



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

# **CAMBIO TERAPÉUTICO EN NIÑOS Y NIÑAS QUE HAN SIDO VÍCTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES: NARRATIVAS DE SUS PSICOTERAPEUTAS.**

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

Autora:  
Daniela Águila Manríquez

Profesora Tutora:  
Claudia Capella Sepúlveda

Santiago, Junio 2015

*“Le vent se lève, il faut tenter de vivre”*  
*(El viento se levanta, debemos intentar vivir)*

Paul Valery.

## **AGRADECIMIENTOS.**

Quisiera agradecer el formar parte del proyecto de investigación U-inicia "*Proceso de superación de las agresiones sexuales: Narrativas de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas, sus padres y sus psicoterapeutas*", de la Universidad de Chile, compuesto por Claudia Capella, como investigadora responsable, Carolina Gutiérrez, como asistente de investigación, las tesisistas, Gretchen Beiza y Ximena Lama, y las memoristas, Denise Dussert y Loreto Rodríguez.

A mi profesora tutora, Claudia Capella, por su profundo compromiso, apoyo, confianza y disposición durante todo el proceso que implicó la elaboración y realización de este estudio.

A los centros colaboradores, Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales (CAVAS), y los PRM pertenecientes a la Fundación Defensa del Niño (CODENI) de la Comuna de Maipú y de Independencia, quienes apoyaron la realización del proyecto de investigación U-inicia.

Y finalmente, agradecer a los/as psicólogos/as que participaron en esta investigación, por haber compartido sus valiosas experiencias en el trabajo que llevan a cabo con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, haciendo posible este estudio.

## **RESUMEN.**

La presente investigación pretende comprender el cambio en psicoterapia en casos de altas terapéuticas de niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, desde las narrativas de los/as psicólogos/as tratantes. Se llevó a cabo una investigación de carácter cualitativo, que consistió en la construcción de narrativas por parte de los/as psicólogos/as que han intervenido con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales. Se utilizaron entrevistas en profundidad y un grupo focal, los cuales fueron analizados desde un marco de análisis narrativo y de contenido respectivamente. A partir de los resultados de este estudio, se destaca la conceptualización del cambio terapéutico en niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, como un proceso que implica una transformación global del sí mismo y su entorno, ligada a la resignificación de la experiencia abusiva, promoviendo el desarrollo, crecimiento y fortalecimiento de éstos/as, al hacer sentido a esta vivencia. Este cambio se desarrolla en un proceso progresivo, que implica tres momentos y en el cual el/a terapeuta se ve involucrado. Asimismo, los/as participantes destacan que la terapia y la figura del/a psicólogo/a favorecerían el cambio en psicoterapia, mientras que, por el contrario, las políticas públicas lo dificultarían. Se discuten las implicancias de estos resultados, desde las mismas narrativas de los/as psicólogos/as, aportando herramientas teórico prácticas a la labor clínica psicológica infantil que podrán tener alcances en las políticas públicas.

**Palabras claves:** agresión sexual, tratamiento en agresiones sexuales, niños/as, psicólogos/as, superación y cambio terapéutico.



## ÍNDICE.

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>7</b>
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>14</b>
<b>Fenómeno de las agresiones sexuales</b> .....	<b>14</b>
Conceptualización de agresión sexual infantil .....	14
Características del fenómeno de las agresiones sexuales .....	17
Consecuencias de las agresiones sexuales .....	22
<b>Psicoterapia con víctimas de agresiones sexuales</b> .....	<b>25</b>
Consideraciones generales acerca de la psicoterapia con víctimas de agresiones sexuales .....	25
Desde la reparación hacia la superación .....	29
Objetivos de la psicoterapia con víctimas de agresiones sexuales .....	32
Psicoterapia con víctimas de agresiones sexuales desde el Constructivismo Evolutivo .....	35
<b>Superación de las agresiones sexuales</b> .....	<b>40</b>
Principales investigaciones de la superación de las agresiones sexuales .....	40
Principales investigaciones que ahondan en las narrativas de niños/as y adolescentes .....	43
Aspectos que influyen la superación en víctimas de agresiones sexuales .....	46
<b>Cambio psicoterapéutico</b> .....	<b>49</b>
Principales investigaciones del cambio psicoterapéutico .....	49
Contenido del cambio psicoterapéutico .....	53
Aspectos que influyen el cambio psicoterapéutico .....	56
<b>Cambio psicoterapéutico en víctimas de agresiones sexuales</b> .....	<b>58</b>
<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>63</b>
<b>MARCO METODOLÓGICO</b> .....	<b>64</b>
<b>Diseño</b> .....	<b>64</b>
<b>Muestra</b> .....	<b>65</b>
<b>Técnica de producción de datos</b> .....	<b>69</b>
Entrevista en profundidad .....	70
Grupo focal .....	71
Procedimientos .....	72

<b>Análisis de datos</b> .....	<b>74</b>
Técnica de análisis narrativo .....	75
Técnica de análisis de contenido.....	76
Procedimientos .....	77
<b>RESULTADOS</b> .....	<b>80</b>
<b>Conceptualización del cambio psicoterapéutico</b> .....	<b>82</b>
<b>Conceptualización del proceso terapéutico</b> .....	<b>95</b>
<b>Momentos del proceso de cambio psicoterapéutico</b> .....	<b>102</b>
Primer momento terapéutico: acompañamiento al niño/a y su familia .....	102
Segundo momento terapéutico: trabajo terapéutico con el/a niño/a y su familia	108
Tercer momento terapéutico: visualización de cambios terapéuticos .....	112
<b>Aspectos que influyen en el cambio en psicoterapéutico</b> .....	<b>120</b>
<b>DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b> .....	<b>135</b>
<b>Principales resultados</b> .....	<b>135</b>
Conceptualización del cambio psicoterapéutico.....	136
Proceso de cambio psicoterapéutico.....	142
Factores que influyen el cambio en psicoterapia.....	149
<b>Aportes, limitaciones y proyecciones</b> .....	<b>155</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>160</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>169</b>
<b>Guión de entrevistas a psicólogos/as</b> .....	<b>169</b>
<b>Guión de grupo focal</b> .....	<b>171</b>
<b>Consentimiento informado de entrevista a psicólogo/a</b> .....	<b>173</b>
<b>Consentimiento informado de grupo focal</b> .....	<b>176</b>

## 1. INTRODUCCIÓN.

Es reconocida la amplia extensión de las agresiones sexuales<sup>1</sup> en la infancia y adolescencia; investigaciones nacionales y extranjeras coinciden en señalar la magnitud de este fenómeno, el cual afectaría alrededor del 10% de los/as niños/as y/o adolescentes, aún cuando estas graves transgresiones involucran mayormente a niños/as menores de 14 años (Maffioletti & Huerta, 2011; Ministerio del Interior, 2008; Ministerio de Salud [MINSAL] & United Nations Children 's Fund [UNICEF], 2011; Nahuelpan & Varas, 2011; Pereda, Guilera, Forns & Gómez-Benito, 2009; United Nations Children 's Fund [UNICEF], 2012).

La literatura especializada en la temática, señala que las agresiones sexuales se producen con mayor frecuencia en los vínculos que se mantienen al interior del sistema familiar y/o cuando el agresor es una figura conocida pero no familiar, representando alrededor del 90% de los casos (Capella, 2011; Capella & Miranda, 2003; Centro de Asistencia a víctimas de atentados sexuales [CAVAS], 2011; Nahuelpan & Varas, 2011).

Las agresiones sexuales resultan un fenómeno complejo, pues raramente se producen de manera única, como un hecho aislado o accidental, sino que son cometidos en el marco de un proceso relacional, el cual se desarrolla en el tiempo. De esta manera resulta primordial comprender la dinámica de este proceso para poder entender las vivencias de las víctimas (Capella, 2011; CAVAS, 2011).

Se han descrito las múltiples consecuencias negativas de las agresiones sexuales, las cuales pueden menoscabar gravemente el normal desarrollo de los/as niños/as y adolescentes, interfiriendo a nivel físico, cognitivo, emocional y conductual, ya sea en el corto, mediano o largo plazo (Echeburúa & Corral, 2006). Cabe especificar que no existirían síntomas o indicadores patognomónicos, propios o específicos dada la complejidad del fenómeno y la presencia de múltiples variables que influyen en sus

---

<sup>1</sup> El término agresión sexual hará referencia a experiencias de transgresión sexual, incluyendo los diferentes delitos sexuales tipificados en la legislación chilena (abuso sexual, violación, etc.). En esta investigación se connotará de manera indistinta a agresión sexual y abuso sexual, debido a que este último concepto es usualmente utilizado en el ámbito psicosocial nacional e internacional.

consecuencias (Capella, 2011; Capella & Miranda, 2003; CAVAS, 2011; Maffioletti & Huerta, 2011).

Debido a lo anterior, cabe destacar la importancia de las intervenciones psicosociojurídicas, en virtud de restituir los derechos de los/as niños/as y adolescentes, facilitar el desarrollo interferido por estas vivencias y brindar un espacio de tratamiento psicológico que les permita elaborar e integrar las experiencias de transgresión sexual (CAVAS, 2011; Martínez, 2012).

El Servicio Nacional de Menores (SENAME), en su área de protección es el principal organismo estatal en Chile encargado de brindar tratamiento para los/as niños/as y adolescentes víctimas de vulneraciones constitutivas de delitos, a través de programas o centros colaboradores. Para esto, se han desarrollado Programas de Reparación de Maltrato (PRM) especializados en la intervención psicosocial asociada al maltrato físico, psicológico y/o de agresión sexual. Sus objetivos se relacionan con la interrupción de la situación de transgresión, la resignificación de la experiencia de vulneración por parte del/a niño/a y/o adolescente y el fortalecimiento de los recursos familiares y sociales protectores (SENAME, 2012).

De acuerdo con las bases técnicas de SENAME, los programas especializados que intervienen con niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales disponen de un tiempo de 12 meses para la ejecución de su plan de intervención, si existe adulto responsable, y hasta 18 meses si no existiera esta figura. Asimismo, se indica que éstos deben orientarse hacia la reparación del/a niño/a y adolescente, lo cual se expresa en indicadores asociados a la protección, resignificación y recursos (SENAME, 2012).

Para SENAME (2012), la reparación se encuentra dentro de la resignificación, la cual se entiende como el “*resolver daños*” (p.18) al momento de superar las secuelas psicoafectivas producto de la situación de maltrato o abuso sexual. De esta manera, comprende la disminución o superación de trastornos conductuales, de aprendizaje, sintomatología emocional y superación de mecanismos de defensa inadecuados, entre otros. Asimismo, se considera la reparación como un proceso de

aprendizaje, entendido como una progresión de esfuerzos que permitan perpetuar lo aprendido de manera posterior al tratamiento.

A nivel internacional, se han efectuado variadas investigaciones enfocadas en describir el proceso de recuperación que realizan las personas adultas que han sido víctimas de agresiones sexuales. Desde la literatura, se ha denominado este proceso como superación o sanación y se diferencia con el tradicional concepto de reparación, en la medida en que constituye un proceso dinámico, que incluye tanto la recuperación como el crecimiento (Draucker, et al., 2011).

En este sentido, la superación es definida como un proceso de cambio gradual en el tiempo y que permanece por medio de las diferentes etapas de la vida, caracterizándose como un proceso en curso permanente, dialéctico y no lineal, con momentos de avance y retroceso. Mientras que la reparación tiende a aludir al cambio sintomático en la esfera psicoafectiva y/o en la conductual, se centra en el afrontamiento, y se valora el volver al estado previo al trauma. De esta forma, la superación se encuentra asociada al crecimiento y al aprendizaje al hacer sentido de la experiencia abusiva (Capella, 2011; Capella & Gutiérrez, 2014).

A nivel nacional, se ha problematizado y discutido el concepto de reparación (Capella & Gutiérrez, 2014; Martínez, 2012). Dentro de esto, Martínez (2014), señala que la aplicación de este término al trabajo clínico en casos de agresiones sexuales se asocia directamente al daño, oponiéndose a objetivos de superación, esperanza y posibilidades de cambio.

Asimismo, el equipo de investigación U-Inicia "*Proceso de superación de las agresiones sexuales: narrativas de los/as niños/as y adolescentes que han sido víctimas, sus padres y psicoterapeutas*", que dirigió Claudia Capella del Departamento de Psicología de la Universidad de Chile, del cual formó parte esta investigación y en el cual participó la autora de esta tesis, desarrolló instancias nacionales de reflexión, tales como seminarios los años 2013 y 2014, facilitando la incorporación de otros términos, como el de superación, que darían cuenta de la recuperación que logran los/as niños/as y adolescentes que participan de estos procesos (Capella, et al., 2014).

En este contexto de discusión teórica, resulta necesario conocer las impresiones de los/as psicoterapeutas que trabajan en la temática, ya que desde las bases técnicas de SENAME se plantea el concepto de reparación y en base a la discusión de la literatura también aparecen conceptos como superación, por lo que sería relevante incorporar la perspectiva de los/as psicólogos/as desde la aplicación práctica, pues además, sus visiones del cambio terapéutico son esenciales, en la medida que impactan sus prácticas (Martínez, 2014). Así también, son unos/as de los principales responsables de los procesos de tratamiento, existiendo un escaso conocimiento acerca de sus experiencias.

Asimismo, es de igual importancia conocer la especificidad del trabajo clínico con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales y distinguir como se conceptualiza éste, en tanto la mayor parte de la literatura es sobre adultos victimizados en la infancia (Draucker, et al., 2009; Draucker, et al., 2011). Además, Martínez (2014) reflexiona acerca de la aplicabilidad del término superación en virtud del desarrollo intelectual y emocional de niños/as, pues la definición debiese ser pertinente en términos del desarrollo evolutivo de éstos.

En esta línea, en una investigación realizada por Rodríguez (2014), se relevan los cambios terapéuticos de niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales por medio del análisis visual, en complemento del verbal, comprendiendo la necesidad de incluir diversos métodos de comunicación y expresión que puedan facilitar las narrativas de cambio y recuperación en niños/as.

Por otro lado, como otra fuente de conocimientos para esta investigación, están los estudios de psicoterapia. A nivel internacional, existen variadas publicaciones acerca del cambio terapéutico, destacando la importancia de utilizar metodologías que apunten a comprender las experiencias de los/as clientes, pues de esta forma, se ha podido relevar la importancia de la alianza terapéutica como uno de los componentes principales del cambio terapéutico, así como también las habilidades inespecíficas y relacionales del terapeuta (Elliott, 2008, 2010; Krause, Altimir & Horvath, 2011; Olivera, Braun, Balbi & Roussos, 2011; Wiggins, Elliott & Cooper, 2012).

A nivel nacional, se han desarrollado variadas investigaciones que buscan comprender la psicoterapia, distinguiendo líneas investigativas asociadas al estudio sobre alianza terapéutica; elementos más específicos del proceso terapéutico; y respecto de cambios terapéuticos (Altimir, et al., 2010; Fernández, et al., 2012; Krause, 2005, 2011; Krause, et al., 2006).

Por tanto, aún cuando existen estudios a nivel internacional y nacional del cambio en psicoterapia, principalmente con adultos, éstos han estado centrados en las experiencias de los/as clientes, habiendo escasos estudios que incluyan las narrativas de los/as psicólogos/as participantes de los cambios terapéuticos, siendo relevante incorporar sus perspectivas, ya que son centrales también en éstos procesos y resultados (Altimir, et al., 2010; Moncada, 2007).

Así también, el cambio en psicoterapia ha sido escasamente estudiado en procesos de tratamientos de niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, lo cual constituye una necesidad, en virtud de las diferencias conceptuales encontradas desde la literatura y la escasa especificidad de los términos al trabajo clínico que se realiza con niños/as en Chile.

En virtud de lo anteriormente expuesto, podría ser plausible suponer que el cambio en psicoterapia también permitiría comprender los procesos de recuperación de niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, incorporándose a lo que se ha descrito como reparación y superación. Álvarez, Socorro y Capella (2012), han definido el cambio terapéutico de niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales como:

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

Cabe señalar que esta investigación analizará desde las narrativas de los/as psicoterapeutas el cambio terapéutico de niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales y que se encuentran dados de alta por el/la psicólogo/a o equipo psicosocial que dirige su tratamiento. En este sentido, el Código de Ética Profesional (Colegio de Psicólogos de Chile, s/f), comprende el alta terapéutica como el término de la relación profesional por cumplimiento de objetivos en su planificación de tratamiento. SENAME (2012) en su línea programática de protección, agrega que el egreso del/a niño/a del programa en el cual ha sido atendido/a debe garantizar –al menos- el derecho de protección y debe contemplar el progresivo desvinculamiento y autonomía del/a niño/a y su adulto/a acompañante del centro (CAVAS, 2011).

Esta investigación formó parte del proyecto U-Inicia mencionado anteriormente, pretendiendo aportar al mismo desde las narrativas de los/as psicólogos/as que intervienen en procesos de tratamiento con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales.

En particular, la pregunta de investigación ha sido formulada de la siguiente forma:  
*¿Cómo comprenden los/as psicólogos/as el cambio en psicoterapia en casos de altas terapéuticas de niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales?*

La presente pregunta de investigación mantiene relevancia de tipo práctica, al intentar conocer las narrativas de los/as psicólogos/as intervinientes en el tratamiento de niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales. El ahondar en como se comprenden estos tratamientos resulta fundamental para lograr dilucidar puntos de conflicto y nuevos alcances, mejorando así las intervenciones terapéuticas que se brindan para esta población.

A nivel teórico resulta relevante, pues el responder esta pregunta constituirá un aporte en el conocimiento que se mantiene acerca de las intervenciones terapéuticas en la temática de las agresiones sexuales. Asimismo, se pretende fortalecer los conocimientos que también existen en la temática de cambio terapéutico en población infantil.



Además, estudiar el cambio terapéutico desde las perspectivas de psicólogos/as podría implicar que usen conceptos como el de reparación, resignificación, superación u otros, pudiendo complementar perspectivas teóricas existentes actualmente en la literatura especializada.

Tomando en cuenta lo anteriormente señalado, se espera contribuir a la práctica clínica psicológica en la población infantil, lo cual pretende también tener alcances en las políticas públicas que se diseñan en el marco de la intervención psicosociojurídica para niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales.

## **2. MARCO TEÓRICO.**

En este apartado de la investigación se presentan los principales argumentos y referentes teóricos que permiten dar un contexto a la pregunta de investigación. De esta manera, se aborda el fenómeno de las agresiones sexuales que afecta principalmente a niños/as, comprendiendo su conceptualización, características y consecuencias. Luego, se ahonda en el tratamiento psicoterapéutico asociado a esta temática, profundizando en su conceptualización, características y objetivos, así también se incluyen los referentes teóricos de este tratamiento desde un enfoque constructivista evolutivo y narrativo, ya que constituye el marco epistemológico de este estudio.

Posteriormente, se desarrolla una aproximación desde la literatura a los aspectos que caracterizan el proceso de superación de la experiencia de agresión sexual, dando a conocer investigaciones que relevan las narrativas de niños/as y connotando los aspectos que favorecen y dificultan la superación de esta vivencia. Así también, se detallan los antecedentes conceptuales relacionados con el cambio psicoterapéutico, sus principales investigaciones, su contenido y los factores que lo posibilitan y entorpecen. Finalmente, se realiza una integración de los contenidos asociados al tratamiento y recuperación de las agresiones sexuales y el cambio terapéutico.

### **2.1.- Fenómeno de las agresiones sexuales.**

#### **2.1.1.- Conceptualización de agresión sexual infantil.**

Las agresiones sexuales a niños/as son consideradas una grave vulneración de derechos, constituyen una forma de maltrato y pueden alterar el desarrollo evolutivo normal. Su conceptualización refleja la idea de que no existiría una relación sexual apropiada entre un niño/a y un adulto, atribuyendo la responsabilidad de este tipo de actos exclusivamente al adulto. Estos actos pueden ocurrir con o sin contacto físico, por medio de conductas que van desde provocaciones verbales hasta violencia con penetración anal, vaginal o bucal (Barudy, 1998; MINSAL & UNICEF, 2011).

En el ámbito de la psicología jurídica en Chile, se utiliza el concepto de agresiones sexuales y no el de abuso sexual, puesto que desde el medio jurídico el abuso sexual es sólo un tipo penal de delito sexual, pudiéndose generar dificultades en la comprensión de los conceptos en el ámbito psicojurídico. En cambio con el término agresiones sexuales, se hace referencia a los diferentes tipos penales de delitos sexuales (violación, abuso sexual, estupro, etc.) (Capella, 2011).

En términos generales, las definiciones de agresiones sexuales pueden distinguirse entre aquellas creadas desde un contexto jurídico penal y las creadas desde las ciencias psicológicas y sociales (Capella, 2011).

Desde el ámbito jurídico penal, el artículo 361 del Código Penal define la violación como: “Comete violación el que accede carnalmente, por vía vaginal, anal o bucal, a cualquier persona mayor de catorce años, en alguno de los casos siguientes: 1º Cuando se usa fuerza o intimidación. 2º Cuando la víctima se encuentra privada de sentido, o cuando se aprovecha su incapacidad para oponer resistencia. 3º Cuando se abusa de la enajenación o trastorno mental de la víctima”. El artículo 362 del mismo código agrega que se sanciona la violación a una persona menor de 14 años, aunque no concurren ninguna de las tres circunstancias descritas con anterioridad, en virtud de considerar la imposibilidad del/a niño/a de dar su consentimiento (Capella, 2011; CAVAS, 2011; Código penal chileno, 2013; Mandiola, 2008).

En los artículos 366 y 366 bis del código penal se sanciona el abuso sexual, el cual se comprende como “el que realizare una acción sexual distinta del acceso carnal”, definiéndose en el artículo 366 ter, la acción sexual como “Cualquier acto de significación sexual y de relevancia realizado mediante contacto corporal con la víctima, o que haya afectado los genitales, el ano o la boca de la víctima, aun cuando no hubiere contacto corporal con ella”. El artículo 365 bis, integra el concepto de abuso sexual agravado, el cual se entiende como “Si la acción sexual consistiere en la introducción de objetos de cualquier índole, por vía vaginal, anal o bucal, o se utilizaren animales en ello”, lo cual significa una mayor sanción penal (Capella, 2011; CAVAS, 2011; Código penal chileno, 2013; Mandiola, 2008).

En esta investigación se especifican estos dos tipos penales, ya que en Chile del total de denuncias, la violación y el abuso sexual representan un 98% de las causas, correspondiéndole a la violación el 32% y al abuso sexual el 66% de las denuncias anuales. El 2% restante corresponde a los delitos de pornografía infantil, explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes, y la trata de personas con fines de explotación sexual (Maffioletti & Huerta, 2011).

En cuanto a las definiciones psicosociales de las agresiones sexuales, Kempe (1978, citado en Barudy, 1998) define el abuso sexual como:

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

A partir de lo anterior, se destacan algunos elementos característicos tanto de la definición como del fenómeno de las agresiones sexuales, y que suelen ser destacados por diferentes autores (Barudy, 1998; Capella, 2011; Capella & Miranda, 2003; Echeburúa & Corral, 2006; Glaser & Frosh, 1997).

- a) Las agresiones sexuales son un fenómeno relacional que implica una acción abusiva por parte de una figura “agresora” hacia una “víctima”, habiendo una asimetría entre ambos, encontrándose el ofensor sexual en una posición de poder hacia la víctima. Esta asimetría podría estar dada a partir de la edad, rol, utilización de la fuerza, intimidación, amenazas, etc. (Barudy, 1998; Capella, 2011; Capella & Miranda, 2003; Echeburúa & Corral, 2006).
- b) Se considera que el acto abusivo sería realizado sólo con el objeto de la gratificación del adulto, no siendo consideradas las necesidades ni deseos

del/a niño/a (Barudy, 1998; Capella, 2011; Capella & Miranda, 2003; Echeburúa & Corral, 2006).

