 2011).

Respecto a la segunda etapa, las víctimas van alcanzando nuevas comprensiones acerca de la naturaleza de la situación abusiva que, matizadamente, permiten ganar cierto entendimiento de las condiciones que posibilitaron la experiencia abusiva y los efectos en la actualidad, junto con una mayor comprensión de que no son culpables. Esto también se traduce en el deseo de proteger a sus hijos u otras víctimas, aunque dicha preocupación aún no se convierta en una ayuda concreta (Draucker et al., 2011).

Según las autoras (Draucker et al., 2011), en cuanto a la etapa de enfrentar los efectos de la agresión sexual, las personas se involucran en una serie de procesos orientados a mitigar los efectos de la experiencia abusiva (tratamientos, oportunidades laborales, entre otras), por lo que esta ardua etapa muchas veces es descrita como la fase en que se realiza “el trabajo” de recuperación, en el apoyo con otros (pares, religión, familiares) y en la determinación personal.

En esta etapa prima un sentimiento de ir estableciéndose, junto con un compartir la experiencia abusiva, ya no para entenderla, sino para reafirmar que no fueron culpables (Draucker et al., 2011).

En la última etapa, reclamando la propia vida, las personas reafirman su derecho a conducir sus propias vidas y, en algunas instancias, a buscar justicia. Así, tienen la convicción de que son capaces de determinar el curso de sus vidas y marcar una diferencia. (Draucker et al., 2011).

Así, en esta etapa las personas van estableciendo relaciones de igualdad e involucrándose en actividades para ayudar a otros, entre ellas, conversar acerca de la experiencia abusiva para ayudar a otros a liberarse de la culpa (Draucker et al., 2011; Fundación para la Confianza y OPCION, 2012).

El proceso de superación, entonces, parece ser un trabajo arduo y en el que, según las autoras, no todos alcanzan las etapas finales, puesto que, requiere un entendimiento de la naturaleza del abuso, por qué les paso esta situación y los efectos que tiene en sus vidas (Draucker et al., 2011).

Para ello, entonces, desde la esfera personal, como elementos que favorecen el proceso de superación está la actitud y disposición de la víctima, destacando la importancia de la determinación personal (Draucker et al., 2011; Phanichrat y Townshend, 2010; Saha et al., 2011).

Esta determinación personal no implica un mero asunto de fuerza de voluntad, sino, más bien, un trabajo arduo, sostenido en experiencias positivas y, por sobre todo, en relaciones nutritivas, de apoyo y contención (Banyard y Williams, 2007; Phanichart y Townshend, 2010). Por ende, este proceso no ocurre en el solipsismo, sino que es crucial el rol de las relaciones con otros (familiares, amigos, profesionales, entre otros) (Draucker et al., 2011; Fundación para la Confianza y OPCION, 2012; Phillips y Daniluk, 2004).

Finalmente, respecto de esta esfera relacional, parece ser también importante no solo la ayuda recibida, sino el apoyo y sabiduría que las víctimas pueden entregar a otros. Las causas altruistas- ya sea a través de voluntariados o de manera profesional- junto con la disposición de poner la experiencia al servicio de otras víctimas, otorgan un sentido de propósito a la propia vida (Draucker et al, 2011; Fundación para la Confianza y OPCION, 2012; Sumari y Ping, 2010; citado en Martínez, 2014).

Hasta ahora los principales estudios se han enfocado en adultos victimizados en la infancia, pero, tal como expresa Foster y Hagedorn (2014), las experiencias relatadas por adultos, están influenciadas por los años que han pasado, por su madurez emocional y la habilidad del pensamiento abstracto, por lo que pensar en intervenciones para niños y adolescentes, solo desde ese marco, puede ser un tanto problemático.

Por ende, se hace necesario ahondar sobre los relatos que los propios niños y adolescentes víctimas de ASI otorgan a la experiencia abusiva y al proceso psicoterapéutico.

5.1.5 Visión de Niños y Adolescentes sobre sus Experiencias de Agresiones Sexuales y Proceso Psicoterapéutico

Foster y Hagedorn (2014), comentan que probablemente la escasa investigación desde las propia significaciones de niños y adolescentes, tendría que ver con los riesgos de victimización

que podría implicar para los niños la participación en una investigación; el desafío de obtener los consentimientos y asentimientos; y, en último lugar, la supuesta renuencia de los niños/adolescentes de discutir su experiencia de abuso en las investigaciones.

Aun así, Foster y Hagedorn (2014) y Nelson-Gardell (2001) elaboran investigación acerca de la visión que niños y adolescentes tienen, respecto de la experiencia abusiva, la experiencia de psicoterapia y el proceso de superación.

Por un lado, el primer estudio tiene como objetivo explorar la experiencia de agresión sexual en 21 niños y adolescentes (entre 6-17 años) que han vivido procesos psicoterapéuticos. Para ello, realiza un análisis narrativo de las narraciones escritas que éstos realizaron durante la psicoterapia acerca de esta experiencia.

Por otro lado, la investigación de Nelson-Gardell (2001), tiene, principalmente, dos objetivos: preguntar a los niños y adolescentes víctimas de ASI, que creen que debe contener la terapia especializada y, en segundo lugar, aprender como los otros (padres, figuras significativas, etc.) pueden ayudar a enfrentar el impacto negativo de la experiencia abusiva. Para esto, la autora realiza la investigación con niños y adolescentes de 10 a 18 años, en base a 5 grupos focales.

En base a estas investigaciones, es importante destacar algunos elementos de sus resultados.

Es necesario entender que, previo a la llegada al proceso psicoterapéutico, existen considerables emociones y sentimientos en los niños y adolescentes víctimas de ASI, los que responden a la situación abusiva vivida, al proceso de develación, entre otras.

Así, Foster y Hagedorn (2014) mencionan que los niños y adolescentes tienen recuerdos respecto de la situación vivida, siendo bajo el porcentaje de aquellos que tienen dificultad para recordar dicha experiencia. Respecto de esta situación es que los niños y adolescentes expresan diversos sentimientos, tales como miedo, tristeza, rabia y culpa, existiendo casos donde confluyen varios sentimientos a la vez. Asimismo, respecto de la figura del agresor (de acuerdo a las características del vínculo previo).

A su vez, el proceso de develación luego de la situación abusiva, suele ser vivido como una experiencia difícil. A diferencia de la connotación positiva que pueden dar los adultos, los niños y adolescentes comentan que este es dificultoso y avergonzante (Foster y Hagedorn, 2014).

En este sentido, la investigación penal y el sistema de justicia también parecen ser procesos complejos e incómodos, así también el hecho de asistir a la corte o testificar frente al agresor (Foster y Hagedorn, 2014).

Frente a esto, es que el apoyo, contención y credibilidad que la familia y figuras significativas puedan dar al niño y adolescente, es relevado como un factor que contribuye al proceso de recuperación (Foster y Hagedorn, 2014; Nelson-Gardell, 2001).

Bajo este marco, y ya sea un proceso individual o una terapia de grupo, los niños y adolescentes expresan sus resistencias iniciales a un proceso psicoterapéutico, ya que la psicoterapia no era una idea de ellos. Muchos expresan temor, rabia y preocupación respecto de ser juzgados o sentir que están en problemas (Foster y Hagedorn, 2014; Nelson-Gardell, 2001).

A su vez, la figura del psicoterapeuta también es visualizada desde el marco de la desconfianza, con temores de ser traicionados por éste (Foster y Hagedorn, 2014; Nelson-Gardell, 2001). Sin embargo, los autores relevan la relación y vínculo terapéutico como un componente sanador, destacando terapeutas que puedan ser cálidos y empáticos, y que permitan una activa comprensión acerca de los miedos y preocupaciones (Foster y Hagedorn, 2014).

Aunque en ambos estudios no se detallan etapas del proceso o técnicas, en la investigación de Nelson-Gardell (2001), las niñas y adolescentes comentan sobre lo útil que resultó para ellas hablar sobre la experiencia abusiva vivida y sobre los sentimientos que esta experiencia les acarrió- construyendo diversos significados-a pesar de lo dificultoso y doloroso que pudo ser (Mossige, Jensen, Gulbrandsen, Reichelt y Tjersland, 2005).

En consecuencia, a pesar de las resistencias iniciales que niños y adolescentes tienen respecto de un proceso psicoterapéutico, éstos son capaces de tener una visión de cambio luego de la psicoterapia (Foster y Hagedorn, 2014). Así, muchas de las narrativas revelan un sentido de agencia personal y seguir adelante, junto con la idea de ayudar a otros niños que han pasado por situaciones similares, por ejemplo, a través de profesiones como la psicología (Foster y Hagedorn, 2014).

En último lugar, Foster y Hagedorn (2014) destacan la importancia de informar a los padres y cuidadores sobre el proceso de psicoterapia- tales como las resistencias iniciales, el empeoramiento de los síntomas- que permitan proveer conocimiento a estas figuras significativas, en pos de proporcionar un apoyo, tanto a ellos, como a las víctimas directas.

Lo descrito en este apartado corresponde a la literatura internacional encontrada respecto de la experiencia de agresión sexual y proceso de superación en niños y adolescentes víctimas de ASI. Sin embargo, cabe destacar que durante el pasado y presente año, se han publicado estudios realizados en el contexto nacional, correspondientes al equipo de investigación liderado por Claudia Capella.

En base a su enorme relevancia y contribución al marco comprensivo nacional y en concordancia con la presente tesis, se abordarán los principales resultados de dicha investigación, y las memorias y tesis realizadas en el marco de dicho estudio.

5.2. Proceso de superación y psicoterapia de las ASI desde la visión de niños y adolescentes: Contexto Nacional

Si bien en el contexto internacional, las investigaciones desde las propias narrativas de víctimas de agresiones sexuales son escasas, en el contexto nacional, los estudios específicos en el tema, han sido casi nulos (Rodríguez, 2014), connotándose en este aspecto, la publicación de la tesis doctoral de Capella (2011), sobre los procesos de construcción identitaria en adolescentes víctimas de agresiones sexuales, que asisten a procesos psicoterapéuticos asociados a dicha vivencia.

Varios antecedentes han sido mencionados en anteriores apartados, aunque un aspecto relevante de la tesis realizada, se vincula con la manera en que los adolescentes integran (o no) la experiencia abusiva a la identidad. Así, en aquellos adolescentes que comienzan un proceso de psicoterapia, la integración de la experiencia ASI en la construcción identitaria, es un elemento en el que presentan dificultades - por ejemplo, la ASI no aparece en sus narrativas o lo hace de manera preponderante-, mientras que en los adolescentes que finalizan un proceso de psicoterapia, la experiencia abusiva es integrada de manera positiva al continuo vital y es un elemento a considerar en la construcción identitaria, así como otros eventos de la historia vital (Capella, 2011).

En base a esto, es que el proceso de superación de las experiencias ASI surge como una temática a profundizar, incorporando las narrativas de las víctimas directas (niños y adolescentes), así como otros actores (psicoterapeutas y padres).

Bajo ese marco, desde el año 2012, en el contexto nacional se desarrolla un proyecto de investigación cualitativa encabezado por Claudia Capella- en conjunto con un equipo colaborador- denominado "*Proceso de superación de las agresiones sexuales: Narrativas de los niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas, sus padres y sus terapeutas*", en el que se caracteriza el proceso de superación desde las narrativas de estos actores (Capella et al., in press).

Para ello, el proyecto investiga tres muestras relacionadas entre sí.

De un total de 27 casos, se entrevistan a 24 niños y adolescentes entre 8 a 18 años- 12 corresponden a niños y 12 a adolescentes- quienes habían sido víctimas de agresiones

sexuales y se encontraban en proceso de finalizar o habían finalizado una psicoterapia relacionada a esta experiencia de manera exitosa. Dicho tratamiento fue realizado en Programas de Reparación de Maltrato (PRMs), teniendo una duración de entre 10 a 48 meses, con un promedio 24 meses (Dussert et al., enviada a publicación). En este proceso, se incluyeron la perspectiva de los psicoterapeutas de 24 niños y adolescentes, entrevistándose a un total de 13 psicólogos/as (Águila et al., enviada a publicación).

A su vez, se incorporan las narrativas de los padres o adultos responsables que cumplían con los criterios de inclusión- ser la principal figura de cuidado del niño o adolescente y haberlos acompañado durante todo el proceso- constituyéndose un total de 18 participantes (Dussert et al., enviada a publicación).

Así, solo 18 de los 24 casos entrevistados, contaron con la perspectiva de los tres actores: niño/adolescente, su padre o adulto responsable y su psicoterapeuta.

En cuanto a la metodología ocupada, se realizaron entrevistas en profundidad de acuerdo a guiones temáticos que abordaron los principales aspectos del proceso de superación. El análisis de dichas entrevista se efectuó mediante el análisis narrativo temático, puesto que éste favorece la comprensión de los significados desde los propios participantes (Lama et al., 2015).

Junto con esta entrevista, y a modo de facilitar las narrativas verbales, en el caso de los niños también se utilizó el dibujo de “antes y después”. En el caso de los adolescentes, éstos fueron invitados a una segunda entrevista, a modo de reflexionar sobre los temas tratados en la primera (Capella et al., in press).

En base a la relevancia que cobra este proyecto investigativo para la comprensión del cambio psicoterapéutico en dicha población es que se abordaran los principales resultados del proyecto.

5.2.1 Significaciones Asociadas al Proceso de Superación

Tanto niños como adolescentes, ya sea a través de la entrevista y/o el uso del dibujo, fueron capaces de articular narrativas asociadas a los significados y descripciones del proceso de recuperación y superación de la experiencia de agresión sexual.

El proceso de superación es entendido como un proceso de cambio en el que pudieron hacer frente a los efectos negativos de la experiencia vivida, sintiéndose más felices tranquilos y menos asustados (Capella et al., in press; Rodríguez, 2014). Así, la remisión sintomatológica, es un aspecto connotado, aunque no es el único elemento destacado.

En este sentido, los niños y adolescentes también conectan el proceso de superación con un empoderamiento y crecimiento personal, en un proceso de desarrollo de habilidades y fortalezas. Este crecimiento también se relaciona con un proceso de maduración asociada a una mayor autonomía e independencia (Capella et al., in press; Lama, 2014; Rodríguez, 2014).

En ese sentido, el proceso de superación de la experiencia ASI, implica la posibilidad de crear significados alternativos a la experiencia de ASI, que permitan incorporar esta experiencia, como un evento de tantos otros que forman parte de la vida (Capella et al., in press).

Aunque si bien, tanto en niños como adolescentes existe un sentido de agenciamiento para continuar la vida, este “seguir adelante” tiene características diferenciales: mientras que en los niños se relaciona al volver a actividades acordes a la etapa evolutiva, tales como jugar o dibujar (Rodríguez, 2014), en los adolescentes se vincula de manera más estrecha con el trabajo identitario, en un proceso que permita que la identidad no se construya en base al trauma (Capella 2011; Capella et al., in press).

A su vez, otra diferencia evolutiva, tiene relación con el hecho de recordar o no la experiencia abusiva. Así, mientras los niños expresan que la superación tiene que ver con olvidar o querer olvidar la situación abusiva (Rodríguez, 2014), los adolescentes hacen mención a tener el control sobre los recuerdos asociados a la experiencia vivida (Lama, 2014). Aun así, cabe destacar que el olvidar o querer olvidar, no remite a “borrar” de la memoria la experiencia sufrida, sino que a recordarla menos (Capella et al., in press).

Por otra parte, tanto niños como adolescentes asocian al proceso de superación la posibilidad de hablar/recordar la situación abusiva con menos impacto emocional negativo y con la posibilidad de hablar con mayor facilidad respecto a ésta (Capella et al, in press).

Finalmente, el proceso de superación implica un mayor bienestar en el presente, pero también en el futuro, en el que niños y adolescentes son capaces de tener una visión de continuidad y proyección, con aspiraciones y metas (Capella et al., in press).

5.2.2 Características del Proceso de Superación

Tanto niños como adolescentes, entienden la superación de la experiencia abusiva como un proceso de múltiples características y de naturaleza gradual, que transcurre en diversas etapas (las que conectan con diversos momentos en el proceso psicoterapéutico).

Así, los participantes comentan que en un inicio, estaban reacios a la idea de asistir a un tratamiento, producto del miedo, timidez o se sentían incómodos con la idea de tener que hablar

de la experiencia abusiva, por lo que la llegada a la instancia psicoterapéutica, es un proceso difícil (Capella et al., in press; Lama, 2014; Rodríguez, 2014).

Este proceso también parece ser dificultoso para los padres o adultos responsables. En este sentido, ellos mencionan que si bien la dificultad de un primer momento se vincula con el inicio de un proceso psicoterapéutico, lo dificultoso también se relaciona con el afrontamiento de la experiencia de victimización sexual de sus hijos- reconocerla y comenzar un trabajo al respecto- (Dussert et al., enviada a publicación).

Sin embargo, en la gran mayoría de los casos, esas sensaciones o sentimientos fueron cambiando, en la medida que conocen al psicoterapeuta y el espacio (Rodríguez, 2014). En ese sentido, los niños y adolescentes parecen destacar la relación con sus terapeutas en este primer momento, subrayando la conexión y la confianza como vehículos para ese cambio (Capella et al., in press).

Este primer momento, también es visualizado por lo terapeutas como una fase para trabajar respecto de la construcción de un contexto relacional contenedor que favorezca el trabajo psicoterapéutico y la adherencia al proceso, cuyas características implican la confianza, acogida y respeto por los tiempos del paciente. Los aspectos protectores, también son elementos connotados, a modo de garantizar las condiciones que permitan iniciar un trabajo (Águila, 2015).

Un segundo momento, tendría relación con el abordaje de la experiencia transgresora, la cual es enfatizada, tanto por los niños como por los adolescentes, como una experiencia difícil, pero que ayuda en el proceso de superación (Lama, 2014; Rodríguez, 2014).

Desde las narrativas de los psicoterapeutas, éstos también comentan que durante esta fase se trabajarían aspectos relativos a los conflictos relacionales asociados a la experiencia abusiva, las dinámicas de secreto o coerción, la distinción de figuras de apoyo y protección, entre otras. Para ello, la relación terapéutica y el vínculo forjado hasta el momento, resultan cruciales (Águila et al., enviada a publicación).

Un tercer momento, se asocia a la etapa de cierre, el que les permite a niños y adolescente dar cuenta del proceso llevado a cabo, así como el crecimiento y logros alcanzados. Sin embargo, aunque el proceso de cierre es un aspecto que los participantes remarcan como necesario para seguir adelante, también implica una separación del psicoterapeuta, que conlleva sentimientos de tristeza (Capella et al., in press).

Los terapeutas, en tanto, conceptualizan esta etapa como un momento de consolidación de los cambios en niños y adolescentes. A su vez, también comentan que es un proceso complejo, que requiere una des-vinculación progresiva debido a la alianza terapéutica construida (Águila et al, enviada a publicación).

En consecuencia, tanto niños como adolescentes relatan que el proceso de superación involucra la participación en psicoterapia; sin embargo, aunque ambos grupos etarios comprenden el proceso de superación como un proceso en curso, los adolescentes especialmente, entienden que éste no se constriñe a la psicoterapia (Capella et al., in press).

5.2.3 Factores Influyentes en el Proceso de Superación.

Si bien, los niños y adolescentes comentan que el proceso de superación está influenciado por distintas elementos- incluyendo los propios esfuerzos- se destacan, desde las narrativas de los niños/as y adolescentes, principalmente, la psicoterapia, la familia y el contexto social, y el proceso judicial (Capella et al., in press; Lama, 2014; Rodríguez, 2014).

En base a la importancia que tienen, se profundizara en cada una.

5.2.3.1 Psicoterapia

Tanto en los niños como en los adolescentes, la psicoterapia parece ser un factor connotado positivamente en el proceso de superación de la situación abusiva, en tanto provee un espacio para obtener mayor conocimiento respecto de la situación abusiva, dar sentido a la experiencia vivida (e integrarla al continuo vital) y facilitar nuevos aprendizajes (Capella et al., in press).

A su vez, el espacio psicoterapéutico es visualizado como un lugar de apoyo e incluso una red social con la que pueden contar (Lama, 2014). Es este aspecto, los niños y adolescentes que participaron en una terapia grupal, rescatan que se sintieron acompañados no solo por sus terapeutas, sino que por sus compañeros de grupo, en la superación de sentimientos de soledad asociados a la experiencia abusiva (Rodríguez, 2014).

Si bien, el trabajo en torno a la experiencia abusiva constituye un proceso difícil y un tanto incomodo, los niños y adolescentes rescatan que este aspecto es más llevadero, dentro de un contexto contenedor y de respeto, asociadas a la cualidad de la relación terapéutica (Capella et al., in press). Este aspecto se profundizará en el apartado 5.2 de esta memoria.

El uso de otras técnicas además de las verbales, es un elementos connotado por los participantes, como favorecedor en el abordaje de diversas temáticas. Dentro de estas técnicas,

se destaca el uso de dibujo o juego, siendo este último, una técnica especialmente relevante para los niños (Rodríguez, 2014).

5.2.3.2. Contexto Familiar y Social

El apoyo, protección y contención familiar es un aspecto positivo en el proceso de superación de la experiencia abusiva.

En este sentido, desde un inicio, este factor parece ser un elemento clave. Así, los niños y adolescentes comentan que un aspecto que ayuda en el proceso de superación corresponde al apoyo familiar recibido luego de la develación de la situación abusiva y la credibilidad que éstos puedan dar luego de la develación, que permite, por un lado, poner un freno a la situación abusiva y, por otro, ser capaces de recibir ayuda y apoyo (Capella et al., in press; Lama, 2014; Rodríguez, 2014).

En correspondencia, la no credibilidad o reacciones negativas ante la develación de niños o adolescentes, constituiría para ellos, un aspecto obstaculizador en su proceso de superación (Capella et al., in press).

Cabe destacar que, según Dussert et al (enviada a publicación) los padres o adultos responsables también se constituyen como víctimas indirectas de la situación abusiva, por lo que también necesitan lidiar y superar las consecuencias de la agresión en sus propias vidas.

En ese sentido, el proceso de superación de la victimización indirecta, también es un proceso doloroso y difícil para los padres. No obstante, este proceso implicaría cambios sustanciales en sus vidas, ya sea a nivel sintomatológico- por ejemplo, disminución de sentimientos de angustia y culpabilidad- así como transformaciones en su identidad como padres, en el crecimiento, fortalecimiento y desarrollo de habilidades, que contribuye a una visión positiva del futuro (Dussert et al., enviada a publicación).

Así, el proceso de superación de las agresiones sexuales en niños y adolescente no avanza solo de manera paralela al proceso de sus padres, sino que además, implica una interrelación (Dussert et al., enviada a publicación).

En cuanto al factor social, tanto niños como adolescentes, connotan que la contención y apoyo de pares o parejas, son elementos que facilitan la superación de la experiencia vivida aunque este apoyo se reflejaría, más bien, en situaciones cotidianas o en la posibilidad de mantener espacios y relaciones que no estén teñidas por la vivencia abusiva, que les permitirían desarrollarse en otros aspectos (Lama, 2014; Rodríguez, 2014).

5.2.3.3 *Ámbito Judicial*

En la mayoría de las narrativas de los participantes, el ámbito judicial aparece desde una visión mayormente negativa, asociado, tanto al proceso judicial, a los resultados de dicho proceso y el impacto en el proceso de superación.

Así, en cuanto al proceso judicial, este es valorado como un proceso difícil y agotador, donde las constantes entrevistas y evaluaciones, son visualizadas de manera negativa (Lama, 2014; Rodríguez, 2014). En ese sentido, este espacio tiende a generar, en los niños mucho miedo y confusión; mientras que los adolescentes tienden a ser más críticos respecto del trato recibido, ligado a variables evolutivas y al trato diferencial que pueden recibir (Capella et al., in press).

Los participantes, entonces, visualizan la necesidad de tener mayor protección a la hora de declarar y más información respecto del proceso judicial y sus implicancias. A su vez, recibir una mejor atención por parte de los operadores de justicia- carabineros, peritos, Fiscalía, entre otros-. Solo algunos connotan positivamente el trato recibido, cuando este fue acogedor y amable (Lama et al., 2015).

Respecto de los resultados del proceso judicial, estos se valoran positiva o negativamente, de acuerdo a la satisfacción de las expectativas iniciales, concernientes a la protección, la credibilidad de la vivencia y el castigo al agresor. Este último aspecto, en los niños, se relaciona con la protección frente a nuevos contactos con el agresor- y donde la cárcel parece proveer la concretización de dichas expectativas. En los adolescentes y adultos, el castigo al agresor se relacionaría con la posibilidad de evitar una nueva victimización a ellos u otros, así como el cumplimiento de una necesidad de protección emocional (Lama et al., 2015).