- c) Los actos abusivos no suelen limitarse a episodios aislados y pudiesen desarrollarse sin la presencia de contacto físico (masturbación frente a la víctima, exposición de películas pornográficas) o implicar contacto físico (genital, anal o bucal), suponiendo la utilización del/a niño/a como objeto de estimulación sexual (Barudy, 1998; Capella, 2011; Capella & Miranda, 2003; Echeburúa & Corral, 2006).
- d) La participación del/a niño/a en estas actividades sexuales es inapropiada para su edad y desarrollo psicosexual. Asimismo, se considera que no existiría consentimiento válido para la realización de las actividades por el/a niño/a, ya que éste/a es sexualmente inmaduro/a, no logrando comprender de manera cabal el significado social y los efectos psicológicos de los encuentros sexuales (Kempe, 1978, citado en Barudy, 1998; Capella, 2011; Capella & Miranda, 2003).
- e) En base a lo anterior, el agresor sexual utilizaría diversos métodos coercitivos, denominados como estrategias de victimización, las cuales pueden ser implícitas o explícitas, tales como la seducción y el engaño; la fuerza, la violencia, etc., respectivamente (Capella, 2011; Capella & Miranda, 2003; Echeburúa & Corral, 2006; Glaser & Frosh, 1997).

En definitiva, las agresiones sexuales son una grave vulneración de derechos que afecta principalmente a niños/as y adolescentes, interfiriendo su desarrollo evolutivo normal, siendo el abuso sexual y la violación las tipologías más frecuentes en Chile. Y tal como ha sido señalado, corresponden a un complejo fenómeno que mantiene diversas características, las cuales serán descritas a continuación.

#### 2.1.2.- Características del fenómeno de las agresiones sexuales.

Diversas estadísticas coinciden en señalar que las agresiones sexuales afectan mayoritariamente a niños/as y adolescentes (Maffioletti & Huerta, 2011; Ministerio

del Interior, 2008; MINSAL & UNICEF, 2011; Nahuelpan & Varas, 2011; Pereda, Guilera, Forns & Gómez-Benito, 2009; UNICEF, 2012). De acuerdo con estadísticas nacionales, se puede observar que del total de denuncias por delitos sexuales ingresadas anualmente, el promedio de los últimos cuatro años afecta en un 70% a niños/as y adolescentes (Maffioletti & Huerta, 2011).

Al considerar la distribución por edades, se observa que entre los 7 y 13 años se producen la mayor cantidad de denuncias por estos delitos, afectando así principalmente a niños/as de edad escolar. Al caracterizar la distribución por sexo, se aprecia una mayor proporción de víctimas mujeres 81% a diferencia de 19% de víctimas hombres. Cabe destacar, que el tramo de mayor vulnerabilidad para las mujeres se encuentra entre los 5 y 14 años, mientras que para los hombres, entre los 5 y 9 años (Maffioletti & Huerta, 2011; Nahuelpan & Varas, 2011).

Por otro lado, tal como ha sido señalado, las agresiones sexuales constituyen un fenómeno relacional, siendo el vínculo previo que la víctima tiene con el agresor sexual un elemento central, ya que los efectos para la víctima y su entorno se encontrarían mediados por esta consideración (CAVAS, 2011). Diferentes autores (Barudy, 1998, 2000; Perrone, 1995; Perrone & Nannini, 1998), han dado cuenta del complejo proceso que experimentan las víctimas de agresiones sexuales, como también las dinámicas asociadas a estas vulneraciones, las cuales dependerían de la relación entre la víctima y el agresor sexual, la cronicidad de las agresiones sexuales, las estrategias de victimización utilizadas por el agresor, así como el proceso de develación.

En cuanto a la relación entre la víctima y el agresor, se distinguirían agresiones sexuales intrafamiliares y extrafamiliares, siendo estas últimas por conocidos o desconocidos (CAVAS, 2011). Diferentes estudios, destacan que las agresiones sexuales ocurrirían con mayor frecuencia en vínculos en los cuales el agresor sexual es un conocido o familiar de la víctima, siendo cometidas en un 51% por conocidos no familiares, un 31% por familiares y un 18% por desconocidos (CAVAS, 2003; Nahuelpan & Varas, 2011).

Las agresiones sexuales intrafamiliares se caracterizarían por la unión familiar existente entre la víctima y el agresor sexual, incluyéndose el abuso sexual incestuoso<sup>2</sup>. Barudy (1998), explica que el agresor sexual manipularía el vínculo familiar por medio de la utilización de su rol, siendo la transgresión sexual un proceso relacional graduado, en cuanto al sucesivo traspaso de los límites corporales del/a niño/a, pudiendo ser reiterada en el tiempo y con una frecuencia variable (CAVAS, 2011). Varios autores (Barudy, 1998; CAVAS, 2011; Perrone, 1995), han descrito dinámicas familiares en este tipo de agresiones sexuales, caracterizándolas por fronteras y roles poco claros y mal definidos, distinguiendo que las disfunciones de estas familias serían resultado de múltiples factores que bloquean y/o perturban los mecanismos naturales que regulan la sexualidad al interior de una familia.

Por otro lado, en las agresiones sexuales extrafamiliares el agresor sexual no pertenece al medio familiar de la víctima, pudiendo ser una persona totalmente desconocida para ésta y los demás miembros de su familia, o algún conocido que pertenece a su entorno. En el caso de las agresiones por desconocidos, comúnmente sería una experiencia única y muy violenta (Barudy, 1998; CAVAS, 2011).

En cambio, en las agresiones sexuales extrafamiliares por un conocido, el agresor sexual pertenece a su círculo social y por lo tanto es conocido por la víctima y su familia. La relación sexual se daría por la cercanía física, social o por el ejercicio del rol de poder que ostentaría el agresor sexual, éste transgrediría los límites interpersonales y la confianza que la persona o la familia habrían mantenido en él (CAVAS, 2011).

---

<sup>2</sup> El incesto se define como un delito autónomo para el resguardo del orden de la familia y que se configura por la relación sexual consentida y el vínculo de parentesco conocido por los copartícipes (CAVAS, 2011). Este delito es diferente del apelativo incestuoso, como por ejemplo se denomina un abuso sexual incestuoso, ya que en este caso no sería consentido (como el delito de incesto) y en general, sería cometido por figuras parentales (Capella, 2011).

Barudy (1998), señala que los abusos incestuosos podrían considerarse como estrategias del sistema familiar construidas a lo largo de las generaciones para mantener un sentido de coherencia y de pertenencia. Se tratarían de un proceso relacional complejo que se desarrolla en el tiempo y se mantendría protegido por el secreto y la ley del silencio.

Acerca de la cronicidad de las agresiones sexuales, habrían episodios únicos, experiencias reiteradas y crónicas (Capella, 2011; CAVAS, 2011). En este sentido, las agresiones sexuales de episodios únicos se desencadenarían sólo una vez; las reiteradas implicarían diversos actos abusivos que podrían darse en un período de semanas o meses; mientras que las agresiones sexuales crónicas implicarían la instalación de una dinámica abusiva, siendo habituales y prolongadas en el tiempo, provocando considerables consecuencias psicológicas y sociales (CAVAS, 2011).

Respecto de las estrategias de victimización utilizadas por el agresor, diversos autores señalan que la participación del/a niño/a en el contacto sexual no deseado, se realizaría por medio del uso de la coacción, coerción y asimetría de poder (Barudy, 1998; CAVAS, 2011; Glaser & Frosh, 1997).

Glaser y Frosh (1997), señalan que la agresión sexual infantil incluye el uso de la coacción, la cual puede ser explícita o implícita. En la coacción explícita se utilizaría la fuerza, la violencia, etc.; mientras que en la coacción implícita, se emplearía la relación de dependencia de la víctima, por medio de la seducción y el engaño.

En torno al proceso de develación, Capella (2010) indica que éste sería un proceso relacional complejo que involucraría tanto a la víctima como a terceros, por medio del cual se conocería el abuso sexual como primera instancia descubierta o divulgada. La autora propone diferenciar la develación por medio de la forma en que ésta se inicia, la persona a la cual se dirige y la latencia entre el inicio de los hechos abusivos y la develación.

En una investigación realizada por Gutiérrez y Steinberg (2012), en el contexto nacional, se obtiene que las develaciones de niños/as y adolescentes no intencionadas<sup>3</sup> representaban la mayoría de los casos, lo cual las autoras hipotetizan que esto se asociaría principalmente a características del contexto chileno, en donde la sexualidad correspondería a un tema tabú, y a los escasos programas preventivos para estos delitos.

---

<sup>3</sup> De acuerdo con Gutiérrez y Steinberg (2012), la develación es considerada como no intencionada cuando es circunstancial, sospecha no revelada, provocada a partir de preguntas de adultos y elicitada por eventos precipitantes. Mientras que es considerada como intencionada cuando hay una motivación para develar, siendo premeditada o espontánea.



Así también, se encontraron diferencias en variables asociadas al género, edad y credibilidad. En específico, las autoras indican que las mujeres tendían a develar en mayor frecuencia de manera premeditada y espontánea; que el grupo de mayor representación en cuanto a edad de develación, eran los pre-escolares, seguidos por los escolares y luego los adolescentes; y que la percepción del/a niño/a o adolescente acerca de si recibirá o no credibilidad, se constituye en un factor relevante al momento de elegir la figura a la cual se develará (Gutiérrez & Steinberg, 2012).

De acuerdo con esto último, Gutiérrez y Steinberg (2012), aprecian que las develaciones se producirían con mayor frecuencia en vínculos familiares y/o significativos. Otros autores (Glaser, 1991, citado en CAVAS, 2011) refieren que la reacción de la figura materna ante la develación por parte del/a niño/a o adolescente representaría uno de los factores de mayor relevancia ante el pronóstico de recuperación.

Asimismo, Foster y Hagedorn (2014) describen entre sus resultados las características de la develación de niños/as y adolescentes, connotando el difícil proceso que habría sido para éstos/as el dar cuenta de la experiencia de victimización, aún cuando la mayoría no soportaba mantener el secreto de las vivencias abusivas. Los autores indican que gran parte de los/as niños/as y adolescentes habrían develado su experiencia a otra persona, aún cuando previamente habrían experimentado sentimientos de culpa, vergüenza, miedo y preocupación.

Foster y Hagedorn (2014), señalan que tras la develación algunos/as niños/as y adolescentes habrían sentido alivio, mientras que otros/as habrían mantenido sentimientos de miedo, vergüenza, culpa y tristeza. Por otro lado, indican que la reacción de la persona a quien le develan, habría sido de impacto, tristeza e ira y en la mayoría de los casos, esta figura le habría brindado apoyo.

Entonces, las agresiones sexuales constituirían un fenómeno muy complejo, mediado por diferentes características, cada una de éstas de suma relevancia para

entender los efectos que vivencian quienes han sido víctimas de estas vulneraciones. Entre estas características, cabe relevar la relación que la víctima mantiene con el agresor sexual, ya que al ser un fenómeno relacional constituye un elemento central, como asimismo la actitud o credibilidad de la persona a quien va dirigida la develación, ya que como ha sido señalado, se relacionaría con el pronóstico de recuperación del/a niño/a.

Por tanto, habiendo comprendido de manera general las características asociadas al fenómeno de las agresiones sexuales, resulta de gran trascendencia entender las consecuencias de estas victimizaciones, explorando la existencia de efectos generales y específicos, aún cuando ya se ha señalado que estas vulneraciones alterarían el normal desarrollo evolutivo, provocando un quiebre en el continuo vital de niños/as.

### 2.1.3.- Consecuencias de las agresiones sexuales.

Se han descrito importantes efectos negativos en los/as niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales (Cantón & Cortés, 2004; Finkelhor y Browne, 1985; Glaser, 2002, entre otros). Echeburúa y Corral (2006), señalan que al menos un 80% de las víctimas sufren consecuencias psicológicas negativas producto de la situación de agresión sexual vivida. No obstante, aún cuando se indica la presencia de secuelas negativas en víctimas de agresiones sexuales, también se ha mostrado que un porcentaje importante de éstas serían asintomáticas (Cromer & Goldsmith, 2010, citado en Capella, 2011).

En general, se ha observado que las niñas tienden a presentar reacciones ansioso depresivas; los niños, fracaso escolar y dificultades inespecíficas de socialización, así como comportamientos sexuales ofensivos. Se plantea que niños/as pre-escolares, al contar con un repertorio limitado de recursos psicológicos, pueden mostrar estrategias de negación de lo ocurrido; en niños/as escolares, son más frecuentes sentimientos de culpa y vergüenza ante los sucesos; mientras que en adolescentes, existe el riesgo de embarazo, la tendencia a conductas de huidas de la vivienda, consumo abusivo de alcohol y/o drogas, promiscuidad sexual e intentos de suicidio (Echeburúa & Corral, 2006).

Cahill, et al. (1999, citado en CAVAS, 2011), señalan síntomas de alta frecuencia como conductas agresivas, sexualizadas y síntomas de estrés post-traumático, presentando este último trastorno entre un 21% y 48% de incidencia en esta población.

Aún cuando no existirían síntomas específicos de las agresiones sexuales, diversos autores (Cantón y Cortés, 2004; CAVAS, 2011; Echeburúa & Corral, 2006; Finkelhor, 1984; Rojas Breedy, 2002), coinciden en describir consecuencias psicológicas iniciales según las diferentes áreas de desarrollo involucradas. En este sentido, Smith y Bentovim (1994), describen alteraciones de la sexualidad, alteraciones emocionales, depresivas, ansiosas y conductuales.

Junto con las reacciones anteriormente mencionadas, se han observado efectos a largo plazo, los cuales serían menos frecuentes y más difusos que las secuelas iniciales, pero podrían afectar, al menos, al 30% de las víctimas. Entre las dificultades más habituales se encuentran las alteraciones en la esfera sexual, cuadros depresivos y el trastorno de estrés post-traumático, así como descontrol de impulsos (Echeburúa & Corral, 2006). Inclusive, podrían desarrollarse alteraciones en la estructura de la personalidad (CAVAS, 2011).

Messler y Gail (1994, citado en CAVAS, 2011), señalan que a largo plazo las agresiones sexuales afectarían distintas esferas de la personalidad de manera global. Las autoras afirman que el trastorno de estrés post-traumático complejo sería un cuadro característico entre quienes han sido víctimas de agresiones sexuales en la infancia, manteniendo secuelas cognitivas, afectivas, de organización del sí mismo, secuelas relacionales y conductuales.

Diversos autores (Echeburúa y Corral, 2006; Glaser, 2002; Smith y Bentovim, 1994), explican que los efectos no serían uniformes en todas las víctimas, describiendo factores que se asociarían a efectos diferenciales. Así, señalan factores previos a la situación abusiva (relacionados con la víctima y su familia), factores de la situación abusiva, y factores posteriores a la develación de la agresión sexual, como

elementos que influyen la gravedad y persistencia de las consecuencias de la experiencia de agresión sexual (Capella, 2011; Capella & Miranda, 2003).

Por otro lado, Finkelhor y Browne (1985) analizan la experiencia de abuso sexual a partir de cuatro factores generadores de trauma o dinámicas traumatogénicas que denominan indefensión, estigmatización, sexualización traumática y traición, los cuales afectarían la orientación cognitiva del/a niño/a hacia su entorno, creando distorsiones en la forma en que se vería a sí mismo/a, el mundo y los/as demás. Cabe destacar que este modelo brindaría un marco comprensivo para entender los hallazgos aislados de diversos síntomas reportados por los investigadores del área (Finkelhor, 1987).

Así, la dinámica de indefensión constituye el proceso mediante el cual la voluntad del/a niño/a así como su sentido de eficacia son infringidos, lo cual se expresaría mediante sentimientos de miedo, ansiedad, impotencia y temor a ser re-victimizado/a. La dinámica de estigmatización tiene relación con el proceso a través del cual el/a niño/a incorporaría connotaciones negativas propias de la experiencia abusiva a su autoimagen, emergiendo sentimientos vergüenza, culpa, aislamiento, baja autoestima y se percibiría como diferente a los/as demás (Finkelhor & Browne, 1985).

La dinámica de sexualización traumática, se relaciona con el proceso por medio del cual la sexualidad del/a niño/a es configurada en una forma evolutivamente inapropiada, expresándose en ideas erróneas, interés sexual inapropiado para la edad, conductas sexuales repetitivas, etc. Mientras que la dinámica de traición, se asocia al proceso a través del cual el/a niño/a se da cuenta de que la persona en la cual confiaba le habría hecho daño, aún cuando no sólo apela al agresor sexual, sino que también se relaciona con el descubrimiento del/a niño/a de que quien debía protegerlo/a fue incapaz de hacerlo y/o creer en su vivencia, expresándose mediante desconfianza en lazos con figuras significativas y externas y/o dependencia extrema hacia otros/as (Finkelhor & Browne, 1985).

Por tanto, según se ha podido señalar, las agresiones sexuales alterarían el normal desarrollo evolutivo, afectando a éste en sus diferentes áreas (intelectual, afectivo,

social y psicosexual), aún cuando las reacciones del/a niño/a, dependerían de variables asociadas a características personales, familiares, relacionadas con la vivencia abusiva y el proceso de develación.

Por esto, al ser un fenómeno complejo y de impacto personal, cabe relevar la necesidad de un tratamiento psicosociojurídico que pueda hacer frente a las consecuencias experimentadas de manera individual por el/a niño/a y familiar, promoviendo la restauración y recuperación a lo largo de un proceso de tratamiento y psicoterapia.

En relación con esto, en el siguiente apartado, se ahondará en los antecedentes teóricos y prácticos relacionados con la psicoterapia brindada a niños/as que han sido víctimas de estas vulneraciones, destacando su importancia y relación con la recuperación y superación de la experiencia de victimización sexual.

## **2.2.- Psicoterapia con víctimas de agresiones sexuales.**

### 2.2.1.- Consideraciones generales acerca de la psicoterapia con víctimas de agresiones sexuales.

Diversos autores (Álvarez, 2012; Capella & Miranda, 2003; CAVAS, 2011; Llanos & Sinclair, 2001; SENAME, 2012), han destacado la importancia del abordaje interdisciplinario y en equipo en estos casos, incluyendo la participación de trabajadores/as sociales, abogados/as, psiquiatras, psicólogos/as, entre otros profesionales. Asimismo, se valora la necesidad de tratamientos psicológicos con enfoques integradores que reúnan diferentes técnicas, dependiendo de las necesidades particulares de los/as niños/as.

De esta manera, la psicoterapia es parte de otras intervenciones, requiriendo que los/as diferentes profesionales puedan trabajar en equipo, teniendo la capacidad de tomar decisiones técnicas en conjunto e incorporando diferentes percepciones ante un mismo problema (Capella & Miranda, 2003). En general, se distingue una primera etapa de intervención en crisis y protección hacia la víctima, la cual es llevada a cabo por el equipo psicosocial; y una segunda etapa de psicoterapia propiamente

tal, la cual es organizada por un equipo terapéutico preparado para ello, generalmente compuesto por uno/a o más psicólogos/as (Capella & Miranda, 2003; Rojas Breedy, 2002; SENAME, 2012).

De acuerdo con Capella, et al. (2014), la psicoterapia al ser un elemento central en la superación, debe permitirle al niño/a retomar sus logros evolutivos, crecer y fortalecerse al hacer sentido de la experiencia abusiva por medio de la resignificación e integración de esta vivencia al continuo vital. Algunos autores (Álvarez, 2012; Capella & Miranda, 2003; Cantón & Cortés, 2004; Rojas Breedy, 2002), enfatizan en que el/a terapeuta debe ser capaz de reconocer al niño/a de manera integral, considerando y fortaleciendo sus potencialidades, permitiéndole un crecimiento e integración más allá de la superación del abuso sexual.

Varios estudios de meta análisis (Harvey & Taylor, 2010; Hetzel-Riggin, Brausch & Montgomery, 2007; Sanchez-Meca, Alcázar & Soler, 2011), muestran evidencia de que la psicoterapia con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales es efectiva, puesto que los resultados son consistentes y los efectos del tratamiento se mantendrían luego de varios meses al término de éste. Se destaca el enfoque cognitivo conductual para la mayoría de los síntomas, aún cuando se obtienen mejores resultados cuando esta técnica es combinada con terapia de apoyo y un enfoque psicodinámico (orientado al juego).

Cohen, Mannarino y Knudsen (2009), señalan que la terapia cognitivo conductual al ser comparada con una terapia de apoyo no directiva, sería más efectiva en cuanto a la reducción de síntomas depresivos y de ansiedad en un tiempo de 12 meses. Por otro lado, se destaca que los resultados son más positivos cuando se adaptan a las necesidades de los/as niños/as, cuando existe un cuidador que acompaña este proceso, cuando los períodos de tratamiento incluyen más sesiones y son a más largo plazo, y cuando factores como el género, la edad y etapa de desarrollo se incluyen en el diseño del tratamiento (Harvey & Taylor, 2010; Hetzel-Riggin, et al., 2007; Sánchez-Meca, et al., 2011). Además, se ha observado que las terapias que se focalizan en la experiencia de agresión sexual mantendrían resultados más positivos que sólo terapias de apoyo o inespecíficas (Hetzel-Riggin, et al., 2007).

SENAME (2012), en sus bases técnicas otorga orientaciones de las fases a considerar en la intervención. Así, se destaca una fase de profundización diagnóstica, una de diseño de planificación terapéutica, una de ejecución del plan de intervención individual y una de egreso y seguimiento. En particular, considera que el apoyo psicológico debe estar presente durante toda la intervención, llevándose a cabo por medio de intervención en crisis, psicoterapia individual y terapia de grupo.

En cuanto a la psicoterapia, esta tiene por objeto central la reparación de la experiencia abusiva (SENAME, 2012), lo que significa que el/a niño/a pueda integrar la vivencia de abuso sexual a su historia vital resignificándola de una manera adaptativa. Un aspecto relevante dentro de la terapia, es que si bien debe estar centrada en las consecuencias de la agresión sexual, requiere además que el/a psicólogo/a sea capaz de reconocer al niño/a de manera integral, permitiéndole un crecimiento e integración más allá de la experiencia de victimización sexual (Capella, 2011; Capella & Miranda, 2003; CAVAS, 2011).

Respecto de las principales fases del tratamiento con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, se propone una primera fase pre-terapéutica, la cual tiene por objetivo asegurar la protección y brindar contención al niño/a y sus adultos/as acompañantes (Capella, 2011; Capella & Miranda, 2003).

En cuanto a las fases psicoterapéuticas propiamente tales, se propone una fase inicial cuyo objetivo debiese estar centrado en el fortalecimiento de recursos del/a niño/a y sus adultos/as acompañantes y en la construcción del vínculo terapéutico. Luego, se desarrollaría una fase intermedia, enfocada en la elaboración de la experiencia abusiva, y una fase final, en donde se facilitaría el cierre del proceso terapéutico, fortaleciendo logros y recursos en el/a niño/a y sus adultos/as acompañantes durante la psicoterapia (Capella, 2011).

Algunos autores (Capella & Miranda, 2003; Malacrea, 2000; Rojas Breedy, 2002), plantean que los/as pacientes que han sido víctimas de agresiones sexuales compartirían ciertas experiencias y efectos comunes, lo cual permitiría mantener ciertas pautas y sugerencias en los tratamientos que se les brinda, aún cuando se requiere de la flexibilidad de los/as terapeutas, pues correspondería adecuar los

procedimientos, objetivos y técnicas a la naturaleza del problema y a las características de cada persona.

Cabe destacar que si bien la psicoterapia permitiría la superación de los efectos de las agresiones sexuales en un momento específico de la vida, ésta no lograría detener las secuelas de la vulneración sexual en etapas posteriores, debido a que la integración de la experiencia abusiva es un proceso que continuará desarrollándose durante toda la trayectoria, ante lo cual se podría requerir de un nuevo proceso en otros momentos del ciclo vital (Banyard & Williams, 2007; Capella, et al., 2014; Capella & Miranda, 2003; Draucker et al., 2011; Malacrea, 2000; Phanichrat & Townshend, 2010; Rojas Breedy, 2002).

Por tanto, es posible apreciar la importancia de los tratamientos psicosociojurídicos diseñados para quienes han sido víctimas de agresiones sexuales, siendo la psicoterapia un elemento fundamental para la recuperación de la experiencia de victimización sufrida. Cabe destacar, como ha sido detallado, que esta no sólo se enfocaría en resolver las consecuencias que la vulneración habría provocado, sino que debiese incluir otros aspectos de gran relevancia en la historia del/a niño/a, como aquellos que no se encuentran afectados por la vivencia de transgresión y que forman parte de la identidad de éste/a.

Asimismo, como ha sido señalado, la psicoterapia permitiría el acompañamiento en un momento determinado en la vida del/a niño/a, pudiendo requerir éste/a de otros procesos a lo largo de su continuo vital, lo cual debiese ser comprendido en la actualidad por todos/as los/as participantes de los procesos de intervención, facilitando así con mayor determinación la recuperación de niños/as en sus diferentes períodos de desarrollo.

No obstante, al comprender los procesos de tratamiento y recuperación en niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales como reparación, se restringiría la posibilidad de apreciar estos procesos como experiencias en curso, ya que desde esta conceptualización se relevaría el volver al estado previo al trauma y la disminución de la sintomatología, dificultando el apreciar el crecimiento, desarrollo y fortalecimiento al hacer sentido de la vivencia abusiva.



En este sentido, conviene discutir acerca de lo que nombra como reparación y permitir la emergencia de nuevos conceptos que puedan resultar más apropiados y de mayor sentido para la clínica psicológica con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales.

### 2.2.2.- Desde la reparación hacia la superación.

Como ha sido señalado, el proceso de tratamiento de las agresiones sexuales en niños/as ha sido descrito en las bases técnicas de SENAME (2012) como reparación, sin embargo, diversos autores (Capella, 2011; Capella, et al., 2014; Capella & Gutiérrez, 2014; Martínez, 2012) lo han problematizado, ya que no caracterizaría los procesos de recuperación de niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, sino más bien las acciones que desde los otros se realizan para apoyar el proceso del/a niño/a (Martínez, 2014).

Martínez (2014) realiza una discusión profunda del concepto de reparación, explorando sus descripciones desde una perspectiva jurídica, social y psicológica, reconociendo múltiples significados del concepto. En este sentido, señala que la expresión terapia de reparación se relacionaría con una denominación de carácter local, derivada del trabajo clínico con víctimas de la represión política en épocas de dictadura y de transición a la democracia en Chile. De esta manera, alejado de su contexto y sentido original, el concepto de reparación se relacionaría con el significado de arreglar un desperfecto, reforzando la idea de un sí mismo roto, quebrado o dañado.

De manera similar al significado de reparación, investigaciones internacionales con adultos que han sido víctimas de agresiones sexuales aluden a éste como afrontamiento. Este concepto se relaciona con los esfuerzos cognitivos para manejar las demandas que sobrepasan los recursos de la persona que ha vivenciado una experiencia traumática, describiendo estrategias de afrontamiento adaptativas y desadaptativas, indicando que el uso de unas u otras dependería de la severidad de la experiencia abusiva (Phanichrat & Townshend, 2010).

En detalle, expresan que dentro de las estrategias desadaptativas se encontrarían aquellas relacionadas con la utilización de mecanismos evitativos, como la supresión de pensamientos y sentimientos y la disociación; mientras que dentro de las adaptativas se hallarían aquellas enfocadas en el problema, como el buscar ayuda, la atribución externa de responsabilidad, pensamientos reflexivos y la búsqueda de significados. Indican que estas últimas suponen un compromiso cognitivo gradual con las consecuencias de la agresión sexual y una disposición proactiva ante la recuperación, hasta alcanzar la aceptación e integración de la vivencia (Phanichrat & Townshend, 2010).

De igual importancia, resulta destacar el concepto de resignificación, el cual ha tendido igualmente a ser utilizado, puesto que inclusive SENAME (2012) en sus lineamientos técnicos lo plantea como uno de los objetivos específicos asociados a la reparación.

De acuerdo con Vergara (2011), la resignificación implica un cambio en torno al significado, o sea que la persona pueda reevocar una experiencia, en términos emocionales y cognitivos, de tal manera que pueda incorporar nuevos contenidos que contribuyan a una comprensión del acontecimiento que favorezca el logro de la coherencia interna en la medida que no se establezca en el núcleo central de la vivencia del sí mismo, pero sí sea integrada dentro de la historia vital (Capella, 2011).

El término resignificación implica comprender que ésta depende de los recursos evolutivos del/a niño/a, por lo cual sería esperable que éste/a le asigne significados diferentes al mismo hecho abusivo en diversas etapas de su desarrollo, y es por esto que dentro de la terapia se utilizan variadas técnicas que favorezcan la resignificación con estos diversos recursos evolutivos (Capella, 2011; Capella & Gutiérrez, 2014; Capella & Miranda, 2003).

Junto con esto se entiende que la psicoterapia ocurre en un momento de la vida del/a niño/a, pero la integración de la experiencia abusiva al continuo vital continuará desarrollándose (Capella, 2011; Capella & Miranda, 2003), no siendo un proceso lineal sino progresivo (Draucker, et al., 2011).

A nivel internacional, se han desarrollado variadas investigaciones en la temática de las agresiones sexuales, describiendo el proceso de recuperación como superación o sanación, sin embargo, estas investigaciones son recientes y escasas y se han realizado principalmente con adultos que han sido víctimas de agresiones sexuales en su infancia (Capella & Gutiérrez, 2014; Draucker, et al., 2009; Draucker et al., 2011).

Pese a lo anterior, este concepto implicaría comprender que quienes han sido víctimas de agresiones sexuales no sólo afrontan las consecuencias negativas de esta experiencia y vuelven al funcionamiento previo al trauma (reparación/afrontamiento), sino que vivencian un proceso dinámico que incluye tanto la recuperación como el crecimiento en la medida en que logran hacer sentido de la experiencia abusiva y pueden construir una identidad positiva (Draucker, et al., 2011; Harvey, Mishler, Koenen & Harney, 2000; Saha, Cheung & Thorne, 2011).

Así, el concepto de superación alude a vencer obstáculos y dificultades, dejando atrás y haciendo algo mejor que en otras ocasiones (Real Academia Española, 2001). Asimismo, implica comprender la posibilidad de darle un nuevo significado a la experiencia abusiva, que permita integrarlo de manera adaptativa a la propia identidad, fortaleciéndose en ese proceso. Por lo que, la superación va más allá de la experiencia abusiva, sus síntomas y efectos. De esta manera, ambos conceptos se encuentran relacionados, pues la superación y el fortalecimiento sólo se consiguen en la medida en que existe un profundo proceso de resignificación de la vivencia abusiva. (Capella, 2011; Capella & Gutiérrez, 2014).

En virtud de todo lo anteriormente descrito, cabe relevar la incorporación de conceptos como el de superación, ya que éste permitiría valorar la recuperación de niños/as más allá del daño y los síntomas negativos provocados por la experiencia de victimización sexual, incorporando aspectos apropiados y de mayor sentido respecto del tratamiento que se les brinda.

De esta manera, cabe destacar la importancia que mantiene la conceptualización del trabajo terapéutico con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, ya

que no sólo organiza el quehacer de manera general, sino que también de manera específica por medio de la construcción de objetivos terapéuticos, pudiendo ser éstos diferentes al centrarse en las distintas conceptualizaciones.

Así, por ejemplo, desde la reparación, podría pretenderse la reducción sintomática y el afrontamiento de las consecuencias negativas de la experiencia de transgresión sexual; desde la resignificación, se buscaría el incorporar un nuevo sentido a la experiencia e integrarla al continuo vital; y desde la superación, podría promoverse el desarrollo, crecimiento y fortalecimiento. Aún cuando estas conceptualizaciones podrían implicar objetivos complementarios para el tratamiento psicológico.

En relación a lo anterior, resulta esencial poder conocer tanto las conceptualizaciones que utilizan los/as psicólogos/as como los objetivos que construyen en la atención que brindan a niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, considerando además la escasa sistematización que existe respecto de sus experiencias en esta labor terapéutica.

A continuación se revisarán los principales objetivos terapéuticos, descritos por la literatura especializada en la temática, los cuales no distinguen de manera directa entre una y otra conceptualización, ya que tienden a incorporarlas de manera general, promoviendo el desarrollo del/a niño/a en sus diferentes áreas, así como también el crecimiento y fortalecimiento a partir de la experiencia de victimización sufrida.

### 2.2.3.- Objetivos de la psicoterapia con víctimas de agresiones sexuales.

Diversos autores, destacan que uno de los primeros objetivos en la psicoterapia con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, tendría relación con el establecimiento de una alianza de trabajo, mediante el desarrollo de un ambiente seguro, empático y de respeto hacia el/a otro/a, validando sus temores y preocupaciones, así como respetando su propio ritmo en la relación terapéutica (Capella & Miranda, 2003; Llanos & Sinclair, 2001; Rojas Breedy, 2002).

En este sentido, Ronen (1996) destaca la importancia de la alianza terapéutica con niños/as que han sido víctimas de experiencias traumáticas, ya que al haber sido expuestos/as a graves vulneraciones por parte de figuras significativas o protectoras, habrían sentimientos de traición o menoscabo en sus relaciones interpersonales, por lo que el vínculo terapéutico facilitaría la reconstrucción de vivencias de confianza y seguridad.

Posteriormente, se propone la exploración de la historia del abuso y sus consecuencias, indagando en la percepción de las reacciones familiares y comunitarias, conociendo las fortalezas y debilidades de la persona y su grupo familiar (Rojas Breedy, 2002). En este sentido, varios autores enfatizan en la importancia del reconocimiento y externalización de la vivencia abusiva, con niños/as especialmente, mediante el juego y/o otras técnicas no invasivas, permitiéndoles construir una nueva narrativa, la cual le permita apreciar que la vulneración constituye una parte de su vida y no involucra a todo su ser, facilitando así la integración de la vivencia al continuo vital (Álvarez, 2012; Capella, et al., 2014; Capella & Miranda, 2003; Llanos & Sinclair, 2001).

De acuerdo con Mossige et al. (2005), la agresión sexual constituiría una experiencia difícil y dolorosa de narrar, sin embargo, por medio de su expresión y externalización los/as niños/as lograrían otorgarle un nuevo sentido y co-crear un significado diferente tanto a la vivencia abusiva como a las experiencias que se encuentran relacionadas a ésta.

Capella, et al. (2014), destacan la importancia de abordar la vivencia abusiva en el contexto terapéutico, no en relación al relato, sino en cuanto a las vivencias asociadas a la vulneración sexual, en la medida en que haya confianza con el/a psicoterapeuta. Enfatizan además, el abordar otros temas dentro de la intervención, con el objeto de integrar la experiencia abusiva con otras experiencias vitales.

Otro de los objetivos que se plantea como relevante, es la identificación, diferenciación y expresión emocional, ayudando al niño/a a reconocer las emociones y sentimientos asociados a la experiencia abusiva, para luego promover la expresión

de estas emociones y sentimientos, disminuyendo mecanismos defensivos de negación y disociación (Capella, 2011; Capella & Miranda, 2003).

Por otra parte, otros de los objetivos se relacionan a las diversas dinámicas traumatogénicas propuestas por Finkelhor y Browne (1985). En relación a la dinámica de estigmatización, se proponen objetivos asociados a la disminución de sentimientos de culpa, mediante la re-definición de creencias erróneas y logrando la responsabilización del agresor respecto de la experiencia abusiva, la disminución de sentimientos de vergüenza, aislamiento y estigmatización, permitiéndole al niño/a apreciar que no ha sido el/a único/a que habría experimentado estas vivencias (Capella, 2011).

En cuanto dinámica de sexualización traumática, se proponen objetivos relacionados con la promoción de información sexual adecuada a la edad, distinguiendo conductas sexuales adecuadas y alteradas, diferenciando la sexualidad abusiva de la sexualidad normal consentida, logrando además una imagen corporal y de la sexualidad positiva (Cantón & Cortés, 2004; Capella, 2011).

Acerca de la dinámica de indefensión, se proponen objetivos terapéuticos asociados a la disminución de la percepción amenazante del mundo, logrando sentimientos de autoeficacia, empoderamiento y autoconfianza para enfrentarse a dificultades y situaciones de riesgo (Capella, 2011; Llanos & Sinclair, 2001).

En relación a la dinámica de traición, se proponen objetivos que le permitan al niño/a reconocer y expresar las emociones hacia la figura del agresor y figuras que no fueron protectoras o no dieron credibilidad a la experiencia develada. Asimismo, se espera que el/a niño/a pueda reconocer figuras protectoras y de apoyo en su contexto, permitiéndole también diferenciar respecto de la confiabilidad hacia otros/as (Capella, 2011; Malacrea, 2000; Rojas Breedy, 2002).

Ronen (1996), enfatiza que la responsabilidad del cambio psicoterapéutico sería compartida entre el/a terapeuta y el/a niño/a, destacando la importancia de facilitar el desarrollo, promover el empoderamiento y distinguir habilidades y recursos, por

medio de la utilización de diferentes técnicas psicoterapéuticas asociadas a la utilización de metáforas, juego de roles y otros medios creativos.

Se destaca además, la importancia del trabajo en paralelo con figuras significativas y protectoras, considerando intervenciones individuales o grupales, que les permitan a éstas sentirse contenidas en cuanto a las propias conflictivas asociadas a la experiencia de agresión sexual del/a niño/a y orientarlas respecto de esta misma vivencia (Álvarez, 2012; Capella, 2011; Capella, et al., 2014).

Por otro lado, se acentúa la implementación de diversos formatos de intervención terapéutica para el/a niño/a, valorando en especial medida, la intervención individual y la grupal, esta última, en virtud de que favorece la generalización de la experiencia de transgresión sexual sufrida, al apreciar otros/as niño/as que también habrían sido víctimas, disminuyendo los sentimientos de estigmatización (Capella, 2011; Capella, et al., 2014; Capella & Miranda, 2003).

En definitiva, son variados los objetivos terapéuticos que se destacan como relevantes en el diseño del tratamiento con el/a niño/a y su grupo familiar, que tendrán que adecuarse a cada caso. No obstante, tal como se ha señalado, de acuerdo a la literatura revisada la alianza terapéutica y el abordaje de la experiencia abusiva constituyen objetivos centrales. Para el cumplimiento de éstos y otros objetivos, el/a terapeuta mantendría diversos formatos de intervención y técnicas terapéuticas, aún cuando, tal como ha sido descrito, la terapia grupal resulta una modalidad muy beneficiosa, al permitirle a niños/as la externalización y generalización de la experiencia abusiva.

#### 2.2.4- Psicoterapia con víctimas de agresiones sexuales desde el Constructivismo Evolutivo.

El enfoque teórico que guía la presente investigación es el constructivista. Este plantea que el conocimiento viene a ser resultado de permanentes procesos de construcción y en lugar de considerar al ser humano como un sujeto pasivo, se le aprecia como un activo constructor de significados que organiza su experiencia y

otorga a su existencia un orden y predictibilidad (Bruner, 2004; Feixas, 1998; Feixas & Villegas, 2000; Mahoney, 1998; Neimeyer & Mahoney, 1998).

Bruner (1991), destaca que el ser humano construye e interpreta la realidad mediante acciones comunicativas por medio del lenguaje y la narración. De esta forma, la narrativa sería la base para la organización de los significados, dando sentido a las experiencias, el mundo, los otros y nosotros mismos (Capella, 2013). Asimismo, Bruner (1991) destaca que la persona participa activamente en la creación o construcción de conocimientos por medio de la percepción, la apropiación de conceptos y el razonamiento.

De acuerdo con Piaget (1973, citado en Sepúlveda, 2013), el ser humano construiría activamente el conocimiento del mundo externo, por lo que la realidad podría ser interpretada de diversas maneras, dependiendo de los recursos evolutivos que tiene la persona en diferentes edades. Así, el desarrollo psicológico sería entendido como un proceso dinámico de transformaciones cuantitativas y cualitativas que se producen a través del tiempo, siendo un proceso creativo por medio del cual la persona se encuentra en constantes reestructuraciones de su organización personal en interacción con el medio (Sepúlveda & Capella, 2012).

El conocimiento sería así un proceso evolutivo, que evoluciona mediante interpretaciones sucesivas más abarcadoras y se estructuraría en sistemas jerárquicos y auto-organizados. En este sentido, el enfoque constructivista evolutivo supone que los principales cambios producidos con el desarrollo implican reestructuraciones en el significado que el ser humano le otorga al mundo, mediante procesos que tienden a asegurar el equilibrio entre factores externos e internos (entre acomodación y asimilación) (Piaget, 2001; Sepúlveda, 2013).

Así, la acomodación es definida como la modificación del comportamiento a partir del resultado de la experiencia; y la asimilación es entendida como la integración en las estructuras previas. En este sentido, el desarrollo implica un equilibrio entre ambas que le permite al ser humano desarrollar niveles más complejos de estructuras (Piaget, 2001; Sepúlveda, 2013).



Por tanto, el objetivo de la psicoterapia desde este paradigma implicaría la posibilidad de transformar la realidad, construyendo narrativas alternativas que representen nuevos significados, en términos de constructos, que faciliten la incorporación de experiencias pasadas, presentes o futuras, de manera coherente y en un equilibrio adaptativo (Ronen, 1996; Sepúlveda, 2013).

En específico, Ronen (1996) propone que la psicoterapia constructivista con niños/as que han sido víctimas de experiencias traumáticas debiese contemplar tres objetivos principales, dos sobre el presente y uno sobre el futuro. El primer objetivo tendría relación con el ayudar al niño/a a aceptar que habría vivenciado un suceso traumático, para permitirle identificar y expresar sentimientos asociados a esta experiencia. El segundo objetivo se asociaría a la construcción de un nuevo significado del evento traumático. Mientras que el tercer objetivo pretendería ayudar al niño/a a crecer, desarrollarse y posibilitar su autonomía.

En base a los objetivos propuestos, la autora identifica un modelo compuesto por cinco fases en las cuales incorpora cada uno de los objetivos. Estas fases serían: a) el cambio de concepciones negativas; b) análisis de la respuesta; c) el aumento de la sensibilidad a los eventos internos; empoderamiento a través de ejercicios, modificando los métodos de afrontamiento; y d) la eliminación de la reacción traumatizada (Ronen, 1996).

En definitiva, Ronen (1996) destaca que el proceso de psicoterapia debiese ser una experiencia desafiante y enriquecedora para niños/as que han sido víctimas de eventos traumáticos, enfatizando el rol activo que mantendrían en su proceso y distinguiendo que el/a terapeuta debiese ser sensible, creativo y responsable de las nuevas experiencias que incorpora junto a éstos/as.

De acuerdo con Feixas y Villegas (2000), el proceso psicoterapéutico se relacionaría con el generar alternativas de significación más adaptativas para las personas respecto de los eventos y sus vidas, siendo uno de los objetivos centrales el descubrimiento de nuevas maneras de significar la relación del sí mismo con la realidad (Sepúlveda, 2013).

Las psicoterapias evolutivas siguen el curso natural de las personas, dando un rol activo a éstas en su proceso psicoterapéutico y de desarrollo, promoviendo el diálogo y la exploración. El objetivo de éstas sería lograr el equilibrio en cada etapa del desarrollo, facilitando procesos de diferenciación e integración, consiguiendo una concepción del sí mismo positiva, integrada, coherente y en interacción con el mundo (Sepúlveda, 2013).

Por otro lado, surge desde la epistemología constructivista, el enfoque narrativo. El cual considera la importancia del lenguaje en la estructuración del sí mismo y la experiencia, aún cuando mantiene la idea del carácter personal y coherente de la subjetividad individual (Capella, 2013). De esta forma, se comprende que el ser humano construye sus narrativas personales en un espacio interpersonal, siendo inseparable del contexto social y cultural donde ocurren (Bruner, 1991).

En este sentido, las narrativas son entendidas como la utilización del lenguaje para relatar experiencias de vida o características del sí mismo (Menard-Warwick, 2001, citado en Capella, 2013). De acuerdo con Bruner (2004), habrían diversas formas posibles de significar los eventos y la historia personal, en este sentido, el autor (1984, citado en Sepúlveda, 2013), señala que la realidad pudiese ser representada por medio de narrativas por la acción, narrativas por imágenes y narrativas verbales.

De acuerdo con Riessman (2008), los eventos serían seleccionados, organizados y conectados por el hablante para una audiencia particular, manteniendo como criterio esencial la contingencia, es decir, que sea cual sea su contenido, las narrativas exigirían su vinculación con acontecimientos o ideas. La autora destaca la importancia de las narrativas, ya que ofrecerían además la posibilidad de apreciar cómo se construye el conocimiento cotidiano.

Por su parte, Gonçalves (2002) señala que la capacidad de organizar el mundo de manera narrativa se desarrolla a muy temprana edad y que ésta comienza a ser cada vez más compleja de acuerdo con el desarrollo psicológico de la persona. De esta manera, la psicopatología implicaría un trastorno de la narrativa, en el sentido de la incapacidad de organizar una narrativa diversificada, compleja y coherente.

Así, el objetivo de la psicoterapia tendría relación con la creación de relatos alternativos que permitan representar nuevos significados, favoreciendo la adaptación y superando las significaciones poco adaptativas de los eventos y de sí mismos. De esta forma, se reelabora la historia personal y se crea una historia alternativa, pues los pacientes se transformarían al cambiar las historias que cuentan de sus vidas, en tanto relatar la historia de una manera distinta implicaría un cambio en el significado atribuido a sus vidas (Gonzalves et al, 2009, citado en Capella, 2011).

White y Epston (1993, citado en Capella, 2011), agregan que cada nueva manera de narrar un relato es una nueva forma de interpretarlo, y por lo tanto daría cuenta de que las vidas cambian y evolucionan, situando a la persona como protagonista y autora de su propia vida.

Por tanto, de manera explícita, el objetivo de la terapia constructivista con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales sería resignificar la experiencia abusiva, integrándola al continuo vital, favoreciendo el logro de las tareas evolutivas del desarrollo normal para su edad y conformando una identidad positiva e integrada, superando así las secuelas ocasionadas por la agresión sexual (Capella, 2011).

En consecuencia, el enfoque constructivista evolutivo valora al ser humano como un sujeto activo y constructor de significados de acuerdo con su desarrollo y etapa vital en la cual se encuentra, además este modelo es coherente con la perspectiva narrativa, en tanto permite distinguir que la persona construye relatos e historias personales a lo largo de su desarrollo, siendo activa también en la manera de contarlas e interpretarlas.

De esta forma, la presente investigación comprenderá al ser humano, en específico, a niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales como sujetos plenos de derechos y actores protagonistas de sus procesos de recuperación, comprendiendo desde las narrativas de sus psicólogos/as a cargo cómo evolucionan sus procesos de psicoterapia y cambio terapéutico.