En base a esto, existe mayormente una valoración negativa de los resultados del proceso, en el que no se cumplen las expectativas de protección, lo que aumenta la sensación de injusticia y desprotección. Solo en los casos en que existió condena al agresor- 4 de los 24 casos descritos en la investigación - hay una visualización positiva del accionar judicial (Capella et al., in press; Lama et al., 2015).

Aun así, los adolescentes valoran del proceso judicial la derivación a la instancia psicoterapéutica. Asimismo, aquellos participantes que valoran positivamente el accionar judicial, corresponden a aquellos en que existió condena del agresor o que recibieron un trato acogedor por parte de los operadores de justicia (Lama, 2014; Lama et al., 2015; Rodríguez, 2014).

En consecuencia, hay una tendencia en los participantes a valorar el sistema judicial como un factor obstaculizador para el proceso de superación, en un interjuego paradójico (Lama, et al, 2015): el sistema judicial es quien deriva a terapia a fin de superar la experiencia vivida, pero es el mismo sistema quien obstaculiza el proceso de superación y la psicoterapia.

Estos elementos facilitadores y obstaculizadores del proceso de superación, dan cuenta de la complejidad y diversidad de éste, por lo que la superación transcurre en el contexto de una trama singular, relacional y social.

Hasta ahora, el trabajo del marco teórico ha rondado entorno a las agresiones sexuales, así como al proceso de superación de la experiencia abusiva. Sin embargo, como el objetivo de la presente tesis guarda relación con el cambio psicoterapéutico en población infanto juvenil víctimas de ASI, la investigación respecto del cambio psicoterapéutico resulta relevante.

5.3. Cambio Psicoterapéutico

5.3.1 Conceptualizaciones acerca de Cambio Psicoterapéutico

Según Roussos (2013), falta un acuerdo respecto de una definición operacional del cambio psicoterapéutico, ya que, hasta ahora, se ha entendido como resultados terapéuticos, reducción de síntoma o cambios en los patrones de personalidad.

Sin embargo, de manera más general, el cambio es entendido como describiendo el crecimiento que ocurre durante un tratamiento (Roussos, 2013).

Con estos antecedentes, es posible pensar en la necesidad de seguir ahondando en las diversas investigaciones que equipos, tanto nacionales como internacionales, han propuesto como marco comprensivo del cambio psicoterapéutico (Gonçalves et al., 2009; Krause et al., 2006; Mander, Wittorf, Klingberg, Teufel, Zipfel y Sammet, 2014). Así, en el presente apartado, se profundizará en la conceptualización planteada por Krause y colaboradores, en el marco nacional y la propuesta de un equipo portugués liderado por Gonçalves, en una línea de terapia narrativa.

Se ahonda en estas dos líneas de investigaciones, debido a su correspondencia con los lineamientos teóricos de la presente tesis. Por otra parte, a pesar del sustento teórico de estas líneas investigativas, se escogen estos estudios ya que están basados en investigaciones de carácter empírico, trabajando con metodologías de entrevista o en contexto natural de terapia, lo que implica un aporte a la hora de formular un marco comprensivo del cambio psicoterapéutico.

5.3.1.1. Propuesta Investigaciones Nacionales:

Acerca de qué es lo que cambia en psicoterapia, las respuestas han girado alrededor de lo conductual-sintomatológico, pero también, en torno a la esfera de lo representacional, en donde el equipo nacional liderado por Mariane Krause, ha propuesto el concepto de cambio psicoterapéutico genérico, puesto que pretende ser común a diferentes modalidades terapéuticas, tanto en términos de orientación teórica, como en lo referente a convocatorias (individual, familiar, entre otras) (Krause et al., 2006).

Esta conceptualización del cambio psicoterapéutico, tiene que ver con la mirada subjetiva del consultante. Por ende, es un cambio, en esencia, subjetivo, aunque algunos elementos que lo propician no lo sean (Krause 2005; Krause et al., 2006).

Asimismo, este cambio podría ser conceptualizado como “*cambio en los patrones subjetivos de interpretación y explicación que llevan al desarrollo de nuevas teorías subjetivas*” (Krause, 2005, p.333), en donde las teorías subjetivas podrían ser definidas como un set complejo de cogniciones personales, que sirven para guiar el comportamiento individual (Altimir et al., 2010) o como cogniciones de la visión del sí mismo, que tienen estructura argumentativa y que cumplen funciones de explicación, predicción y tecnología (Dagnino et al., 2014).

Este proceso de cambio de patrones subjetivos evolucionaría de forma cíclica, en un proceso de etapas sucesivas, que comenzaría antes de la terapia y continuaría luego del término de ésta, combinando factores tanto intra, como extra terapéuticos. Este incremento progresivo de la complejidad de los patrones psicológicos de explicación e interpretación, no sería un proceso lineal, más bien, implicaría la construcción de fases que conllevarían a la sucesiva psicologización de éstos patrones (Altimir, 2010; Krause 2005; Krause et al., 2006).

Sobre la base de esta conceptualización de cambio genérico y en base a los estudios empíricos realizados con pacientes adultos, se ha propuesto una lista de indicadores de cambio sucesivos o lo que los autores denominan Indicadores de Cambio Genéricos; siguiendo una jerarquía desde cambio más iniciales, hasta aquellos que se encontrarían en episodios más avanzados de la terapia (Krause et al., 2006). Estos Indicadores de Cambio Genérico corresponden a (Echávarri et al., 2009; Krause et al., 2006):

1. Aceptación de la existencia de un problema.
2. Aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda.
3. Aceptación del terapeuta como profesional competente.
4. Expresión de esperanza (remoralización o expectativa de ser ayudado).

5. Cuestionamiento de forma de entendimiento, comportamiento y emociones habituales (fisura).
6. Expresión de la necesidad de cambio.
7. Reconocimiento de la propia participación en los problemas.
8. Descubrimiento de nuevos aspectos del sí mismo.
9. Manifestación de comportamiento o emoción nueva.
10. Aparición de sentimientos de competencia.
11. Aparición de nuevas conexiones: a) aspectos propios, b) aspectos propios y del entorno y c) aspectos propios y elementos biográficos.
12. Reconceptualización de los propios problemas o síntomas.
13. Transformación de valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros.
14. Formación de constructos subjetivos del sí mismo a partir de la interconexión de aspectos.
15. Enraizamiento de los constructos subjetivos.
16. Autonomía en cuanto al manejo propio del contexto de significado psicológico.
17. Reconocimiento de la ayuda recibida.
18. Disminución de la asimetría entre paciente y terapeuta.
19. Construcción Teoría Subjetiva respecto del sí mismo y el entorno

Estos indicadores de cambio permiten identificar momentos de cambio, siendo distintos de otros momentos del proceso terapéutico, pudiendo considerárseles como un resultado terapéutico en sí mismos y ocurriendo de manera transversal a los distintos trastornos y enfoques (Dagnino et al., 2014; Krause 2005).

Estos Indicadores de Cambios estarían organizados en tres grandes fases: etapa inicial (indicadores 1-6), etapa media (indicadores 8-13) y etapa final (indicadores 14-19) (Altimir et al., 2010; Echávarri et al., 2009). Estas serán desarrolladas en el punto 5.4 y 5.5 de esta memoria

En conclusión, estos Indicadores de Cambio, involucrarían de manera progresiva el logro del cambio psicoterapéutico y, por ende, el cambio de las teorías subjetivas de cada persona (Echávarri et al., 2009; Krause, 2005).

5.3.1.2 Propuesta Investigaciones Portuguesas:

Las propuestas investigativas de la línea portuguesa se enmarcan, principalmente, desde la teoría de la terapia narrativa, en especial, el modelo de re-autoría propuesto por White y Epston (1990; citado en Gonçalves et al., 2009), aunque también comprende una perspectiva dialógica

detrás de los contenidos narrativos (Hermans y Kempen 1993; citados en Gonçalves et al., 2009).

Estas investigaciones son realizadas, primordialmente, con población adulta que asiste a terapias de distintos enfoques, por diversos motivos de consulta, tales como depresión, duelo patológico o ansiedad.

Así, de acuerdo al marco narrativo, los seres humanos van dando forma a su experiencia como narradores activos, construyendo significado en torno al flujo de experiencia en la forma de autonarrativas. Estas autonarrativas pueden ser entendidas como reglas de acción o visiones de mundo que juegan un rol importante en la autoorganización del individuo, previniendo el caos y dando sentido al sí mismo (Alves et al., 2014; Ribeiro, Bento, Salgado, Stiles y Gonçalves, 2011).

Sin embargo, estas autonarrativas no siempre resultan saludables en la organización del sí mismo, puesto que pueden volverse problemáticas cuando restringen la diversidad cognitiva y afectiva (Alves et al., 2014). En ese sentido, la emergencia y expansión de detalles alternativos a la autonarrativa problemática, es lo que se conoce como Momentos Innovadores (Gonçalves et al., 2009; Gonçalves y Ribeiro, 2012).

En base a los estudios realizados (Matos y Gonçalves, 2004, citados en Gonçalves et al., 2009), se han identificado cinco Momentos Innovadores:

- Acción: refiere a acciones o comportamientos específicos para enfrentar la narrativa problemática
- Reflexión: Emergencia de pensamientos y entendimientos que no son congruente con la trama dominante
- Protesta: Momentos de crítica que implican algún tipo de confrontación frente al problema, sus especificaciones y quienes son partidarios de este. Es más que un pensamiento o acción, puesto que implica un reposicionamiento (posición más activa).
- Reconceptualización: Metareflexión, donde la persona no solo entiende que es diferente, sino que puede describir el proceso de transformación. Implica tres componentes: la persona en el pasado, la persona en el presente y la descripción del proceso que permitió la transformación del pasado al presente.
- Nuevas Experiencias/Cambios a Realizar: Anticipación o planificación de nuevos proyectos o actividades. En este momento el cliente puede aplicar las nuevas habilidades a las nuevas experiencias.

Diversos estudios en esta línea proponen que diferentes Momentos Innovadores, estarían relacionados con diferentes procesos involucrados en la psicoterapia, en donde el cambio emergería de la articulación de diversos Momentos Innovadores, ya que mientras Acción y Reflexión dan cuenta de que algo es diferente - y Protesta involucra un reposicionamiento- éstos corresponden a una oposición al problema, más que una nueva autonarrativa (Gonçalves et al., 2009). Por ello, Reconceptualización es uno de los Momentos Innovadores más importante, ya que permite la articulación y dar sentido a los Momentos Innovadores predecesores y crea estructura a esta nueva autonarrativa (Gonçalves y Ribeiro, 2012).

En cuanto al proceso de cambio, éste tendería a ser cíclico. Así, en la etapa inicial se presentarían Momentos Innovadores de Acción y Reflexión. Varios ciclos de Acción y Reflexión serían necesarios para asegurar que algo nuevo está pasando. Protesta, por otro lado, podría emerger en paralelo con estos dos Momentos Innovadores- al comienzo de la terapia- o después del desarrollo de éstos. Reconceptualización, por su parte, aparece con posterioridad. Podrían necesitarse varios ciclos “Acción-Reflexión-Protesta-Reconceptualización” para que el Momento Innovador Cambios a Realizar emerja. Estos dos Momentos Innovadores son más prominente en etapas medias y finales (Gonçalves et al., 2009; Ribeiro et al., 2011).

Así, haciendo un análisis desde esta perspectiva, el cambio psicoterapéutico podría ser entendido como la emergencia de nuevas narrativas del sí mismo que se constituyen como alternativas al discurso dominante del problema y del sí mismo y que, por ende, implicarían una re-autoría en los procesos de construcción y constitución narrativa del mundo y del sí mismo.

Sin embargo, aunque la emergencia de narrativas y Momentos Innovadores serían una condición necesaria para que el cambio ocurra, pueden no ser suficientes. Es más, en algunos casos pueden contribuir a la rigidización de la narrativa problemática: Acción, Reflexión y Protesta tienen el potencial de contribuir al problema, cuando la Reconceptualización está ausente (Gonçalves et al., 2009; Ribeiro et al., 2015). Este proceso se profundizará en los puntos 5.4 y 5.5. de la presente memoria.

En estos Momentos Innovadores, hay ciertos contenidos que aparecen frecuentemente y que tienden a agruparse (Álvarez et al., 2014). Estas agrupaciones o temas recurrentes son denominados Protonarrativas Alternativas y puede contener todo el espectro de los Momentos Innovadores (Ribeiro et al, 2011).

Las protonarrativas alternativas representan cambios potenciales, en la medida que comprenden un nuevo conjunto de reglas. No obstante, aunque una protonarrativa puede expandirse y

convertirse en dominante, no todas se vuelven estables, más bien, hay algunas protonarrativas transitorias que son más prominentes en etapas iniciales (Alves et al., 2014; Ribeiro et al., 2011).

Así, Ribeiro et al. (2011) postulan que en las protonarrativas emergentes hay una progresiva integración del problema, desde narrativas más opositoras respecto del problema, pasando por aquellas más relacionadas al empoderamiento hasta llegar a aquellas más equilibradas e integradoras; es decir, en donde progresivamente se aumentaría la diversidad y flexibilidad de significados. Éstas constituirían etapas en la autonarrativa, más que autonarrativas independientes.

Así, con estas consideraciones conceptuales se hace necesario ahondar acerca de las maneras en que los pacientes visualizan este cambio psicoterapéutico y aquellos aspectos que relevan durante el proceso.

5.3.2 Cambio Psicoterapéutico desde la perspectiva del paciente adulto

Determinar qué es importante para los clientes acerca de sus experiencias de terapia, no es una tarea fácil (Levitt, Butler y Hill, 2006).

En un principio, la visión de los clientes era el referente principal en las investigaciones respecto de la psicoterapia y sus resultados. Dichos diseños de investigaciones comenzaron a ser cuestionados, utilizándose instrumentos estandarizados, la percepción del terapeuta o del investigador. Sin embargo, se ha investigado que la visión de éstos suele diferir en comparación con la del paciente (Manthei, 2007; Olivera, Braun, Balbi y Roussos, 2011; Olivera, Braun, Gómez y Roussos, 2013).

Debido a esto, para Olivera et al (2011), la percepción del cliente en torno a sus procesos de psicoterapia, se ha visto renovada. Otros autores, como Levitt et al (2006), proponen que algunos psicoterapeutas cuestionarían la medida en que los clientes son capaces de dar datos válidos respecto de los procesos de psicoterapia y que en realidad, los estudios que evalúan cambio desde la perspectiva del cliente, lo hacen desde la medida de autoreporte, las que, en general, apuntan a la evaluación de los cambios sintomatológico. Según este autor, el aspecto más problemático respecto de dichos estudios, es que darían escasas ideas acerca de lo que los terapeutas tienen que ir haciendo, momento a momento, en la psicoterapia.

En el presente apartado, la visión de los pacientes será abordada desde dos aspectos: por un lado, desde el contenido del cambio psicoterapéutico, es decir, qué es lo que cambia en

psicoterapia y, en segundo lugar, sobre aquellos momentos significativos para el cambio, sobre todo los factores útiles y obstaculizadores.

5.3.2.1 Visión de los pacientes acerca del contenido del cambio

Varias investigaciones respecto del cambio psicoterapéutico (Eliot, 2008; Olivera et al., 2011; Timulak, 2007, citada en Elliot, 2010) reportan que los clientes comentarían cambios en la línea de la reducción sintomática. Sin embargo, los pacientes reportan que hay otros cambios más trascendentales, tales como una mejora en las relaciones con otros o entenderse y sentirse mejor.

Asimismo, en las investigaciones acerca de los cambios que reportan los paciente luego de finalizada la terapia, Elliot (2008) describe que éstos rondan en torno al aumento en la autoestima, la mejoría en las relaciones interpersonales y una mayor sensación de dominio; en concordancia con lo que expresa Timulak (2007; citada en Elliot, 2010), respecto de un empoderamiento y mayor seguridad y contacto interpersonal.

Finalmente, en un estudio nacional llevado a cabo por Barros y Matamorros (2009), en donde se evaluó la percepción de cambio atribuida a un proceso de psicoterapia humanista breve, los pacientes reportan cambios en diversas esferas: a) cambios a nivel cognitivo, tomando distancia de los propios esquemas y percibiéndose críticamente; b) cambios en las relaciones y acercamientos hacia otros; c) cambios conductuales, mayor madurez sobre ciertas áreas; d) cambios emocionales, reconocimiento, expresión y control de emociones; e) cambios en la esfera corporal, aumento en la consciencia del cuerpo y de la información que éste entrega.

Por tanto, a partir de esta revisión, podemos pensar que el contenido del cambio durante un proceso de psicoterapia, gira en torno a 4 principales ejes. Por un lado, tenemos los aspectos relativos a la reducción de la sintomatología de los pacientes. A su vez, los pacientes también reportan cambios en la esfera de lo cognitivo/intrapersonal, junto con cambios en la esfera interpersonal y relacional. Finalmente, emergen cambios en la esfera conductual. Estos aspectos serán revisados con mayor profundidad en el punto 5.4 y 5.5. de la presente memoria

5.3.2.2 Momentos Significativos para el cambio en psicoterapia

La investigación de eventos significativos es una manera específica de aproximarse al estudio de las experiencias del cliente en terapia y de lo que ellos valoran como importante. Es un estudio de proceso, en donde los eventos se conciben como los momentos más fructíferos del trabajo terapéutico, en el caso de eventos útiles, o como los puntos más problemáticos, en el caso de los

eventos no útiles o lo que Grafani y McLeod (1999, citado es Timulak, 2010) conceptualizan como eventos dificultadores (Timulak, 2010; Viklund, 2013).

Respecto de los eventos útiles en terapia, Elliot y James (1989, citado en Viklund, 2013) descubren que la mayoría de estos factores, se pueden agrupar en dos categorías: los factores relacionales/afectivos, y los factores de quehacer/resolución de problema. Dentro de los primeros, se destacan las características del terapeuta, la oportunidad para la libre autoexpresión y la experiencia de una relación de apoyo con el terapeuta; mientras que en la segunda, se destaca obtener una mayor comprensión de sí mismo y practicar las habilidades y conocimientos de la terapia en la vida cotidiana.

Por su parte, Howe (1993, citado en Viklund, 2013), investiga que los factores que los clientes encuentran útiles en la terapia son, por ejemplo, experimentar al terapeuta como cálido e interesado; tener la oportunidad de expresar las experiencias; explorar los pensamientos y sentimientos, dándoles un sentido. Esto también se describe en el compilado de investigaciones realizada por Manthei (2007), donde la relación con el terapeuta, obtener consejos y ejercitar las decisiones habladas, son elementos ayudadores de la psicoterapia.

En varios estudios, el rol del terapeuta y la relación psicoterapéutica, ha sido connotado por los pacientes como un elemento útil y facilitador para el cambio en psicoterapia. En esta relación el terapeuta es percibido como una persona cálida, que ayuda a ordenar las ideas del paciente y los empodera para el cambio. A su vez, también se destaca el hecho de que esta relación se mantuviera a pesar del caos interno (Barros y Matamorros, 2009; Binder, Holgersen y Nielsen, 2009).

Sin embargo, también es importante para los clientes, que el terapeuta sea capaz de demostrar habilidades, puesto que el cariño y respeto también se podría demostrar a través de la experticia (Levitt et al., 2006; Olivera et al., 2013).

Los resultados de las investigaciones apuntan a que la relación con el terapeuta y las habilidades interpersonales de éste, son los aspectos más beneficiosos en psicoterapia. Sin embargo, los pacientes no solo valoran lo que el terapeuta hizo por ellos, sino que también, lo que ellos hicieron dentro/fuera del proceso, lo que normalmente remite a tareas iniciadas por ellos o esfuerzos de autoayuda (Manthei, 2007; Olivera et al., 2011).

En comparación con la literatura de factores útiles en terapia, las investigaciones sobre aspectos dificultadores, es más escasa (Viklund, 2013).

Elliot (1985, citado en Viklund, 2013) a partir de breves entrevistas realizadas a pacientes, elabora seis tipos de eventos que los clientes experimentan como no ayudadores: a) eventos de percepción errónea, donde los clientes se sienten mal entendidos; b) reacciones negativas del terapeuta; c) responsabilidad no deseada, donde se presiona al cliente a hablar en terapia o a actuar de cierta; d) repetición por parte del terapeuta; e) desorientación, y f) Pensamientos no deseados.

Según Lietaer (1992, citado en Viklund, 2013), las experiencias obstaculizadoras en terapia, pueden dividirse en dos grandes categorías: las relativas a actitud o intervenciones del terapeuta; y las relativas a experiencias del proceso del cliente.

Respecto de las primeras, Lietaer (1992, citado en Viklund, 2013) menciona un terapeuta demasiado pasivo o dando interpretaciones inadecuadas, anteponiendo sus intereses por sobre las necesidades del paciente. También se menciona como obstaculizador terapeutas que tenían poco claro los focos de la terapia (Manthei, 2007). Según Timulak (2007), la decepción y los malos entendidos en la relación con el terapeuta, son vistos como una de las mayores dificultades.

Respecto de las experiencias del proceso del cliente, Lietaer (1992, citado en Viklund, 2013) señala que corresponderían a cuando los mismos pacientes se han visto como obstáculo para el cambio en psicoterapia, dificultando la conversación y evitando hablar o profundizar sobre ciertos temas.

Algunos factores dificultadores que no son propios del espacio de terapia, pero que de igual forma influyen en esta experiencia, son, por un lado, el contexto vital (etapa de vida del sujeto y contexto donde se desarrolla), y el tiempo de duración de la terapia, ya que los periodos más ajustados, les parecen limitados a los pacientes (Barros y Matamorros, 2009).

Finalmente, cabe destacar que las visiones de los pacientes y terapeutas suele diferir, ya que, mientras que los terapeutas prefieren eventos relativos al trabajo terapéutico y aspectos cognitivos de éste- como insight- los pacientes priorizan los aspectos relacionales con el terapeuta (Timulak, 2010).

Por esto, acceder a las experiencias desde los propios pacientes, es un elemento relevante a la hora de comprender los factores que influyen en el proceso de psicoterapia, y cómo se entiende el cambio. Sin embargo, si queremos pensar en los cambios que experimentan niños y adolescentes víctimas de ASI, es necesario revisar investigaciones que profundicen estos aspecto desde la visión de población infanto juvenil.

5.3.3 Investigaciones en niños y adolescentes

Parece haber un acuerdo de que un mayor conocimiento desde la visión de los pacientes es necesario. En ese sentido, el foco investigativo parece haber estado puesto en población adulta, quedando en desmedro la investigación con niños y adolescentes (Dunne, Thompson y Leicht, 2000), bajo la antigua creencia de que los niños y adolescentes no son capaces de dar comentarios legítimos respecto de sus experiencias (Gibson y Cartwright, 2014) o que esta medida es poco objetiva o demasiado superficial (Midgley, Target y Smith, 2006).

Sin embargo, dichos supuestos, podrían responder a fallas en las metodologías de investigación ocupadas, ya que, tal como expresa Carlberg et al., (2009), es necesario crear estrategias metodológicas que permitan a los niños y adolescentes expresarse de una manera más cómoda y no solo a través de lenguaje verbal, para relevar su visión de sus propios procesos psicoterapéuticos.

5.3.3.1 Visión de los adolescentes

Los estudios en relación a proceso y experiencias de psicoterapia en adolescentes, no solo contemplan la experiencia desde la primera sesión, sino que también han estudiado la búsqueda de ayuda profesional. Así, estas investigaciones, en general, abordan la experiencia de psicoterapia de adolescentes, la figura del terapeuta y la relación terapéutica, como también, el sentido de agencia personal y protagonismo en terapia.

En general, los estudios abordados en el presente apartado, corresponden a estudios internacionales, que contemplan adolescentes cuyas edades fluctúan entre los 14 y 19 años, exceptuando el de Watsford, Rickwood y Vanags (2013), donde las edades se extienden hasta los 24 años. Éstas se realizaron con adolescentes que asisten a procesos psicoterapéuticos en sus colegios o en los servicios de salud mental de su región; cuyos motivos de consulta rondan en torno a conductas agresivas, separación de los padres, depresión, duelos, entre otros.

Finalmente, aunque cada estudio tiene su propia metodología- circunscribiendo a modelos fenomenológicos, hermenéuticos o narrativos- todos trabajan desde un análisis cualitativo de la información.