En este sentido, desde el marco constructivista Capella (2011), a partir de su estudio y revisión de investigaciones internacionales ha planteado la superación como objetivo en la terapia que se brinda a niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales. Por lo que a continuación, se revisarán aspectos específicos asociados a este término.

### **2.3.- Superación de las agresiones sexuales.**

#### 2.3.1.- Principales investigaciones de la superación de las agresiones sexuales.

Como se ha señalado, a nivel internacional, las investigaciones en la temática de las agresiones sexuales describen el proceso de recuperación como superación o sanación, no obstante, éstas son recientes, escasas y se han realizado principalmente con adultos que fueron victimizados en su infancia (Capella & Gutiérrez, 2014; Draucker, et al., 2009; Draucker et al., 2011).

En estas investigaciones, se ha observado que el concepto de superación implica un proceso de cambio permanente, a través de las distintas etapas de la vida, siendo un proceso gradual a través del tiempo, con momentos de avance y otros de retroceso. Así, la superación de la experiencia de transgresión sexual continuará siempre, siendo un proceso en curso (Banyard & Williams, 2007; Draucker et al., 2011; Phanichrat & Townshend, 2010).

Autores como Banyard y Williams (2007), destacan la resiliencia, la cual es descrita como un proceso dinámico relacionado con la adaptación positiva en el contexto de adversidades significativas; y los puntos de giro, los cuales son definidos como cambios positivos o negativos en las historias personales, permitiendo el tránsito desde un nivel de resiliencia a otro, como factores que influyen en la recuperación de víctimas de agresiones sexuales. Según refieren, los patrones de resiliencia serían estables, aún cuando se encontrarían afectados ante eventos re-traumatizantes. Así, indican que la recuperación del trauma sería un proceso dinámico y que se desarrolla a lo largo de la vida.

Draucker, et al. (2009), desarrollan una investigación de meta-análisis por medio de la cual ahondan en el proceso de superación que habrían experimentado adultos/as que habrían sido víctimas de agresiones sexuales en su infancia. En este sentido, dan a conocer cuatro dominios, los cuales contendrían elementos dicotómicos, pudiendo parecer contradictorios, sin embargo, su integración permitiría apreciar el proceso global de superación que vivencian quienes han sido víctimas de estas vulneraciones, permitiéndoles un nuevo repertorio conductual y una adaptación satisfactoria del evento traumático.

En específico, estos dominios serían: a) *“la memoria del evento abusivo”*, la cual implicaría un proceso dialéctico por medio del cual pese a recordar los episodios abusivos, se obtendría una capacidad progresiva de control sobre los mismos, disminuyendo los efectos negativos que provocarían éstos; b) *“la relación con los otros significativos”*, tendría relación con el proceso dicotómico de experimentar una desconfianza generalizada hacia otros/as significativos, y de manera paulatina, otorgar nuevos significados a estos sentimientos, construir y transformar nuevas relaciones; c) *“la búsqueda de seguridad”*, constituiría un proceso dialéctico en la medida en que desde una percepción amenazante del mundo externo se van construyendo nuevos significados de seguridad y se estructuran nuevos límites que permitirían enfrentar el peligro; y d) *“la reevaluación del sentido de sí mismo/a”*, se asociaría al proceso dicotómico de haber mantenido una percepción del sí mismo como dañado, hacia la construcción de una identidad que pueda integrar aspectos positivos y negativos más allá de la experiencia abusiva (Draucker, et al., 2009).

Asimismo, Draucker, et al. (2011) construyen un modelo teórico que caracterizaría el proceso de superación. Los/as autores/as proponen cuatro fases, compuestas por cinco dominios de funcionamiento y de factores que favorecerían el transcurso de una fase a otra. Aún cuando este proceso no sería estrictamente lineal, evidenciando momentos de avance y retrocesos, sin embargo, este modelo permitiría apreciar el recorrido que realiza una persona que ha sido víctima de estas vulneraciones.

Las cuatro fases propuestas por Draucker, et al. (2011), serían: a) *“luchar con el significado del abuso sexual”*, que daría cuenta del proceso de entender lo ocurrido,

estando aún interferido/a por las consecuencias de la agresión sexual; b) “*comprendiendo el significado del abuso sexual*”, tendría relación con el proceso de entender las causas, consecuencias y naturaleza del abuso sexual; c) “*enfrentando los efectos del abuso sexual*”, aludiría al proceso de mitigar los efectos de esta vulneración, siendo una etapa larga y difícil; y d) “*reclamar la propia vida*”, se asociaría a la superación de los efectos de la transgresión sexual, siendo las personas capaces de determinar el curso de sus vidas y hacer cambios en ella, ayudando a otros/as con su vivencia y percibiendo la posibilidad de experimentar bienestar y plenitud.

Asimismo, los cinco dominios de funcionamiento considerados en cada una de estas cuatro fases serían: patrones de vida, parentalidad, develación del abuso, espiritualidad y altruismo. Mientras que los factores que favorecerían el transcurso de una etapa hacia la otra serían: el apoyo de otros/as, la fortaleza personal, eventos críticos y la convicción de que algo bueno resulte del abuso sexual experimentado (Draucker, et al., 2011).

En Chile, Capella (2011) incorpora el término narrativas de superación para designar relatos de vida que integran la agresión sexual sufrida y otros eventos considerados como relevantes dentro de la propia historia. En este sentido, la autora entiende la superación de la experiencia de agresión sexual en estrecha relación con la resignificación de la misma, ya que la persona elaboraría y resignificaría la situación abusiva, integrándola a su continuo vital, no olvidándola sino recordándola con menos dolor al hacer sentido de esta experiencia y encontrarse más fortalecida.

Por tanto, cabe relevar que aún siendo escasas las investigaciones que ahondan en el concepto de superación, son de gran trascendencia, ya que incorporan profundas vivencias de recuperación y cambio, destacando aspectos positivos y de esperanza al denotar que tras una grave experiencia traumática como la victimización sexual, es posible crecer y desarrollarse al elaborar, integrar y hacer sentido de la misma, visualizando este proceso como dinámico con momentos de avance y retroceso a lo largo de todo el continuo vital.

Resulta importante reiterar que la mayoría de las investigaciones que profundizan en la superación de la experiencia abusiva se centran en las visiones de adultos que fueron victimizados en su infancia, habiendo escasos estudios que recojan las narrativas de niños/as, sin embargo, en el siguiente apartado se detallarán estas investigaciones.

### 2.3.2.- Principales investigaciones que ahondan en las narrativas de niños/as y adolescentes.

Carlberg, Thoren, Billström y Odhammar (2009), han señalado la importancia de efectuar investigaciones desde las perspectivas de niños/as, utilizando metodologías verbales y no verbales, validando sus diversas formas de expresión. En este sentido, los autores ahondan en las expectativas y experiencias de niños/as respecto de sus procesos de psicoterapia (los cuales asistían por dificultades conductuales, sintomatología ansiosa y depresiva). Destacando entre sus resultados, expectativas y experiencias positivas, relevando la importancia de la preparación para el inicio de la psicoterapia, disminuyendo así las resistencias iniciales y/o otros sentimientos que puedan afectar el curso del tratamiento.

Tal como señalan los autores anteriores, existen escasas investigaciones enfocadas en describir y comprender las narrativas de niños/as respecto de sus procesos de psicoterapia. Así también, según se ha podido indagar, existen pocos estudios que profundicen en los procesos de recuperación de experiencias traumáticas como la vulneración sexual, aún cuando habrían iniciativas a nivel internacional y nacional (Capella, et al., 2014; Capella & Gutiérrez, 2014; Foster & Hagedorn, 2014; Lama, 2014; Mossige, Jensen, Gulbrandsen, Sissel Reichelt & Tjersland, 2005; Nelson-Gardell, 2001; Rodríguez, 2014).

A nivel internacional Foster y Hagedon (2014), efectúan una investigación con 21 niños/as y adolescentes víctimas de agresiones sexuales y que han vivenciado un proceso terapéutico, emergiendo narrativas asociadas al recuerdo de la experiencia abusiva, la develación y la recuperación, siendo uno de los pocos estudios que se centra en la superación de la vivencia de transgresión sexual en niños/as y adolescentes.

Entre sus resultados, dan cuenta de las descripciones y verbalizaciones que realizaron niños/as y adolescentes acerca de la experiencia abusiva y la figura del agresor, distinguiendo sentimientos y pensamientos de temor, confusión, dolor y desconfianza. Así también, relevan aspectos asociados al proceso de develación, denuncia e investigación penal, visualizándolo como difícil y entorpecedor en la medida en que luego de la denuncia, se solicitaría la participación del/a niño/a o adolescente en variadas entrevistas. Los autores enfatizan en la importancia de la credibilidad y el acompañamiento familiar y terapéutico, en virtud de la necesidad de apoyo tras la develación, descubrimiento y detención de la agresión sexual (Foster & Hagedon, 2014).

Junto con esto, Foster y Hagedon (2014), connotan las narraciones de niños/as y adolescentes acerca de sus procesos de superación y recuperación, destacando transformaciones personales en el proceso de tratamiento y hallando sentimientos de esperanza y optimismo. Comentan que en un inicio éstos/as se mantenían resistentes y desconfiados/as de la intervención ofrecida, no deseando hablar respecto de sus experiencias abusivas, sin embargo, sugieren que los/as terapeutas puedan ser empáticos a estas dificultades, brindándoles apoyo y comprensión, puesto que el tratamiento brindado formaría parte esencial de su proceso de sanación.

Nelson-Gardell (2001), efectuó una investigación con niñas y adolescentes de 10 a 18 años, participantes de 5 grupos focales de 5 hasta 10 integrantes, que habían sido víctimas de agresiones sexuales y habían participado de un proceso terapéutico. La autora observó que destacaban como esencial en sus procesos de recuperación la credibilidad en sus relatos, tanto por sus adultos acompañantes como por su terapeuta, ya que de esta manera validaban sus experiencias. Asimismo, resultaba esencial el poder hablar de la vivencia abusiva, puesto que de forma progresiva promovía la construcción de nuevas simbolizaciones y significados. Destacan también el hablar acerca de sus sentimientos y la participación en un grupo terapéutico.



En adición a las investigaciones anteriores, Mossige, et al. (2005) analizan las narrativas de 10 niños/as y adolescentes de 10 a 16 años de edad, participantes de procesos terapéuticos que habían develado experiencias de agresiones sexuales. Entre sus resultados, señalan que el objetivo central del tratamiento tiene relación con el ayudarlos/as a narrar sus experiencias y particularmente, aquellas difíciles de compartir con los/as demás. Los autores indican que cuando los/as niños/as y adolescentes se hayan involucrados en circunstancias emocionalmente difíciles, es posible que mantengan una posición ambivalente frente al relato de estas experiencias, sobretodo cuando el evento es difícil de entender, sin embargo, efectuarían intentos por construir significados y narrativas acerca de la vivencia de transgresión sexual a pesar de las dificultades inherentes a su comprensión y expresión.

En Chile, el grupo de investigación U-inicia de la Universidad de Chile -del cual también forma parte el presente estudio-, recogió las narrativas de 27 niños/as y adolescentes de 8 a 18 años de edad que fueron víctimas de agresiones sexuales y que se encontraban en proceso de finalizar o habían finalizado un proceso terapéutico vinculado a esta experiencia. Este tratamiento había durado entre 10 y 48 meses, con un promedio de duración de 24 meses. Entre los resultados, se observó que niños/as y adolescentes narran la recuperación y superación de la experiencia abusiva, como un proceso de cambio positivo, de crecimiento y fortalecimiento, en donde se destaca el bienestar actual y las proyecciones futuras, la integración de la vulneración al continuo vital y los nuevos significados que se le otorgan a la vivencia abusiva. Asimismo, se observa que el proceso de recuperación y superación es en curso y a lo largo de la vida, constituye un proceso difícil y que se da en etapas (Capella, et al., 2014; Rodríguez, 2014; Lama, 2014).

La primera de estas etapas, tendría relación con las resistencias iniciales, siendo el vínculo terapéutico un punto de giro en el proceso de psicoterapia. La segunda, se asociaría al trabajo psicoterapéutico, siendo de gran relevancia el abordaje de la experiencia abusiva, puesto que según se aprecia, éste también constituiría un punto de giro en el tratamiento. La tercera y última etapa, se relacionaría con el cierre y los logros, observando y destacando los cambios terapéuticos tanto del/a

niño/a como de sus adultos/as acompañantes (Capella, et al., 2014; Rodríguez, 2014; Lama, 2014).

Se aprecia que el apoyo de otras personas (padres, familia, terapeutas, sistema judicial) resulta fundamental. Asimismo, se destaca la importancia de trabajar en psicoterapia con diferentes técnicas (verbales y de otro tipo), con el objeto de facilitar las diversas formas de comunicación, sobretodo, con niños/as pequeños/as (Capella, et al., 2014; Rodríguez, 2014; Lama, 2014).

En síntesis, cabe destacar la importancia de estas investigaciones, pues ahondan en las narrativas de niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales y han vivido un proceso terapéutico que ha favorecido su recuperación y superación de la experiencia abusiva, permitiendo así la incorporación de antecedentes prácticos y clínicos desde las propias voces de los/as protagonistas.

Sin embargo, tal como ha sido señalado, son escasas las investigaciones que incluyen las narrativas de niños/as, más aún las que también incluyen a los/as terapeutas, siendo necesario y oportuno el poder complementar estas miradas y verbalizaciones, ya que tanto niños/as como psicólogos/as son fundamentales en los procesos de recuperación de vivencias traumáticas y experiencias de transgresión sexual.

### 2.3.3.- Aspectos que influyen la superación en víctimas de agresiones sexuales.

Diversos autores se han estudiado los factores o aspectos que influyen en la superación y recuperación de la experiencia de agresión sexual (Anderson & Hiersteiner, 2008; Banyard & Williams, 2007; Capella, et al., 2014; Draucker et al., 2011; Draucker et al., 2009; Foster & Hagedorn, 2014; Phanichrat & Townshend, 2010).

Ligeiro, Fassinger, McCauley, Moore y Lyytinen (2009), relevan la importancia de un modelo ecológico sistémico para comprender el afrontamiento de las agresiones sexuales sufridas en la infancia. En este sentido, explican que no sólo el nivel individual influye en el afrontamiento de la experiencia abusiva, sino que también el

familiar, social y cultural. Otros autores, señalan que habría un continuo entre los diferentes niveles, por medio del cual habrían factores que al mismo tiempo pueden favorecer y dificultar la superación y recuperación de niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales (Capella, et al., 2014; Foster & Hagedorn, 2014; Lama, 2014; Rodríguez, 2014).

A nivel individual, se observan como favorecedores, las conductas de afrontamiento positivas y protectoras, tales como, participar en actividades artísticas, buscar ayuda entre familiares, amigos/as y/o profesionales, hablar del abuso sexual, etc. Así como también, el interés espiritual y/o religioso, características personales asociadas a la fortaleza, agencia personal, resiliencia, etc., y la identificación de puntos de giro positivos y/o negativos. Mientras que el principal factor que dificulta, se relaciona con estrategias de afrontamiento evitativas y la utilización de mecanismos defensivos asociados a la disociación y negación (Banyard & Williams, 2007; Draucker, 2011; Glaister & Abel, 2001; Harvey, et al., 2000; Ligeiro, et al., 2009).

A nivel familiar, los factores que favorecen son la presencia de apoyo, credibilidad, acompañamiento, contención, afecto y protección. Mientras que los que dificultan, son los quiebres familiares, conflictos familiares, falta de compromiso y abandono y cuando no existe apoyo ni credibilidad (Anderson & Hiersteiner, 2008; Banyard & Williams, 2007; Capella, et al., 2014; Lama, 2014; Phanichrat & Townshend, 2010; Rodríguez, 2014).

En este sentido, Martsolf y Draucker (2008) señalan que las problemáticas familiares asociadas al maltrato, negligencia, falta de compromiso, credibilidad, apoyo, etc., tendrían relación con patrones transgeneracionales que tenderían a la repetición, sobretudo hacia sus hijos/as, aún cuando observan que habrían algunas adultas que efectúan intentos por abandonar este patrón y construir uno diferente, hallando una nueva manera de relacionarse con figuras familiares, a partir de la necesidad de buscar apoyo, principalmente, psicoterapéutico.

A nivel psicoterapéutico, se destaca la psicoterapia como central en la superación y recuperación de las experiencias de vulneración sexual en niños/as y adolescentes, ya que es apreciada como un espacio de contención, apoyo, que permitiría hablar y

resignificar la vivencia abusiva, donde tendría gran relevancia, el vínculo terapéutico y la figura del/a psicólogo/a (Capella, et al., 2014; Foster & Hagedon, 2014; Lama, 2014; Martínez, 2014; Mossige, et al., 2005; Nelson-Gardell, 2001; Rodríguez, 2014).

Se destacan además las diversas modalidades de intervención psicoterapéutica, relevándose la intervención que pueda ser brindada para los/as adultos/as acompañantes, como la intervención grupal para niños/as que han sido víctimas de estas vulneraciones (Capella et al., 2014, Rodríguez, 2014).

En este sentido, en una investigación llevada a cabo por Dussert (2014), se da cuenta que las intervenciones sistemáticas con los/as adultos/as acompañantes del/a niño/a o adolescente les permitiría vivenciar un proceso de superación en conjunto con sus hijos/as, transformando su identidad parental, la relación con sus hijos/as y adquirir mayores recursos y herramientas, lo cual favorecería tanto el proceso de superación de los niños/as, como el de los propios padres.

Respecto de la intervención grupal con niños/as, diversas investigaciones han profundizado en esta modalidad terapéutica (Anderson & Hiersteiner, 2008; Capella & Miranda, 2003; Nelson-Gardell, 2001; Saha et al., 2011), relevándola como un espacio de ayuda y apoyo entre pares que han vivido experiencias similares, en tanto les permitiría diferenciar y expresar diversas emociones relacionadas con la experiencia abusiva, disminuyendo sentimientos de aislamiento y vergüenza al poder inclusive hablar directamente acerca de ésta, a pesar de las dificultades y resistencias iniciales (Capella & Miranda, 2003; Nelson-Gardell, 2001).

Pese a lo anteriormente expuesto, Glaister y Abel (2001), apreciaron como entorpecedoras algunas acciones llevadas a cabo por terapeutas, entre éstas, se observan la recomendación de medicamentos y hospitalización y las ayudas percibidas como poco efectivas a partir de los escasos conocimientos en la temática.

A nivel judicial, se visualizan principalmente aspectos que dificultarían los procesos de recuperación y superación de las experiencias de victimización sexual. Entre éstos, se acentúa la victimización secundaria que se genera en el desarrollo del

proceso investigativo y los sentimientos de temor, confusión, frustración y desesperanza cuando no se concluiría con la condena del imputado/a. Sin embargo, a pesar de la connotación negativa que mantiene este factor, se visualizan elementos positivos cuando los juicios implican una condena al agresor, como también cuando el sistema le genera protección a niños/as y adolescentes que se encontraban en riesgo (Capella, et al., 2014; Foster & Hagedorn, 2014; Lama, 2014; Rodríguez, 2014).

A nivel social y cultural, se destacan como favorecedores, las diferentes redes de apoyo y la credibilidad (Anderson & Hiersteiner, 2008; Banyard & Williams, 2007; Draucker et al., 2009; Ligiero et al., 2009). Mientras que como entorpecedores, se encuentran la mantención de estereotipos de género y las creencias negativas asociadas a las agresiones sexuales (Ligeiro, et al., 2009).

En definitiva, pese al gran aporte que entrega toda la revisión de esta temática, cabe destacar que en la revisión teórica realizada, no ha sido posible encontrar investigaciones a nivel nacional o internacional que incluyan la perspectiva de los/as psicoterapeutas acerca de estas temáticas y los procesos de tratamiento y recuperación de niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, por lo que resulta de gran relevancia incorporar sus perspectivas.

## **2.4.- Cambio psicoterapéutico.**

### **2.4.1.- Principales investigaciones del cambio psicoterapéutico.**

Diversos estudios de meta análisis (Brown, 1987; Matt & Wittman, 1985, citados en Krause, 2011; Shadish, Matt, Navarro & Phillips, 2000, citados en Valdés, et al., 2005) han comprobado la eficacia en la psicoterapia. Sin embargo, se ha puesto de manifiesto la carencia de diferenciación entre las distintas escuelas terapéuticas, lo cual se ha conocido como la paradoja de la equivalencia (Krause, 2005, 2006, 2011).

En respuesta a lo anterior, se dio lugar a tres líneas de investigación con procedimientos metodológicos diferentes: a) el estudio del proceso terapéutico, el

cual tiene por objeto ahondar en la interacción terapéutica como en el proceso de cambio experimentado durante la relación de ayuda, comprendiendo los episodios relevantes de cambio terapéutico; b) los estudios que relacionan tipos de tratamiento con tipos de problemas; sin embargo, existen detractores a esta línea de investigación, quienes sostienen que los tratamientos se basarían en la reducción de síntomas y omitirían los cambios más importantes que podría producir la psicoterapia; c) el estudio de los factores de cambio inespecíficos, actualmente denominados comunes, los cuales intentan conocer qué factores de la terapia y extra-terapéuticos, transversales a los diferentes tipos de terapias, resultan responsables del cambio (Krause, 2005; Krause & Dagnino, 2006; Krause, et al., 2006).

Considerando que los factores específicos hacen referencias a las técnicas e intervenciones específicas, se ha logrado apreciar la escasa evidencia empírica que demuestra su efectividad para explicar completamente los cambios observados durante el proceso terapéutico, como también la posible relación entre éstos y la alianza terapéutica. Lo cual ha llevado a considerar cada vez más los factores de cambio inespecíficos o comunes (Valdés, et al., 2005).

En este sentido, Asay y Lambert (1999, citados en Krause, et al., 2006) dividen los factores comunes en cuatro áreas generales a las cuales asignan un porcentaje en función de su aporte a la mejoría del cliente en psicoterapia: factores del cliente y eventos extra terapéuticos (40%), factores de la relación terapéutica (30%), expectativas y efecto placebo (15%) y, factores relacionados con las técnicas y modelos teóricos (15%). Wampold (2001, citado en Krause, et al., 2006), afirma que las técnicas específicas del terapeuta son responsables de solo un 8% de la varianza en el cambio en psicoterapia.

La alianza de trabajo terapéutico ha sido el factor común que mayormente se ha investigado (Horvath, 2006; Krause, 2011; Krause, Altimir & Horvath, 2011). Diversos investigadores (Blatt, Zuroff, Hawley & Auerbach, 2010; Botella, et al., 2008; Horvath, 2006; Krause, Altimir & Horvath, 2011; Waizmann & Roussos, 2009) destacan la importancia de la alianza terapéutica en los procesos de cambio en psicoterapia, observando que no sólo permitiría la disminución de los síntomas del

cliente, sino que también facilitaría nuevas representaciones del sí mismo, del entorno y de los otros.

De esta manera, algunos investigadores (Blatt, et al., 2010; Botella, et al., 2008; Kivlighan & Arthur, 2000, citado en Altimir, et al., 2010), han destacado que la evaluación del proceso terapéutico y su relación con resultados positivos en la psicoterapia se asocia a una buena alianza terapéutica, y por tanto, se afirmaría que ésta constituiría un mediador de cambio.

De manera paralela a la investigación de los factores de cambio inespecíficos o comunes, surgió el interés por el proceso terapéutico, originalmente, ésta investigación se diferenciaba claramente de la del efecto terapéutico, sin embargo, actualmente, también se aboca al estudio de los resultados de la terapia. Cabe señalar, que la alianza terapéutica igualmente es considerada por los investigadores del proceso terapéutico el factor central en el proceso de cambio, atribuyéndosele la posibilidad de predecir los resultados de la terapia y ser responsable de gran parte de su efectividad (Valdés, et al., 2005; Krause, et al., 2006).

De acuerdo con Krause, et al., (2006), resulta de gran relevancia desde hace dos décadas atrás y hasta la actualidad, en el estudio del proceso terapéutico, el concepto de episodio de cambio, cuya meta es la identificación y descripción exhaustiva de *“momentos que en función de ciertos criterios, resaltan dentro del proceso terapéutico como significativos, llamativos o relevantes para el cambio”* (p. 304). Interesa especialmente, el lapso de tiempo, segmento o la secuencia dentro de una o varias sesiones psicoterapéuticas en la que se esperan ocurran cambios significativos.

El proceso de cambio terapéutico, se ha descrito como cíclico, de etapas sucesivas, que comienza antes de la terapia y continúa después de su término y que combina factores intra y extra terapéuticos, asimismo, se desarrolla en fases que se construyen unas sobre otras y en las cuales el nivel de complejidad de los patrones de explicación e interpretación va incrementando de forma ascendente, implicando una sucesiva psicologización de los mismos (Krause, et al., 2006).

El cambio en psicoterapia ha sido definido como “*cambio en los patrones subjetivos de interpretación y explicación que llevan al desarrollo de nuevas teorías subjetivas*” (Krause, 2005, p. 333). Las teorías subjetivas, son definidas como “*cogniciones de la visión de sí mismos y del mundo (...) modelo explicativo acerca de determinadas circunstancias, los cuales luego influyen en su comportamiento*” (Winkler, Avendaño, Krause & Soto, 1993, p. 109).

Las teorías subjetivas tendrían las siguientes funciones: 1) fundamentar y justificar las acciones; 2) fundamentar y justificar los problemas; 3) orientar el comportamiento; 4) facilitar el sentimiento de identidad; 5) otorgar un sentido subjetivo a la existencia (Winkler, et al., 1993).

Así, el cambio psicoterapéutico en esta investigación, se entenderá como la transformación de la perspectiva subjetiva del/a paciente acerca de sí mismo/a y el mundo, implicando un creciente, aunque no necesariamente lineal, proceso de construcción de patrones psicológicos de explicación e interpretación, lo cual lleva al desarrollo de nuevas teorías subjetivas (Altimir, et al., 2010).

Para evaluar el cambio en la teoría subjetiva del paciente en psicoterapia, se ha construido un listado de indicadores genéricos de cambio que permite identificar momentos de cambio, los cuales han demostrado ser distintivos en comparación con otros momentos del proceso terapéutico, pudiendo ser considerados como un resultado terapéutico en sí mismos y ocurriendo de manera transversal a distintos enfoques y trastornos (Dagnino, et al., 2014; Krause, 2005).

Diversos/as investigadores/as (Altimir, et al., 2010; Elliot, et al., 2008) han destacado la importancia de estudiar el cambio psicoterapéutico desde la experiencia de clientes y terapeutas como fuente primaria de investigación, ya que éstos/as estarían inmersos en la psicoterapia, y por lo tanto, proporcionarían información esencial acerca del impacto subjetivo del proceso de cambio. Asimismo, se ha tendido a adicionar la perspectiva de observadores externos, con el objeto de triangular los resultados y obtener un examen más detallado del proceso terapéutico, sin embargo, serían escasas las investigaciones que integran al mismo tiempo estas tres miradas (Altimir, et al., 2010).



En un estudio realizado por Altimir, et al. (2010), se da cuenta de las convergencias y divergencias entre las perspectivas de clientes y terapeutas, destacando que el acuerdo de los cambios terapéuticos se daría en mayor medida en el recuerdo general del proceso de psicoterapia que en la rememoración de eventos específicos, más aún cuando ha pasado un tiempo después del término de la terapia.

De acuerdo con investigaciones que incluyen las narrativas de los/as terapeutas, es posible apreciar que éstos/as relacionan el cambio terapéutico con aspectos inespecíficos de los procesos de psicoterapia relacionados con contenidos del encuadre, alianza terapéutica, motivación y expectativas del/a cliente, entre otros (Altimir, 2010; Moncada, 2007). Sin embargo, son escasos los estudios que profundizan en éstas narrativas, tendiendo a centrarse sólo en la perspectiva de pacientes, aún cuando los/as terapeutas también son protagonistas del cambio en psicoterapia, siendo pertinente y de gran relevancia conocer y sistematizar sus narrativas.

#### 2.4.2.- Contenido del cambio psicoterapéutico.

Tal como se señaló en el apartado anterior, en el estudio del cambio en psicoterapia se han conceptualizado diferentes aspectos relacionados con los momentos del cambio, los indicadores del cambio, etc. No obstante, para esta investigación tiene gran relevancia el tema del contenido del cambio, el cual se refiere según Krause, et al. (2006) a una transformación de la perspectiva subjetiva del/a paciente, en la cual se modificarían sus teorías subjetivas, es decir, la manera de concebirse a sí mismo/a y a su entorno. Plantean además, que este cambio comenzaría antes del inicio terapéutico y finalizaría después de haber terminado el tratamiento.

En este sentido, se ha propuesto -a partir de resultados de investigaciones empíricas con pacientes adultos- una jerarquía de indicadores de cambio genéricos (genéricos en el sentido de transversales a diferentes orientaciones teóricas). Estos indicadores de cambio darían cuenta del contenido del cambio y estarían organizados en 3 momentos/ fases de la intervención. En relación a estas fases, los indicadores de cambio comenzarían por el cuestionamiento inicial del/a cliente respecto de su

problema; a nivel intermedio, habría un aumento en la permeabilidad hacia nuevos entendimientos, por ejemplo, por medio del reconocimiento del/a cliente acerca de su participación en los problemas y la manifestación de nuevos comportamientos; mientras que hacia el final del proceso psicoterapéutico, habría una construcción de nuevos entendimientos, una transformación en la representación del sí mismo/a, un reconocimiento de la ayuda recibida, y la disminución de la asimetría con el/a terapeuta. Así, estos indicadores de cambio, involucrarían de manera progresiva el logro del cambio terapéutico, lo cual implicaría un cambio en las teorías subjetivas de la persona (Altimir, et al., 2010; Echábarri, et al., 2009; Krause, 2005).

Se destaca que el cambio psicoterapéutico tendría relación con la mejoría en la esfera sintomática (Connolly Gibbons, 2004, citado en Krause, et al., 2006) y conductual, así como en las representaciones (que se vincula al cambio en las teorías subjetivas) e incluiría tanto aspectos afectivos como cognitivos, pudiendo ser apreciado desde las perspectivas de los diferentes participantes, o sea, desde el/a paciente, el/a terapeuta y/o desde la observación de expertos externos (Elliott, 2010).

Desde la perspectiva del/a paciente, en una investigación llevada a cabo por Elliott (2008), se aprecia que los logros terapéuticos desde sus perspectivas, tendrían relación con el aumento en la autoestima, la mejoría en las relaciones interpersonales y la mayor sensación de dominio.

En suma a lo anterior, en una revisión meta-analítica (Timulak, 2007, citado en Elliott, 2010), se destacan los principales cambios psicoterapéuticos identificados por clientes, los cuales se relacionarían con: una mayor conciencia y auto-comprensión de sí mismos/as; reducción en los síntomas o cambios en los comportamientos; empoderamiento; alivio; exploración y diferenciación de sentimientos; una mayor percepción de sentirse comprendidos/as; una mayor participación del/a cliente; seguridad, apoyo y tranquilidad; un mayor contacto personal.

Olivera, et al. (2011) señalan que los/as pacientes valorarían tanto lo que habría realizado el/a terapeuta como lo que habrían efectuado ellos/as mismos/as dentro del proceso. Indican también, que la primera sensación de alivio sería percibida

luego del primer encuentro, que lo que más apreciarían sería hablar de sus problemas y que la mayoría de ellos/as no buscaría la perfección ni una resolución total de sus dificultades.

Desde la perspectiva del/a terapeuta, son más escasas las investigaciones y suelen incorporar también la perspectiva de observadores externos y las de clientes, con el objeto de conocer el proceso psicoterapéutico y su relación con el resultado (Altimir, 2010; Elliott, 2010). Aún así, se destaca una investigación llevada a cabo por Juan, Olcese y Roussos (2012), por medio de la cual se da cuenta de las metas terapéuticas propuestas por psicoterapeutas cognitivos y psicoanalíticos en el pronóstico de un trastorno de un caso de trastorno de ansiedad generalizada.

Los investigadores hallaron que para los/as psicoterapeutas de orientación psicoanalítica, era de gran relevancia la resolución de los síntomas, los cambios significativos en la personalidad, la autonomía y la mejoría afectiva y laboral. Mientras que para los/as psicólogos/as de orientación cognitiva, la meta tenía relación con la re-estructuración cognitiva en el pensamiento y el sistema de creencias del/a paciente. Los autores destacan que habían convergencias en los objetivos terapéuticos, asociadas con la capacidad del/a paciente de contemplar sus pensamientos, sin quedarse atrapado en éstos y la posibilidad de disminuir los síntomas (Juan, Olcese & Roussos, 2012).

Moncada (2007), al analizar el cambio terapéutico desde las perspectivas de psicólogos/as de distintos enfoques, reconoce entre sus resultados más convergencias que divergencias en sus discursos, en relación a los tópicos investigados, los cuales fueron: el rol del/a terapeuta y del paciente; metas terapéuticas; tipo de intervención; reacciones de los/as pacientes a las acciones terapéuticas; elementos del encuadre y alianza; y factores extra-terapéuticos que influirían en el proceso terapéutico. De esta manera, la autora señala que estas convergencias constituirían tentativamente un modelo del cambio terapéutico desde las teorías subjetivas de los/as terapeutas.

Asimismo, se pudo obtener que el cambio en psicoterapia se conceptualizaba desde los/as terapeutas como un aprendizaje del/a paciente en diferentes niveles,

cognitivo, conductual, emocional y experiencial, siendo la relación transferencial y contra-transferencial aspectos que pudiesen guiar el éxito terapéutico (Moncada, 2007).

#### 2.4.3.- Aspectos que influyen el cambio psicoterapéutico.

De acuerdo con la sistematización teórica y los resultados empíricos apreciados en diversas investigaciones, es posible relevar la importancia de aspectos que influyen y/o favorecen el cambio psicoterapéutico, los cuales tendrían relación – principalmente- con elementos de la relación terapéutica, del/a psicoterapeuta y del/a cliente.

En cuanto a aspectos de la relación terapéutica, diversos autores (Balmforth & Elliott, 2012; Elliot, 2008; Olivera, et al., 2011) la destacan como esencial y motor del cambio psicoterapéutico. En algunas investigaciones (Kivlighan & Arthur, 2000, citados en Altimir, 2010), se la considera un factor mediador del resultado del tratamiento, señalando en concreto, que una buena alianza terapéutica facilitaría el éxito y las convergencias acerca del proceso y eventos específicos entre pacientes y terapeutas.

Beutler, Machado y Allstetter (1994, citados en Moncada, Olivos & Rojas, 2003), señalan que una relación terapéutica cálida y de apoyo facilitaría el éxito terapéutico; mientras que ni la edad, sexo, etnia y orientación teórica del/a psicoterapeuta mantendría un rol importante en los resultados de la psicoterapia.

Acerca de aspectos del/a psicoterapeuta, diversos autores (Balmforth & Elliott, 2012; Elliott, 2008, 2010; Moncada, 2007) aprecian que las destrezas interpersonales de éste/a beneficiarían los resultados del tratamiento, destacando habilidades de empatía, comprensión y sensibilidad, entre otras. Asimismo, relevan la importancia de que el/a psicólogo/a pueda promover contenidos en el espacio extra terapéutico por medio de la integración de otros/as significativos y/o figuras familiares.

Cabe destacar también que a partir de diversas investigaciones, se ha planteado que la especificidad teórica del/a terapeuta aportaría escasamente a los resultados

del tratamiento (Krause, 2006; Moncada, 2007; Waizmann, Etchevarne & Roussos; 2004). Sin embargo, en respuesta a esto, varios autores (Tschuschke & Czogalik, 1990, citado en Krause, 2006; Waizmann, Etchevarne & Roussos, 2004), plantean que pese a predecir escasamente la efectividad en psicoterapia, interactuaría con los factores comunes y la motivación del/a paciente, por lo que su influencia no debería ser restada al cambio psicoterapéutico.

En este sentido, Mondaca (2007) señala la pertinencia de ahondar en las teorías subjetivas de terapeutas respecto del cambio en psicoterapia, ya que según indica éstas le permitirían adquirir una visión ampliada sobre el/a paciente y los diferentes momentos del acontecer terapéutico que desembocan en una mayor comprensión y dominio del fenómeno, y contribuiría así a su meta que es el éxito terapéutico.

Moncada (2007), agrega que mediante las teorías subjetivas del/a psicoterapeuta, surgidas principalmente desde la propia práctica de psicoterapia, se aumentaría el grado de congruencia entre los conocimientos teóricos previos, el manejo de las habilidades entrenadas y las nuevas explicaciones y posibilidades de despliegue técnico que los/as terapeutas tienen, así como también la comodidad en el desarrollo del rol.

En torno a aspectos del/a cliente, en diversas investigaciones (Elliot, 2008, 2010; Krause, 2005), se destaca la importancia de su entorno relacional, el cual debiese ser positivo y de apoyo. Además, se releva el compromiso que éste/a pueda mantener respecto de su proceso de psicoterapia, siendo facilitador la participación y colaboración activa, como también las expectativas positivas acerca del proceso de cambio y el resultado de la psicoterapia.

Elliott (2008), agrega además, la importancia de la expresión verbal del/a cliente, destacando cuando ésta tiene relación con momentos difíciles, ya sean personales y/o asociados al vínculo terapéutico. En este sentido, Balmforth y Elliott (2012) estudiaron el proceso de revelación del/a cliente, apreciando que en ocasiones podrían existir contenidos vergonzosos y/o que no deseen expresar, sin embargo, pese a estas dificultades, los autores destacan que dadas las características del

espacio terapéutico y la alianza con el/a psicoterapeuta, la expresión de estos contenidos produciría una sensación de alivio y autenticidad.

En definitiva, a pesar de este nutrido cúmulo de información respecto al cambio psicoterapéutico, su contenido y los factores que lo favorecen, la mayor parte de las investigaciones son sobre psicoterapias de adultos, encontrándose escasas en la revisión realizada investigaciones que conceptualicen el cambio en psicoterapias de niños/as, así como tampoco en específico respecto de niños/as que han sido agredidos sexualmente.

## **2.5.- Cambio psicoterapéutico en víctimas de agresiones sexuales.**

En este apartado, se efectuará una integración de los referentes teóricos del cambio psicoterapéutico y los planteamientos teóricos detallados acerca del tratamiento y recuperación de las agresiones sexuales, ya que tal como se ha señalado, a pesar de los nutridos contenidos para cada uno de los tópicos, no se observan investigaciones que los integren ni menos aún que den cuenta del cambio psicoterapéutico en niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales.

Esta integración es de suma importancia, puesto que según se ha señalado, pudiese ser que el cambio en psicoterapia también permitiese comprender los procesos de recuperación de niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, sumándose a lo que se conceptualizado como reparación, resignificación y superación.

En este sentido, Álvarez, Socorro y Capella (2012) debido a la importancia del concepto de cambio psicoterapéutico para su investigación, construyeron una definición asociada a las intervenciones reparatorias con víctimas de agresiones sexuales infantiles, puesto que en la literatura especializada no existen definiciones claras al respecto. Aún cuando, según destacan, habrían elementos que aportan a la formulación de dicha definición.

De esta manera, las autoras basándose en la teoría de las dinámicas traumatogénicas propuesta por Finkelhor y Browne (1985), y los referentes en psicoterapia o conceptualizaciones de Krause y su equipo de investigación,

entienden el cambio psicoterapéutico en niños/as que han sido agredidos sexualmente, como un proceso que implica una serie de transformaciones del/a niño/a y su grupo familiar, por medio del cual incorporan nuevas percepciones y conocimientos acerca de la forma en que se perciben a sí mismos/as, a los otros/as y al mundo, resignificando el daño ocasionado por la vulneración sexual, asociado a las distintas dinámicas traumatogénicas (Álvarez, Socorro & Capella, 2012).

Por medio de esta definición, es posible apreciar que el cambio en psicoterapia con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, aludiría a una transformación global del sí mismo y su entorno y a una construcción de nuevos significados, resignificando así la experiencia abusiva y el daño relacionado en las diversas áreas del desarrollo vital.

Por tanto, al retomar las discusiones acerca de la conceptualización del tratamiento y recuperación de niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, el término reparación se distancia de la definición anterior, puesto que según se ha descrito, este concepto se relaciona con el significado de arreglar un desperfecto, reforzando la idea de un sí mismo fracturado, quebrado o dañado, promoviendo el volver a un estado previo al trauma y privilegiando para el tratamiento la remisión de la sintomatología relacionada con la experiencia de victimización sexual (Capella & Gutiérrez, 2014; Martínez, 2014).

Relacionado con el término de reparación, en la literatura internacional de adultos que han sido víctimas de agresiones sexuales en la infancia, surge el concepto de afrontamiento, el cual hace referencia a los esfuerzos (esencialmente cognitivos) que utiliza la persona para manejar las demandas que sobrepasan sus recursos (Phanichrat & Townshend, 2010). Este concepto sería adyacente al de reparación, en tanto se enfoca en las consecuencias y remisión sintomática de la experiencia de agresión sexual (Capella & Gutiérrez, 2014).

Por tanto, según se observa el término reparación y/o afrontamiento no daría cuenta de lo planteado por Álvarez, Socorro y Capella (2012), ni tampoco tendría relación con las tradicionales definiciones de cambio terapéutico, ya que desde éstas se enfatiza en las construcciones de nuevas teorías subjetivas, las cuales serían

entendidas como modelos explicativos de sí mismos y el mundo que influyen en el comportamiento (Altimir, et al., 2010; Krausse, 2005, 2006).

A diferencia de lo anterior, los términos resignificación y superación se relacionan con la definición propuesta para cambio psicoterapéutico con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, como también con las definiciones más generales del cambio en psicoterapia, ya que todos estos conceptos aluden a un profundo cambio psíquico, afectivo, cognitivo y representacional, el cual sería dinámico, progresivo y relacionado con los recursos evolutivos de la persona.

Así también el contenido del cambio psicoterapéutico, se relacionaría con las transformaciones que explican los términos de resignificación y superación, ya que iría más allá de la sintomatología e incluiría el desarrollo, crecimiento y fortalecimiento por medio de modificaciones representacionales, afectivas y cognitivas.

Cabe destacar que aún cuando habrían similitudes entre los términos cambio terapéutico, resignificación y superación, en cuanto a sus definiciones y contenidos del cambio, cada uno mantiene especificidades a partir del contexto y los fenómenos que explica. En este sentido, el término cambio terapéutico no ha sido exclusivo para una temática en particular, tendiendo a utilizarse en investigaciones de psicoterapia; mientras que el concepto de resignificación se utiliza ampliamente en la terapia constructivista y en las investigaciones que profundizan en la recuperación de víctimas de agresiones sexual; esto último al igual que el reciente término de superación.

Así, se aprecia que el término cambio terapéutico constituye una conceptualización global de las investigaciones en psicoterapia, mientras que la utilización de los términos resignificación y superación ha tendido a ser más específica. En este sentido, éstas conceptualizaciones se complementarían y serían de aporte teórico y práctico a los antecedentes actuales que existen para las intervenciones terapéuticas en el fenómeno de las agresiones sexuales.



De esta manera, algunas de las especificidades de los conceptos de cambio terapéutico, resignificación y superación podrían ser integradas a la comprensión global del cambio en psicoterapia con víctimas de agresiones sexuales. Así, por ejemplo (entre algunos contenidos), podría resultar importante para la comprensión del tratamiento de las agresiones sexuales, lo que diversos autores (Altimir, et al., 2010; Echábarri, et al., 2009; Krause, 2005), señalan como fases del cambio terapéutico, las cuales comenzarían por un cuestionamiento inicial y/o motivo de consulta, una permeabilidad hacia nuevos entendimientos y una construcción de nuevos significados, transformando la representación del sí mismo/a, reconociendo la ayuda recibida y disminuyendo la asimetría con el/a terapeuta.

Por otro lado, habrían también especificidades en la comprensión de cada uno de los términos de resignificación y superación, aún cuando Capella (2011) plantea que la superación y la resignificación se encuentran íntimamente relacionados, ya que la primera sólo se consigue en la medida en que existiría un proceso de resignificación de la experiencia abusiva.

De esta forma, tal como se ha señalado, no existirían antecedentes teóricos específicos acerca del cambio terapéutico en víctimas de agresiones sexuales, aún cuando de manera paralela, los referentes asociados al cambio terapéutico y las investigaciones del tratamiento y la recuperación de la experiencia de victimización sexual, resultan complementarios y constituyen un aporte para la comprensión del cambio psicoterapéutico en esta temática.

Sin embargo, se debe connotar también la escasa información del cambio terapéutico en niños/as, habiendo algunas investigaciones del tratamiento y recuperación de la experiencia de victimización sexual en esta población, por lo que de esta forma, el presente estudio pretende generar un aporte a los referentes teóricos e investigativos en ambas líneas de investigación.

Por lo tanto, se podría entender desde esta integración teórica realizada, el cambio psicoterapéutico en niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales como un proceso que implica una transformación global del sí mismo y su entorno, por medio del cual se adquieren progresivamente nuevos significados y construyen nuevas

teorías subjetivas al resignificar la experiencia abusiva y aliviar las secuelas ocasionadas en las diversas áreas del desarrollo vital, promoviendo el crecimiento y fortalecimiento al hacer sentido de la vivencia de transgresión sexual.

Sin embargo, cabe destacar que más allá de la propuesta teórica realizada, resulta necesario profundizar desde la visión de los/as psicólogos/as que participan en los procesos de tratamientos con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, pudiendo sólo así apreciar de qué manera esta propuesta coincide o no con las narrativas de los/as terapeutas, logrando de esta forma, complementar y/o profundizar en la visión y comprensión que mantienen del cambio en psicoterapia con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales.

### **3. OBJETIVOS.**

#### **Objetivo General:**

- Comprender el cambio en psicoterapia en casos de altas terapéuticas de niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, desde las narrativas de los/as psicólogos/as tratantes.

#### **Objetivos Específicos:**

- Explorar como conceptualizan y/o definen los/as psicólogos/as el cambio en psicoterapia en casos de altas terapéuticas de niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales.
- Analizar como entienden los/as psicólogos/as que ocurre el cambio durante los procesos psicoterapéuticos en casos de altas terapéuticas de niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales.
- Identificar posibles factores señalados por los/as psicólogos/as que favorezcan y dificulten el cambio en psicoterapia en casos de altas terapéuticas de niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales.
- Explorar posibles diferencias que identifiquen los/as psicólogos/as en el cambio en psicoterapia, a partir del desarrollo evolutivo de niños/as y en relación a las particularidades de la agresión sexual en casos de altas terapéuticas.

## **4. MARCO METODOLÓGICO.**

### **4.1.- Diseño.**

La presente investigación es de carácter cualitativa, ya que es ésta la metodología más adecuada para acceder a la comprensión de las personas dentro de su marco de referencia, entendiendo en profundidad la subjetividad de éstas (Canales, 2006; Taylor & Bodgan, 1998). Como lo señala Ray Rist (1977, citado en Taylor & Bodgan, 1998), la metodología cualitativa a semejanza de la cuantitativa consiste en más que un conjunto de técnicas para la recolección de datos, siendo un modo de encarar el mundo empírico.