Estos estudios, por tanto, permiten comprender aspectos del proceso de psicoterapia en los adolescentes, incluso desde el inicio del tratamiento. Así, muchos adolescentes aunque pueda existir un sentido de dificultad previo a la psicoterapia, la llegada a esta parece estar marcada por la ansiedad, miedo y sentimientos ambivalencia: por un lado, vergüenza asociada al malestar

psicológico, mientras que por otro, una esperanza de conocer a alguien que los ayude (Binder, et al., 2011; Bury, et al., 2007; Watsford, et al., 2013).

Algunos sentimientos de ambivalencia se evidencian en las etapas tempranas de la terapia, en donde los adolescentes también juzgarían los sentimientos de confianza y seguridad en torno al espacio, rescatando las explicaciones de qué es la terapia y las garantías de no ser juzgados (Binder et al., 2011; Bury et al., 2007). Estas emociones pueden dejar a los adolescentes en una posición un tanto dependiente del terapeuta, en donde esta figura y la relación terapéutica, parecen ser elementos trascendentales para el cambio (Bury et al., 2007).

En relación a esto, los adolescentes valoran que el terapeuta pueda ser una persona cálida y respetuosa, con un interés real por el otro y cómodos en su rol profesional (Binder et al., 2011; Bury et al., 2007; Sagen, Hummelsund y Binder, 2013; Watsford et al., 2013)⁵. Estas características permiten que los adolescentes se sientan valorados y tratados con igualdad, y se visualicen como protagonistas del espacio incentivando una mayor apertura para hablar acerca de sus experiencias y sentimientos (Sagen et al., 2013).

Un estudio importante de destacar corresponde al de Fernández (2013), quien, en un contexto nacional, buscó relacionar, entre otras variables, la alianza terapéutica al resultado y adherencia al proceso psicoterapéutico, en 20 procesos psicoterapéuticos individuales llevados a cabo por adolescentes entre 13 a 17 años, que asisten a servicios de salud mental privada y pública por trastornos depresivos, ansiosos, conductuales, entre otros.

En relación a esto, y vinculado a la etapa inicial, la alianza terapéutica cobra importancia en esta fase, en relación a la adherencia y continuidad del proceso, más que en los resultados: se daría una relación indirecta entre los resultados y la alianza terapéutica, puesto que, *“la alianza terapéutica le permitirá mantener el espacio terapéutico para dar lugar a los cambios en su bienestar psicológico, que serán observados al final del proceso”* (Fernández, 2013, p. 149).

Otra característica importante a lo largo de las investigaciones desde la visión de los adolescentes, guarda relación con los conceptos de autonomía, individualidad y agencia.

La definición clara de los roles y los límites terapéuticos, parecen ser factores importantes a la hora de promover y fortalecer la autonomía. Manejar la dependencia que algunos adolescentes puedan tener hacia el terapeuta o el espacio, y respetar los límites del paciente, siendo sensibles

⁵ Estas características se describirán con mayor detalle en el apartado 5.4.

a los tiempos internos del adolescente, son características que permiten fomentar la autonomía e individualidad del paciente (Binder et al., 2011; Páramo, 2011).

Estos aspectos no solo parecen ser valorados por los adolescentes, sino que también necesarios para el cambio. Gibson y Cartwright (2013), elaboran un estudio en base a las narrativas de agencia de adolescentes en el proceso de psicoterapia. Así, los adolescentes argumentan su sentido de agencia acerca de la decisión de asistir o no a terapia, o que consejos decidían tomar. Además, los adolescentes expresan que ellos son colaboradores activos de la terapia, y no solo espectadores.

Sin embargo, aunque hay un sentido de agencia personal durante el proceso psicoterapéutico, la mayoría de los adolescentes respetó sus intenciones de manera pasiva, por ejemplo, no siguiendo un consejo de la terapeuta (Gibson y Cartwright, 2013).

En la línea de análisis narrativo de procesos psicoterapéuticos, Gibson y Cartwright (2014) investigan en torno a cómo los adolescentes construyen el propósito y resultado de la terapia. En este estudio, se analizan las historias que 22 adolescentes (entre 16 y 18 años) construyen respecto del significado que la psicoterapia tuvo para ellos

Así, estos autores proponen cuatro posibles narrativas: a) narrativas de transformación, en la que ocurre un cambio importante desde visiones más negativas hacia cambios positivos, en un sentido de profunda transformación del sí mismo; b) narrativas de apoyo, donde el espacio es visto como un continuo salvavidas de la angustia emocional, pero a menudo sin hacer cambios positivos duraderos en el sí mismo; c) narrativa pragmática, donde la terapia fue vista como una solución directa a los conflictos, sin cambios profundos; d) narrativas de decepción, en la que las dificultades se mantuvieron sin cambio durante la experiencia de terapia (Gibson y Cartwright, 2014).

Estas narrativas, a diferencia de la de los adultos, parecen resaltar en el sentido de los impactos que la terapia tiene sobre la identidad y la capacidad de manejar las circunstancias. Así, aunque algunos adolescentes reportan que la terapia les ayudó a adquiriendo herramientas para poder manejar sus problemáticas, otros adolescentes expresaron que la terapia había tenido un impacto en la manera en que se comprenden a sí mismos, y son reconocidos por otros (Gibson y Cartwright, 2014).

Finalmente, respecto del término de la terapia, la ambivalencia resurge: por un lado, ansiedad de dejar el espacio pero por otro, este término implica nuevos comienzos y un sentido de seguir adelante (Bury et al., 2007).

Los estudios con adolescentes permiten establecer ciertas similitudes y diferencias respecto de la investigación con pacientes adultos, las que serán profundizadas más adelante.

Podemos pensar, entonces, que diferencias también podrían darse con población infantil, por lo que es necesario profundizar en la visión que los niños tienen respecto de su psicoterapia y el cambio, aspectos que serán revisados en el siguiente apartado.

5.3.3.2 Visión de los niños

Si los estudios psicoterapéuticos desde la visión de los adolescentes son escasos, las investigaciones desde el testimonio de los niños, lo es aún más. Tal como expresa Carlberg et al. (2009), un dilema en la investigación en psicoterapia con niños, es que falta una voz, la voz de los niños.

Así, hay un supuesto de que los niños no tienen motivación para ir a terapia y no están dispuestos a venir a sus sesiones. A su vez, se concibe a los niños como difíciles de entrevistar, en relación a factores abstractos y emocionales. Por ende, hay pocos estudios donde se acceda a la opinión de los niños respecto de la psicoterapia (Carlberg et al., 2009).

Aunque los estudios retrospectivos o desde la visión de otros actores no constituyen el foco principal de este apartado, las escasas investigaciones desde la propia visión de los niños, en conjunto con la información relevante que pueda proporcionar dichas investigaciones, vuelven necesario el abordaje de éstas, en especial, las investigaciones realizadas por Midgley et al (2006) y Carlberg (1997).

Midgley y colaboradores (2006) realizan un estudio retrospectivo, en donde 27 adultos hablan sobre las experiencias y recuerdos acerca de la terapia que recibieron en su niñez, destacando a continuación algunos elementos relevantes.

Por un lado, algunos rescatan el componente relacional de la terapia es un elemento útil, ya que le permite desahogarse y hablar sobre cosas difíciles. Igualmente, la atención del terapeuta, los hace sentir confiados y especiales (Midgley et al., 2006).

A su vez, otros destacan el hecho de que el terapeuta los ayudara a ver y hacer las cosas de una manera diferente, sobretodo, en lo respecta al mundo emocional. Así, la posibilidad de lidiar mejor con los propios sentimientos, también se asoció a la sensación de tener más habilidades para entenderse (Midgley et al., 2006).

Aunque la gran mayoría de las opiniones respecto de las experiencias infantiles de psicoterapia, catalogan esta vivencia como algo positivo, aquellos que tienen una opinión más desfavorable de

la psicoterapia, lo relacionan al hecho de que ésta creó o exacerbó un sentimiento de estar dañado o ser loco (Midgley et al., 1996).

Otro estudio que destaca, aunque no es desde la visión de los niños, es el realizado por Carlberg (1997), en el cual se investiga sobre la visión que los terapeutas tienen acerca de una sesión que sea un punto de giro o inflexión (o "turning points") para el proceso de psicoterapia. Para ello, realiza entrevista a 5 psicoterapeutas del enfoque psicoanalítico y que tienen experiencia en el trabajo con población infantil.

Una sesión de punto de inflexión es entendida como una sesión en la que el terapeuta nota que algo cualitativamente nuevo ha pasado, por ejemplo, respecto de la conducta del niño o la relación con él (Carlberg, 1997).

Así, a partir de los resultados de esta investigación, Carlberg (1997) propone algunos factores que estarían relacionados con una sesión de punto de inflexión: a) vinculados a la misma sesión, ya sea una interpretación del terapeuta, una sesión de gran impacto emocional, entre otras; b) factores relacionados a eventos y procesos externos a la sesión, tales como inclusión de los padres a la terapia o cambios en el ambiente escolar; c) los relativos al terapeuta, relacionados al espacio de supervisión.

Finalmente, el autor destaca que, al parecer, subyacente al punto de inflexión, siempre se encuentra un momento de encuentro emocional y relacional (Carlberg, 1997).

Aunque estas investigaciones pueden dar una primera aproximación a los procesos psicoterapéuticos de los niños, siguen siendo puntos de vistas desde el mundo adulto. Así, en lo que respecta a estudios desde la voz de los niños, destacan 3 investigaciones:

En primer lugar, el estudio de Carlberg et al. (2009), el que tiene por objetivo principal explorar las expectativas y experiencias de psicoterapia de los niños que asistieron a una terapia psicodinámica. Para esto, se realizaron entrevistas semi-estructuradas, antes y después del tratamiento, usando como complemento, instrumentos de auto calificación, junto con dibujos y juguetes. El estudio se llevó a cabo con 10 niños, entre 6 a 10 años, todos diagnosticados en, al menos, una categoría del DSM-IV.

Un segundo estudio corresponde al de Carroll (2002) el que busca profundizar en la experiencia de los niños acerca de la terapia de juego. Para esto, realiza entrevistas a los terapeutas y, especialmente, a los niños, con apoyo de material lúdico. Las entrevistas se realizaron con 14

niños y pre adolescentes, entre 9 y 14 años, los cuales acuden a terapia por negligencia, abuso, comportamiento agresivo o depresión.

Finalmente, el estudio de Stith, Rosen, McCollum, Coleman y Herman (1996), que tiene por objetivo acceder a la perspectiva que niños y pre adolescentes tienen de su participación en una psicoterapia familiar. Para esto, los investigadores realizan entrevistas semi-estructuradas a 16 niños y preadolescentes (entre 5 y 13 años) y sus padres.

Respecto de estos tres estudios, es posible connotar algunos elementos.

En primer lugar, respecto de las motivos de consulta y expectativas del proceso, la mayoría de los niños podía comunicar algún problema que los hacía a venir a terapia (Calberg et al., 2009; Carroll, 2002); asimismo, respecto de la terapia familiar (Stith et al., 1996).

En ese sentido, es importante mencionar que muchas de las razones que los niños mencionan como motivos de consulta no siempre concuerdan con las demandas del mundo adulto algo que se visualiza, por ejemplo, respecto del inicio de una terapia familiar (Stith et al., 1996).

Aunque si bien, la gran mayoría de los niños era capaz de mencionar un motivo de consulta no para todos los niños era tan obvio ligar estos problemas con aspectos que podrían mejorar, ya que estos últimos, generalmente rondan en torno al incremento de habilidades, siendo los menos, los que hablan de un cambio interior (Calberg et al., 2009).

A su vez, aunque no todos los niños tienen tan claro o recuerdan las expectativas previas a la terapia, la preocupación principal tiene que ver con que este espacio no fuera aburrido (Carroll, 2002).

Respecto del proceso de psicoterapia, en general, los niños tienen una apreciación positiva de la experiencia, en donde el entendimiento de sus problemas y razón de ser enviados, parecen haberse amplificado y profundizado. Así también, la posibilidad de jugar y hablar es vista como un aspecto favorecedor, aunque vivido con cierta ambivalencia: por un lado, es incómodo que el terapeuta solo les pregunte de un tema en específico, pero por otro, les resultaba aliviador conversar de sus problemas. Además, la información entregada por el terapeuta era también un elemento tranquilizador para los niños (Calberg et al., 2009; Carroll, 2002).

Al mismo tiempo, respecto del proceso, los niños también destacan como facilitador el uso de algunas técnicas especializadas, tales como técnicas de relajación o aquellas más lúdicas, algo preponderante en la terapia familiar, ya que, aunque hablar de los problemas resulta aliviador, también era agotador y aburrido solo sentarse y hablar (Carroll, 2002; Stith et al., 1996).

Otro elemento importante del proceso psicoterapéutico, guarda relación con la figura del terapeuta. Muchos niños expresan que el elemento que les gustó de la terapia era, simplemente, pasar tiempo con el terapeuta.

En ese sentido, los niños destacan los esfuerzos que hizo el terapeuta para que sintieran cómodos (por ejemplo, dándoles una colación), junto con el hecho de percibir que tenían una real decisión en la sesión. De igual manera, la confidencialidad por parte del terapeuta y las destrezas de éste para manejar ciertas situaciones (Carlberg et al., 2009; Carroll, 2002; Stith et al., 1996).

Entre los aspectos que los niños comentaron como dificultadores o pocos útiles durante el proceso psicoterapéutico, destacan el hecho de que les dieran tareas, puesto que, en general, no es un deseo de los niños. Además, mencionan como factores extraterapéuticos, el cambio de vivienda como un tema que dificultaba la asistencia a las sesiones (Carlberg et al., 2009; Carroll, 2002).

Así mismo, respecto de la terapia familiar, se mencionan los aspectos estructurales de ésta, referidos al uso de espejo unidireccionales, o las videograbadoras, ya que estos los hacía sentir incómodos, sobretodo en el inicio de la terapia. Cabe destacar que este elemento se evidencia más en los pre-adolescentes (los autores lo remiten entre los 10 y 12 años) (Stith et al., 1996).

Otro aspecto que los niños mencionan respecto de la terapia familiar, era el hecho de no sentirse incluidos en ella, ya que, algunas veces, si bien eran citados a terapia, debían quedarse en la sala de espera. A su vez, la inclusión también responde a sentir que son parte activa en la creación de soluciones para los problemas colectivos (Stith et al., 1996).

Finalmente, respecto del término de la terapia y los efectos de ésta, la mayoría de los niños mencionan que la experiencia de psicoterapia fue positiva; sin embargo, en torno a los efectos terapéuticos, sus opiniones parecen ser más cautelosos, calificando la mejora como moderada. Así también, aunque los terapeutas invierten esfuerzos y tiempo en el proceso de cierre, los niños rara vez recuerdan una planificación cuidadosa al respecto; más bien, los testimonios indican que es necesario un mayor esfuerzo para asegurar que se entienden y respetan sus sentimientos en torno a esta etapa. Solo aquellos que sentían más control respecto del proceso, comprendieron las implicancias del cierre (Carlberg et al., 2009; Carroll, 2002).

5.4 Cambio Psicoterapéutico en Niños y Adolescentes

En este apartado, se efectuará una integración de los referentes teóricos de los anteriores puntos, relativo a las conceptualizaciones del cambio psicoterapéutico y las investigaciones de proceso psicoterapéutico en población adulta, adolescente y niños.

Se destaca que esta integración pretende ser un acercamiento a la comprensión del proceso de cambio psicoterapéutico en niños y adolescentes que participan o han participado en psicoterapia, con el fin de integrarlo a las investigaciones en psicoterapia con víctimas de ASI y así, proporcionar un marco comprensivo del cambio psicoterapéutico en dicha población.

Para ello, este apartado será dividido en cuatro acápite referidos, en primer lugar, a una definición del cambio psicoterapéutico en dicha población, así como una aproximación a la manera en que este proceso se da, que corresponde al segundo punto; en tercer lugar, una propuesta del contenido del cambio psicoterapéutico en niños y adolescentes; y, en cuarto lugar, los factores que influyen en dicho proceso, ya sea como facilitadores u obstaculizadores del cambio psicoterapéutico.

5.4.1. Conceptualización del Cambio Psicoterapéutico en Niños y Adolescentes

Desde el marco constructivista narrativo los seres humanos son entendidos como sujetos activos en su rol constructor de la realidad y de significados personales a través de la narración de sus propias vidas y el mundo (Bruner 2004; Capella, 2013; Sepúlveda, 2013; White y Epston, 1993).

En base a esto, los seres humanos disponen de un complejo conjunto de cogniciones (Altimir et al., 2010), estructuras (Sepúlveda, 2013) o autonarrativas (Alves et al., 2014) que les permitirían organizar sus experiencias y visión del mundo, guiar y justificar sus acciones o comportamientos, proveyendo un sentido de existencia e identidad en el tiempo (Altimir et al., 2010; Alves et al., 2014; Capella, 2011; Dagnino et al., 2014; Krause et al., 2006; Ribeiro et al., 2011).

Así, podemos pensar que este complejo conjunto de cogniciones o autonarrativas, constituirían una matriz que permite organizar al sí mismo y sus relaciones, dando un significado a las experiencias vividas, integrándolas a la trama vital y dando continuidad al sentido que guía sus vidas. En ese sentido, esta matriz es considerada como la narrativa (Capella, 2011).

Esta matriz, entonces, permitiría guiar y estructurar la experiencia, justificar y dar sentido de identidad a la propia vida (Altimir et al., 2010; Capella, 2011), y es en donde se conectarían diversos aspectos del sí mismo en un proceso de enriquecimiento y diversificación de los contenidos y significados (Gonçalves, 2002).

Sin embargo, a pesar de esta diversidad y multiplicidad, esta matriz puede volverse problemática, en la medida en que el proceso de construcción de multiplicidad, complejidad y coherencia narrativa se vea restringido o dificultado por diversas experiencias o circunstancias en la vida (Capella, 2011; Gonçalves, 2002).

En ese sentido, es posible pensar que la llegada al espacio psicoterapéutico se relacionaría con una rigidización de un proceso de construcción de una narrativa diversificada y compleja en contenido y coherente en el tiempo (Gonçalves, 2002), es decir, en la rigidización de un proceso de equilibrio continuo y flexible de intercambio del sujeto con su medio (Sepúlveda, 2013).

Así, la apertura o expansión de esta matriz que se ha rigidizado y se ha vuelto problemática, correspondería a la emergencia de momentos que posibilitan la oportunidad para el cambio psicoterapéutico (Gonçalves et al., 2009; Gonçalves y Ribeiro, 2012).

Integrando elementos de las investigaciones y la teoría, es posible pensar que el cambio psicoterapéutico en población infanto juvenil es entendido como un proceso de transformación global del niño/adolescente respecto de la visión del sí mismo y el entorno, a partir de una construcción gradual de nuevos significados y modelos explicativos respecto del problema y la progresiva construcción de una narrativa personal y relacional más enriquecida y flexible.

Este proceso, si bien se centra en el niño y adolescente, no puede ser entendido si no en diálogo con la familia y, en especial, con la/s figura/s parental/es, quienes constituirían un marco de referencia para esta población, un espacio inicial de socialización e intercambio con el medio y un apoyo en el logro de equilibrios evolutivos (Sepúlveda, 2013).

Teniendo esto en cuenta, podemos pensar que el cambio psicoterapéutico en niños y adolescentes, sería entonces un proceso de crecimiento paulatino y progresivo respecto de la construcción de nuevos sistemas de significados, explicaciones y modos de organizar la experiencia y el sí mismo (Gonçalves et al., 2009; Krause, 2005; Roussos, 2013), que conllevaría a equilibrios en las distintas etapas del desarrollo en las que están cada uno: en niños, posiblemente ligada al proceso de objetivación de la realidad y la aceptación de otros puntos de vistas; mientras que en los adolescentes, vinculada a la complejización de estructuras cognitivas y afectivas, en un proceso dinámico de unidad del sí mismo e integración de otros (Sepúlveda 2008; 2013).

5.4.2. Proceso de Cambio Psicoterapéutico en Niños y Adolescentes

El cambio psicoterapéutico en niños y adolescentes trascurrirían en fases sucesivas, en un proceso que no es lineal (Gonçalves et al., 2009; Krause et al., 2006; Mander et al., 2014) (cabe destacar, que respecto de las etapas de cambio, éstas han sido mayormente investigada en población adulta).

En el principio de la etapa inicial del proceso de cambio, existiría una ambivalencia respecto de la ocurrencia de un problema y de la validación del sistema terapéutico como un lugar de ayuda frente a la problemática (Echávarri et al., 2009; Mander et al., 2014). En este sentido, y con mayor o menor grado de dificultad, tanto niños como adolescentes podrían ser capaces de comunicar alguna dificultad o problema previo al proceso psicoterapéutico, la que podría concordar o no con las demandas de sus padres o adultos significativos (White y Epston, 1993).

Es importante considerar que la construcción de esta problemática o queja inicial, puede realizarse a través de diversas narrativas, ya sea verbales, por acción (por ejemplo, a través del juego o representación teatral) o por la imagen (representaciones icónicas tales como dibujos, collages, entre otras) (Sepúlveda, 2013).

En este momento, sentimientos/pensamientos asociados al inicio de una psicoterapia resguardarían cierta ambivalencia: por un lado, el miedo a ser juzgados o la preocupación por lo lúdico del espacio; por otro, una leve esperanza de que el psicólogo/a los ayudaría (Binder et al., 2011; Carlberg et al., 2009; Carroll, 2002; Wastford et al., 2013).

Así, el cambio en esta fase inicial se relacionaría con aceptación de que hay una problemática que los aqueja y que necesitan ayuda, así como cambios en las resistencias iniciales- miedo, incertidumbre, preocupación- validando el espacio terapéutico como lugar seguro y de ayuda, donde la relación terapéutica jugaría un rol fundamental.

La consolidación inicial de una alianza terapéutica no solo permitiría un cambio progresivo respecto de esta ambivalencia o resistencias (Fernández, 2013), sino que también en la construcción y adquisición paulatina de mayor conocimiento respecto del /los problema/s, junto con cuestionamientos muy iniciales de aquellos patrones que guían la vida de niños y adolescentes y que se han vuelto problemáticos (Echávarri et al., 2009; Krause et al., 2006).

Esto constituiría un telón de fondo para la ocurrencia de pequeños cambios en relación a pensamientos que difieran progresivamente de aquellos predichos por el problema (Gonçalves et al., 2009; Ribeiro et al., 2010), teniendo en cuenta que estos serían iniciales y trascurrirían de manera paulatina (Altimir et al., 2010).

Una segunda fase, o etapa media, se relacionaría fuertemente con el trabajo sobre “el problema”, en el que es posible pensar que niños y adolescentes- y familia- paulatinamente adquirirían mayor conocimiento respecto de su problemática (Altimir et al., 2010; Gonçalves et al., 2009), conectando distintos elementos de su vida y otros, que influyen en la existencia y permanencia del problema (Krause, 2005). En esta etapa, el rol de la alianza terapéutica también sería fundamental, ya que la construcción y progresiva consolidación de esta proveería un abanico acogedor para el “trabajo más duro” (Carlberg et al., 2009; Fernández, 2013).

Progresivamente en esta etapa, y a medida que se van adquiriendo mayores conocimientos respecto del motivo de consulta inicial y una reconceptualización del problema inicial, se desarrollaría un mayor sentido de agencia y competencia frente al problema, traducido en acciones concretas para hacer frente a éste, que le permitirían a los niños y adolescentes, un paulatino re- posicionamiento frente al problema (Gonçalves et al., 2009). Podemos pensar que este re-agenciamiento frente al problema, no solo se da en niños y adolescente, sino también en sus padres, en la medida en que éstos también adquieren mayor conocimiento respecto del problema (White y Epston, 1993).

Este re-posicionamiento, también podría relacionarse con la progresiva emergencia de nuevos aspectos del sí mismo y el entorno, que contribuirían a una posición diferente por parte del niño/adolescente, tanto del problema, como de su vida y relaciones (Echávarri et al., 2009; Krause et al., 2006).

En la etapa final del cambio psicoterapéutico, existiría un mayor conocimiento y bienestar respecto de la/s problemática/s que los aquejaban, así como la consolidación de nuevos aspecto del sí mismo y el entorno, en la construcción progresiva de una narrativa alternativa. Esto podría implicar una proyección del sí mismo en el futuro, donde los cambios experimentados en el proceso psicoterapéutico son aplicables a otras experiencias (Altimir et al. 2010; Krause et al., 2006; Gonçalves, 2002; Gonçalves et al., 2009).

En ese sentido, niños y adolescentes podrían dar cuenta de que algo es diferente en ellos, pero también, comentar (en mayor o menor medida) acerca del proceso de transformación y los elementos que están presentes en éste (Gonçalves y Ribeiro, 2012). En relación a esto, variables evolutivas podrían influir, lo que hace pensar que niños pueden ser más concretos en sus explicaciones del proceso y factores de cambio, en relación a los adolescentes, cuya capacidad de pensamiento abstracto estaría más desarrollada (Sepúlveda, 2013).

Así también, los padres (y familia) podrían dar cuenta de que algo es distinto en sus hijos y, en menor o mayor medida, en ellos mismos (White y Epston, 1993).

Finalmente, respecto de la relación terapéutica- elemento altamente relevado por niños y adolescentes- en las etapas finales se daría una progresiva disminución de la asimetría relacional y un reconocimiento de la ayuda otorgada (Krause, 2005).

De acuerdo a estas etapas, el cambio psicoterapéutico en niños y adolescentes es un proceso que comenzaría antes de la llegada al espacio terapéutico y continuaría una vez terminada la psicoterapia, por lo que el cambio psicoterapéutico es un proceso en curso, que continúa a lo largo de la vida (Altimir et al., 2010; Krause et al., 2006).

Como se entiende que el cambio psicoterapéutico no sería lineal, en estas distintas fases, se darían momentos de avances y retrocesos (Goncalvez, et al., 2009; Krause, 2005; Ribeiro et al., 2011; Ribeiro et al., 2015).

Así, en un primer momento el cambio se relacionaría con la existencia y construcción del problema. A medida que avanza el proceso, progresivamente se experimentarían cambios (nuevos pensamientos, acciones, posición) en relación al problema, los que podrían constituir una diferencia respecto de la narrativa problemática que se ha vuelto dominante. Frente a esta diferencia, la ambivalencia o resistencia por lo novedoso puede emerger, dando paso a una respuesta auto-protectora en niños y adolescentes, en la que se vuelve a aquellos modelos o patrones que resultan problemáticos, conceptualizado como "retroceso" (Goncalvez et al., 2009; Ribeiro et al., 2011).

Frente a la ambivalencia respecto del cambio- donde paulatinamente se realizan cambios respecto del problema, pero donde la diferencia experimentada implica una amenaza a aquellos patrones subjetivos arraigados- sería de suma importancia, por un lado, el rol que el terapeuta pueda tener, conteniendo al niño/adolescente, pero desafiándolos a seguir adelante en el proceso, así como la capacidad de dar cuenta del proceso de transformación (ligada a un proceso de co-construcción entre niños/adolescentes, terapeutas y padres) que permitiría ir situando estos cambios en el continuo vital, dando estructura narrativa y otorgándoles un sentido (Gonçalves y Ribeiro, 2012; Ribeiro et al., 2015).

Este círculo, disminuiría en frecuencia e intensidad a lo largo del proceso, en la medida en que se logre una mayor integración del problema en la construcción de una narrativa más enriquecida y diversificada (Ribeiro et al., 2015).

Es posible pensar que este círculo también sería experimentado en los padres (y familia), respecto de su hijo/a, así como de cambios propios; sin embargo, es necesaria mayor investigación al respecto.

Por tanto, es importante recalcar que el proceso de cambio psicoterapéutico no solo implicaría pensamientos, acciones o una posición distinta respecto del problema, sino que estos deberían ir adquiriendo mayor riqueza y diversidad como para ser capaces de trascender de la díada entrampante problema-oposición al problema (Gonçalves et al., 2009).

En consecuencia, el cambio psicoterapéutico implicaría una integración más adaptativa del problema en el continuo vital a través de la construcción, paulatina y progresiva, de una narrativa más coherente, diversa y múltiple, en un proceso de transformación de la visión del sí mismo, las relaciones y el entorno, en diálogo con la familia, especialmente los padres.

5.4.3. Contenido del Cambio Psicoterapéutico en Niños y Adolescentes

De acuerdo a las investigaciones revisadas, podemos pensar que el contenido del cambio se daría, principalmente, en cinco esferas descritas a continuación:

5.4.3.1 Sintomatología

En esta esfera es posible pensar un cambio en relación a la reducción o alivio sintomatológico, así como una remisión de la sintomatología presentada en un inicio o desarrollo de la psicoterapia (Elliot, 2008; Olivera et al., 2011). Si bien, este es un elemento importante, no parece ser un aspecto central o el más relevante en el cambio psicoterapéutico experimentado (Levitt et al., 2006).

Por ello, existirían otros aspectos que resultan más trascendentales a la hora de pensar qué es lo que cambia en niños y adolescentes que asisten a psicoterapia.

5.4.3.2. Relación Con El Problema

Un segundo aspecto se vincularía a una mayor consciencia del problema y de los factores que influyen en éste (Calberg et al., 2009; Gibson y Cartwright, 2014; Viklund, 2013), así como la adquisición y uso de herramientas para hacer frente al problema, que implicaría una mayor sensación de dominio frente a la problemática que aqueja (Elliot, 2008; Gibson y Cartwright, 2014).

5.4.3.3 Nivel Intrapersonal

Una tercera esfera correspondería a la que Olivera et al (2011) denomina cambio intrapersonal, que se asociaría a diversos elementos relacionados entre sí:

- a) mayor comprensión acerca de ellos mismos, sus emociones y sentimientos, conductas, corporalidad, entre otras (Barros y Matamorros, 2009; Gibson y Cartwright, 2014; Levitt et al., 2006; Timulak, 2007; citada en Elliot, 2010).
- b) Mayor sensación de dominio y agencia para hacer frente a diversas situaciones de la vida, no tan solo las que se constituyen como problemáticas (Elliot, 2008; Gibson y Cartwright, 2014).
- c) Aumento en la autoestima y seguridad personal (Elliot, 2008).

5.4.3.4 Nivel Interpersonal:

Un cuarto aspecto podría vincularse a la esfera interpersonal (Olivera et al., 2011). En este punto es posible pensar que en niños y adolescentes existiría una mejora en sus relaciones interpersonales- con pares, familiares, entre otros- (Elliot, 2008; Levitt et al., 2006), sintiéndose más comprendidos por éstos o teniendo una mayor participación en diversas instancias relacionales (Timulak, 2007; citada en Elliot, 2010).

Así, existirían cambios en la manera en que los niños y adolescentes se relacionan con otros o son reconocidos por otros (Gibson y Cartwright, 2014).

5.4.3.5. Nivel Conductual

Un último aspecto destacado en la literatura, correspondería a la esfera conductual. En relación a esto, es posible destacar cambios en el comportamiento- relacionados o no al motivo de consulta- traducidos, por ejemplo, en un mayor control de impulsos (Barros y Matamorros, 2009).

Es importante destacar, que aunque estos aspectos se hayan agrupado bajo ciertos criterios, las distintas esferas se relacionarían estrechamente la una con la otra, por lo que, por ejemplo, un cambio en la esfera interpersonal, no puede ser entendido en el solipsismo de este; más bien, en el cambio conjunto.

A su vez, también es importante connotar que si bien, la distintas esferas se relacionan con la idea de la transformación y crecimiento, este último parece adquirir mayor énfasis en población infante juvenil; y en lo que concierne a la idea del crecimiento, énfasis diferenciales también se darían entre niños y adolescentes, ya que los primeros parecen remarcar la idea de la

adquisición de habilidades (Carlberg et al., 2009), mientras que lo segundos destacarían el trabajo identitario (Gibson y Cartwright, 2014).

Estos dos aspectos serán profundizados en el acápite de conclusiones.

5.4.4. Factores Influyentes

Distintos son los factores que influirían en el cambio psicoterapéutico que niños y adolescentes pueden experimentar, destacado que algunos pueden influir como facilitadores y otros como dificultadores de dicho proceso.

En base a esto, los factores fueron divididos en cuatro grandes grupos, detallando los aspectos facilitadores y obstaculizadores en cada uno de éstos.

5.4.4.1. Psicoterapia

5.4.4.1.1. Factores Facilitadores

5.4.4.1.1.1 Características del Terapeuta:

a. Cualidades Interpersonales del Terapeuta: De acuerdo a las investigaciones, los niños y adolescentes apreciarían distintas cualidades interpersonales en el terapeuta como elementos que contribuirían al proceso de cambio. Así, se rescataría la calidez y simpatía del terapeuta, ser comprensivos y preocupados por el paciente, mostrarse entusiastas respecto de las diversas tareas que el proceso psicoterapéutico implica, y estar atentos a las necesidades del otro (Binder et al., 2011; Bury et al., 2007; Carroll, 2002; Levitt et al., 2006; Sagen et al., 2013; Stith et al., 1996; Watsford et al., 2013).

b. Terapeuta en su Rol Profesional: La congruencia del terapeuta, al demostrar coherencia entre el rol ejercido como terapeuta y la persona que él es; cómodos en el rol que ejercen (y no desde el sentido de obligación o trabajo) y con los límites de éste parecen ser elementos destacados como facilitadores (Binder et al., 2011; Bury et al., 2007; Levitt et al., 2006; Sagen et al., 2013).

c. Competencias del Terapeuta: Un tercer aspecto guarda relación con la competencia que el terapeuta tiene respecto del trabajo realizado –manejo de técnicas o distintas habilidades (Levitt et al., 2006; Olivera et al., 2011), junto con la capacidad demostrada para lidiar con el problema o las situaciones problemáticas que se presentan a lo largo del proceso (Binder et al., 2011; Carroll, 2002).

Cabe destacar, que las características del terapeuta es visualizado, tanto por los niños como por los adolescentes como un elemento útil para el cambio psicoterapéutico, mientras que el rol

profesional del terapeuta, parece ser un elemento mayormente mencionado en las investigaciones con adolescentes.

5.4.4.1.1.2. Relación Terapéutica:

Otro aspecto fuertemente connotado por lo niños y adolescentes corresponde a la relación con el terapeuta. En relación a esto, se visualizan cuatro grandes aspectos:

a. La Relación Terapéutica Posibilita la Apertura y Expresión: En la literatura, la relación terapéutica ha sido connotada como un elemento que brinda la oportunidad para expresarse o desahogarse, comunicar las experiencias que han vivido y expresar emociones asociadas a dichas vivencias. Es decir, esta relación facilitaría la apertura de los niños y adolescentes, para hablar (jugar, pintar, entre otros) sobre las experiencias vividas y las repercusiones afectivas asociadas a éstas (Carlberg et al., 2009; Carroll, 2002; Dunne et al., 2000; Manthei, 2007; Midgley et al., 2006; Sagen et al., 2013).

En ese sentido, el vínculo terapéutico parece facilitar la apertura y cambio respecto de las resistencias iniciales, relacionadas al miedo a ser juzgados, la vergüenza asociada al malestar (Binder et al., 2011; Bury et al., 2007; Watsford et al., 2013), la preocupación porque el espacio terapéutico no fuera aburrido, entre otras (Carroll, 2002).

b. La Relación Terapéutica Entrega Nuevas Perspectivas: Otro aspecto de la relación terapéutica se asociaría a las nuevas perspectivas que esta relación permite acerca del problema y de diversas áreas de la vida, ayudando a ver las cosas de manera diferentes (Barros y Matamorros, 2009; Binder et al., 2011; Levitt et al., 2006; Midgley et al., 2006).

c. La Relación Terapéutica Facilita el Empoderamiento: Un tercer aspecto vinculado a la relación terapéutica tendría que ver con el empoderamiento y la alianza terapéutica como un facilitador de aquello. En ese sentido, tanto niños como adolescentes destacarían las labores realizadas por el terapeuta que les permitían ejercitar su autonomía y agencia en el espacio terapéutico, teniendo la oportunidad de elegir, por ejemplo, a qué juegos jugar o cuando/como hablar sobre ciertas temáticas (Carroll, 2002; Gibson y Cartwright, 2013). Esto, además de transmitirle un respeto por parte del terapeuta, brindaría la oportunidad para poner en práctica la agencia personal y les permite ir empoderándose de sus habilidades y recursos (Binder et al., 2011; Manthei, 2007; Páramo, 2011).

Este aspecto parece ser un elemento ampliamente destacado en la investigación clínica con niños y adolescentes, en comparación con lo encontrado en investigación en población adulta (Gibson y Cartwright, 2013).

d. La Relación Terapéutica como una Experiencia Relacional Diferencial: En este último aspecto destacado en la relación psicoterapéutica, la alianza terapéutica sería vista por niños y adolescentes, como un vínculo que provee elementos que no son comunes a otro tipo de relaciones interpersonales y que contribuyen al cambio psicoterapéutico. En cuanto a esto, la relación terapéutica parece visualizarse como una relación de apoyo y comprensión, que provee seguridad y confianza y que permite a los niños y adolescentes abordar temáticas que son complejas, entre otras (Binder et al., 2011; Bury et al., 2007; Fernández, 2013; Sagen et al., 2013)

Esta relación proveería un vínculo que los hace sentir valorados y respetados y aportaría continuidad y estabilidad sobre todo en aquellos momentos de mayor crisis (Binder et al., 2009; Carlberg et al., 2009; Carroll, 2002; Gibson y Cartwright, 2013; Levitt et al., 2006).

En ese sentido, aunque la relación terapéutica es un elemento connotado tanto por población adulta como infanto-juvenil, para los niños y adolescentes parece tener un mayor énfasis en el proceso psicoterapéutico, con mayor preocupación por la confidencialidad y fiabilidad del espacio (Carroll, 2002; Gibson y Cartwright, 2013; Stith et al., 1996).

5.4.4.1.1.3. Técnicas/ Intervenciones:

Un tercer gran aspecto relevado se relaciona al uso de diversas técnicas o intervenciones durante el proceso terapéutico, y la manera en que estas contribuyen al proceso. En base a eso, dos son los principales aspectos encontrados:

a. Uso de Diversas Técnicas: Tanto niños como adolescentes reportarían que hablar sobre los problemas y otros temas de su vida es un factor importante, no obstante también se destacaría el uso de otras técnicas, tales como técnicas más lúdicas o artísticas (dibujar, pintar, jugar, etc.) así como técnicas de relajación (Binder et al., 2011; Carlberg et al., 2009; Carroll, 2002; Stith, 1996)

Aunque este es un elemento connotado por niños y adolescentes, es un factor fuertemente relevado por los niños (Carlberg et al., 2009).

b. Intervenciones de Encuadre: Otro aspecto importante se relacionaría con intervenciones que brinden información respecto del proceso acerca de qué es la terapia, que es lo que se hace y

las garantías del espacio (por ejemplo, de que no serán juzgados) (Binder et al., 2011; Bury et al., 2077; Carlberg et al., 2009).

Asimismo, en etapas de cierre parece ser fundamental respetar los tiempos del paciente respecto de la desvinculación con el espacio y proveer información de lo que esto implica, lo que ayuda a aplacar la ambivalencia que este proceso genera (Bury et al., 2007; Carroll, 2002).

5.4.4.1.1.4 Duración de la Psicoterapia:

Un último elemento se relacionaría a los tiempos de intervención. En ese sentido, se ha descrito que tiempos más largos de intervención- mayor número de sesiones- brindaría la posibilidad de alcanzar una mayor profundidad sobre las temáticas abordadas o trabajar sobre otras áreas de la vida y no en exclusividad en relación al problema (Barros y Matamorros, 2009; Ribeiro et al., 2015).

A pesar de esto, las investigaciones no dan cuenta de un número estimado de sesiones o meses de intervención, lo que posiblemente se asocie a las diferencias encontradas en las distintas escuelas teóricas, en relación a esta temática.

5.4.4.1.2. Factores Obstaculizadores

También hay aspectos de la psicoterapia que resultarían dificultadores para el cambio. Cabe destacar que la investigación sobre estos factores son escasas, y éstos suelen desarrollarse en población adulta (Viklund, 2013), por lo que esta clasificación es, más bien, un marco tentativo a la hora de pensar en factores obstaculizadores en psicoterapia con niños y adolescentes.

Aun así, cinco son los principales factores encontrados en la literatura:

5.4.4.1.2.1 Características del Terapeuta:

Dentro de las características del terapeuta que se visualizarían como obstaculizadoras para el proceso de cambio psicoterapéutico, se habla de terapeutas demasiado críticos o confrontacionales con los pacientes (Elliot, 1985; citado en Viklund, 2013), junto con aquellos que se perciben como pasivos en el proceso o poco atentos a las necesidades que se puedan presentar (Lietaer, 1992; citado en Viklund, 2013).

5.4.4.1.2.2. Relación Terapéutica

La relación terapéutica podría significarse como obstaculizadora, en tanto transgreda los límites personales del paciente (terapeutas demasiado involucrados) o éstos se perciban como poco

involucrados en el proceso, alejados de las necesidades del paciente o anteponiendo sus necesidades personales (Viklund, 2013).

5.4.4.1.2.3. Intervenciones

Un tercer aspecto destacado por la literatura se relacionaría a las intervenciones realizadas por el terapeuta, destacando, principalmente, tres aspectos:

a. Falla en la Percepción del Problema: Un elemento que se destacaría es cuando los pacientes perciben que el terapeuta no comprende el problema a tratar, no tiene claro los focos o las metas de trabajo o realiza intervenciones, tales como una interpretación, que no son acordes a las vivencias del paciente (Manthei, 2007; Levitt et al., 2006).

b. Olvido de Temáticas Anteriormente Abordadas: Un segundo aspecto dentro de las intervenciones se relacionaría con el olvido del terapeuta de temáticas tratadas o conversadas, lo que puede ser percibido como una falta o poca atención por parte del terapeuta hacia el paciente (Lietaer, 1992; citado en Viklund, 2013).

c. Poca Inclusión en el Espacio/Soluciones Terapéuticas: Un aspecto obstaculizador fuertemente connotado por niños y adolescentes referiría a no sentirse incluidos dentro del espacio, tanto físicamente- por ejemplo, cuando no son invitados a convocatorias familiares o son dejados fuera del box de atención- como en términos de opinión o creación de soluciones terapéuticas (Stith et al., 1996).

5.4.4.1.2.4 Duración de la Psicoterapia

El tiempo de duración de la terapia es otro factor que influye en el cambio psicoterapéutico. En específico, este factor podría ser visualizado como un elemento obstaculizador del proceso, cuando los tiempos de intervención son ajustados y acotados. En esos casos, el tiempo sería visto como una limitante para la profundidad y continuidad del proceso (Barros y Matamorros, 2009).

5.4.4.1.2.5 La Psicoterapia como factor de exclusión

Un último factor que puede resultar obstaculizador del proceso y cambio psicoterapéutico, se relacionaría con el hecho de asistir a un proceso psicoterapéutico y la manera en que esto puede ser visto como un elemento que exacerbaría en los niños y adolescentes la sensación de estar dañado, averiado o loco (Midgley et al., 2006).

5.4.4.2. Factores Propios

La propia participación en el espacio terapéutico, también parece ser un factor mencionado en las investigaciones.

5.4.4.2.1. Factor Facilitador

5.4.4.2.1.1. Paciente como Colaborador Activo (Gibson y Cartwright, 2013)

Si bien las labores que el terapeuta hace dentro/fuera del contexto terapéutico es un aspecto connotado por niños y adolescentes, lo que ellos hacen por ellos mismos, como colaboradores activos del cambio, también sería visto como un elemento que contribuye al proceso (Gibson y Cartwright, 2013).

En ese sentido, las tareas iniciadas por ellos mismos o ejercitar las decisiones o acciones realizadas en la terapia, constituirían formas para colaborar al proceso (Manthei, 2007; Olivera et al., 2011).

5.4.4.2.2. Factor Obstaculizador

5.4.4.2.2.1. Obstaculización o Evitación de Temáticas

Dificultar la conversación, evitar hablar o profundizar sobre los temas sería visto como un factor dificultador de los procesos de cambio psicoterapéutico (Lietaer, 1992; citado en Viklund, 2013).

En este punto es importante considerar lo anteriormente mencionado sobre el uso de otras técnicas además de las verbales, ya que la conversación no es la única manera de acceder a las experiencias que niños y adolescentes viven, por lo que esta técnica parece ser algo necesaria, más no suficiente para la población infanto juvenil.

5.4.4.3. Factores Familiares

La familia y entorno familiar, también parecen ser factores relevados en las investigaciones con niños y adolescentes.

En cuanto a esto, es posible hipotetizar que el rol e influencia de la familia en los procesos psicoterapéuticos de niños y adolescentes comprenden más elementos que los señalados en este apartado, pero las investigaciones revisadas en la presente memoria- correspondiente a narrativas de los niños y adolescentes sobre sus procesos terapéuticos- enfatizan las variables de la psicoterapia y factores propios, por sobre elementos o relatos de otras figuras significativas en el proceso. A su vez, son escasos los estudios encontrados que relacionen la experiencia de los niños con la de sus padres u otros significativos.

Aun así, algunos elementos son posibles de relevar en la literatura revisada.

5.4.4.3.1 Factor Facilitador

5.4.4.3.1.1. Incorporación de los Padres en Proceso Psicoterapéutico de los Hijos

Un elemento destacado se relacionaría con la incorporación de padres al espacio psicoterapéutico en el que participan sus hijos, desde etapas iniciales, tales como conocer al terapeuta, hasta la conexión que los padres en la manera en que ellos contribuyen al problema de su hijo (Carlberg, 1997).

5.4.4.3.2. Factor Obstaculizador

5.4.4.3.2.1. Problemas en el Motivo de Consulta entre Padres e Hijos:

En ese sentido, un aspecto dificultador parece vincularse con la sensación que pueden tener los niños y adolescentes de ser traídos a terapia, sin un motivo de consulta propio (ya que este motivo proviene del mundo adulto) o, por otro lado, que el motivo de consulta propio no concuerde con las demandas establecidas por los padres o familia (Stith et al., 1996).

5.4.4.4. Factores Contextuales

Un último factor se relacionaría con variables de contexto, en cuanto al colegio y residencia

5.4.4.4.1. Factor Facilitador

5.4.4.4.1.1 Cambios positivos en el contexto

Cambios positivos en el contexto escolar o habitacional, serían elementos relevados como útiles para el cambio. Así, la llegada de un nuevo profesor o cambios de casa que implican mejoras, serían connotados en las investigaciones con niños y adolescentes (Carlberg, 1997).

5.4.4.4.2 Factor Dificultador

5.4.4.4.2.1. Cambio de Residencia

El contexto habitacional también pueden ser connotado como obstaculizador del cambio, en la medida en que el cambio de residencia implique dificultad para poder asistir al proceso terapéutico debido a, por ejemplo, la lejanía con el centro de atención (Barros y Matamorros, 2009; Carroll, 2002).

En conclusión, diversos son los factores que influyen en el cambio psicoterapéutico que experimentan niños y adolescentes, por lo que es posible pensar que esta transformación en la solo tiene lugar en la confluencia e interrelación de los distintos aspectos.

Es importante recalcar que la comprensión del cambio psicoterapéutico es una integración teórica de las investigaciones en psicoterapia – por lo que es importante contrastarla con elementos que puedan quedar fuera de este estudio y, por supuesto, con la práctica- y, a su vez, constituye un primer acercamiento al cambio psicoterapéutico en población infanto juvenil clínica general, que contribuye a la posterior integración realizada sobre dicho proceso en niños y adolescentes que han sido víctimas de ASI.

5.5. Propuesta del Cambio Psicoterapéutico en Niños y Adolescentes Víctimas de ASI

El presente apartado corresponde a la integración de la literatura referida al cambio psicoterapéutico y aquella relativa a la psicoterapia con niños y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales.

Esta integración plantea una propuesta comprensiva acerca del cambio psicoterapéutico en dicha población, por lo que este punto fue dividido en cuatro grandes aspectos: en primer lugar, una definición de qué es el cambio psicoterapéutico en población infanto juvenil víctimas de ASI, así como una aproximación al proceso en que este cambio transcurre (diversas fases), correspondiente al segundo punto; en tercer lugar, una propuesta del contenido del cambio psicoterapéutico en esta población; y último lugar, los factores que influyen en el proceso de cambio psicoterapéutico, tanto aspectos facilitadores como obstaculizadores de dicho cambio.

Así, lo propuesto en este acápite, se relacionan a al último objetivo planteado en la presente memoria.

5.5.1. Conceptualización del Cambio Psicoterapéutico en Niños y Adolescentes Víctimas de ASI

Integrando lo expuesto para el cambio psicoterapéutico en población infanto juvenil clínica general, desde un marco constructivista narrativo, los seres humanos son activos en la construcción de significados de las experiencias vividas, a través de un conjunto de estructuras y narrativas- una matriz- que organiza y justifica las acciones/pensamientos y provee un sentido de continuidad e identidad (Altimir et al., 2010; Bruner, 2004; Capella, 2013; Gonçalves et al., 2009; Sepúlveda, 2008).