Taylor y Bodgan (1998), plantean que la investigación cualitativa sería inductiva, ya que los/as investigadores/as desarrollarían conceptos y comprensiones partiendo de pautas de los datos, y no recogiendo datos para evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidas. Así, en los estudios cualitativos, los/as investigadores/as seguirían un diseño de investigación flexible, comenzando sus estudios con interrogantes vagamente formuladas.

En la metodología cualitativa además, el/a investigador/a accedería al escenario y a las personas en una perspectiva holística, ya que éstos/as serían considerados como un todo, y por tanto, no se reducirían a variables. Asimismo, los/as investigadores/as cualitativos serían sensibles a los efectos que ellos/as mismos/as causarían sobre las personas y aún cuando no podrían eliminarlos, intentarían controlarlos y reducirlos al mínimo o por lo menos entenderlos cuando interpretan sus datos (Taylor & Bodgan, 1998).

Se plantea también que los/as investigadores/as cualitativos tratarían de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas, suspendiendo o apartando sus propias creencias, perspectivas y preposiciones. En este sentido, para el/a investigador/a cualitativo todas las visiones serían valiosas, siendo sus métodos humanistas y validando todos los escenarios y personas (Taylor & Bodgan, 1998).

En virtud de lo anteriormente señalado, es posible apreciar que el objetivo de la presente investigación, el cual consiste en comprender el cambio psicoterapéutico de niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales desde las narrativas de sus psicólogos/as tratantes, es coherente con este enfoque metodológico, el cual permitirá tener acceso a las construcciones subjetivas que los/as participantes realicen acerca de estos procesos por medio de sus propias narrativas.

Por otro lado, el tipo de estudio es exploratorio, ya que no ha sido lo suficientemente estudiado por la literatura (Hernández, Fernández & Baptista, 2006). Así también, es descriptivo pues busca especificar los contenidos del cambio psicoterapéutico asociados a las agresiones sexuales en una muestra específica (Taylor & Bogdan, 1998).

El diseño escogido es de corte transversal, en tanto recolecta los datos en un solo momento y en un tiempo único (Hernández, et al., 2006). En este caso, las narrativas de los/as psicoterapeutas fueron recopiladas de manera retrospectiva, pues el/a niño/a que ha sido víctima de agresión sexual ha sido dado/a de alta terapéutica.

#### **4.2.- Muestra.**

La muestra es parte del universo de participantes del proyecto U-Inicia mencionado previamente y del cual forma parte esta investigación. El método de muestreo es de tipo teórico o intencionado, pues tiene relación con la literatura revisada y con los objetivos y necesidades del estudio (Flick, 2004; Glaser & Strauss, 1967). De esta forma, los/as participantes fueron seleccionados de acuerdo con las características consideradas relevantes en la revisión teórica realizada y que tienen directa relación con el problema planteado.

Para efectos de esta investigación, se establecieron criterios de inclusión y de exclusión para la elección de los/as participantes. Se seleccionaron psicólogos/as, de ambos sexos, de la Región Metropolitana, que trabajaban en Programas de Reparación de Maltrato (PRM) en Organismos Colaboradores de SENAME, que poseían diversas orientaciones teóricas y que habían dado de alta terapéutica en

dichos programas a niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, por cumplimiento de objetivos asociados a la resignificación de la experiencia de agresión sexual (Colegio de Psicólogos, s/f; SENAME, 2012).

Se seleccionaron psicólogos/as de ambos sexos y diferentes orientaciones teóricas, ya que según Beutler, Machado y Allstetter (1994, citados en Moncada, Olivos & Rojas, 2003), no constituyen criterios relevantes en los resultados de la psicoterapia. Mientras que sí fue relevante que niños/as hayan culminado de manera exitosa su proceso de tratamiento, ya que esto permitía obtener narrativas más profundas y enriquecidas acerca de los procesos de cambio terapéutico y recuperación. Cabe destacar que los tres centros desde los cuales fue obtenida la muestra, son centros colaboradores de SENAME, por lo cual mantienen los mismos lineamientos y bases técnicas, por lo que los criterios para el alta terapéutica serían similares, asociados al cumplimiento de los objetivos de intervención.

Como parte de la investigación U-Inicia, inicialmente se accedió a los/as participantes solicitando y obteniendo la autorización a los directivos de los programas de Reparación de Maltrato (PRM). En este sentido, se tomó contacto con profesionales que se desempeñaban en 3 centros: Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales (CAVAS), y los PRM pertenecientes a la Fundación Defensa del Niño (CODENI) de la Comuna de Maipú y de Independencia. Luego se procedió a presentar la investigación a los/as profesionales que se desempeñaban en estos espacios laborales con la intención de realizar un sondeo acerca de los/as posibles participantes. De esta manera, los/as psicólogos/as contactaron a niños/as y adolescentes con sus figuras responsables consultándoles si estaban de acuerdo en participar de la investigación.

Se les solicitó a los psicólogos/as referirse a casos de niños/as que hayan sido dados de alta terapéutica, en virtud del poder reflexionar más explícitamente acerca del cambio en psicoterapia. Cabe destacar que por las características propias del fenómeno de las agresiones sexuales, se ahondó principalmente, en casos de niños/as cuyo ofensor sexual fue una figura adulta intrafamiliar o conocida, debido a su mayor frecuencia (Capella, 2011; CAVAS, 2011; Nahuelpan & Varas, 2011).

El rango etario de los/as niños/as respecto de los cuales se pidió referirse a los psicólogos, que se consideró en este estudio fue de 8 a 12 años, lo cual se relaciona con la mayor prevalencia de las agresiones sexuales en este período (Maffioletti & Huerta, 2011; Ministerio del Interior, 2008; Nahuelpan & Varas, 2011; Pereda et al., 2009). Además, constituye una etapa importante en el desarrollo de la infancia, pues posee características evolutivas particulares a nivel intelectual, afectivo, social y moral. Así también, es denominada comúnmente como edad escolar, debido a la importancia que el contexto escolar tiene para el desarrollo del/a niño/a en esta etapa (Sepúlveda & Capella, 2012).

Debido a que la presente investigación se enfoca exclusivamente en casos de niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales y que hayan sido dados/as de alta terapéutica, se excluyeron casos de niños/as que podrían poseer necesidades especiales de tipo intelectual, conductual y motor, como también niños/as que pudiesen haber mantenido psicopatología grave que podría haber complejizado el proceso psicoterapéutico y de cambio.

En específico, participaron un total de 8 psicólogos/as, 5 de ellos/as participaron de las entrevistas, efectuándose 9 entrevistas acerca del proceso de tratamiento de niños/as con las características anteriormente descritas. Así también, se realizó 1 grupo focal, compuesto por 6 psicólogos/as que se refirieron a diversas temáticas relacionadas con la intervención que se brinda a niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales y/o a procesos de niños/as en los cuales hayan habido cambios terapéuticos. Se utilizó el criterio de saturación de la información, para adquirir el conocimiento suficiente y relevante de lo que se está investigando (Taylor & Bogdan, 1998). Así, se tienen dos sub-muestras relacionadas entre sí: la muestra de psicólogos/as que participó de las entrevistas, y la de aquellos/as que participaron del grupo focal.

En detalle, una de las muestras quedó conformada por 5 psicólogas participantes de las entrevistas en profundidad, que trabajaban en dos de los tres centros a los cuales se accedió en el marco de la investigación U-INICIA. Estas profesionales dieron cuenta de 9 procesos de tratamiento exitosos de niños/as, en concreto, se conocieron los procesos terapéuticos de 6 niñas y 3 niños; 5 niños/as se

encontraban al cuidado de sus figuras parentales, 4 al cuidado de otras figuras familiares (tías/os, abuela, tía abuela); la mayoría había sido víctima de agresiones sexuales repetidas por parte de figuras intrafamiliares; y el tiempo mínimo de intervención fue de 24 meses. Para los detalles ver tabla N°1.

La otra muestra quedó conformada por 6 psicólogos/as participantes del grupo focal, quienes también trabajaban en dos de los tres centros en los cuales se realizó el trabajo de recolección de información. En específico, participaron 2 hombres y 4 mujeres, de diversas orientaciones teóricas de acuerdo a lo reportado por ellos/as mismos/as, aún cuando la que prevaleció fue la psicodinámica y la sistémica. Varios/as de los/as participantes de esta segunda muestra fueron incluidos también en la primera, dando cuenta de los procesos de tratamiento, cambio y recuperación de niños/as. Para los detalles ver tabla N°2.

En la siguientes tablas, se exponen las principales características que presentan las muestras.

Tabla N° 1. Caracterización de las participantes de las entrevistas en profundidad y los/as niños/as de los/as cuales dieron cuenta.

N°	Pseudónimo Niño/a	Edad	Adulto/a responsable	Tipo de agresión sexual	Agresor sexual	Frecuencia de la agresión	Tiempo de intervención	Pseudónimo Psicólogo/a	Orientación Teórica <sup>4</sup>	Centro
1	Soledad	9	Ambos padres	Abuso sexual	Vecino	Repetido	24 meses	Francisca	Constructivista.	N° 1
2	Verónica	8	Madre	Abuso sexual	Abuelo paterno	Único	24 meses	Manuela	Constructivista cognitivo.	N° 3
3	José	8	Padre	Violación y Abuso sexual	Tío materno y abuelastro materno	Repetido	24 meses	Camila	Sistémico.	N° 1
4	Isidora	8	Abuela	Abuso sexual	Abuelo materno	Repetido	48 meses	Olivia	Orientación psicodinámica.	N° 3
5	Daniel	9	Tía	Violación y Abuso sexual	Tío materno	Crónica	36 meses	Olivia	Orientación psicodinámica.	N° 3
6	Katherine <sup>5</sup>	11	Tía abuela	Abuso sexual	Pareja de la madre	Único	24 meses	Manuela	Constructivista cognitivo.	N° 3

<sup>4</sup> La orientación teórica fue reportada por ellos/as mismos/as.

<sup>5</sup> Resulta importante mencionar que además de Katherine hubo otra hermana agredida sexualmente, comprendiendo la experiencia de ambas cuando su terapeuta las nombra en plural.



7	Teresa	12	Tío	Abuso sexual	Cuñado del padre	Repetido	24 meses	María Isabel	Orientación psicodinámica y sistémica.	Nº 3
8	Alejandra	8	Madre	Violación y Abuso sexual	Padre	Repetido	36 meses	Olivia	Orientación psicodinámica.	Nº 3
9	Agustín	12	Madre	Violación	Tío materno	Repetido	24 meses	Manuela	Constructivista cognitivo.	Nº 3

Tabla N° 2. Caracterización de los/as participantes del grupo focal.

Nº	Pseudónimo Psicólogo/a	Orientación teórica <sup>6</sup>	Grupo etario con el cual trabaja	Centro
1	Manuela	Constructivista cognitivo	Niños/as	Nº 3
2	María Isabel	Orientación psicodinámica y sistémica	Niños/as	Nº 3
3	Olivia	Orientación psicodinámica	Niños/as	Nº 3
4	Alfredo	Orientación psicoanalítica lacaniana	Adolescentes <sup>7</sup>	Nº 3
5	Mauricio	Orientación sistémica	Niños/as y adolescentes	Nº 2
6	Javiera	Orientación psicodinámica y sistémica	Niños/as y adolescentes	Nº 2

#### 4.3.- Técnica de producción de datos.

Canales (2006), plantea que los instrumentos utilizados para la producción de datos en metodología cualitativa tenderían a la apertura, en el sentido de no estar regulados por cuestionarios en general y por cuestionarios con selección de alternativas en particular. El hecho esencial, estaría en la codificación o complejidad del objeto, abandonando la pretensión de objetividad, como propiedad de una observación desde afuera.

En este sentido, las técnicas de producción de datos seleccionadas para dar cumplimiento a los objetivos de la presente investigación, han sido entrevistas en profundidad y grupo focal, ya que ambas son complementarias y constituyen un gran aporte a la presente investigación, puesto que por un lado, las entrevistas en profundidad permiten apreciar lo particular de los casos, identificando los detalles de un proceso específico; mientras que el grupo focal permite conocer las conceptualizaciones y descripciones del trabajo clínico de un grupo de

<sup>6</sup> La orientación teórica fue reportada por los/as terapeutas de manera espontánea.

<sup>7</sup> El terapeuta seleccionado tiene experiencia en el trabajo con niños/as y adolescentes, aún cuando actualmente trabaja exclusivamente con adolescentes en el centro N°3.

psicólogos/as, apreciando sus similitudes y diferencias. A continuación serán detalladas.

#### 4.3.1.- Entrevista en profundidad.

La entrevista en profundidad es definida como una técnica que permite comprender la perspectiva del/a informante acerca de su vida o experiencia en sus propias palabras (Taylor & Bogdan, 1998). En específico, en este estudio, se ahondará en las experiencias de terapeutas respecto de procesos de psicoterapia con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, conociendo sus narrativas de cambio terapéutico y recuperación.

La entrevista en profundidad tiene diversas ventajas respecto de la utilización de otras técnicas de producción de datos. Entre éstas, se destaca el estilo abierto de esta técnica, lo cual permite la obtención de una gran variedad informativa en palabras y enfoques de los/as entrevistados/as; proporciona al investigador la oportunidad de clarificación y seguimiento de preguntas y respuestas, en un marco de interacción directo, flexible y espontáneo; y sobresale también por su capacidad y eficacia en el acceso a la información difícil de obtener, pudiendo preferirse por su intimidad o por su comodidad (Valles, 2003).

Asimismo, Valles (2003), destaca la elaboración del guión de entrevista en profundidad como un proceso fundamental, ya que contendría los temas y subtemas que debiesen abordarse, de acuerdo con los objetivos de la investigación, pero éste no proporcionaría las formulaciones textuales de preguntas ni sugeriría las opciones de respuesta. Más bien se trataría de un esquema con los contenidos a tratar, pero que no se considera cerrado y cuyo orden no tiene que seguirse necesariamente.

En relación a esta investigación, las entrevistas en profundidad tuvieron por objeto que los/as psicólogos/as narraran el proceso psicoterapéutico de niños/as con las características anteriormente mencionadas. Éstas poseían un guión que fue construido por las participantes del proyecto de investigación U-Inicia, en relación al objetivo de investigación y de acuerdo con la revisión bibliográfica en cuanto a los procesos de superación y fenomenología de las agresiones sexuales. En el marco

del proyecto U-inicia, se construyeron guiones específicos para niños/as, adolescentes, figuras responsables y terapeutas, siendo evaluados y modificados por medio de las primeras entrevistas realizadas. En anexo 8.1 se adjunta guión final para psicólogos/as.

El guión utilizado para esta investigación, mantuvo ejes temáticos asociados a las causales de ingreso del/a niño/a al centro; el proceso terapéutico; la superación de la experiencia de victimización sexual; y el vínculo terapéutico (Ver anexo 8.1). Cabe destacar, tal como se mencionó previamente, que el guión construido no fue rígido y las preguntas constituían ejemplos para direccionar la entrevista.

Resulta relevante destacar que todas las entrevistas fueron realizadas por miembros del equipo U-inicia, debidamente capacitadas para llevarlas a cabo. Aún cuando se estructuró una pauta de entrevista, se siguió un estilo conversacional, permitiendo la emergencia de nuevos contenidos relevantes que pudieran aportar al logro de los objetivos propuestos. Así también, tal como se ha señalado, al ser una entrevista de tipo cualitativa, tanto el orden como el modo de abordar los diferentes temas no siguió una disposición secuencial ni restringida.

#### 4.3.2.- Grupo focal.

El grupo focal permite captar el sentido de un discurso social, accediendo a un conjunto de saberes respecto de una experiencia o vivencia particular, caracterizándose por tres aspectos fundamentales: la directividad, la focalización y la pauta de trabajo (Canales, 2006).

La directividad estaría ejercida continuamente por el/a investigador; la focalización estaría centrada en la experiencia vivida por los/as participantes, permitiendo la comprensión de su acción al interpretarla desde su propia perspectiva, produciendo un conjunto de relatos de experiencias; mientras que la pauta de trabajo, constituiría un cuestionario abierto o un temario, el cual permitiría modelar la experiencia y posibilitar la reproducción testimonial (Canales, 2006).

En virtud de lo anterior, las investigadoras del proyecto U-Inicia desarrollaron un grupo focal cuyo objeto fue ahondar en las experiencias de psicólogos/as y en sus narrativas acerca de los procesos de recuperación de niños/as y adolescentes y su conceptualización del cambio psicoterapéutico.

Éste se desarrolló en base a un guión construido por las participantes del proyecto de investigación U-Inicia, ahondando en temáticas asociadas al concepto de recuperación que utilizan con niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales; al proceso de tratamiento; a los hitos o puntos de giro en éste; a la participación de los adultos que acompañan a niños/as y adolescentes; a los requerimientos institucionales; en torno a factores que favorecen y dificultan la recuperación de niños/as y adolescentes, tales como factores de la agresión sexual; y factores sociodemográficos (Ver anexo 8.2)

Tal como en las entrevistas, el guión que se construyó para el grupo focal, constituía una pauta flexible que facilitó el surgimiento de los temas propuestos en la misma como contenidos emergentes y/o que no se encontraban explícitos en el guión. En este sentido, se relevaron las experiencias de los/as participantes, más allá de los lineamientos técnicos, integrando las similitudes y diferencias entre los/as mismos/as a partir del ejercicio clínico con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales.

Cabe destacar que la confección de los guiones y la preparación del grupo focal, en cuanto a los roles dentro de éste, la conducción del mismo, etc., fue asesorada por una psicóloga experta en técnicas cualitativas de investigación y en el tema de psicoterapia en agresiones sexuales.

#### 4.3.3.- Procedimientos.

El proyecto U-inicia contó con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad de Chile, permitiendo resguardar las consideraciones éticas para esta investigación. De esta manera, se protegió la voluntariedad y confidencialidad de los/as participantes, por ejemplo,

mediante la utilización de pseudónimos que sólo fueron reconocidos por las investigadoras del proyecto U-Inicia.

Las entrevistas fueron realizadas por miembros del equipo de investigación U-Inicia en los centros que en los que asistía el/a niño/a y/o adolescente y en los cuales el/a psicólogo/a se desempeñaba, en un espacio privado, en el período de un mes previo o posterior al término del tratamiento del/a niño/a y/o adolescente al cual se referirían en la entrevista. En los casos de terapeutas que se refirieron a más de un niño/a y/o adolescente, se realizaron entrevistas separadas, una por cada niño/a y/o adolescente. Éstas se llevaron a cabo entre los meses de enero de 2013 y marzo de 2014, de acuerdo con la disponibilidad de los/as participantes.

Al inicio de las entrevistas, y como parte de la investigación U-Inicia, miembros del equipo de investigación explicaban las características del estudio, para así proceder a firmar el Consentimiento Informado con los/as psicólogos/as, padres o adultos responsables y el Asentimiento Informado con los/as niños/as y adolescentes.

Resulta importante mencionar, respecto a los consentimientos informados que firmaron los/as adultos/as responsables, y los asentimientos de niños/as y adolescentes, que además de consentir su propia participación en la investigación, consentían la participación de su psicólogo/a para que hable de su tratamiento. El consentimiento de los/as psicólogos/as se adjunta en anexo 8.3.

Cabe destacar que en todos los casos se entrevistó primeramente al psicólogo/a tratante, luego a los/as adultos/as responsables, y finalmente, a niños/as y adolescentes que desearan participar de la investigación, con el objetivo de conocer las características de los/as participantes, sus procesos de cambio terapéutico y recuperación, las apreciaciones de los/as psicólogos/as tratantes, así como obtener la autorización correspondiente por parte del/a adulto/a acompañante.

Durante el mes de abril de 2014, se invitó a todos/as los/as psicólogos/as que habían participado de entrevistas en la investigación U-inicia a formar parte de un grupo focal. Algunos/as de quienes participaron del grupo focal no participaron en las entrevistas que forman parte de este estudio particular (Mauricio, Alfredo,

Javiera), ya que habían dado cuenta en las entrevistas sobre procesos de adolescentes, mientras que otros/as participantes que habían sido invitados/as a participar del grupo focal no pudieron asistir por razones prácticas (Francisca, Camila).

El grupo focal fue guiado por la investigadora responsable del proyecto U-inicia, Claudia Capella y observado por la autora de esta investigación, realizándose en las dependencias de la Universidad de Chile, ya que éste era un espacio neutral para los/as participantes. Así también, se utilizó un Consentimiento Informado para los/as psicólogos/as participantes del grupo focal (Ver anexo 8.4), el cual fue presentado y firmado previo a su inicio.

Cabe indicar que inicialmente se había decidido por el uso de entrevistas y la realización de uno o dos grupos focales, pero finalmente con uno fue suficiente para dar cuenta de los objetivos de la investigación, siguiendo con el criterio de saturación (Taylor & Bogdan, 1998). Asimismo, se apreciaba que ambas técnicas de producción de datos serían complementarias, lo cual efectivamente funcionó de esa manera, surgiendo en las entrevistas experiencias clínicas individuales a partir de casos específicos y en el grupo focal conceptos e ideas generales del trabajo clínico psicológico en virtud de las similitudes y diferencias de los/as participantes.

Las entrevistas en profundidad fueron grabadas en audio, así también el grupo focal, el cual además fue grabado en video. Esto con el objeto de que ambas técnicas fueran transcritas de manera literal para su posterior análisis.

Al finalizar el proyecto de investigación U-Inicia y ya habiendo analizado los resultados de esta investigación, se devolvieron los resultados de manera general a los/as participantes psicólogos/as que colaboraron con sus experiencias, como forma de retribución.

#### **4.4.- Análisis de datos.**

Se utilizaron dos técnicas complementarias de análisis de datos, las cuales permitieron triangular la información obtenida. De esta manera, se utilizó análisis

narrativo para las entrevistas en profundidad, ya que los/as psicólogos/as en cada una de éstas realizaron una narrativa del proceso psicoterapéutico llevado a cabo con cada niño/a, permitiendo la comprensión de esa psicoterapia.

Mientras que para el grupo focal se utilizó análisis de contenido, ya que se efectuó una aproximación más conceptual y descriptiva de los/as participantes (a diferencia de las entrevistas que se focalizaron en la narrativa de un proceso particular), en cuanto a la labor clínica psicológica que realizan y los cambios psicoterapéuticos que distinguen.

Resulta importante destacar que ambas técnicas, con sus respectivos datos, fueron analizadas e integradas en un todo global que permitió dar cuenta de los principales resultados de la investigación, respondiendo a los objetivos del estudio y surgiendo elementos emergentes que complementan los anteriores y adicionan nueva información.

A continuación se detallan cada una de estas técnicas.

#### 4.4.1.- Técnica de análisis narrativo.

Según Bernasconi (2011), se centraría en los relatos que las personas construyen a partir de sus experiencias, reconociendo que éstas son maneras básicas de otorgar sentido a las vivencias. Menard-Warwick (2010, citado en Capella, 2013) lo define como *“el análisis de los temas, estructuras y recursos lingüísticos de narrativas construidas en el contexto de un proyecto de investigación, para entender mejor las perspectivas de los participantes”* (p.120).

Capella (2013), señala que el análisis narrativo se centraría tanto en el contenido como en la forma en que ésta es construida en un contexto específico de narración, lográndose por medio de la compenetración con el texto, con el fin de comprender la complejidad de los significados incorporados. Dentro de los métodos más usados de análisis narrativo Riessman (2008), describe los siguientes: el análisis estructural, dialógico-performativo y el temático.

El análisis estructural se centraría en cómo se narra, utilizando técnicas como la estructuración de la narración, el tipo de frases utilizadas, la secuencia, las palabras seleccionadas, etc. El análisis dialógico performativo implicaría el análisis del macro contexto y el contexto local en el cual la narrativa fue producida. Mientras que el análisis temático, se centraría en el contenido de la narrativa y su relación con los recursos lingüísticos y culturales disponibles, atendiendo al significado del relato con el propósito de crear categorías analíticas (Bernasconi, 2011; Capella, 2013; Riessman, 2008).

De acuerdo con Riessman (2008), los diferentes tipos de análisis serían complementarios, sin embargo, usualmente en las investigaciones los autores priorizan uno de ellos. Cabe destacar que lo central del análisis narrativo es el considerar la narrativa como un todo, como fuente esencial de interpretación, sin fragmentarla ni segmentar el texto, siendo esto lo que la distingue de otros tipos de análisis, como el de contenido por ejemplo.

Para efectos de esta investigación se utilizó el análisis narrativo de tipo temático, pues resulta el más conveniente para el análisis de la abundante información obtenida en las entrevistas y para responder a los objetivos de la investigación.

#### 4.4.2.- Técnica de análisis de contenido.

De acuerdo con Bardin (1996, citado en Cáceres, 2003), el análisis de contenido se definiría como *“un conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones utilizando procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes”* (p.55).

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



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

Algunas de las metas a lograr con el uso de esta técnica son: denotar tanto el contenido manifiesto como el latente de los datos analizados; reelaborar los datos brutos reuniéndolos en conjuntos homogéneos que agrupen el material de similar sentido; generar información válida y confiable, comprensible intersubjetivamente, que permita comparar los resultados con otras investigaciones, entre otras (Cáceres, 2003).

El análisis de contenido permite segmentar la información, y tal como ha sido señalado, agruparla en categorías y subcategorías. Se utilizó éste tipo de análisis para el grupo focal, puesto que los/as participantes realizaron diversas descripciones relacionadas con su experiencia en el tratamiento brindado a niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, lo cual permitía organizar los resultados siguiendo los procedimientos de este análisis.

A diferencia del análisis narrativo que se utilizó para las entrevistas, puesto que éstas fueron comprendidas como un todo, organizando la información en diversos temas que le daban sentido al relato del proceso de recuperación y cambio de niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, narrado por sus psicólogas tratantes.

De esta forma, aún cuando ambas técnicas fueron utilizadas de manera específica para cada producción de datos, al término de sus respectivos análisis fueron comprendidas de manera global, integrando los resultados en un solo gran material que permitiera dar respuesta a los objetivos del presente estudio.

#### 4.4.3.- Procedimientos.

De manera inicial, en una primera etapa, se llevó a cabo un análisis intracaso, analizando cada una de las entrevistas en profundidad mediante el análisis narrativo temático propuesto por Riessman (2008). De esta forma, se seleccionó la información de las entrevistas en viñetas (frases u oraciones), las cuales fueron organizadas en temas y subtemas, aún cuando siempre se la consideró como un todo, sin fragmentar ni segmentar el texto.

En una segunda etapa, se efectuó un análisis intercaso, realizando un análisis global de todas las entrevistas, sistematizando nuevamente la información en temas y subtemas, los cuales resultaron coherentes y similares entre sí, permitiendo la integración y diferenciación entre las diversas narrativas.

Posteriormente, se analizó el grupo focal, por medio de análisis de contenido, a partir del cual se construyeron categorías y subcategorías asociadas a todos los contenidos expuestos en éste, dejando entrever similitudes y diferencias entre los/as participantes.

Finalmente, se analizaron ambos materiales (análisis global de entrevistas y grupo focal) de forma interrelacionada, integrando los temas y subtemas resultantes de ambos análisis en uno solo compuesto por las narrativas de las entrevistas y las descripciones del grupo focal. De este modo, se destacaron los aspectos comunes y diferentes entre éstas en cada uno de los ámbitos analizados, relevando los contenidos que exhibieron determinadas tendencias o por el contrario, mostraron puntos de vista divergentes.

Por tanto, resulta importante mencionar, que a pesar de constituir técnicas de producción de datos y análisis diferentes, resultaron coherentes entre sí, logrando ser integradas en un todo común que responde a la pregunta del presente estudio, surgiendo inclusive elementos que no mantenían directa relación con los objetivos de la investigación. En este sentido, tal como se señaló, se relevaron los aspectos comunes y diferentes, denotando aquellos que resultaban novedosos y emergentes.

De esta forma, se llevó a cabo triangulación de la información, la cual según Cornejo y Salas (2011), se realiza por medio de la contraposición y comparación constante

de diferentes miradas hacia el objeto de estudio, ya sea a partir de una variedad de fuentes de información (que incluye distintas personas, períodos de tiempo, documentos), diferentes miradas del equipo de investigadores (distintos investigadores observando el mismo fenómeno), por distintos métodos empleados (observaciones, entrevistas, grupos focales, grupos de discusión, instrumentos o documentación) o bien por medio de diferentes diseños y teorías.

En este sentido, tal como muestra la figura nº 1, se realizó triangulación de la información para la utilización de técnicas y análisis, la primera en virtud de la utilización de entrevistas y grupo focal; mientras que la segunda en consideración a la implementación de análisis narrativo y de contenido, realizando además que éstos fueron contrastados y revisados por otra investigadora del proyecto U-inicia, lo cual valida aún más los resultados del estudio (Cornejo & Salas, 2011).



*Figura N° 1:* Triangulación de la información.

A continuación se expondrán los resultados de la investigación.

## 5. RESULTADOS.

Tal como fue señalado anteriormente, se presentan los resultados generados en torno a las narrativas de psicólogos/as en las técnicas de producción de datos utilizadas y bajo los análisis implementados, es decir, triangulando la información obtenida en cuanto a técnicas y análisis.

Los resultados han sido organizados siguiendo los tres primeros objetivos específicos de la investigación e incorporando resultados emergentes a los mismos. Así, se da cuenta de la conceptualización del cambio psicoterapéutico; conceptualización del proceso psicoterapéutico; momentos del proceso de cambio psicoterapéutico; y los factores que influyen en el cambio psicoterapéutico.

Cabe destacar que en la integración realizada a partir de las descripciones del grupo focal y las narrativas de las entrevistas, se observa que en los temas más generales, y sobretodo, en las primeras conceptualizaciones construidas, emergen mayoritariamente las ideas del grupo focal, mientras que en los temas más específicos, y asociados particularmente al proceso de cambio psicoterapéutico, mantienen mayor preponderancia las narrativas de las entrevistas.

Lo anterior, corrobora que ambas técnicas son complementarias, en tanto –tal como se había señalado- el grupo focal permite conocer las conceptualizaciones y descripciones del trabajo clínico psicológico de un grupo de participantes y las entrevistas en profundidad facilitan la comprensión específica de algunos casos.

Se incorporan a la descripción de los resultados viñetas específicas de las narrativas de los/as psicólogos/as participantes a modo de ejemplo, las que son destacadas entre comillas, con cursivas e identificando el pseudónimo del/a participante del cual proviene la viñeta.

En la tabla nº1, se exponen los temas que surgen de los análisis realizados. Destacando la conceptualización del cambio psicoterapéutico como tema más general, luego la conceptualización del proceso de cambio psicoterapéutico y como tema específico, los momentos del proceso de cambio psicoterapéutico. Mientras

que los aspectos que influyen en el cambio psicoterapéutico, se observan como tema transversal a los anteriores.

### **1) CONCEPTUALIZACIÓN DEL CAMBIO PSICOTERAPÉUTICO.**

- 1.1) El cambio psicoterapéutico en relación a la vivencia de agresión sexual.
- 1.2) El cambio psicoterapéutico se denomina de diversas formas.
- 1.3) El cambio psicoterapéutico se logra pero es de difícil alcance.
- 1.4) El cambio psicoterapéutico es un proceso en curso.
- 1.5) El cambio psicoterapéutico se relaciona con las características y necesidades del/a niño/a.
- 1.6) El cambio psicoterapéutico está influido por la subjetividad del terapeuta.
- 1.7) El cambio psicoterapéutico del/a niño/a influye en el/a terapeuta.

### **2) CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROCESO DE CAMBIO PSICOTERAPÉUTICO.**

- 2.1) ¿Proceso en fases o proceso indescriptible?
- 2.2) La importancia del vínculo en el cambio psicoterapéutico.
- 2.3) Hitos en el cambio psicoterapéutico.
- 2.4) El cambio psicoterapéutico se ve facilitado por la utilización de diferentes técnicas.

### **3) MOMENTOS DEL PROCESO DE CAMBIO PSICOTERAPÉUTICO.**

#### **3.1) Primer momento terapéutico: acompañamiento al niño/a y su familia.**

- 3.1.1) El proceso psicoterapéutico con el/a niño/a al inicio.
- 3.1.2) El proceso psicoterapéutico con la familia al inicio.
- 3.1.3) El proceso judicial al inicio.

#### **3.2.- Segundo momento terapéutico: trabajo terapéutico con el/a niño/a y su familia.**

- 3.2.1) Objetivos terapéuticos con el/a niño/a.
- 3.2.2) Objetivos terapéuticos con la familia.

#### **3.3.- Tercer momento terapéutico: visualización de cambios terapéuticos**

- 3.3.1) Cambios terapéuticos en el/a niño/a.
- 3.3.2) Cambios terapéuticos familiares.
- 3.3.3) Cambios judiciales.

### **4) ASPECTOS QUE INFLUYEN EN EL CAMBIO PSICOTERAPÉUTICO.**

- 4.1) Aspectos relacionados con políticas públicas.
- 4.2) Aspectos relacionados con recursos socioeconómicos.
- 4.3) Aspectos judiciales.
- 4.4) Aspectos de la agresión sexual y/o otras vulneraciones.
- 4.5) Participación de otros actores involucrados.
- 4.6) Aspectos de la psicoterapia y el/a psicoterapeuta.
- 4.7) Aspectos familiares.
- 4.8) Aspectos propios del/a niño/a.

Tabla N° 3: Resumen de resultados.

## 5.1.- Conceptualización del cambio psicoterapéutico.

### 5.1.1.- El cambio psicoterapéutico en relación a la vivencia de agresión sexual.

Este primer subtema incluye las apreciaciones de los/as participantes del grupo focal, ya que en conjunto logran visualizar diferentes conceptualizaciones del cambio en psicoterapia en relación a la experiencia abusiva sufrida por el/a niño/a. En este sentido, algunos/as de los/as integrantes comprenden la experiencia de agresión sexual como una vivencia intensa, pero similar a otras que podría experimentar el ser humano. De esta manera, explican que habría diversas experiencias difíciles y dolorosas que dependerían de la valoración subjetiva que realice la persona.

En concreto, se obtiene una opinión que destaca la labor terapéutica en esta temática, la cual describe el acompañamiento que realiza el/a psicólogo al niño/a desde el tránsito de las resistencias iniciales, el dolor que implica el abordaje de la experiencia abusiva, hacia la integración y recuperación de la experiencia de transgresión sexual.

*“somos los únicos que pueden transitar con las personas desde el no querer hablar o ya tengo que hablar igual de lo que me pasó, pero y pasar de grave, no tan grave, y hoy nos podemos reír juntos”* (Javiera, en grupo focal).

En este sentido, el proceso de psicoterapia con el/a niño/a debiese permitirle la integración de la vivencia abusiva, logrando que ésta pudiese ser elaborada e integrada y no produzca displacer.

*“una integración de una vivencia, como que hay que integrar un aspecto que en algún momento puede transformarse en algo que quede desintegrado de tu sí mismo y aquí hay que integrarlo”* (Olivia, en grupo focal).

Así también, participantes del grupo focal, argumentan que el cambio psicoterapéutico de la experiencia de agresión sexual constituye un proceso orientado por el/a psicólogo/a, ya que explican que siendo una clínica acotada a ésta temática, el/a terapeuta direcciona al niño/a hacia el abordaje de ésta, manejando en ocasiones el ritmo y tiempo dentro de la terapia y manteniendo supuestos de lo que debe hacer junto al niño/a.

*“también hay veces en que uno también como que los obliga un poco a ciertos timing, tomando en cuenta que claro, nosotros no somos una clínica amplia (...) es una clínica enfocada al abuso sexual, entonces como que muchas veces como que uno como que lo lleva un poco a eso” (Manuela, en grupo focal).*

En complemento a lo anterior, surge una descripción que enfatiza que la agresión sexual no constituiría el único tema del tratamiento, puesto que, podría encontrarse dentro de un entramado de múltiples vivencias complejas; y/o podría ser inabordable para el/a niño/a, sobrepasando las capacidades de su psiquismo; por lo que, según se señala, lo terapéutico para éste/a podrían ser otras temáticas relacionadas con la experiencia abusiva.

*“y hay pacientes en que tu no tienes que tocar esa experiencia, porque el psiquismo está tan sobrepasado de esa misma experiencia que no necesita más” (Alfredo, en grupo focal).*

Por lo que el cambio psicoterapéutico en relación a la experiencia de agresión sexual, estaría asociado a diversos elementos, entre éstos, se releva el acompañamiento del/a psicólogo/a hacia el/a niño/a en su proceso de elaboración e integración de la vivencia abusiva, aún cuando es el/a profesional quien direcciona el recorrido; y el abordaje no sólo de la experiencia de transgresión sexual, sino de otras temáticas que pudiesen resultar necesarias para el/a niño/a.

#### 5.1.2.- El cambio psicoterapéutico se denomina de diversas formas.

Los/as participantes observan que el cambio psicoterapéutico y/o el objetivo terapéutico con víctimas de agresiones sexuales tendría diversas denominaciones, sin embargo, valoran de manera diferenciada cada una de éstas, problematizando en gran medida el concepto de reparación y destacando el de elaboración o re-elaboración, resignificación y el de superación.

En torno al concepto de reparación, los/as participantes del grupo focal observan que éste sería difícil de definir, pues sería muy amplio y además tendría relación con diferentes aspectos. Así también, destacan que no les haría sentido el término

terapia de reparación, produciéndoles incomodidad y molestia, porque tendría relación con reparar al niño, enfatizando en que habría algo roto o quebrado en él/a.

En una descripción del grupo focal, se destaca que el término sería estigmatizante, ya que no se utilizaría para otros eventos traumáticos en la vida de los seres humanos, siendo exclusivamente utilizado para experiencias de agresión sexual. Se agrega que el término terapia de reparación sería comprendido por todos/as quienes trabajan en la temática, lo cual facilitaría la utilización del término, sin embargo, se destaca que no sería positivo ni conveniente para las víctimas, pues resultaría muy estigmatizante para éstas.

*“la palabra reparatoria, lamentablemente, en los programas se instala como la idea de que precisamente este niño está roto, está quebrado y hay que repararlo en un tiempo, en un plazo, hay que arreglarlo y para arreglarlo hay que cumplir estos objetivos”* (Manuela, en grupo focal).

*“pero la vida de los seres humanos está llena de experiencias que pueden ser traumáticas o dolorosas y uno no dice, voy a ir a repararme, por cada una de esas experiencias (...) como que se usa en relación a la situación de agresión sexual, entonces encuentro que de partida es muy estigmatizante”* (Olivia, en grupo focal).

En suma a lo anterior, se indica que el término reparación debiese tener una concepción diferente, pues la palabra debiese centrarse en un objetivo social, aludiendo a la reparación del daño provocado como sociedad y/o como restitución de derechos hacia la infancia, no obstante, dado que los programas que intervienen en esta temática tendrían plazos y tiempos que cumplir, resultaría fácil centrarse en que se debe reparar al niño/a.

*“como que siento que tal vez la palabra reparatoria en algún momento se instaló como que nosotros teníamos que restituir, reparar algo hacia la infancia”* (Manuela, en grupo focal).

En virtud de lo anteriormente expuesto, algunos/as participantes del grupo focal visualizan que se debería reconceptualizar el término, modificando su denominación y/o lo que se entiende por reparación, ya que como ha sido señalado la palabra no sería certera, pues habría tendido a instalarse desde el daño y estigmatización hacia



el/a niño/a, restringiendo al terapeuta y orientándolo hacia un modelo de diagnóstico y tratamiento enfocado en el daño.

*“tal vez el nombre debería ser distinto, tal vez debería ser repensado”* (Manuela, en grupo focal).

*“y uno sigue haciendo esto todo el rato, porque cuando uno habla de nivel de daño, impacto de daño, el mismo concepto de trauma”* (Javiera, en grupo focal).

Por otro lado, existen dos visiones diferentes respecto del término resignificación, la primera de estas enfatiza en la dificultad que mantendría la utilización de este término, en virtud de que sería un concepto difícil de definir y muy amplio; mientras que en la segunda, se lo valora como un término más acotado y que constituiría uno de los objetivos terapéuticos en el trabajo clínico con el/a niño/a y su grupo familiar.

*“que resignificación nos quedamos en las mismas... un concepto súper amplio, qué es resignificación para cada uno”* (Javiera, en grupo focal).

*“ya por último, resignificar se puede entender, como algo un poquitito más acotado (...) ahí entras con otras dificultades, como.. cómo se resignifica, en cuánto tiempo se puede resignificar... como qué es resignificar, implica una remisión de sintomatología, implica algo”* (Olivia, en grupo focal).

*“no sólo hubo una resignificación de la niña sino que además de la mamá”* (Manuela, en entrevista sobre Verónica).

En relación con el concepto de elaboración o re-elaboración, se destaca que su utilización tendría mayor sentido, puesto que se relacionaría con la comprensión de los procesos de tratamiento y recuperación, ya que implicaría que el/a niño/a pueda darle un significado y un lugar a la experiencia abusiva.

*“la elaboración de la experiencia, como darle un significado, darle un lugar, validarlo, entenderlo, eh... eso yo creo”* (María Isabel, en grupo focal).

Acerca del término superación, en una de las narrativas se aprecia que su utilización sería valorada de manera positiva, ya que implicaría un cambio en la mirada de los procesos de tratamiento. Asimismo, varios/as participantes aluden al cambio psicoterapéutico como superación, observando que el/a niño/a habría superado la experiencia abusiva en la etapa de desarrollo en la cual se encuentra, a partir de una

integración de la vivencia, la cual le permitiría al niño/a sentir que el evento ya no sería traumático.

*“pero si lo pienso en la etapa que está ahora ella yo creo que sí, que la Teresa superó esa situación”* (María Isabel, en entrevista sobre Teresa).

*“entonces eso ya no es un evento traumático, ya yo creo que ahí es donde se instala la idea de superación (...) se superó en la medida que ella logró establecer este episodio dentro de su vida, logró darle un orden, un lugar, un límite claro cierto”* (Manuela, en entrevista sobre Verónica).

En definitiva, los/as participantes valoran de manera diferenciada la utilización de los diferentes términos. Así, la mayoría de las opiniones, destacan la utilización de los conceptos elaboración/re-elaboración y superación, ya que les haría sentido en sus prácticas psicoterapéuticas con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales.

Así también, denotan ambivalencia en la utilización del término resignificación, puesto que según explican aún cuando constituiría un objetivo clínico para el trabajo llevado a cabo con el/a niño/a y su grupo familiar, no estaría del todo acotado, generándoles confusión. Por otro lado, el término reparación es valorado de manera negativa por la mayoría de los/as integrantes del grupo focal, destacando las complejas consecuencias que conlleva su utilización.

### 5.1.3.- El cambio psicoterapéutico se logra pero es de difícil alcance.

Este subtema se construyó con las narrativas de terapeutas participantes de las entrevistas, lo cual pudiese encontrarse asociado a la descripción exhaustiva de un proceso en particular. De esta manera, se observa que el cambio psicoterapéutico con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales se logra, aún cuando en un inicio pudiese existir un pronóstico negativo.

En este sentido, los/as participantes observan que los/as niños/as se sobrepondrían a la experiencia de victimización sexual, sin embargo, sería un proceso de trabajo difícil que no se consigue en todos los casos.

*“o sea la capacidad de sobreponerse que ha tenido desde esos estados de angustia de desarme a llegar a elaborar cosas mucho más complejas eehh aaa es impresionante”* (Olivia, en entrevista sobre Daniel).

*“lamentablemente por lo menos tengo la impresión de que no es generalizado (...) son pocos los casos que uno termina así”* (Manuela, en entrevista sobre Katherine).

Además, señalan que sería un proceso de aprendizaje en conjunto entre el/a niño/a y el/a psicólogo/a y que dependería de las capacidades del/a menor en edad.

*“como de haber trabajado mucho, las dos, sí. Después de haber sentido que no hacía nada, como ahora tengo una sensación cuando entendí, de que habíamos trabajado mucho”* (Olivia, en entrevista sobre Alejandra).

*“como tratar de no exigir más allá de lo que ella puede dar (...) ella no puede profundizar más de lo que ya hizo”* (Manuela, en entrevista sobre Katherine).

Por tanto, la recuperación y el cambio en psicoterapia con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales no se consigue en todos los casos, pero cuando se logra es visualizado como un proceso difícil, asociado a los recursos del/a niño/a y de aprendizaje en conjunto entre éste/a y el/a psicólogo/a tratante.

En este sentido, cabe destacar que aún cuando los/as terapeutas se refieren a casos de niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales por parte de una figura de parentesco y/o cercanía afectiva, es posible dar cuenta de la consecución de logros terapéuticos y la recuperación de los/as niños/as.

#### 5.1.4.- El cambio psicoterapéutico es un proceso en curso.

A pesar que los/as entrevistados dan cuenta que el cambio psicoterapéutico se logra, se aprecia la idea de que éste sería atemporal y no necesariamente se encontraría sujeto a la observación e interpretación directa del/a terapeuta.

*“hay intervenciones, interpretaciones, movimientos que uno hace en el aquí y en el ahora, que tienen a futuro repercusiones (...) pero tu le hablaste, le hablaste como una voz que estaba acá diciéndole otras cosas... y tu pensaste sin logro, él nunca me pescó, ningún hito, nada de transferencia, no sé qué, y a él le pasaron otras cosas”* (Alfredo, en grupo focal).

Asimismo, los/as participantes describen el cambio psicoterapéutico con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales como un proceso en curso, en la medida en que el/a niño/a podría requerir de un proceso en otro período de su desarrollo por la experiencia de agresión sexual y/o otras temáticas asociadas a ésta.

*“o sea yo creo que él va a requerir un proceso terapéutico cuando sea más grande ehh como en otras etapas de desarrollo (...) pero por el momento él está súper”* (Camila, en entrevista sobre José).

*“Eehh yo creo que ella va a tener que volver a consultar en momentos más adelante en su vida en relación a lo que ocurrió (...) pero me da la sensación a lo que ocurrió siempre relacionado con su mamá”* (Olivia, en entrevista sobre Isidora).

Además, los/as participantes señalan que podrían surgir otros conflictos u otras preguntas a lo largo del desarrollo evolutivo, encontrándose, en gran parte de los casos, preparados/as al finalizar el tratamiento para recurrir por apoyo en el futuro en caso de necesitarlo.

*“yo creo que si se llega a transformar algo en un conflicto lo más probable es que vayan a acudir por el apoyo”* (Manuela, en entrevista sobre Verónica).

Así también, se observa que la necesidad de otros tratamientos debiese ser efectuada en otros espacios terapéuticos, ya que sería visualizado de manera positiva que el/a niño/a deje de asistir a un centro para víctimas, puesto que el asistir durante un largo período a este tipo de centros podría ser un riesgo para el/a niño/a, porque podría generarle un rótulo, podría haber un retroceso y/o podrían emerger vivencias de daño.

*“también me parece importante sacarle la etiqueta o sea de venir a este Centro como víctima (...) o sea como quizás es algo que sería bueno que ellas trabajaran en otro contexto”* (María Isabel, en entrevista sobre Teresa).