En relación a esto, una experiencia abusiva puede ser vista como un punto de inflexión o quiebre biográfico en la historia vital del sujeto (Fundación para la Confianza y OPCION, 2012), por lo que esta experiencia puede generar desequilibrios permanentes en la narrativa del sujeto, en tanto no puede ser asimilada ni integrada al continuo vital, ya que no se cuenta con el desarrollo de estructuras previas para hacerlo y porque la experiencia requeriría cambios importantes en la matriz, tanto a nivel de asimilación como de acomodación (Capella, 2011; Sepúlveda, 2008).

En ese sentido, la experiencia de agresión sexual puede dificultar el desarrollo de una matriz diversificada, compleja y coherente, acerca de la visión del sí mismo y el entorno (Capella, 2011; Gonçalves, 2002) y rigidizar un proceso de equilibrio que es continuo y permanente (Sepúlveda, 2008;2013), al promover la consolidación de una sola narrativa que se vuelve dominante (Alves et al., 2014; Ribeiro et al., 2011), y en la que se aloja la experiencia ASI como núcleo central y no como una experiencia dentro de otras más (Capella 2011; Neimeyer et al., 2006).

La dominancia de esta narrativa, y de la experiencia ASI como núcleo central, promovería una idea del sí mismo y una identidad construida en torno a la experiencia de agresión sexual, la que se consolida en diferentes aspectos de la vida del sujeto: en su relación con el mismo, con los otros y el mundo (Capella, 2011; Neimeyer et al, 2006).

En relación a esto, la apertura o expansión de esta matriz que se ha rigidizado y se ha vuelto problemática, correspondería a la emergencia de momentos que posibilitan la oportunidad para el cambio psicoterapéutico (Gonçalves et al., 2009; Gonçalves y Ribeiro, 2012).

Teniendo estos elementos en cuenta, es posible pensar que el cambio psicoterapéutico en niños y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales puede ser entendido como proceso de crecimiento y transformación global del niño/adolescente respecto de la visión del sí mismo, sus relaciones y el mundo, a través de un proceso de reconceptualización de la experiencia de agresión sexual. Esto implica la progresiva construcción y consolidación de una narrativa personal y relacional más fortalecida, diversificada, coherente y flexible; en un proceso que se da en relación con el contexto, y en especial, en conjunto con su/s figuras parental/es.

En ese sentido, el cambio que niños y adolescentes pueden experimentar en psicoterapia implicaría un proceso en el que se ahonda sobre la experiencia abusiva, promoviendo la emergencia y progresiva construcción de una narrativa alternativa a la experiencia abusiva, que permitan dar sentido a ésta e integrarla de manera positiva al continuo vital como una experiencia más dentro de otras (Capella, 2011; Capella y Miranda, 2003; Capella et al, in press;

Neimeyer et al., 2006; Ronen, 1996). Al hacer sentido de la experiencia de ASI, los niños y adolescentes no solo se recuperarían de esta vivencia, sino que crecerían: la transformación global en la visión del sí mismo, sus relaciones y el entorno (Capella y Gutiérrez, 2014; Capella et al., in press; Draucker et al, 2011; Lama, 2014; Rodríguez, 2014).

Si bien este proceso de transformación tendría lugar en la vida de niños y adolescentes, el cambio psicoterapéutico de población infanto- juvenil que ha sido víctima de ASI, no puede entenderse en el solipsismo; más bien, las figuras parentales e incluso la familia, también vivirían un proceso de cambio (Dussert, 2014; Dussert et al., enviada a publicación).

5.5.2. Proceso de Cambio Psicoterapéutico en Niños y Adolescentes Víctimas de ASI

El cambio psicoterapéutico en niños y adolescentes víctimas de ASI, se daría en un proceso dinámico, gradual y progresivo, por lo que el cambio psicoterapéutico no sería un proceso lineal (Gonçalves et al., 2009; Krause, 2005; Krause et al., 2006).

Así, el cambio psicoterapéutico en niños y adolescentes que han sido víctimas de ASI es un proceso que se daría a través de múltiples etapas, las que pueden dividirse en tres grandes fases: etapa inicial, media y final (Águila et al., enviada a publicación; Altimir et al., 2010; Echávarri, et al., 2009).

Estas etapas transcurrirían de manera sucesiva e implican una progresiva complejización de las narrativas en torno a la experiencia de agresión sexual (mayor comprensión acerca de la situación abusiva, resignificación de esta experiencia e integración al continuo vital), las que, paulatinamente permiten ir complejizar las narrativas personales y familiares en la construcción (o más bien o re-construcción) de la matriz que organiza y da sentido a sus vidas.

Según la literatura, el principio de la etapa inicial del proceso de cambio se vincula con la aceptación de la ocurrencia de un problema y de la necesidad de ayuda frente a esta problemática (Echávarri et al., 2009). En un contexto de vulneración sexual, esa etapa se relacionaría con la aceptación por parte del niño o adolescente de que la experiencia de agresión sexual vivida fue/es una experiencia abusiva, que les genera malestar y frente a la cual requerían ayuda o protección de otros.

Entonces, es posible pensar que esto, se relacionaría con el proceso de develación de la experiencia abusiva, el que, tal como se ha comentado, está mediado por múltiples factores, que implican mayor o menor grado de dificultad, ya sea en la toma de consciencia de que la situación vivida es una experiencia vulneradora, así como en la develación de esta experiencia a otro/s

(Capella, 2010; Gutiérrez y Steinberg, 2012). Este proceso no solo constituye un paso esencial para cambios en la fase inicial, sino que pudiese significarse como un cambio pre-terapéutico.

En estrecha relación con esto, la aceptación y validación del espacio psicoterapéutico como un lugar que puede proveer ayuda frente a sus problemáticas, podría ser un proceso que se daría en etapas tempranas del proceso de cambio (Krause et al, 2006), las que podrían vincularse a lo que en la literatura se conoce como fase de protección e intervención en crisis.

En consecuencia, la llegada al espacio psicoterapéutico no parece ser un proceso fácil, pero constituiría la etapa más temprana de la fase inicial (o una etapa pre-terapéutica), donde la aceptación de la experiencia de ASI y la develación de esta situación (con la correspondiente activación de redes que brindan protección y apoyo psicosocial) configurarían un micro cambio y establecerían las condiciones para que un proceso de transformación global tenga lugar (Altimir et al., 2010; Capella, 2010; Krause, 2005; Malacrea, 2000; SENAME 2012).

La llegada a este espacio, generaría ambivalencia y una serie de resistencias (Águila 2015; Capella et al., in press; Foster y Hagedorn, 2014). En ese sentido, las resistencias iniciales se relacionan con rabia, preocupación o ansiedad respecto del espacio psicoterapéutico, donde priman sentimientos de inseguridad o miedo respecto de qué es lo que constituye el espacio, la figura del psicólogo, sobre volver a contar lo ocurrido, entre otras (Lama, 2014; Rodríguez, 2014). Las resistencias iniciales del niño o adolescente muchas veces se conjugan o exacerbaban con aquellas presentadas por las figuras parentales, quienes también presentan sus aprehensiones al proceso (Dussert et al., enviada a publicación)

En ese sentido, otro cambio en la etapa inicial se relacionaría con cambios en las resistencias iniciales al proceso psicoterapéutico y al sentido de este espacio, es decir, un proceso donde progresivamente se validaría la psicoterapia como un lugar seguro y un espacio de ayuda frente a la experiencia vivida (Krause et al., 2006).

Para que esto tenga lugar, la consolidación inicial de una relación y alianza terapéutica sería un elemento fundamental. Es decir, la conexión y confianza que se pueda construir en un inicio del proceso psicoterapéutico, representaría un vehículo para el cambio en las resistencias iniciales marcadas por el miedo y la inseguridad (Capella et al., in press; Fernández, 2013; Llanos y Sinclair, 2001).

Es importante destacar que el vínculo terapéutico también comprende a aquellas figuras que acompañan en el proceso psicoterapéutico, donde la construcción inicial de este vínculo también implicaría cambios en sus aprehensiones (Águila, 2015; Barudy, 1998; Dussert, 2014).

Esta alianza también permite validar la figura del psicoterapeuta como un profesional competente, que busca ayudar (Krause et al., 2006; Lama, 2014).

La consolidación inicial de la relación terapéutica y la realización de un proceso diagnóstico, permitiría la construcción y adquisición paulatina de mayor conocimiento respecto de la experiencia de agresión sexual y de las consecuencias que ésta ha tenido (Águila, 2015; Gonçalves et al., 2009; SENAME, 2012).

Es importante considerar que este cambio en la comprensión de la experiencia de ASI sería muy inicial, por lo que progresivamente se complejizaría la comprensión de esta experiencia y la manera en que la agresión sexual ha repercutido en las distintas esferas de la vida del niño o adolescente- y su familia- (Altimir et al., 2010).

Finalmente, en las etapas iniciales del tratamiento con niños y adolescente víctimas de ASI, la identificación de recursos del niño/adolescente y sus adultos responsables, así como el reconocimiento y expresión de emociones, también constituirían focos de trabajos (Águila, 2015; Capella, 2011).

En relación a esto, y tal como se ha estudiado en la literatura, esta fase inicial también implicaría cuestionamientos iniciales en aquellos patrones que guían la vida de las personas y que se han vuelto problemáticos (Gonçalves et al., 2009; Ribeiro et al., 2011).

Así, es posible pensar que en la etapa inicial de la psicoterapia con niños y adolescentes víctimas de ASI, podrían existir cuestionamientos iniciales respecto de la manera en que se han diferenciado las emociones, cómo se han vivido y expresado, así como cuestionamientos iniciales respecto de una visión del sí mismo construida desde la inferioridad y la falta o escasez de recursos (Capella, 2011; Ribeiro et al., 2011) También podríamos esperar una disminución de la sintomatología (Capella et al., in press)..

Estos aspectos podrían constituir el cimiento para avanzar a una segunda fase, en la que, según las investigaciones, se desarrollaría con más fuerza el trabajo sobre la experiencia de ASI: sentimientos asociados a esta experiencia, los conflictos relacionales suscitados en la experiencia abusiva, las dinámicas familiares y traumatogénicas vinculadas a la vivencia de agresión sexual, entre otras (Cantón y Cortés, 2004; Malacrea, 2000; SENAME, 2012).

Así, en cuanto a esta etapa es posible pensar que existirían cambios en el niño y adolescente (así también en las figuras que acompañan en el proceso) en cuanto a su relación con la experiencia abusiva (Echávarri et al., 2009; Gonçalves et al., 2009). Por un lado, una mayor

complejización en la comprensión de las dinámicas asociadas a la experiencia de ASI, los factores que hicieron posible que esta experiencia ocurriera, la manera en que esta experiencia afecta en la vida del niño/adolescente y su familia, entre otras (Águila; 2015, Capella y Miranda, 2003; Dussert et al., enviada a publicación; Foster y Hagedorn, 2014; Rojas Breedy, 2002).

Sin embargo, una mayor comprensión de la experiencia de ASI no sería el único cambio que tiene lugar en esta etapa, más bien, esta permeabilidad a nuevos entendimientos respecto de la experiencia de ASI (Altimir et al., 2010), permitiría ir construyendo nuevos significados asociados a dicha vivencia, e ir transformando el sentido que esta situación ha tenido en la vida de niños y adolescentes (y sus familias) (Capella et al., in press).

Para que esto tenga lugar, la relación terapéutica nuevamente resultaría un factor crucial, ya que este difícil proceso se ve facilitado en un contexto donde el niño o adolescente se pueda sentir contenido, cuidado y valorado por el terapeuta (Carlberg et al., 2009; Fernández, 2013; Lama, 2014; Rodríguez, 2014).

Es importante destacar que esta complejización y re- significación de la experiencia de ASI, sería un proceso paulatino y progresivo, por lo que no puede ser circunscrito con exclusividad a la etapa media, sino que es un proceso que se consolidaría en etapas posteriores y continúa aún después de terminada la psicoterapia.

A su vez, también es relevante recalcar que las narrativas asociadas a la experiencia de ASI, no solo remitirían al acto abusivo, sino que también, a procesos consecutivos, tales como la credibilidad familiar ante la develación, la ruptura o quiebres familiares producto de la situación, la experiencia relativas al proceso judicial, entre otras. Por lo que, el núcleo traumático de la experiencia, se puede relacionar con las múltiples variables (Capella, 2011).

A través del proceso de abordaje y resignificación de la experiencia abusiva pequeños cambios observables van teniendo lugar (Gonçalves et al., 2009; Krause, 2005): disminución de sentimientos de indefensión, estigmatización, traición o culpa, quiebres paulatinos en las dinámicas de secreto, distinción de figuras de apoyo y cuidado, entre otras; las que se relacionarían con las características y consecuencias diferenciales que la agresión sexual tiene en cada uno de los niños y adolescentes (Águila, 2015).

Estos pequeños cambios en la visión del sí mismo y el entorno también se vincularían con otras necesidades del niño o adolescente que no necesariamente se relacionan a la experiencia de agresión, tales como una mayor identificación y expresión de emociones, pequeños cambios en

las relaciones con pares o pareja, fortalecimiento de recursos, entre otros (Capella et al., 2014; Lama, 2014).

En relación a esto último, uno de los aspectos destacados en la literatura respecto del cambio en la visión del sí mismo, tiene que ver con la emergencia de sentimientos de agencia y competencia personal, que se irían desarrollando en esta etapa y consolidando con posterioridad (Gonçalves et al., 2009; Krause et al., 2006).

Así, la etapa media implicaría un cambio progresivo respecto de la comprensión y significación asociada a la experiencia de ASI (y a otras necesidades) que, de manera entrelazada, conllevarían algunos cambios en la visión del sí mismo y el entorno, los que permiten hacer frente a la problemática (y a la vida) desde una nueva posición.

Con posterioridad en el proceso de cambio psicoterapéutico, tendría lugar una fase final de cambio. El cambio en esta etapa se asociaría a diversos aspectos relacionados entre sí, en un trabajo de consolidación de elementos anteriormente desarrollados (Águila et al., enviada a publicación; Capella et al., in press).

Así, uno de los principales cambios vinculados a esta etapa se relacionaría con una sensación de mayor bienestar psicológico: mejora o alivio en la sintomatología asociada a la experiencia abusiva, estar y sentirse más felices, mayor unidad familiar o con las figuras de protección, entre otras (Capella et al., in press; Dussert et al., enviada a publicación).

Este bienestar también estaría asociado al recuerdo de la experiencia abusiva (Foster y Hagedorn, 2014), que, como ya se describió, no implica borrar de la memoria la experiencia de agresión sexual, sino que recordarla con menor impacto emocional negativo (Capella et al., in press).

A su vez, esta sensación de mayor bienestar se entrelaza con otro aspecto destacado en esta fase final, el que se relacionarían con la consolidación de nuevos aspectos en la visión del sí mismo y el entorno (Echávarri et al., 2009; Krause et al., 2006). Estos serán abordados con mayor profundidad en el punto de contenido del cambio.

En la etapa final, es posible pensar que habría una mayor consolidación en el proceso de integración de la experiencia de agresión sexual al continuo vital (Alves et al., 2014; Capella, 2011; Ribeiro et al., 2011). Esto también implicaría una visión de que la vida continúa y una proyección futura del sí mismo, con aspiraciones y metas (Altimir et al., 2010; Gonçalves, 2002; Gonçalves et al., 2009).

Un último aspecto a considerar en esta fase final del cambio psicoterapéutico, se vincula con un elemento fuertemente connotado durante todo este proceso: la relación psicoterapéutica.

En relación a esto, en la etapa final podría existir una mayor complicidad y cercanía entre el terapeuta y el niño o adolescente, traducido en una disminución de la asimetría. A su vez, un reconocimiento de la ayuda recibida por parte del terapeuta y del espacio (Águila, 2015; Krause, 2005; Lama, 2014).

En ese sentido, podríamos pensar el vínculo terapéutico como un cambio relacional en sí mismo, en la medida que permite construir un vínculo de confianza y cercanía, un aspecto que podría haber sido transgredido en la experiencia de agresión sexual (Finkelhor y Browne, 1985).

En esta etapa final del cambio psicoterapéutico, tanto niños como adolescentes podrían contar con mayores recursos para dar cuenta no tan solo de que algo es diferente en ellos, sino también como fueron viviendo este cambio o que elementos están presentes en dicho proceso (Gonçalves y Ribeiro, 2012). Ahora bien, la manera de dar cuenta de este proceso ineludiblemente estaría influido por variables evolutivas que hacen pensar, por ejemplo, que en niños las narraciones o producciones aludan a aspectos más concretos del proceso (Sepúlveda, 2013).

De acuerdo a estas etapas, el cambio psicoterapéutico comenzaría antes de la llegada al espacio terapéutico, y continuaría una vez terminada la terapia, por lo que el cambio psicoterapéutico es un proceso en curso, que continúa a lo largo de la vida (Altimir et al., 2010; Capella et al., in press; Krause et al., 2006; Rojas Breedy, 2002).

A lo largo de estas etapas, se darían diversos momentos de avances y retrocesos (Goncalvez, et al., 2009; Krause, 2005; Ribeiro et al., 2011; Ribeiro et al., 2015).

Los cambios experimentados en el proceso podrían constituir una diferencia respecto de aquellas maneras de ser y estar en el mundo acordes a la narrativa problemática que se ha vuelto dominante. Esta diferencia, no pasaría desapercibida para los niños y adolescentes (ni para sus familias y terapeutas), más bien, frente a esta discrepancia, la ambivalencia o resistencia surge a modo de respuesta auto-protectora, para mantener la continuidad de estos modelos y relatos problemáticos (Goncalvez et al., 2009; Ribeiro et al., 2011).

Esto es lo que se constituye en la literatura como “retroceso”, puesto que esta diferencia implicaría un retorno en niños y adolescentes a aquellos patrones que, si bien son problemáticos, se han vuelto funcionales para la sobrevivencia respecto de la experiencia de ASI. En ese

sentido, los mecanismos defensivos de disociación o escisión pueden re-activarse como una forma de hacer frente a esta novedad (Del Río, 2007; Phanichrat y Townshend, 2010).

Frente a la ambivalencia respecto del cambio- donde paulatinamente se realizan cambios respecto del problema, pero donde la diferencia experimentada implica una amenaza a aquellos patrones problemáticos arraigados- sería de suma importancia, por un lado, el rol que el terapeuta pueda tener, conteniendo al niño/adolescente, pero desafiándolos a seguir adelante en el proceso, por ejemplo, a través de recalcar la importancia que conversar sobre el pasado enseña (Del Río, 2007; Gonçalves y Ribeiro, 2012; Ribeiro et al., 2015).

Así también, la capacidad de dar cuenta del proceso de transformación (Gonçalves et al., 2009) o de la trayectoria del proceso de cambio (Del Río, 2007), desde los patrones del pasado, los micro cambios en el presente y la manera en que esto ha cambiado, lo que permitiría situar los cambios en el continuo vital, darle la estructura y sentido (Gonçalves y Ribeiro, 2012). Esta construcción ocurre en el intercambio dialógico entre el niño/adolescente y su terapeuta (Del Río, 2007), reforzado u obstaculizado por, por ejemplo, las narraciones de los adultos acompañantes (Dussert, 2014). A su vez, esta construcción puede variar de acuerdo a factores evolutivos (Sepúlveda, 2013) y puede complejizarse en el trascurso de la psicoterapia (Altimir et al., 2010).

Este círculo transcurriría a lo largo del proceso psicoterapéutico, tanto a nivel micro- en el momento a momento de cada sesión (Del Río, 2007)- como en las distintas fases del cambio psicoterapéutico (Ribeiro et al., 2011), pudiendo darse con mayor complejidad y frecuencia en la etapa media del cambio, considerando que esta etapa se caracterizaría por el trabajo más abocado a la experiencia abusiva (Del Río, 2007).

Es esperable que este círculo experimentaría un decremento en la frecuencia e intensidad, a lo largo del proceso, en la medida en que se logre una mayor integración de la experiencia de ASI en la construcción de una narrativa más enriquecida y diversificada (Capella, 2011; Ribeiro et al., 2015).

En base a lo expuesto, es importante recalcar que el proceso de cambio psicoterapéutico no solo implicaría pensamientos, acciones o una posición distinta respecto de la experiencia de ASI, sino que estos deberían ir adquiriendo mayor riqueza y diversidad como para desenmarcarse del círculo núcleo traumático- no núcleo traumático, es decir, ser capaces de trascender de la diada entrapante problema-oposición al problema (Draucker et al., 2009; Gonçalves et al., 2009). Por ello, la ambivalencia surgida durante el proceso de cambio, podría ser un recurso para la diversificación de los significados, puesto que la disfuncionalidad no son las dos polaridades, sino

la rigidización de éstas. Es decir, la ambivalencia- y el trabajo sobre ésta- permitiría poner de manifiesto estos extremos y facilitar un dialogo entre estas dos polaridades (Del Río, 2007).

En conclusión, y como ya se ha mencionado, el cambio psicoterapéutico en niños y adolescentes víctimas de ASI no solo implica la reparación de la experiencia abusiva (la que aún se enmarca en la díada núcleo traumático- no núcleo traumático) (Rojas Breedy, 2002; Martínez, 2014), sino que un crecimiento y transformación, es decir, la construcción de una matriz personal y relacional más diversificada, coherente y enriquecida, al hacer sentido de la vivencia transgresora.

5.5.3. Contenido del Cambio Psicoterapéutico en Niños y Adolescentes Víctimas de ASI

En el presente apartado, se elaborará una propuesta comprensiva respecto de qué es lo que cambiaría en la vida de niños y adolescentes que han sido víctimas de ASI producto de un proceso psicoterapéutico.

Así el cambio tendría lugar en diversas áreas de la vida de los niños y adolescentes, las que fueron divididas en seis: sintomatología, resignificación de la experiencia de agresión sexual, nivel intrapersonal, interpersonal, esfera de la sexualidad e integración de la experiencia de ASI.

5.5.3.1. Nivel Sintomatológico

Esta área se relacionaría con una disminución o remisión de la sintomatología inicial o que desarrollarían durante el proceso psicoterapéutico (Águila, 2015; Capella et al, in press; Lama, 2014; Rodríguez, 2014). Esto se asocia con efectos en distintas esferas: ansiedad, síntomas depresivos, cambios conductuales y efectos emocionales (Capella, 2011).

Así, una de las áreas en el nivel sintomatológico se relacionaría con la disminución o remisión de los efectos ansiosos y fóbicos, tales como pesadillas, terrores nocturnos, problemas somáticos, hipervigilancia, entre otras (Cantón y Cortés, 2004; Finkelhor y Browne, 1985; Pereda, 2009).

Otra área donde también se experimentaría un cambio sería en una disminución de sintomatología depresiva, por ejemplo, disminución de sentimientos de desesperanza y enojo (Capella, 2011; Finkelhor y Browne, 1985; Glaser, 2002).

A nivel conductual, se experimentarían cambios en las conductas sexualizadas o comportamientos erotizados (masturbación compulsiva, juego erotizados, entre otros), remisión de conductas regresivas (encopresis, enuresis, etc.), decremento de conductas agresivas y hostiles, así como una disminución de la distractibilidad e hiperactividad. A su vez, una disminución o remisión de conductas de riesgo, tales como conductas autolesivas, consumo de

alcohol o drogas, promiscuidad sexual entre otras; preponderantes en población adolescente (Cantón y Cortés, 2004; Capella, 2011; Echeburúa y Corral, 2006; Pereda, 2009).

Finalmente, en cuanto a los efectos emocionales, es posible visualizar una disminución o remisión de sentimientos de aislamiento social y vergüenza, así como de sentimientos de culpabilización o responsabilización (Echeburúa y Corral, 2006; Finkelhor y Browne, 1985; Glaser, 2002).

Tal como se desarrolló en el marco teórico, las consecuencias de la experiencia de victimización, a corto y largo plazo, tienen efectos diferenciales acorde a variables evolutivas (Cantón y Cortés, 2004; Pereda, 2009; 2010).

En consecuencia, y al igual que en población infanto juvenil clínica general, existiría un cambio en la esfera de la sintomatología, aunque la transformación en esta área, no es el único cambio experimentado, ni el más relevante (Capella et al., in press).

5.5.3.2. Resignificación de la Experiencia de ASI

Un segundo aspecto correspondería a un cambio en los significados atribuidos a la experiencia de ASI y la manera de relacionarse con esta nueva construcción de significado (Ronen, 1996).

En ese sentido, la resignificación de la experiencia de ASI, implicaría que los niños y adolescentes puedan construir una narrativa de la experiencia más diversificada y coherente, en el que se incorporan diversos elementos de la experiencia transgresora, integrándolos entre sí y conectándolos en el tiempo (Capella, 2011; Capella et al., in press). Esto podría implicar, por ejemplo, cambios en el significado asociado a la culpabilización de la experiencia o un entendimiento de elementos familiares o contextuales que hicieron posible la victimización (Lama, 2014; Malacrea, 2000; Rodríguez, 2014).

Al construir significados más integradores y diversificados respecto de la experiencia de agresión sexual, la posibilidad de hablar de esta experiencia con menor impacto negativo es también otro cambio connotado en esta área (Capella et al., in press). En ese sentido, la posibilidad de contar la experiencia con mayor facilidad no implica que ésta no suscite sentimientos de pena y tristeza, sin embargo, estos sentimientos no inundarían las narraciones (Águila, 2015).

A su vez, esto también conllevaría un cambio respecto del recuerdo de la situación abusiva, traducido en recordarla con menos dolor (Capella, 2011) o recordarla menos (Capella et al., in press).

Cabe destacar que este punto se corresponde con la integración realizada en niños y adolescentes que no tienen antecedentes de victimización sexual, en relación a cambios en la relación con el problema, aunque en este acápite se pone mayor énfasis en el desenmarcamiento de la experiencia de ASI como núcleo central de la vida.

5.5.3.3. Nivel Intrapersonal

Un tercer aspecto se relacionaría con la esfera intrapersonal (Olivera et al., 2011) en específico, en el área emocional y en la visión del sí mismo.

En cuanto al área emocional, sería posible distinguir mayor capacidad de identificación y reconocimiento de las propias emociones, así como una mayor expresión de éstas. En este aspecto, es importante recalcar la identificación y expresión de emociones respecto de la figura del agresor (y de otras figuras que no dieron cuidado) y una integración de aquellas emociones ambivalentes en torno a dichas figuras (Barudy, 1998; Capella, 2011; Rojas Breedy, 2002).

En relación a la visión del sí mismo, existirían cambios en esta área desde miradas centradas en la victimización (donde el sí mismo estaría marcado por la experiencia de ASI), hacia una visión del sí mismo más fortalecida (Draucker et al., 2011; Philips y Daniluk, 2004; Saha et al., 2011)

En consecuencia, existiría un mayor empoderamiento y crecimiento personal, y una sensación de tener mayores capacidades para defenderse y hacer frente a diversas circunstancias de la vida (personales, relacionales, entre otras) (Águila, 2015; Lama, 2014; Rodríguez, 2014).

Esto podría conllevar sentimientos de mayor autonomía e independencia, acordes a la etapa evolutiva (Lama, 2014; Rodríguez, 2014).

Finalmente, y en relación con lo comentado en este punto, existirían cambios en la visión del propio cuerpo, en relación a una imagen corporal más positiva, así como una mayor comprensión de las sensaciones del propio cuerpo y de los límites corporales (Cantón y Cortés, 2004, Capella, 2011).

Este punto se relacionaría estrechamente con los cambios propuestos en población infanto juvenil clínica general, aunque en niños y adolescentes víctimas de ASI, el sentido de transformación personal pudiera ser más preponderante (se ahondará sobre eso en el apartado de conclusiones).

5.5.3.4. Nivel Interpersonal

Un cuarto aspecto se relacionaría con la manera en que niños y adolescentes se relacionan con otros (Gibson y Cartwright, 2014).

Así, de modo general, existiría un cambio en la manera de percibir el entorno familiar y social, desde visiones más amenazantes o deterioradas, hasta una mirada más positiva del entorno familiar (mayor cercanía con figuras parentales, mayor unión entre miembros de la familia, entre otros) y social (Capella et al., in press; Draucker et al., 2009; Dussert, 2014).

En ese sentido, habría una mejora de las relaciones interpersonales, en el establecimiento de vínculos de confianza con pares y figuras adultas. Esto implicaría un mayor desarrollo de habilidades sociales e interaccionales por parte de los niños y adolescentes (Lama, 2014; Rodríguez, 2014).

En cuanto a las relaciones interpersonales, también es importante destacar posibles cambios en los límites interpersonales, asociados a la generación y el establecimiento de éstos por parte de los niños y adolescentes (Draucker, 2009).

Si bien la mejora en las relaciones interpersonales (con pares, familiares y otros adultos) es un elemento connotado en la literatura con niños y adolescentes que no tienen antecedentes de victimización sexual, el cambio y transformación en este nivel parece adquirir mayor relevancia y alcance, lo que podría relacionarse no tan solo con las características del fenómeno de la agresión sexual, sino también, con las características del tratamiento a víctimas de esta experiencia, donde el rol de padres o figuras acompañantes, es fundamental para la recuperación.

5.5.3.5 Esfera de la Sexualidad

Un aspecto característico del cambio en población infanto juvenil que han sido víctimas de ASI, y que constituye la quinta área dentro del contenido del cambio, correspondería a la esfera de la sexualidad.

En relación a esto, los posibles cambios no solo incumben a transformaciones en el área conductual de la sexualidad (mencionadas en la esfera de la sintomatología), sino que a una mayor comprensión de la propia sexualidad y un cambio en la visión de ésta.

En ese sentido, los niños y adolescentes que han sido victimizados sexualmente, tendrían una mayor comprensión e información respecto de las conductas y experiencias sexuales acordes a su edad, así como una mayor capacidad de diferenciación de aquellas conductas sexuales que

se constituyen como abusivas, de las que no (Cantón y Cortés, 2004; Capella, 2011; Finkelhor y Browne, 1985).

A su vez, una visión menos cosificante y utilitaria de la sexualidad, el contacto corporal y la visión del propio cuerpo, hacia una mirada más positiva de éstos (Cantón y Cortés, 2004; Capella, 2011; Finkelhor y Browne, 1985).

5.5.3.6 Integración de Experiencia de ASI

Un último aspecto a considerar, correspondería a la integración de la experiencia abusiva al continuo vital, al hacer sentido de esta experiencia (Capella y Miranda, 2003; Capella, 2011).

Si bien, este es un elemento que se mencionó en el punto sobre resignificación de la experiencia de ASI, y en vinculación con esto, la integración de la vivencia transgresora, permitiría a los niños y adolescentes tener la sensación de recuperar la propia vida y seguir adelante (Capella et al., in press; Draucker et al., 2009).

Este seguir adelante también podría implicar una visión del futuro más positiva y con mayor proyección, donde se visualizan metas y anhelos. En ese sentido, actividades altruistas o carreras que involucren ayudar a otros (tales como psicología), se esbozan con metas profesionales (Capella et al., in press; Draucker et al., 2011).

Este aspecto también parece ser una esfera característica del cambio en esta población, las que pueden vincularse a las características del fenómeno de agresión sexual (experiencia que puede constituirse como traumática y en donde la vivencia se aloja como núcleo central, entre otras).

Es importante destacar que aunque estas esferas se diferencian conceptualmente, es posible que ocurran de manera interrelacionada, por lo que, por ejemplo, un cambio en la esfera interpersonal, podría incidir en la disminución sintomática.

Al igual que en población infanto juvenil clínica general, los cambios en las distintas esferas se relacionan con la idea del crecimiento y transformación, aunque existen diferencias asociadas a la edad que se discutirán con mayor profundidad en las conclusiones.

5.5.4. Factores Influyentes

Al igual que en población infanto juvenil clínica general, el cambio psicoterapéutico en niños y adolescentes que han vivido una experiencia de agresión sexual estaría influenciado por múltiples factores.

En relación a esto, los distintos elementos mencionados en el presente apartado jugarían roles diferenciales en el proceso de cambio psicoterapéutico con niños y adolescentes víctimas de ASI: mientras algunos constituyen aspectos facilitadores del cambio, otros representan factores obstaculizadores de dicho proceso.

En ese sentido, y en concordancia con lo expuesto para el cambio en población infanto-juvenil no víctima de ASI, los factores fueron divididos en cuatro grandes grupos: psicoterapia, factores propios, aspectos familiares y entorno social y factores contextuales. A estos cuatros grupos se le agrega un quinto punto relacionado con las características de la agresión sexual.

Por último, los distintos factores se irán vinculando con lo expresado en el cambio psicoterapéutico en población infanto juvenil que no tiene antecedentes de ASI, connotando aspectos similares o diferenciales.

5.5.4.1. Psicoterapia

El rol de la psicoterapia dentro del proceso de cambio psicoterapéutico es un factor fuertemente connotado en las investigaciones con niños y adolescentes víctimas de ASI.

Cabe destacar que en la literatura, el factor de la psicoterapia aparece como un elemento mayormente facilitador del cambio psicoterapéutico, siendo menos investigado aquellos aspectos obstaculizadores de la psicoterapia.

5.5.4.1.1. Factores Facilitadores

5.5.4.1.1.1. Características del Terapeuta:

a. Cualidades Interpersonales del Terapeuta: Al igual que en población infanto juvenil clínica general, los niños y adolescentes que han sido víctimas de ASI, refieren que cualidades del terapeuta que resultarían facilitadoras corresponderían a que el terapeuta sea una persona cálida, acogedora y empática, respetuosa de las necesidades que puedan presentar, de sus tiempos internos y con un real interés por el otro (Capella y Miranda, 2003; Foster y Hagedorn, 2014; Llanos y Sinclair, 2001; Nelson-Gardell, 2001; Rojas Breedy, 2002; Capella et al., in press).

b. Terapeuta en su Rol Profesional: Otro aspecto que se valora es el hecho de que éstos puedan ser genuinos entre la persona que son y el rol ejercido, así como una claridad en los límites que dicho rol supone y un respeto por éstos (Fundación para la confianza y OPCION, 2012).

Si bien la preocupación por la calidez, interés y comprensión por parte del terapeuta es un elemento que se destaca tanto en población que tiene o no antecedentes de ASI, en la primera,

parece existir una mayor preocupación de que el terapeuta sea acogedor, respetuoso y, por sobre todo, empático. Esto se podría relacionar a las características del fenómeno de ASI, donde la asimetría relacional, el traspaso de los límites personales y el abuso de poder son aspectos característicos (Álvarez, 2003; Barudy, 1998).

5.5.4.1.1.2. Relación Terapéutica:

a. La Relación Terapéutica: Vínculo Sanador: En base a la relación terapéutica esta sería visualizada como un vínculo de confianza, apoyo y contención emocional, en donde los niños y adolescentes se sienten apoyados, escuchados y respetados (Águila et al, in press; Capella et al, in press; Foster y Hagedorn, 2014; Lama, 2014; Rodríguez, 2014).

En ese sentido, la relación terapéutica, en tanto experiencia diferencial (Ronen, 1996), es un componente sanador y vehiculizador del cambio (Águila et al., in press; Foster y Hagedorn, 2014).

La relación terapéutica como vínculo reparador, se podría vincular a la idea desarrollada en población infanto juvenil clínica general, en relación a que la alianza terapéutica es un vínculo que provee elementos diferenciales a otras relaciones interpersonales y que facilita el desarrollo y despliegue de las capacidades y recursos personales.

b. La Relación Terapéutica Posibilita Apertura y Expresión: En estrecha relación con este vínculo de confianza, la alianza terapéutica posibilitaría, en niños y adolescentes victimizados sexualmente, la apertura para comunicar situaciones y experiencias. En ese sentido, el vínculo terapéutico permitiría expresar las emociones asociadas a vivencias dolorosas, tales como la experiencia de ASI (Águila, 2015; Capella et al, in press; Ronen, 1996).

Asimismo, esta relación terapéutica de confianza permite a los niños y adolescentes expresar sus resistencias iniciales y experimentar cambios en relación a éstas (Foster y Hagedorn, 2014; Lama, 2014; Rodríguez, 2014).

Este es también un punto de vinculación en relación a la integración teórica de cambio psicoterapéutico en población infanto juvenil que no tiene antecedentes de ASI, aunque puede ser especialmente relevante en niños y adolescentes víctimas de ASI, en relación al siguiente punto.

c. La Relación Terapéutica Permite Abordar la Experiencia Abusiva: Un tercer aspecto dentro de la relación terapéutica se asociaría con la posibilidad que brinda este vínculo de hablar y elaborar la experiencia ASI.

En ese sentido, solo a través de un contexto de contención y seguridad vehiculado en esta diada relacional, los niños y adolescentes víctimas de ASI, pueden hablar más profundamente de esta experiencia, los sentimientos y emociones asociadas a dicha experiencia (Águila, 2015; Lama, 2014; Rodríguez, 2014).

En consecuencia, al igual que en población infanto juvenil clínica general, la relación terapéutica es un vehículo que posibilitaría la construcción de nuevos significados respecto del problema y, así, de otros aspectos del sí mismo.

A su vez, otra similitud se relacionaría con la relevancia de la relación terapéutica en un proceso psicoterapéutico, por sobre los elementos cognitivos o técnicos de la psicoterapia destacando aspectos de confidencialidad, seguridad y fiabilidad en la relación (Lama, 2014).

5.5.4.1.1.3. Técnicas/Intervenciones:

a. Utilización de Diversas Técnicas: Tanto niños como adolescentes destacarían que la oportunidad de hablar sobre la experiencia abusiva, así como hablar de otros temas, es un aspecto que les ayuda al cambio psicoterapéutico. Sin embargo, también se destaca el uso de otras técnicas como facilitadoras en la expresión y comunicación en psicoterapia, las que se relacionan con técnicas más lúdicas o artísticas (Capella et al., in press).

Esto es un elemento de especial relevancia para los niños y mayormente destacados en la investigación con esa población (Rodríguez, 2014).

Este aspecto, se vincula a lo encontrado en las investigaciones con niños y adolescentes que no tienen antecedentes de ASI, por lo que parece ser un elemento transversal, asociado, por ejemplo, a variables evolutivas.

b. Intervenciones de Encuadre: Al igual que en población infanto juvenil clínica general, en aquella que ha sido víctima de ASI, las intervenciones de encuadre también resultarían aspectos facilitadores en la terapia. En ese sentido, se destacarían las explicaciones de qué es la terapia, así como información a los padres (u otras figuras acompañantes durante el proceso) respecto de la etapas del proceso, las resistencias iniciales, entre otras (Foster y Hagedorn, 2014).

c. El Formato de las Intervenciones (Inclusión en Formatos Grupales): Un tercer aspecto se relacionaría al formato de las intervenciones, en específico, la participación en terapias o sesiones grupales (Nelson-Gardell, 2001). En relación a esto, niños y adolescentes comentan que la participación en un proceso o sesiones grupales les ayudaría a superar sentimientos de

aislamiento y soledad (Rodríguez, 2014) y esto podría constituir un punto de cambio dentro del proceso (Lama, 2014).

Esto es un elemento diferencial en lo encontrado en la literatura con niños y adolescentes que no tienen antecedentes de victimización sexual, que puede relacionarse con el carácter relacional de la experiencia abusiva (Barudy, 1998). A su vez, con que las investigaciones revisadas para población infanto juvenil clínica general, no incluían niños o adolescentes que hubiesen participado de terapia grupal.

5.5.4.1.1.4. Duración de la Psicoterapia

En base a eso, se propone que aquellas terapias que incluyen más sesiones o transcurren en tiempos más largos, implicarían mayores cambios positivos (Hetzl-Riggin et al., 2007; Sanchez-Meca et al., 2011), ya que brindarían la oportunidad de abordar y profundizar más temáticas (Lama, 2014).

Esto se relaciona con lo expuesto en población infanto juvenil clínica general, aunque a diferencia de lo expuesto para esta población, los terapeutas precisan con mayor claridad los tiempos que pueden ser considerados óptimos para la intervención, los que se asocian a dos años (Águila, 2015).

5.5.4.1.1.5. El Contexto Psicoterapéutico como una Red Social

Finalmente, un quinto aspecto se vincularía con la apreciación del terapeuta y del centro de atención como un lugar con el que se puede contar, una red de apoyo en el presente y futuro (Lama, 2014).

En ese sentido, el espacio terapéutico y el centro de atención parecen ser vistos como un recurso y apoyo en el proceso de cambio y para futuras necesidades (Lama, 2014; Dussert, 2014).

5.5.4.1.2. Factor Obstaculizador

5.5.4.1.2.1. Duración de la Psicoterapia

El factor duración de la psicoterapia, también parece ser connotado como un elemento obstaculizador en la medida en que es visto como una limitante para la profundización de ciertas temáticas (Hetzl-Riggins et al., 2007).

En general, este aspecto puede ser visualizado por los niños y adolescentes como un obstaculizador, ya que los plazos dispuestos por políticas públicas en nuestro país no irían

acordes a aquellas planteadas en las investigaciones sobre la temática específica (Águila, 2015; Lama, 2014; Rodríguez, 2014).

La escases de factores obstaculizadores en psicoterapia, en relación a niños y adolescentes que han sido víctimas de ASI, se puede relacionar, principalmente, con dos grandes aspectos: por un lado, la escasa investigación a nivel general, respecto de los factores dificultadores en psicoterapia (sobretudo, considerando que éstos se relacionan a población adulta); por otro lado, la fuente de investigación más requerida en la presente tesis, corresponde a estudios de superación de la experiencia ASI que se realizan con casos que han pasado exitosamente por psicoterapia, lo que puede constituir un sesgo a la hora de pensar en factor obstaculizadores en el tratamiento.

5.5.4.2. Factores Propios

5.5.4.2.1. Factor Facilitador

5.5.4.2.1.1. La Determinación y Disposición al cambio

La determinación personal y la fuerza interna para afrontar y continuar con el proceso- a pesar de lo incomodo que puede ser- puede ser un factor personal que se visualiza como ayudador en el proceso de cambio (Draucker et al., 2011; Phanichrat y Townshend, 2010; Saha et al., 2011).

Este punto se vincula con lo expuesto en la integración teórica sobre niños y adolescentes que no tienen antecedentes de victimización sexual, en relación al paciente como colaborador activo durante el proceso.

5.5.4.2.2. Factor Obstaculizador

5.5.4.2.2.1. Obstaculización o Evitación de Temáticas

Este punto también se relaciona con lo expuesto para población infanto juvenil clínica general.

En relación a esto, evitar la conversación o profundización sobre ciertas temáticas, sobre todo aquellas más dolorosas (en especial, la experiencia de ASI), podría constituir un factor dificultador en el proceso de cambio (Del Río, 2007).

5.5.4.3. Factores Familiares y del Entorno Social

La familia y el entorno social (pares o pareja), constituyen el tercer factor que influiría en el cambio psicoterapéutico.

5.5.4.3.1. Factores Facilitadores

5.5.4.3.1.1. Develación y Reacciones Positivas ante ésta (Credibilidad)

Un primer aspecto dentro de factores ayudadores del cambio, se relacionaría con el proceso de develación y las reacciones positivas del entorno familiar y social (Cantón y Cortés, 2004).

Así, la develación podría ser vista como la oportunidad para abrir la situación (romper las dinámicas de secreto), experimentar cierto alivio emocional y poder recibir ayuda al respecto, por ejemplo, iniciar un proceso psicoterapéutico (Gutiérrez y Steinberg, 2012; Rodríguez, 2014).

Es importante mencionar que las reacciones del entorno familiar y social son cruciales en este proceso, ya que la develación y cambio psicoterapéutico, se ven favorecidos por la credibilidad otorgada por familiares, pares o parejas y, en especial, la figura materna (Capella et al., in press; CAVAS, 2011; Nelson-Gardell, 2001; Lama, 2014) (cabe connotar que el rol de la familia en el proceso de develación, dando escucha y credibilidad, es un elemento importante, pero el rol que tiene la víctima directa en este proceso, también es relevante).

5.5.4.3.1.2. Contención y Apoyo durante los Diversos Procesos

Así como la credibilidad y protección tras la develación podría ser un factor que contribuye al cambio psicoterapéutico en niños y adolescentes que han sido víctimas de ASI, la contención emocional y el posterior apoyo, también pueden ser elementos destacados (Banyard y Williams, 2007; Draucker et al., 2011; Phanichart y Townshend, 2010; Phillips y Daniluk, 2004).

El apoyo y contención de la familia nuclear (y familia extensa), así como pares o parejas (en caso de los adolescentes) que conocen esta situación, sería connotado como una ayuda en el proceso de cambio, al sentirse acompañados, validados y contenidos (Capella et al., in press; Foster y Hagedorn, 2014).

Tanto la develación (y credibilidad), como el apoyo y contención en distintos procesos, son elementos característicos de esta población. Esto podría deberse a particularidades del fenómeno (y la importancia de que esta experiencia se valide como abusiva y el apoyo y credibilidad como central en la superación), pero también, por la escases de factores familiares encontrados en la literatura revisada en población no victimizada, los que podrían haber sido subestimados.

5.5.4.3.1.3. Inclusión de las Figuras Parentales en el Proceso Psicoterapéutico de Víctimas Directas

En ese sentido, la inclusión de estas figuras al proceso psicoterapéutico de sus hijos, podría contribuir a fortalecer el vínculo y apoyo entre ellos (Barudy, 1998; Capella et al., in press) y asegurar mejores resultados en el tratamiento (Harvey y Taylor, 2010; Hetzel-Riggin et al., 2007).

Sin embargo, y como ya se ha mencionado, los familiares y figuras parentales también sufren secuelas emocionales y psicológicas por dicha experiencia, y también experimentarían cambios a partir de su incorporación en un proceso psicoterapéutico (Dussert, 2014).

Este punto también se relaciona con lo expuesto para población infanto juvenil clínica general, aunque se pone énfasis en las figuras parentales como acompañantes del cambio, y no también como experimentadores de éste.

5.5.4.3.1.4. Validación del Niño/Adolescente Más Allá de Ser Víctima de ASI

Un último aspecto se relaciona con el reconocimiento integral de la vida de niños y adolescentes que han vivido una experiencia abusiva, más allá de la transgresión.

En ese sentido, se valoraría como facilitador del cambio la validación que familiares, amigos, pareja o profesores pueden realizar del niño/adolescente como una persona de manera integral y no tan solo como una víctima (Draucker et al., 2011; Phillips y Daniluk, 2004).

En cuanto a esto, los niños y adolescentes aprecian los espacios lúdicos que puedan tener con pares o construir amistades que no conozcan que han vivido una experiencia abusiva, ya que así, la vivencia ASI no tiñe toda su vida (Lama, 2014; Rodríguez, 2014).

Este también resultaría un aspecto particular en esta población, en relación con población infanto juvenil clínica general.

5.5.4.3.2. Factores Obstaculizadores:

5.5.4.3.2.1. Develación y Reacciones Negativas ante ésta

Así como la credibilidad y apoyo tras la develación son elementos que contribuyen al cambio psicoterapéutico, las reacciones negativas ante la develación también pueden constituir aspectos de dificultan el proceso de cambio (Cantón y Cortés, 2004).

En relación a esto, la escasa credibilidad otorgada tras la develación, así como cambios en la credibilidad otorgada en un inicio, configurarían elementos obstaculizadores del cambio, en la medida en que no se validaría la experiencia vivida como una situación abusiva, o se duda de la credibilidad inicial (CAVAS, 2011; Capella et al., in press).

A su vez, la ruptura o quiebres familiares tras la develación, también podrían ser significados como dificultadores dentro del proceso de cambio (Lama, 2014; Rodríguez, 2014).

5.5.4.3.2.2 Poco Apoyo en los Diversos Procesos

Un segundo aspecto dificultadores se asociaría al poco apoyo recibido por parte de familiares o pares, en los distintos procesos en las que las víctimas se ven envueltos, tales como entrevistas, declaraciones y juicios en tribunales, la participación en una psicoterapia, entre otros (Capella et al., in press).

Así el escaso apoyo entregado en esos momentos, la falta de compromiso con el tratamiento y el abandono de la psicoterapia, serían vistos como obstaculizadores del cambio (Capella et al., 2014).

5.5.4.3.2.3 Presiones Familiares

Un último aspecto se relacionaría con presiones familiares de una rápida estabilización emocional por parte de la víctima directa o contactos con el agresor en instancias familiares (Lama, 2014).

Este aspecto se conecta estrechamente con la falta de credibilidad o cambios negativos de la credibilidad dada en un inicio.

5.5.4.4. Factores Contextuales

Un cuarto factor influyente se relacionaría con variables del contexto, en específico, aquellas relacionadas al proceso judicial y al contexto escolar y laboral.

5.5.4.4.1. Contexto Judicial

Aunque si bien, el contexto judicial puede resultar un factor facilitador del proceso de cambio, en la gran mayoría de los casos, este se visualizaría como un obstaculizador del cambio psicoterapéutico (Lama et al, 2015).

Además, este punto es un factor influyente particular de la psicoterapia con niños y adolescentes víctimas de ASI, en relación a lo expuesto para el cambio con población infanto juvenil clínica general, lo que se relacionaría con el carácter delictivo que tienen las agresiones sexuales en nuestro país (MINSAL Y UNICEF, 2011).

5.5.4.4.1.1. Factores Facilitadores

5.5.4.4.1.1.1. Trato Acogedor por parte de los Operarios de Justicia

Un primer aspecto correspondería al buen trato recibido por parte de los operarios de justicia (carabineros, fiscales, entre otros), donde se brinda una atención acogedora, amable e informada, tanto al niño/adolescente, como a los familiares que acompañan (Lama et al, 2015).

Esto los haría sentir valorados y respetados (Rodríguez, 2014), junto con una sensación de estar más informados sobre los pasos a esperar durante el proceso (Lama et al., 2015).

5.5.4.4.1.2. Cumplimiento de las Expectativas del Proceso Judicial

El cumplimiento de las expectativas iniciales del proceso judicial (protección, credibilidad, castigo al agresor) podría ser visto como un aspecto facilitador para el cambio, incluso, como un punto esencial en el proceso de cambio (Lama et al., 2015).

En ese sentido, la condena al agresor brindaría la oportunidad para la víctima y su familia, de percibir credibilidad de la situación abusiva, validar esta experiencia como una vivencia transgresora y recibir protección (Lama et al., 2015; Nelson-Gardell, 2001).

5.5.4.4.1.2. Factores Obstaculizadores

5.5.4.4.1.2.1. Un Proceso Que Es Difícil y Vulnerador

Un elemento fuertemente connotado en relación al proceso judicial es la visualización de éste como un proceso difícil, agotador y, muchas veces, revictimizante (Foster y Hagedorn, 2014; Lama et al., 2015).

En ese sentido, la numerosas y constantes entrevistas, junto con la asistencia y testificación en tribunales, incrementarían la sensación de invasión y transgresión de la privacidad, así como los sentimientos de desprotección (Foster y Hagedorn, 2014; Lama, 2014; Rodríguez, 2014).

5.5.4.4.1.2.2. Malos Tratos por parte de los Operarios de Justicia

Los malos tratos y la poca información recibida, es visualizado como un elemento entorpecedor en el proceso de cambio psicoterapéutico (Lama et al., 2015).

En ese sentido, existe una necesidad de mejora en los tratos recibidos, puesto que, muchas veces, los niños y adolescentes que han sido víctimas de ASI, se han visto expuestos a desconsideraciones de su persona (o de los figuras acompañantes) o no han sido lo suficientemente informados respecto de lo qué es lo que constituye el proceso judicial (Rodríguez, 2014; Lama, 2014).

5.5.4.4.1.2.3. No Cumplimiento de las Expectativas del Proceso Judicial

En relación a esto, al no existir condena del agresor, o al ser insuficiente de acuerdo a lo esperado, se incrementarían los sentimientos de injusticia e indefensión, así como el miedo a nuevos contactos con el agresor- en el caso de los niños (Rodríguez, 2014)- o temor a una nueva victimización sexual a ellos mismo u otros seres queridos- en el caso de los adolescentes (Lama, 2014).

Estos elementos configurarían el proceso judicial como un factor que influye de manera negativa en el proceso de cambio, incluso, en algunos casos, como un elemento que no permite consolidar la superación de la experiencia ASI (Lama et al., 2015).

5.5.4.4.2 Contexto Escolar/Laboral

El contexto escolar, en niños y adolescentes víctimas de ASI, también es connotado como un aspecto facilitador u obstaculizador del cambio.

Respecto al contexto laboral, este corresponde a lo mencionado por los padres o las figuras que acompañan durante el proceso psicoterapéutico

5.5.4.4.2.1. Factor Facilitador:

5.5.4.4.2.1.1. Apoyo del Contexto Escolar/Laboral

Dentro de este factor, el apoyo brindado por el establecimiento educacional, puede constituir un facilitador del cambio psicoterapéutico en la medida en que, por ejemplo, se de credibilidad a la experiencia de ASI y facilidades para los procesos aledaños, tales como asistencia a terapia o tribunales. Así también, en las figuras que acompañan al niño o adolescente a estas instancias, el contexto laboral y las facilidades dentro de éste, contribuirían al cambio psicoterapéutico, en la medida que permiten la asistencia regular del niño y su familia a las intervenciones profesionales (Capella et al., 2014).

5.5.4.4.2.2. Factor Dificultador:

5.5.4.4.2.2.1. Poco Apoyo del Contexto Escolar/Laboral

Dentro del contexto escolar o laboral, el escaso apoyo de estas redes, constituirían obstaculizadores para el proceso de transformación (Capella et al., 2014). Así también, las burlas o exclusión producto de esta experiencia, pueden ser elementos dificultadores.

El contexto escolar, al igual que en población infanto juvenil clínica general, también cumpliría un rol facilitador u obstaculizador del cambio psicoterapéutico.

5.5.4.5. Características de la Agresión Sexual

Respecto de este último factor, las características de la agresión sexual sería un elemento diferencial respecto de lo analizado en el cambio psicoterapéutico en población infanto juvenil clínica general, congruente con la particularidad de la problemática de victimización sexual.

En cuanto a este factor, es posible mencionar que la cercanía y vínculos de confianza con la figura del agresor, por ejemplo, la figura paterna, constituirían aspectos dificultadores en el proceso de cambio (Capella et al., 2014), acorde a las implicancias que podría tener el hecho que una figura cercana sea el autor de la agresión sexual sufrida (dificultades en la visualización de esto como una experiencia abusiva, en el proceso de develación, en la aceptación e integración de emociones ambivalentes, entre otras) (Barudy, 1998; CAVAS, 2011).

En conclusión, hay ciertos factores que se asemejan a lo expuesto para el cambio psicoterapéutico en población infanto juvenil clínica general, sobretodo, en relación a la psicoterapia y factores propios; mientras que el contexto judicial y las características de la agresión sexual parecen ser elementos particulares de niños y adolescentes victimizados sexualmente.

La familia y entorno social también tienen mayor preponderancia en la psicoterapia con víctimas de ASI, dadas las características del fenómeno. Sin embargo, este factor se puede haber minimizado en la literatura con población infanto juvenil que no tiene antecedentes de ASI, de acuerdo al énfasis de las investigaciones analizadas en la presente memoria.

6. Discusión y Conclusiones

Al finalizar el presente estudio, es posible plantear que la investigación realizada permitió dar respuesta a la pregunta de investigación y los objetivos propuestos. De esta manera, se ha podido realizar una propuesta teórica del cambio psicoterapéutico en niños y adolescentes que han sido víctimas de ASI.

En consecuencia, las conclusiones expuestas relevarán aspectos centrales de cambio psicoterapéutico en esta población, discutiendo con aspectos desarrollados en la literatura. Junto con ello, se reflexionará y plantearán implicancias, limitaciones y proyecciones del presente estudio.

6.1 Principales Resultados

En general, los resultados de esta memoria dan cuenta de una conceptualización del cambio psicoterapéutico y la manera en que este proceso transcurriría. Junto con esto, una propuesta de aquellos aspectos en los que niños y adolescentes cambiarían, y los factores que influirían en el proceso de cambio. Estos han sido esquematizados en la Figura N°1.

Por medio de ésta, se observa de manera más amplia la conceptualización del cambio psicoterapéutico, la cual engloba el contenido del cambio. De manera longitudinal, se observa el proceso de cambio, dividido en tres flechas correspondiente a las tres principales fases destacadas para el cambio psicoterapéutico en niños y adolescente víctimas de ASI (etapa inicial, media y final). Estas se engrosan en la media en que el proceso progresa. A su vez, y como cuarto elemento, la parte inferior corresponde a los factores que facilitan y dificultan el cambio, destacando que las características de la agresión, solo influye como obstaculizador.

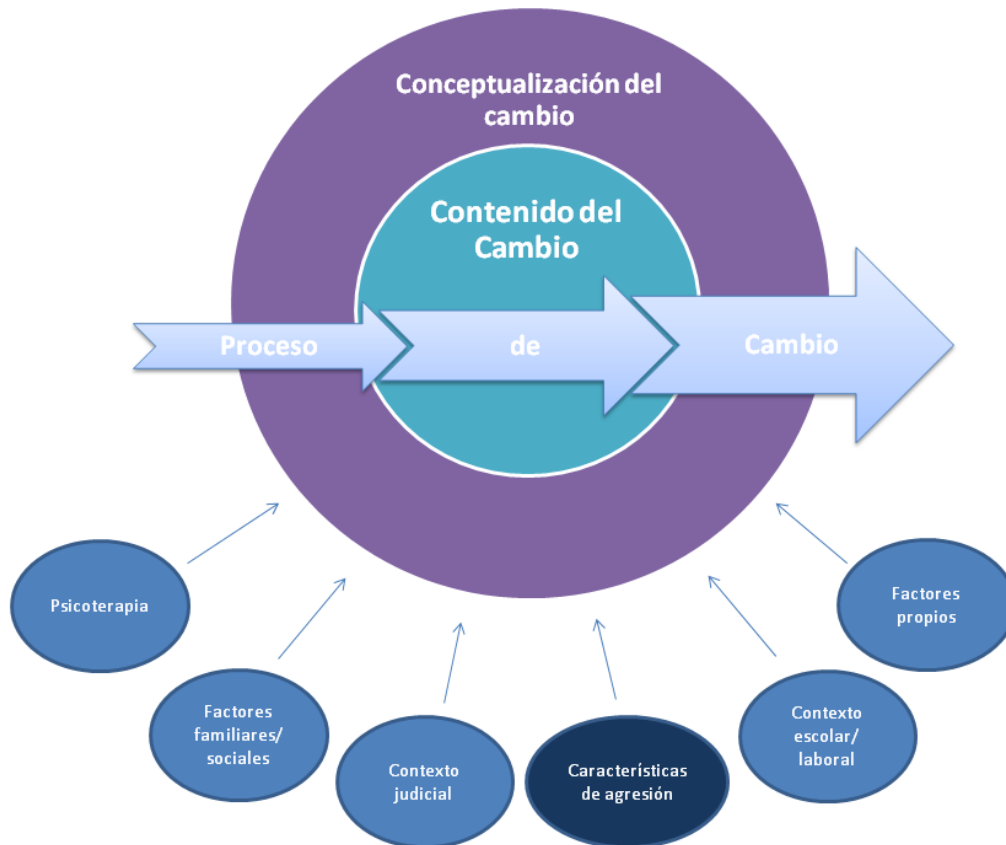


Figura N°1: Cambio Psicoterapéutico en Población Infanto Juvenil Víctima de ASI

Integrando los distintos elementos esquematizados en la figura, y respondiendo a la pregunta de investigación de esta memoria, podemos pensar que el cambio psicoterapéutico en niños y adolescentes que han sido víctimas de ASI, correspondería a un proceso de crecimiento y transformación global de la visión del sí mismo, las relaciones y el entorno, que se daría a través de un proceso de re-conceptualización de la experiencia abusiva y que implica la progresiva construcción de una narrativa personal y relacional más diversificada y enriquecida.

Este proceso implica cambios en diversas áreas, lo que da cuenta del contenido del cambio: una remisión o disminución sintomatológica; cambios a nivel interpersonal (relaciones gratificantes y de mayor confianza, junto con el establecimiento de límites interpersonales) e intrapersonal (mayor capacidad de identificación y expresión de emociones, así como una visión del sí mismo más fortalecido y autónomo); transformaciones en la esfera de la sexualidad, hacia una comprensión más sana de ésta y del propio cuerpo; y cambios en relación con la experiencia de ASI, vinculado a una transformación en los significados asignados a dicha vivencias y la integración de la experiencia abusiva al continuo vital.

Por ello, el cambio en población infanto juvenil víctima de ASI, no se construiría en un camino solitario, sino que en relación con el contexto- en el confluir de distintos aspectos facilitadores u obstaculizadores- y en un proceso de cambio conjunto con las figuras parentales.

Considerando con lo propuesto, en el proceso de esta conceptualización, se apreciaron algunas diferencias destacadas con la literatura revisada respecto al cambio psicoterapéutico y psicoterapia con población adulta e infanto juvenil clínica general y población adulta victimizada sexualmente. Debido a esto, algunos ejes de discusión remitirán a estas diferencias.

Así, en un primer punto, la idea del crecimiento y transformación, parece relacionarse con lo propuesto en las investigaciones tanto en niños, adolescentes y adultos (con o sin antecedentes de ASI), aunque la idea de transformación parece enfatizarse en población infanto juvenil.

Esto podría vincularse con las tareas acorde a la etapa evolutiva en la que estaría esta población, las que, según Sepúlveda (2013), se relacionarían con el desarrollo de un mayor sentido de independencia y autonomía, diferenciación de marco de referencias como la familia, junto con una integración de otros a la visión del sí mismo y el mundo.

Sin embargo, y no invalidando estas variables evolutivas, es interesante que esta diferencia no parece visualizarse con tanta claridad en las investigaciones con población victimizada sexualmente (adulta o infanto juvenil), ya que la idea del crecimiento y transformación, parece ser igualmente importante (Philips y Daniluk, 2004; Capella et al., in press).

A su vez, esta diferencia también parece hacerse más evidente, a la hora de comparar la literatura de población infanto juvenil clínica general, y aquella que ha sido víctima de ASI, ya que en la segunda la idea del crecimiento también parece adquirir mayor énfasis.

En consideración a esto, podemos pensar que esta discrepancia se relaciona con características del fenómeno de agresiones sexuales, en tanto puede construirse como una experiencia traumática que genera constantes desequilibrios en las estructuras de la persona (Capella, 2011; Neimeyer et al., 2006), por lo que idea de la resignificación e integración de esta experiencia podría adquirir una connotación más radical, dentro de la idea de transformación y crecimiento. Asimismo, es común que en población victimizada sexualmente, exista una visión de daño tras la agresión, por lo que autores, tanto de psicoterapia como de superación de la experiencia de ASI, enfatizan la idea del crecimiento, a modo de contrarrestar esta visión de daño connotada en la literatura (Capella y Gutiérrez, 2014).

No obstante, también es importante considerar que posiblemente la idea del crecimiento está menormente desarrollada en investigación con población clínica general.

Considerando los énfasis diferenciales que hay respecto de la idea general del cambio como crecimiento, sería interesante abordar diferencias más específicas respecto de este concepto, en específico, discrepancias entre niños y adolescentes (con o sin antecedentes de ASI).

Así, en niños, la idea del crecimiento y fortalecimiento parece adquirir mayor énfasis desde narrativas de un aprendizaje tras la psicoterapia o una adquisición de habilidades (Carlberg et al., 2009); mientras que en los adolescentes estas ideas se vincularían con mayor fuerza desde una identidad diferente (Gibson y Cartwright, 2014).

En lo que respecta a niños y adolescentes que han sido víctimas de ASI, los niños comentan que este proceso de transformación se vincularía mayormente con un sentirse más grandes y con adquirir mayores herramientas (Rodríguez, 2014); mientras que en los adolescentes se relacionaría con un abandono de la identidad construida en el trauma (Capella, 2011).

Como se dijo, esto podría asociarse a metas más específicas de cada período evolutivo, las que en la adolescencia, por ejemplo, se vinculan al trabajo sobre una identidad personal más integrada y coherente (Capella, 2011; Sepúlveda, 2013).

Aun así, es necesario destacar que el posible énfasis diferencial dentro de la idea del crecimiento, no implica que no pueda ser compartida en la otra etapa del desarrollo, aspecto concordante con lo investigado por Gibson y Cartwright (2014) y Lama (2014), en donde los adolescentes también mencionan que una de las áreas de cambio se vincula a tener más herramientas. A su vez, es posible pensar que el contenido del cambio adquirirá énfasis distintos de acuerdo a las características del niño/adolescente y su familia, el motivo de consulta, factores influyentes, entre otros.

En otro aspecto, desde esta propuesta, el cambio psicoterapéutico en niños y adolescentes víctimas de ASI implicaría un proceso, que como tal, ocurre de manera paulatina y gradual, en el transcurrir de sucesivas etapas, que involucrarían momentos de avances y retroceso.

Dentro de este proceso, un elemento destacado a lo largo de la investigación, tanto para población adulta como infanto juvenil (con o sin antecedentes de ASI) ha sido la relación terapéutica, entendido tanto como un vehiculizador del cambio, como un cambio en sí mismo. Este aspecto, a su vez, parece ser trascendental a la hora de abordar las temáticas más complejas de niños y adolescentes y para el cambio frente a sus resistencias iniciales.

En ese sentido, si bien tanto niños como adolescentes, con o sin antecedentes de ASI, presentan en un inicio diversos temores y preocupaciones, un aspecto característico de población víctima de agresiones sexuales, correspondería a la fuerza que adquieren estas resistencias en un inicio del proceso psicoterapéutico.

Es podría vincularse a las características particulares del fenómeno, tales como la pérdida de confianza en las relaciones asociado a la dinámica traumatogénica de Traición (Finkelhor y Browne, 1985), las instancias previas a la llegada a la psicoterapia (la denuncia, paso por el contexto judicial, etc.), en las que los malos tratos y desconfianza pueden constituir un proceso de revictimización (Fundación para la confianza y OPCION, 2012; Lama et al., 2015), entre otras.

En este mismo marco, otro aspecto característico de población agredida sexualmente corresponde al énfasis que adquiere la relación psicoterapéutica como un vehículo para el desarrollo de un empoderamiento personal.

Así, en población sin antecedentes de victimización sexual, este aspecto parece ser especialmente primordial para niños y adolescentes, lo que podría ligarse a factores evolutivos anteriormente mencionados. Sin embargo, esta diferencia no parece visualizarse con tanta claridad entre población adulta e infante juvenil víctimas de agresiones sexuales, ya que para ambos casos, la idea del empoderamiento es fundamental (Draucker et al., 2009; Lama, 2014; Rodríguez, 2014; Saha et al., 2011).

Esto podría vincularse a características diferenciales de las agresiones sexuales, como por ejemplo, a la dinámica traumatogénica de indefensión (Finkelhor y Browne, 1985), y a que la población adulta estudiada en este caso, corresponde a adultos victimizados en la infancia.

Considerando la relevancia que adquiere la relación terapéutica para el cambio, y tomando en cuenta que este proceso está mediado por múltiples factores, parece importante discutir respecto del rol de la relación psicoterapéutica, pero también de la psicoterapia en general, en el cambio psicoterapéutico.

Así, tal como expresan algunos autores (Harvey y Taylor, 2007; Hetzel-Riggin et al., 2007), en relación con los que no han cursado un proceso terapéutico, los niños y adolescentes víctimas de ASI que han participación de psicoterapia, experimentarían mejorías en su bienestar psicológico. Así también, para adultos victimizados en la infancia que han vivido un proceso psicoterapéutico (Phillips y Daniluk, 2004).

Sin embargo, la superación de la experiencia abusiva (y los cambios que implica) también es experimentada en adultos victimizados en la infancia y que no vivieron un proceso de

psicoterapia. En esos casos, el rol de la familia y pares, la religión y ellos mismos, jugaron un rol fundamental (Draucker et al., 2011).

Considerando que aquellas personas que no han vivido un proceso de psicoterapia, también experimentan cambios, ¿sería la psicoterapia un factor determinante a la hora de pensar el cambio psicoterapéutico?

Según Krause (2005), el cambio psicoterapéutico estaría mediado por factores tanto intra como extra terapéuticos. Asimismo, y en lo que respecta a población infanto juvenil víctima de ASI, la transformación parece estar influenciada por múltiples variables, que no corresponden en exclusividad a la psicoterapia. Tal es el caso, por ejemplo, que en algunos niños/adolescentes (y sus familias), la percepción de superación parece no estar completa, en la medida en que no se han cumplido las expectativas del proceso judicial (Lama et al., 2015).

Sin embargo, la literatura y, primordialmente, las voces de esos mismos niños/adolescentes (y sus familias) son las que también relevan la psicoterapia como un elemento central de apoyo y un aspecto facilitador del cambio (Capella et al., in press).

En ese sentido, es plausible pensar que la psicoterapia podría ser un importante factor para el cambio, más no es un exclusivo autor. Si tal es el caso, sería importante tener mayor claridad respecto de la manera en qué este factor influye y cuánto del cambio es responsabilidad (o no) de la psicoterapia.

En relación a esto, y de acuerdo a lo planteado en la literatura, el cambio psicoterapéutico se iría complejizando, en la medida en que se avanza en las diferentes etapas, por lo que el cambio psicoterapéutico no sería algo exclusivo de las etapas finales, y podría continuar aun después de terminada la psicoterapia (Echávarri et al., 2009).

En consideración con esto, y bajo una propuesta personal, podemos pensar que el rol de la psicoterapia podría vincularse al logro de cambios terapéuticos de mayor complejidad y profundidad, las que solo en un proceso de cambio conjunto con factores familiares, contextuales/judiciales y personales, podrían alcanzar la idea de la transformación global.

Sin embargo, esta es una discusión que hay que seguir explorando en las investigaciones, ya que, tal como expresa Krause (2005), no es un diálogo que se ha cerrado.

Si tenemos en cuenta que la psicoterapia ocupa un rol fundamental, más no exclusivo del cambio psicoterapéutico en niños y adolescentes víctimas de ASI, también parece importante de

discutir la idea del cambio como proceso en curso, un concepto tomado desde las investigaciones de superación.

De acuerdo a lo visualizado en la literatura de cambio psicoterapéutico, este punto parece asimilarse a la idea planteada sobre que el cambio empieza antes de la terapia y continúa luego (Krause et al., 2006). No obstante, plantear que el cambio continúa una vez finalizada la terapia, no necesariamente implica que el cambio continúa a lo largo de la vida, por lo que sería importante tener mayor precisión de esta supuesta similitud, a través de investigaciones que aborden esta temática.

A su vez, y en relación con lo propuesto en el contexto nacional sobre el proceso de superación, la idea de la continuidad parece ser algo más o menos compartido entre población adulta e infante juvenil; aunque quizás este planteamiento también necesita ser revisado a la hora de pensar en los niños, quienes parecen circunscribir el curso de la superación, al proceso de la psicoterapia (Rodríguez, 2014), por lo que un cierre terapéutico, podría ser entendido como un término del proceso de cambio. Esto también podría relacionarse con variables evolutivas de la etapa del desarrollo en la que se encuentran, donde prima una percepción concreta de la realidad y una temporalidad en función del presente (Sepúlveda y Capella, 2010).

Finalmente, y en concordancia con todo lo expuesto, parece importante discutir en torno a la vinculación del cambio psicoterapéutico en niños y adolescentes que han sido víctimas de ASI y el proceso de superación de éstos.

Así, a lo largo de la presente memoria, los conceptos de cambio psicoterapéutico y superación se han equiparado, principalmente, respecto de la conceptualización, factores influyentes y contenidos del cambio en población infante juvenil víctima de ASI. En ese sentido, es importante destacar que la vinculación no solo se ha realizado por la escases de investigación de cambio psicoterapéutico en población infante juvenil general- aún menos en aquella que ha sido víctimas de ASI- sino porque en diversos aspectos, parecen tener elementos comunes.

En ese sentido, tanto en la literatura del proceso de superación, como en la de cambio psicoterapéutico, la persona no solo afronta las consecuencias negativas de sus problemáticas (en este caso la experiencia de victimización sexual), sino que se ven envueltos en un proceso dinámico que involucra también la transformación. Es decir, en ambos marcos conceptuales, se entiende que la persona no solo se recupera, sino que también crece (Krause et al., 2006; Phillips y Daniluk, 2004).

De igual manera, en ambos campos investigativos, el crecimiento se lograría a partir de una re-conceptualización o resignificación de la experiencia disruptiva, que se desarrollaría a través de múltiples etapas sucesivas, con momentos de avances y retroceso, por lo que ambos procesos no transcurren de manera lineal (Capella et al, in press; Draucker et al., 2011; Goncalvez et al., 2009; Krause et al., 2006).

Por otro lado, es importante mencionar que aunque tienen puntos de convergencia, ambos conceptos provienen de marcos investigativos diferenciales: el concepto de cambio psicoterapéutico procede de la investigación en psicoterapia, mientras que el de superación corresponde a la investigación sobre la temática específica de agresiones sexuales.

Asimismo, las principales investigaciones en el marco de la superación, señalan que este proceso no se daría exclusivamente en un espacio psicoterapéutico (Draucker et al, 2009), por lo que la superación trascendería a la psicoterapia (Lama, 2014). A su vez, considerando que el cambio psicoterapéutico no solo se enfoca en la experiencia de agresión sexual, podríamos pensar que el cambio psicoterapéutico correspondería a algo más global que el concepto de superación.

Sin embargo, que la superación trascienda a la psicoterapia no necesariamente implica que este proceso trascienda al cambio psicoterapéutico; y entendiendo que la superación implica una recuperación, pero también un crecimiento, también podemos pensar que abarca más elementos que la experiencia de ASI.

No obstante, teniendo en cuenta todo lo expuesto en esta memoria, desde el punto de vista de esta autora es posible hipotetizar que la superación se relacionaría estrechamente con las etapas finales del cambio psicoterapéutico, vinculadas a una mayor complejidad y profundidad. Así, el cambio psicoterapéutico experimentado por niños y adolescentes víctimas de ASI, que han cursado exitosamente un proceso psicoterapia, podría denominarse proceso de superación de la experiencia de ASI.

Es necesario vislumbrar esta hipótesis a la luz de las limitaciones de este estudio, y considerar que no es posible cerrar la discusión acerca de la manera en que se relacionan estos dos conceptos, por lo que mayor dialogo e investigación al respecto son necesarios.

6.2 Aportes, Limitaciones y Proyecciones

El presente estudio, constituye un aporte a la escasa publicación de cambio psicoterapéutico en niños y adolescentes, la que es aún más exigua en quienes han sido víctimas de agresiones sexuales. En ese sentido, esta memoria aporta una sistematización y ordenamiento de

investigaciones previas, la que convergió, de manera tentativa, en una propuesta comprensiva para el cambio psicoterapéutico en esta población.

A su vez, esta memoria configura un aporte en la revisión y teorización del cambio psicoterapéutico, para su posterior complementación y contrastación práctica con personas involucradas en la terapia especializada, ya sea niños y adolescentes, sus padres y psicoterapeutas. En ese sentido, esta memoria aporta un suministro teórico para el proyecto Fondecyt en el cual se inscribe el presente estudio, el que justamente tiene por objetivo caracterizar el cambio psicoterapéutico desde esos actores.

Finalmente, esta revisión y propuesta constituye una contribución teórica para la práctica clínica y el quehacer llevado a cabo por psicólogos/as.

En ese sentido, aunque el cambio psicoterapéutico es un proceso singular, los aspectos generales de este proceso permiten tener mayor claridad de las “tareas” que se pueden llevar a cabo en cada etapa y los cambios que tienen lugar en cada una de éstas.

Respecto de esto, se enfatiza el rol del vínculo terapéutico en cada una de las etapas: para el cambio de resistencias iniciales, para la consolidación de los cambios alcanzados en etapas finales y, en especial, para el abordaje y resignificación de la experiencia abusiva, un elemento necesario para el cambio.

En este punto, también es necesario destacar la importancia de trabajar con los niños y adolescentes de manera integral, atendiendo a las diversas necesidades que éstos puedan presentar. Esta integralidad no solo implica comprender que el niño o adolescente con el que se trabaja, es mucho más que la experiencia de ASI, sino también, al trabajo efectivo con la/s figura/s parental/es, no solo porque constituyen una pieza clave para el cambio en sus hijos, sino para la experiencia de cambio en sus propias vidas, al ser víctimas indirectas.

En estrecha relación con las contribuciones clínicas de este estudio, esta memoria también podría tener implicancias a nivel de políticas públicas, aportando una sistematización de referentes teóricos que justifican y exacerbaban la necesidad de modificaciones en los lineamientos de las bases técnicas de programas especializados en la atención a niños y adolescentes (y sus familias) que han sido victimizados sexualmente.

En ese sentido, parece importante discutir y modificar el concepto cosificador de reparación (Martínez, 2014), poner mayor esfuerzos en una atención a víctimas indirectas, abandonando el énfasis individualizante de la intervención (Dussert, 2014; Lizama, 2011) y proponer plazos de

atención más acordes a los tiempos de cada niño, adolescente y su familia (Águila, 2015; Lama, 2014). Esto podría constituir un gran paso, en la validación de las voces de niños y adolescentes que han sido agredidos sexualmente.

En consideración con los aportes de esta investigación, es importante relevar aquellos aspectos que constituyen limitaciones del estudio.

Así, una primera e ineludible limitación de esta investigación, es que, al tratarse de una memoria teórica, la construcción de conocimiento proviene de una fuente de carácter documental y no desde la propia praxis clínica. Si bien, las fuentes utilizadas buscan enfatizar investigaciones desde la propia narrativas de niños y adolescentes, sería de gran interés para investigaciones futuras, llevar a cabo estudios sobre el cambio psicoterapéutico en población infanto juvenil víctimas de ASI, desde las propias narrativas de los actores participantes, ya sea víctimas directas, indirectas o psicoterapeutas.

Otra importante limitante de este estudio, corresponde a las referencias bibliográficas utilizadas para el campo del cambio psicoterapéutico, puesto que las investigaciones analizadas ponen énfasis en solo un actor del proceso psicoterapéutico (niños y adolescentes), pudiendo ser sub-representados el rol de la familia o contexto social. A su vez, estos referentes no incluyen casos de deserción, lo que nos permitiría tener una mayor comprensión del cambio psicoterapéutico.

En relación a esto, otra limitación se asocia a las investigaciones en psicoterapia con población infanto juvenil que ha sido víctima de ASI, en especial, las referidas al proceso de superación, ya que éstas se centran en niños y adolescentes que han participado de un proceso de psicoterapia y lo han cursado exitosamente.

En ese caso, sería interesante investigar el proceso de deserción psicoterapéutica en niños y adolescentes, ya sea población clínica general o víctimas de ASI, así como, el proceso de superación de la experiencia ASI, en casos que no han cursado psicoterapia. Esto permitiría construir una propuesta del cambio psicoterapéutico para dichos casos, contrastarlo con aquella planteada para casos exitosos. Estas investigaciones, por ejemplo, entre otras cosas podrían visualizar aspectos dificultadores de la psicoterapia, que corresponde a un campo poco explorado en la psicoterapia infanto juvenil, aún menos en aquella víctima de ASI.

Así también, teniendo en cuenta que el cambio psicoterapéutico en víctimas de ASI es un proceso en curso, sería interesante que futuras investigaciones en esta línea puedan tener un carácter longitudinal, las que permitan estudiar el cambio psicoterapéutico en esta población, aún terminada la psicoterapia.

7. Referencias Bibliográficas

- Águila, D. (2015). *Cambio psicoterapéutico en niños, niñas y adolescentes que han sido víctima de agresiones sexuales: Narrativas de sus psicoterapeutas*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología mención Psicología Clínica Infanto Juvenil, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Águila, D., Lama, X., Capella, C., Rodríguez, L., Dussert, D., Gutiérrez, C. & Beiza, G. (enviada a publicación). Proceso de cambio psicoterapéutico en niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales: narrativas de sus terapeutas. Manuscrito enviado para publicación.
- Altimir, C., Krause, M., De la Parra, G., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N. et al. (2010). Clients', therapists', and observers' agreement on the amount, temporal location, and content of psychotherapeutic change and its relation to outcome. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 20(4), 472–487.
- Álvarez, K. (2003). Abuso sexual en la niñez y adolescencia. En Almonte, C., Montt, M.E. & Correa, A. (Eds). *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia* (pp.486-506). Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo.
- Alves, D., Fernández-Navarro, P., Ribeiro, A., Ribeiro, E. & Goncalves, M. (2014). Ambivalence and Innovative Moments in Grief Psychotherapy: The Cases of Emily and Rose. *Psychotherapy*, 51(2), 308-321.
- Banyard, V. & Williams, L. (2007). Women's voices on recovery: A multi-method study of the complexity of recovery from child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 31, 275-290.
- Barros, P. & Matamorro, M. (2009). *Percepción de cambio atribuida al proceso de asistencia psicológica humanista breve en estudiantes de la facultad de medicina de la universidad de Chile*. Memoria para optar al título de psicóloga, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible en la infancia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Binder, P., Holgersen, H. & Nielsen, G. (2009). Why did I change when I went to therapy? A qualitative analysis of former patients' conceptions of successful psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 9(4), 250-256.

- Binder, P., Moltu, C., Hummelsund, D., Sagen, S & Holgersen, H. (2011). Meeting an adult ally on the way out into the world: Adolescent patients' experiences of useful psychotherapeutic ways of working at an age when independence really matters. *Psychotherapy Research*, 21(5), 554-566.
- Bruner, J. (1994). *Realidad mental y mundos posibles: Los actos de la imaginación que dan sentido a la experiencia*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Bruner, J. (2004). Life as narrative. *Social Research*, 71(3), 691-710.
- Bury, C., Raval, H. & Lyon, L. (2007). Young people's experiences of individual psychoanalytic psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 79–96.
- Calberg, G. (1997). Laughter opens the door: turning points in child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 23(3), 331-349.
- Calberg, G., Thorén, A., Billström, S. & Odhammar, F. (2009). Children's expectations and experiences of psychodynamic child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 35(2), 175-193.
- Cantón, J. & Cortés, M. (2004). *Malos tratos y abuso sexual infantil: Causas, consecuencias e intervención*. Madrid, España: Siglo XXI Editores.
- Capella, C. (2010). Develación del abuso sexual en niños y adolescentes: Un artículo de revisión. *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, 21(1), 44-56.
- Capella, C. (2011). *Hacia narrativas de superación: El desafío para la psicoterapia con adolescentes de integrar la experiencia de agresión sexual a la identidad personal*. Tesis para optar al grado de Doctora en Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Capella, C. (2013). Una propuesta para el estudio de la identidad con aportes del análisis narrativo. *Psicoperspectivas*, 12(2), 117-128.
- Capella, C., Águila, D., Beiza, G., Dussert, D., Gutiérrez, C., Lama, X. & Rodríguez, L. (2014). Resumen resultado proyecto de investigación [Proceso de superación de las agresiones sexuales: narrativas de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas, sus padres y psicoterapeutas]. Departamento de Psicología, Universidad de Chile. Documento de circulación restringida, no publicado.

- Capella, C. & Gutiérrez, C. (2014). Psicoterapia con niños y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales: Hacia una resignificación del concepto de reparación. *Psicoperspectivas*, 13(2), 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 Psicóloga, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Capella, C., Lama, X., Rodríguez, L., Águila, D., Beiza, G., Dussert, D. & Gutiérrez, C. (in press). Winning a Race: Narratives of Healing and Psychotherapy in Children and Adolescents Who Have Been Sexually Abused. *Journal of Child Sexual Abuse*.
- Carroll, J. (2002). Play therapy: the children's views. *Child and Family Social Work*, 7, 177-187.
- Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales [CAVAS] (2003). *Centro de Asistencia Víctimas de Atentados Sexuales CAVAS Metropolitano: 16 años de experiencia*. Policía de Investigaciones de Chile.
- Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales [CAVAS] (2011). *Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales: Una revisión de la experiencia*. Policía de Investigaciones de Chile.
- Consejo Nacional de la Infancia (2015). *Informe Final: Comisión Técnica de Garantías de Derecho de Niños, Niñas y Adolescentes en Proceso Judiciales*. Recuperado el 15 de diciembre de 2015 desde http://www.consejoinfancia.gob.cl/wpcontent/uploads/2015/05/INFORME_COMISION_GARANTIAS.pdf
- Cué, M., Díaz, G., Díaz, A & Valdés M. (2008). El artículo de revisión. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(4), 1-11.
- Dagnino, P., de la Parra, G., Jaramillo, A., Crempien, C., Padilla, O., Gómez-Barris, E., Luzio, P., Reyes, L., Said, M., Escobar, R., Martínez, D. & Rodríguez, S. (2014). El devenir del cambio: Cómo es y hacia dónde se dirige. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23 (1), 23-40.
- Del Río, M. (2007). *La construcción de significado psicológico de niños abusados*. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

- Departamento de Psicología de Universidad de Chile (2015). *Memoria de titulación*. Santiago, Chile: Comunicación Personal.
- Draucker, C.B., Martsof, D., Ross, R., Cook, C.B., Stidham, A. & Mweemba, P. (2009). The essence of healing from sexual violence: A qualitative metasynthesis. *Research in Nursing and Mental Health*, 32, 366-378.
- Draucker, C.B., Martsof, D., Roller, C., Knapik, G., Ross, R. & Stidham, A. (2011). Healing from childhood sexual abuse: A theoretical model. *Journal of Child Sexual Abuse*, 20(4), 435-466.
- Dunne, A., Thompson, W. & Leitch, R. (2000). Adolescent males' experience of the counselling process. *Journal of Adolescence*, 23, 79-93.
- Dussert, D. (2014). *Significaciones en torno al proceso de superación de agresiones sexuales: Acercamiento a narrativas de padres de niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas*. Memoria para optar al título de Psicóloga, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Dussert, D., Capella, C., Lama, X., Gutiérrez, C., Águila, D., Rodríguez, L., & Beiza, G. (enviada a publicación). Narrativas de padres de niños, niñas y adolescentes en psicoterapia por agresiones sexuales: un proceso de superación conjunta. Manuscrito enviado para publicación.
- Echávarri, O., Gonzalez, A., Krause, M., Tomicic, A., Perez, C., Dagnino, P., De la Parra, G., Valdés, N., Altimir, C., Vilches, O., Stasser, K., Ramirez, I. & Reyes, L. (2009). Cuatro terapias psicodinámicas breves exitosas estudiadas a través de los indicadores genéricos de cambio. *Revista argentina de Clínica Psicológica*, 28(1), 5-19.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12, 43-44.
- Elliott, R. (2008). Research on client experiences of therapy: introduction to the special section. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 18(3), 239-242.
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: realizing the promise. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 20(2), 123-135.

- Fernández, O. (2013). *Alianza terapéutica, acciones comunicacionales e indicadores de cambio genéricos en la fase inicial de la psicoterapia con adolescentes, y su relación con resultados y adherencia al tratamiento*. Tesis para optar al grado de Doctora en Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- Finkelhor, D. & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530-541.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2012). *4to Estudio de Maltrato Infantil*. Recuperado el 20 de diciembre de 2015 desde http://www.unicef.cl/unicef/public/pdf/maltrato_infantil.pdf.
- Foster, J. & 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*, acceptedmanuscript.
- Fundación para la confianza & Centro de estudios de la niñez OPCION (2012). *Abuso: Configuración y Supervivencia. Representaciones sociales de niños y niñas y el relato de adultos sobrevivientes de abuso sexual en su niñez*. Santiago, Chile: LOM.
- Gibson, K. & Cartwright, C. (2013). Agency in Young Clients' Narratives of Counseling: "It's Whatever You Want to Make of It". *Journal of Counselling Psychology*, 60(3), 340-352.
- Gibson, K. & Cartwright, C. (2014). Young clients' narratives of the purpose and outcome of counselling. *British Journal of Guidance & Counselling*, 42(5), 511-524.
- Gil, E. (1997). *Tratamiento sistémico de la familia que abusa*. Buenos Aires, Argentina: Granica.
- Glaser, D. (2002). Child sexual abuse. En Rutter, M. & Taylor, E. (Eds). *Child and Adolescent Psychiatry* (4ta.Ed.) (pp. 340-358). Oxford: Blackwell Publishing.
- Gonçalves, O. (2002). *Psicoterapia cognitiva narrativa: Manual de terapia breve*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Gonçalves, M., Matos, M. & Santos, A. (2009). Narrative therapy and the nature of "innovative moments" in the construction of change. *Journal of Constructivist Psychology*, 22, 1-23.

- Gonçalves, M. & Ribeiro, A.(2012). Therapeutic change, innovative moments and the reconceptualization of the self: A dialogical account. *International Journal of Dialogical Science*, 6(1) ,81–98.
- Gutiérrez, C. & Steinberg, M. (2012). *Caracterización del proceso de develación de niños, niñas y adolescentes chilenos víctimas de agresiones sexuales*. Memoria para optar al Título de Psicóloga, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Harvey, S. & Taylor, J. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with sexually abused children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 30, 517-535.
- Hetzel-Riggin, M., Brausch, A. & Montgomery, B. (2007). A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: An exploratory study. *Child Abuse & Neglect*, 31, 125-141.
- Kogan, S. (2004). Disclosing unwanted sexual experiences: Results from a national sample of adolescent women. *Child Abuse & Neglect*, 28(2), 147-165.
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y cambio. Una mirada desde la subjetividad*. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica.
- 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.
- Lama, X. (2014). *Narrativas de superación de adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales y de sus terapeutas*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología mención Psicología Clínica Infanto Juvenil, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Lama, X., Gutiérrez, C., Capella, C., Dussert, D., Rodríguez, L., Beiza, G., & Águila, D. (2015). Superación de agresiones sexuales infanto-juveniles y el Sistema judicial: una visión desde los participantes. *Revista de Psicología*, 24 (1), 1-19.
- Levitt, H., Butler, M. & Hill, T. (2006). What Clients Find Helpful in Psychotherapy: Developing Principles for Facilitating Moment-to-Moment Change. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 314-324.

- Lizana, C. (2011). *Intervenciones familiares en abuso sexual incestuoso en programas colaboradores de SENAME en la región de BíoBío*. Memoria para optar al título de Psicóloga, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Llanos, M.T. & Sinclair, C. (2001). Terapia de reparación en víctimas de abuso sexual: Aspectos fundamentales. *Psykhe*, 10(2), 53-70.
- Maffioletti, F. & Huerta, S. (2011). Aproximación fenomenológica de los delitos sexuales en Chile la realidad nacional. *Revista Jurídica del Ministerio Público de Chile*, 47, 1-15.
- Malacrea, M. (2000). *Trauma y reparación: El tratamiento del abuso sexual en la infancia*. Barcelona, España: Paidós.
- Mander, J., Wittorf, A., Klingberg, S., Teufel, M., Zipfel, S. y Sammet, I. (2014). The Patient Perspective on Therapeutic Change: The Investigation of Associations Between Stages of Change and General Mechanisms of Change in Psychotherapy Research. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(2) 122-137.
- Manthei, R. (2007). Clients talk about their experience of the process of counselling. *Counselling Psychology Quarterly*, 20(1), 1-26.
- Martínez, J. (2012). Abuso sexual infantil ¿qué se repara en la terapia?. En Aretio, M.C. & Heresi, M (Eds.). *Temas de psicología clínica infante juvenil: Aportes y reflexiones* (pp.95-111). Santiago, Chile: Ediciones Universidad Diego Portales.
- Martínez, J. (2014). *Abuso sexual infantil y psicoterapia: Análisis crítico del concepto "reparación"*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología mención Clínica Infante Juvenil, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Midgley, N., Target, M. & Smith, J. (2006). The outcome of child psychoanalysis from the patient's point of view: A qualitative analysis of a long-term follow-up study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79, 257-269.
- Ministerio de Salud [MINSAL] y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2011). *Guía clínica: Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, víctimas de abuso sexual*. Santiago, Chile.

- Mossige, S., Jensen, T., Gulbrandsen, W., Sissel Reichelt, S. & Tjersland, O. (2005). Children's narratives of sexual abuse: What characterizes them and how do they contribute to meaning-making?. *Narrative Inquiry* 15(2), 377-404.
- Neimeyer, R., Herrero, H. & Botella, L. (2006). Chaos to coherence: Psychotherapeutic integration of traumatic loss. *Journal of Constructivist Psychology*, 19, 127-145.
- Nelson-Gardell, D. (2001). The Voices of victims: Surviving child sexual abuse. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 18(6), 401-416.
- Olivera, J., Braun, M., Balbi, P. & Roussos, A. (2011). *Intervenciones y cambio en psicoterapia desde la perspectiva del paciente*. Recuperado el 7 de abril de 2015 desde http://www.researchgate.net/publication/222098547_Intervenciones_y_cambio_en_psicoterapia_desde_la_perspectiva_del_paciente
- Olivera, J., Braun, M., Gómez, J. & Roussos, A. (2013). A Qualitative Investigation of Former Clients' Perception of Change, Reasons for Consultation, Therapeutic Relationship, and Termination. *Psychotherapy*, 50(4), 505-516.
- Páramo, M. (2011). Psicoterapia para Adolescentes y Perfil del Psicólogo: Análisis de contenido de discursos grupales. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(2), 133-142.
- Pereda, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30(2), 135-144.
- Pereda, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31(2), 191-201.
- Perrone, R. & Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia: Un abordaje sistémico y comunicacional*. Argentina: Paidós.
- Phanichrat, T. & Townshend, J. (2010). Coping strategies used by survivors of childhood sexual abuse on the journey to recovery. *Journal of Child Sexual Abuse*, 19(1), 62-78.
- Phillips, A. & Daniluk, J. (2004). Beyond "survivor": How childhood sexual abuse informs the identity of adult women at the end of the therapeutic process. *Journal of Counseling & Development*, 82, 177-184.

- Ribeiro, A., Bento, T., Salgado, J., Stiles, W. & Gonçalves, M. (2011). A dynamic look at narrative change in psychotherapy: A case study tracking innovative moments and protonarratives using state space grids. *Psychotherapy Research*, 21(1), 54-69.
- Ribeiro, A., Gonçalves, M., Silva, J., Brás, A. & Sousa, I. (2015). Ambivalence in Narrative Therapy: A Comparison Between Recovered and Unchanged Cases. Recuperado el 30 de marzo de 2015 desde <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cpp.1945/epdf>
- Rodríguez, L. (2014). *Narrativas de cambio y fortalecimiento: una aproximación al proceso de superación de experiencias de agresión sexual en niños y niñas*. Memoria para optar al título de Psicóloga, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Rojas Breedy, A. (2002). *Después de romper el silencio: Psicoterapia con sobrevivientes de abuso infantil*. San José, Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Ronen, T. (1996). Constructivist therapy with traumatized children. *Journal of Constructivist Psychology*, 9, 139-156.
- Roussos, A. (2013). Introduction to Special Section on Clients' Perspective of Change in Psychotherapy. *Psychotherapy*, 50(4), 503-504.
- Sagen, S., Hummelsund, D. & Binder, P. (2013). Feeling accepted: A phenomenological exploration of adolescent patients' experiences of the relational qualities that enable them to express themselves freely. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 15(1), 53-75.
- Saha, S., Cheung, M. & Thorne, L. (2011). A narrative exploration of the sense of self of women recovering from child sexual abuse. *Counselling Psychology Quarterly*, 24(2), 101-113.
- Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A. & López-Soler, C. (2011). The psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: A meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 67-93.
- Sepúlveda, G. (2008). Perspectiva constructivista evolutiva en psicología clínica infanto juvenil. En Kaulino, A. & Stecher, A. (Eds.). *Cartografía de la Psicología Contemporánea: Pluralismo y Modernidad*. Santiago, Chile: LOM Ediciones.

- Sepúlveda, G. (2013). *Psicoterapia evolutiva con niños y adolescentes*. Santiago, Chile: Mediterráneo.
- Sepúlveda, G. & Capella C. (2010). Desarrollo psicológico del escolar y sus trastornos: Lo evolutivo y lo psicopatológico en la edad escolar. En Almonte, C. Montt, M. & Correa, A. (Eds.). *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*. Mediterráneo: Santiago.
- Servicio Nacional de Menores [SENAME] (2012). Bases técnicas específicas: Programa de protección especializado modalidad maltrato infantil grave y abuso sexual. Descargado el 25 de Mayo de 2015 del sitio web: www.sename.cl
- Servicio Nacional de Menores [SENAME] (2013). *Catastro de Ofertas Programáticas*. Descargado el 30 de Junio de 2015 del sitio web: www.sename.cl
- Stith, S., Rosen, K., McCollum, E., Coleman, J. & Herman, S. (1996). The voices of children: Preadolescent children's experiences in family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 22(1), 69-86.
- Timulak, L. (2010). Significant events in psychotherapy: An update of research findings. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83, 421-447.
- Viklund, E. (2013). *Therapy talk and talk about therapy: Client-identified important events in psychotherapy*. Recuperado el 09 de abril de 2015 desde <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:761940/FULLTEXT01.pdf>
- Watsford, C., Rickwood, D. y Vanags, T. (2013). Exploring Young people's expectations of a youth mental health care service. *Early Intervention in Psychiatry*, 7, 131-137.
- White, M. & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona, España: Paidós.