*“y que ehh tiene sus implicancias el asistir a un psicólogo en un centro para víctimas de agresiones sexuales, o sea tiene un rótulo (...) entonces mantenerla acá es como arriesgarse a que en algún momento se pueda fijar (...) que haya como un retroceso y se fije en esta idea de que chuta llevo 4*

*años entonces en verdad estoy súper dañada” (Manuela, en entrevista sobre Katherine).*

De esta forma, el cambio psicoterapéutico de la experiencia de agresión sexual en los/as niños/as sería un proceso atemporal y no necesariamente observado de manera directa por el/a psicólogo/a, pudiendo desencadenarse los efectos terapéuticos luego de transcurrido un tiempo.

De igual manera, el cambio en psicoterapia con niños/as que han sido víctimas de experiencias de agresión sexual, sería un proceso en curso, ya que se mantendría a lo largo del continuo vital, pudiendo desatarse nuevas preocupaciones y/o conflictos relacionados con la experiencia abusiva y/o temáticas asociadas a ésta, hallándose preparado/a el/a niño/a y su grupo familiar para recibir una nueva atención.

#### 5.1.5.- El cambio psicoterapéutico se relaciona con las características y necesidades del/a niño/a.

Los/as entrevistados/as destacan que la terapia dependería de las características y necesidades del/a niño/a, por lo que debiese ser flexible y con escasas pautas, adecuándose el/a terapeuta a lo que el/a niño/a necesite.

*“qué es un tema para él y qué no es un tema para él en ese momento, él va poniendo el timing” (Manuela, en grupo focal).*

En este sentido, el/a psicólogo/a debe permitirle al niño/a su despliegue dentro del espacio de terapia, como también debiese adecuarse al tiempo que sea necesario para la construcción del vínculo terapéutico.

*“8 meses de intervención, el foco estuvo puesto en el vínculo, el vínculo del José con el espacio conmigo” (Camila, en entrevista sobre José).*

En consideración con lo anterior, se destaca que el cambio psicoterapéutico impacta positivamente el desarrollo y crecimiento del/a niño/a, permitiendo el despliegue de nuevos recursos afectivos, emocionales y físicos, que se encontraban interferidos y/o alterados en el inicio del proceso de tratamiento.

*“ha crecido muchísimo en su capacidad de reconocer afecto, de sentirse seguro y además físicamente si (...) él logra crecer como te decía, él logra, ehh desarrollarse, situación que no estaba ocurriendo, mientras el abuso ocurría”* (Camila, en entrevista sobre José).

De esta manera, el cambio en psicoterapia con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, se encuentra relacionado con sus características y necesidades, por lo que el/a terapeuta debe identificarlas y permitirle al niño/a el despliegue de éstas, generando así transformaciones en su desarrollo y crecimiento.

Estas transformaciones en el desarrollo y crecimiento de los/as niños/as, son observadas por los/as terapeutas al recordar el proceso de psicoterapia, quedando visualizadas –mayoritariamente- en los/as niños/as de menor rango etario, en quienes se habrían evidenciado profundos cambios corporales y emocionales.

#### 5.1.6.- El cambio psicoterapéutico está influido por la subjetividad del/a terapeuta.

Se observa que el cambio psicoterapéutico en los/as niños/as se encontraría influido por la subjetividad del/a terapeuta, ya que éste/a no estaría ajeno a experimentar vivencias afectivas durante el proceso de psicoterapia, las cuales se destacarían especialmente en las expectativas que el/a psicólogo/a mantendría acerca de la recuperación de niños/as; en el vínculo terapéutico que se construye en conjunto; y en el cierre de la terapia.

Respecto de las expectativas del/a terapeuta, se destacan opiniones que explican que el tratamiento debe orientarse hacia las necesidades e intereses del/a niño/a, no imponiendo estándares de bienestar, ya que según algunas de éstas, cuando esto ocurre el/a psicólogo/a podría retrasar los procesos terapéuticos, pues haría algo para él/a mismo/a y no para el/a niño/a, olvidando lo que éste/a necesita.

De esta forma, el cambio sería influido por la subjetividad del terapeuta, ya que en algunas oportunidades, el/a psicólogo/a aplicaría sus estándares de bienestar, desconociendo lo que él/a niño/a necesita y actuando, por tanto, desde sus propias exigencias.

*“cuando me di cuenta, que mis expectativas eran expectativas mías y que en realidad quizás ella estaba bien (...) me habría encantado que ella pudiera hablar de lo que le ocurrió, hablar del agresor, despotricar en contra del agresor pero eso es algo que tiene que ver conmigo” (Olivia, en entrevista sobre Alejandra).*

*“y me empezaba a dar cuenta de que muchas veces los procesos se retrasaron porque yo me estaba viendo a mi y no lo estaba viendo a él” (Olivia, en grupo focal).*

En relación a lo anterior, los/as entrevistados/as refieren que el/a terapeuta vivenciaría emociones negativas al no cumplir con sus expectativas, puesto que el/a psicólogo/a se entramparía y angustiaría cuando se da cuenta que sus objetivos no se cumplen y cuando mantiene una sensación de que no está trabajando para el cumplimiento de éstos. Pese a lo anterior, los/as participantes visualizan que el/a terapeuta advierte lo que tiene que hacer y permite que los cambios se sucedan de manera más espontánea.

*“uno también se entrapa en esto de que va pasando el tiempo y tu vas viendo que objetivos no se van cumpliendo (...) que si se van cumpliendo que no, entonces empiezas ahí a angustiar” (Mauricio, en grupo focal).*

*“y me empecé a sentir muy angustiada como de empezar a sentir de que no estaba yo haciendo la pega” (Olivia, en entrevista sobre Alejandra).*

*“porque tu piensas que es lo mejor para el paciente que tienes ehh... y de repente soltando un poco más, por que al final de repente las cosas se desanudan solas...” (Mauricio, en grupo focal).*

Acerca del vínculo terapéutico, participantes del grupo focal, indican que el espacio que se construye en el tratamiento sería intersubjetivo y afectaría emocionalmente al terapeuta, quien se mostraría además interesado y preocupado por el/a niño/a fuera del espacio de psicoterapia.

*“es un espacio intersubjetivo que va a ser muy distinto si es otro el terapeuta si es otro el paciente” (María Isabel, en grupo focal).*

*“uno se vincula mucho, entonces uno los quiere, uno sufre con ellos, uno los echa de menos, uno piensa en ellos fuera del espacio terapéutico (...) entonces ese sufrimiento de ese paciente también implica muchas veces un sufrimiento para el terapeuta” (Olivia, en grupo focal).*

Siguiendo con lo anterior, emergen verbalizaciones, que describen que aún cuando el vínculo terapéutico implica al psicólogo/a y al niño/a, el/a terapeuta se encontraría al servicio de éste/a, padeciendo en solitario lo que vivencia con el/a niño/a, no exponiendo lo que experimenta, puesto que además debe mantener su rol en atención a otros/as niños/as.

*“porque yo no voy a exponer lo que me pasa, está al servicio del otro (...) cuántas veces uno sale tremendamente mal de una sesión y qué haces, tienes que entrar a atender al otro”* (Olivia, en grupo focal).

En este sentido, participantes del grupo focal, señalan que el/a terapeuta se asistiría por miembros/as del equipo de trabajo para aliviar sentimientos de confusión y/o vivencias negativas, por ejemplo, al leer en conjunto las demandas de atención, lo cual sería visualizado como positivo y conveniente; y la necesaria compañía de otro/a psicólogo/a cuando se experimentan emociones difíciles o negativas, aún cuando este ejercicio sería apreciado como informal, puesto que ambos/as terapeutas deben continuar con sus funciones.

*“a mi me cuesta harto leer las demandas de atención, bueno con las chiquillas a veces lo conversamos y hasta la leemos en conjunto como para sacarles el peso”* (María Isabel, en grupo focal).

*“y el otro pobre compañero (risas), gracias... el otro tiene que atender también, sí”* (Olivia, en grupo focal).

Acerca del cierre del proceso terapéutico, algunos/as entrevistados/as, destacan vivencias del/a terapeuta en la etapa final del tratamiento con el/a niño/a, reconociendo sentimientos positivos relacionados con el darse cuenta del bienestar que mantendría éste/a.

*“Yo creo que, alegría y tranquilidad yo creo que esa es la sensación, alegría porque yo también estoy tremendamente vinculada con Agustín. Entonces me alegra mucho verlo a él contento, verlo ser un niño feliz”* (Manuela, en entrevista sobre Agustín).

Pese a lo anterior, varios/as participantes declaran que resultaría difícil terminar la relación terapéutica, dado el vínculo y los sentimientos de satisfacción que se experimentarían en esta etapa, disfrutando junto al niño/a del espacio terapéutico.



*“Entonces ya cuando estás en una etapa final tú lo pasas bien, y estás contento, y te ríes con tu paciente (...) o sea también como que cuesta un poquito soltar eso ya como el de poder disfrutar”* (Manuela, en entrevista sobre Agustín).

En algunas narrativas, se realza la importancia de los casos exitosos, ya que no todos finalizarían de esta manera, por lo que el/a psicólogo/a los recordaría con gratitud, sobretodo, en momentos terapéuticos difíciles y/o negativos.

*“son tan poquitos, entonces tengo la sensación de que al final uno se termina aferrando a esto (...) como en verdad uno los cuida y los guarda así como en el recuerdo en aquellos momentos en que uno pasa mucha rabia, angustia, frustraciones”* (Manuela, en entrevista sobre Katherine).

Por tanto, en virtud de todo lo anteriormente expuesto, es posible apreciar que el cambio en psicoterapia se encontraría mediado por la subjetividad del/a psicólogo/a, en la medida en que las vivencias que éste/a va experimentando durante el proceso terapéutico y el vínculo que construye junto al niño/a, afectan de manera positiva o negativa los cambios que se puedan suceder en éste/a.

#### 5.1.7.- El cambio psicoterapéutico del/a niño/a influye en el/a terapeuta.

Diversos/as participantes aprecian que el cambio psicoterapéutico del/a niño/a tendría efectos positivos en el/a psicólogo/a, puesto que éste/a al identificar y reconocer los cambios terapéuticos experimentaría emociones de bienestar, alegría y satisfacción, recuperándose de los efectos que la vivencia del/a niño/a pudiese haber provocado.

*“o sea en algunos casos, me salieron hasta lagrimones así como de la emoción (...) y fue súper reparador yo creo que para mí, hablar de mis pacientes que se van bien, entonces como darles las gracias de, aunque fue medio sin saberlo, ese fue el resultado”* (Olivia, en grupo focal).

*“y ha sido también súper reparador para uno, bien positivo el poder revisar esos procesos”* (Manuela, en grupo focal).

*“si hablamos de reparación uno también se repara como en términos de todo el impacto que te causó también el ver el sufrimiento”* (Javiera, en grupo focal).

Asociado a lo anterior, algunos/as participantes visualizan que el reflexionar y conversar sobre casos de niños/as que hayan tenido cambios psicoterapéuticos sería una experiencia de autocuidado que les permitiría contactarse con su ejercicio clínico de una manera diferente, más positiva y gratificante.

*“es autocuidado también...”* (Alfredo, en grupo focal).

*“esos casos ha sido como bien gratificante, como re-encantarse también con el trabajo”* (Manuela, en grupo focal).

Sin embargo, diferentes terapeutas señalan que no tenderían a conversar ni analizar sobre éstos casos, puesto que no tendrían el tiempo suficiente, dado los diversos quehaceres cotidianos y/o las urgencias que presentan las vivencias y/o situaciones de niños/as de mayor gravedad.

*“y a veces a uno le cuesta parar, cuando tu me dijiste vengan, yo dije no pero en realidad tengo reunión, tengo que hacer esto y esto otro, es algo que en realidad uno no hace muy habitualmente* (María Isabel, en grupo focal).

*“mi experiencia fue como la de la Olivia, en general uno tiende a hablar mucho de los casos más graves de los que nos angustian, de los que no sabemos qué hacer”* (Manuela, en grupo focal).

Pese a lo anterior, los/as terapeutas reconocen la necesidad de fomentar éstos encuentros, tal como se constituyó el grupo focal, ya que por los motivos anteriormente señalados, no lo logran llevar a cabo, aún cuando visualizan esto como una experiencia positiva y de bienestar para ellos/as mismos/as.

*“quería dar las gracias, porque incluso antes de este espacio que siento que fue súper agradable y provechoso, el haberme sentado a hablar sobre mis pacientes, de egresos favorables cosa que uno no hace en general, fue súper emocionante”* (Olivia, en grupo focal).

*“siempre pensamos que no tenemos suficiente tiempo para pensar sobre esto y discutirlo, eh...”* (María Isabel, en grupo focal).

*“y generalmente, los que tienen alta favorable quedan ahí un poco de lado”* (Manuela, en grupo focal).

*“como que uno debiera conversar más seguido, pero cuesta”* (Manuela, en grupo focal).

Por ende, a partir de todo lo anteriormente expuesto, es posible apreciar que los cambios psicoterapéuticos de niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales generan vivencias positivas en sus terapeutas, quienes lograrían recuperarse de las consecuencias que la experiencia de transgresión sexual vivenciada por los/as niños/as produciría en ellos/as.

Asimismo, los/as participantes, indican que el promover espacios de conversación y análisis respecto de los cambios que visualizan en sus pacientes, constituye una estrategia de autocuidado, aún cuando este ejercicio no sería una práctica habitual, por diversos motivos asociados a su periódico quehacer.

## **5.2.- Conceptualización del proceso terapéutico.**

### 5.2.1.- ¿Proceso en fases o proceso indescriptible?

Este subtema reúne argumentos de los/as participantes del grupo focal, no siendo evidente por medio de las narrativas en las entrevistas. De esta manera, tal como lo refleja el subtítulo de este apartado, existirían diferencias entre los/as terapeutas, pudiendo distinguir entre aquellos/as que piensan que se podría conceptualizar claramente el proceso de psicoterapia, de los/as que declaran que éste no podría ser reconocido.

De esta forma, algunos/as participantes explican que sí se podría conceptualizar, puesto que habría un punto de inicio y un punto de término, siendo el malestar y el bienestar respectivamente. Mientras que por otro lado, varios/as miembros del grupo focal indican que sería difícil de conceptualizar el proceso de cambio psicoterapéutico, ya que sería indescriptible, dinámico y atemporal.

*“como un punto de partida el malestar y el punto de llegada es una sensación de mayor bienestar”* (Manuela, en grupo focal).

*“no hay algo que parta de un punto y llegue a un punto sino más bien, todo lo que sucede ahí entre medio, como en distintas áreas en distintos niveles”* (María Isabel, en grupo focal).

En relación a lo anterior, algunos/as de los/as participantes que señalan que sí podría ser conceptualizado el proceso de cambio en psicoterapia, indican que habrían fases dentro de la terapia, sin embargo, éstas no serían cronológicas ni mantendrían un orden lógico, sino más bien, serían guiadas por los tiempos propios del/a niño/a.

*“yo creo que tiene tiempos, pero los tiempos no son tiempos cronológicos, sino que tiene tiempos en el sentido como de fases (...) y en ese proceso como que lo que lo guía son los tiempos, los tiempos del paciente, qué cosas puede y no puede hacer en un momento determinado”* (Manuela, en grupo focal).

De igual manera, habrían diferencias entre los/as terapeutas del grupo focal, acerca de la opinión que mantienen del reconocimiento del/a niño/a del proceso terapéutico, ya que algunos/as enfatizan en la importancia de revisarlo junto al niño/a, mientras otros/as señalan que el/a niño/a no necesariamente identificaría el proceso terapéutico.

*“cuando uno hace esta cosa como de revisión en retrospectiva de la terapia y ahí ellos son capaces de decirte, yo me acuerdo que yo llegué así (...) y el niño se acuerda de una cosa particular que pasó en terapia y que fue un trabajo x”* (Manuela, en grupo focal).

*“del proceso a lo mejor el paciente no se da ni cuenta, y es re-difícil co-construirlo con él”* (Alfredo, en grupo focal).

En definitiva, es posible apreciar divergencias entre los argumentos de los/as participantes del grupo focal respecto de la conceptualización del proceso de cambio en psicoterapia, ya que como ha sido posible distinguir habrían posturas divergentes acerca de cómo comprenden el proceso de cambio en psicoterapia y cómo visualizan la participación del/a niño/a dentro de éste.

Lo anterior, podría ser explicado a partir de las diferencias teóricas de los/as participantes, ya que aquella opinión que destaca un punto de inicio y un punto de término dentro de la terapia y releva la participación del/a niño/a en la visualización del proceso de tratamiento, mantiene un enfoque constructivista cognitivo; mientras que aquellas que destacan que el proceso de psicoterapia sería indescriptible,

dinámico, atemporal y que no sería necesariamente identificado por el/a niño/a, presentan una orientación psicoanalítica.

### 5.2.2.- La importancia del vínculo en el cambio psicoterapéutico.

Aún cuando existen discrepancias entre los/as participantes al conceptualizar el proceso de cambio en psicoterapia, se desprenden argumentos que destacan la importancia del vínculo terapéutico durante el proceso de terapia y para el logro de la misma.

En este sentido, los/as terapeutas lo valoran como un aspecto esencial, puesto que según expresan sería uno de los componentes que facilitaría la recuperación del/a niño/a, siendo entonces uno de los objetivos terapéuticos a conseguir.

*“tiene que haber algo que pase, tiene que pasar algo (...) es la generación de transferencia, en otras teorías será el vínculo”* (Alfredo, en grupo focal).

*“tengo la impresión de que el vínculo terapéutico es un elemento esencial en cualquier terapia, o sea, independiente del motivo de consulta (...) en terapia vinculada a violencia, creo yo, independiente a agresiones sexuales sino cualquier tipo de violencia, yo creo que el vínculo es fundamental”* (Manuela, en entrevista sobre Agustín).

En virtud de lo anterior, los/as participantes destacan que el/a psicólogo/a debería promover el cumplimiento del mismo, ya que además según expresan, cuando no se logra éste los logros son mínimos.

Asociado a esto, una de las participantes describe el vínculo terapéutico como dinámico, flexible, variable y sin un plazo definido, pues dependería además de las características del/a niño/a.

*“es algo que se puede caer, que puede tener obstáculos en el camino, que va sufriendo variaciones también (...) puede ocurrir en un mes, puede ocurrir en un año, puede no ocurrir incluso”* (Manuela, en grupo focal).

En este sentido, se visualiza que el vínculo terapéutico sería construido en conjunto entre el/a niño/a y el/a psicólogo/a, dependiendo de ambos, aún cuando, la

valoración que realice el/a terapeuta de éste pudiese no corresponder al tipo de vínculo que necesita y/o puede lograr el/a niño/a.

*“lo que vaya generándose ahí depende no sólo de la experiencia del paciente, también depende del terapeuta que le haya tocado”* (María Isabel, en grupo focal).

*“uno puede pensar que uno no construyó vínculo pero tal vez ese es el vínculo que para el paciente funciona”* (Manuela, en grupo focal).

Se destaca un argumento que alude a las consideraciones que debiese tener el/a terapeuta en la construcción del vínculo, puesto que ésta sería apreciada como compleja y debería realizarse de manera delicada, dado al sufrimiento del paciente y la intimidad que implica.

*“como no olvidarse que esa persona está ahí porque hay algo que la está haciendo sufrir (...) porque eso hace que esa relación sea delicada en montones de puntos (...) eso hace que la relación sea delicada, sea íntima, y montones de otras cosas”* (Olivia, en grupo focal).

Por tanto, resulta importante señalar la importancia que mantiene el vínculo terapéutico en el cambio en psicoterapia con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, ya que según indican los/as participantes éste constituiría un componente esencial para el mismo, debiendo ser acorde a las necesidades de los/as niños/as y resguardando la intimidad y el sufrimiento de éstos/as.

### 5.2.3.- Hitos en el cambio psicoterapéutico.

Los/as participantes del grupo focal, señalan que en los procesos terapéuticos habrían hitos. Sin embargo, estos serían subjetivos, no pudiendo ser estandarizados, ni tampoco darle más valor a uno de ellos por sobre otros, ya que variarían de acuerdo con las necesidades de cada niño/a, lo cual implicaría que la presencia de un hito en un/a niño/a no sería necesariamente la misma en otro/a niño/a. Asimismo, la construcción del hito terapéutico dentro del proceso sería dinámica, no tendría una lógica temporal ni sería estable.

*“con cualquier ser humano, pienso en todos los procesos que vivimos todas las personas y como que claro todos nuestros procesos tienen hitos pero son tan distintos de una persona a otra” (Olivia, en grupo focal).*

*“es que además el concepto de que exista un hito no implica que es algo que ya se pasó, como que uno va y vuelve” (María Isabel, en grupo focal).*

Cabe destacar que según algunos/as de los/as participantes, el vínculo terapéutico constituiría un hito dentro del proceso de psicoterapia, sin embargo, para otros/as esto no sería así, ya que según argumentan, el vínculo que se construye con el/a niño/a siempre se hallaría presente.

*“cuesta un poco pensar en la construcción de vínculo como hito porque también es algo que se está jugando siempre todo el tiempo y es algo que se juega en toda terapia” (Manuela, en grupo focal).*

Por otro lado, se observan dos posiciones respecto de la identificación y apropiación de los hitos dentro de la terapia, ya que por un lado; habrían algunos/as psicólogos/as que señalan que el hito le correspondería al niño, aún cuando debería ser construido en conjunto con el/a terapeuta, disponiendo éste del espacio para que el/a niño/a lo pueda verbalizar o crear por medio del trabajo terapéutico; mientras que por otro lado, habrían algunos/as participantes que señalan que el hito sería seleccionado por el/a terapeuta, siendo para éste/a, ya que al encontrarse direccionando el proceso terapéutico del/a niño/a el hito tendría relación con su apreciación.

En relación con esto, llama la atención que las diferencias entre los/as participantes tendrían relación con la pertenencia a distintos centros, lo cual podría dar cuenta de visiones institucionales diferentes, ya que aquellos/as que señalan que el hito terapéutico sería identificado por el/a niño/a pertenecerían a un mismo centro; mientras que también serían de un centro en común los/as que mantienen la apreciación que el/a psicólogo/a asignaría el hito para el niño.

*“que el niño pueda construir el hito, yo creo que uno lo puede hacer de forma más concreta con algunos niños (...) entonces yo también creo que los hitos los construyen los pacientes (...) que lo verbalicen o lo expliciten, o uno les de el espacio para hacerlo, es otra cosa” (Manuela, en grupo focal).*

*“a mi me cuesta pensar en un hito porque al final es uno el que escoge el hito (...) entonces es como un hito para uno más que para el niño (...) dentro del proceso es uno quien está al mando del proceso y uno quizás se va a quedar conforme con lo que estás viendo pero no necesariamente para el niño” (Javiera, en grupo focal).*

Además de lo anteriormente señalado, los/as participantes del grupo focal indican que la remisión sintomatológica no constituiría un hito dentro de la terapia, ya que según expresan no se conseguiría en todos los casos, por lo que no sería esencial. Adicionalmente, que cuando la sintomatología asociada a la experiencia abusiva se remite, esto no tendría relación con el tránsito hacia una nueva etapa dentro del proceso de psicoterapia.

*“porque finalmente uno hace procesos con los niños en donde no hay una remisión sintomatológica completa entonces no sé si ese sea un hito necesario fundamental o qué se yo” (Olivia, en grupo focal).*

Por tanto, en virtud de todo lo expuesto, cabe relevar que en los procesos de psicoterapia con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales habrían hitos terapéuticos, sin embargo, éstos serían subjetivos, dinámicos y asociados a su experiencia particular. Sin embargo, no habría acuerdo entre los/as participantes frente al reconocimiento de los mismos (asignado por el/a niño/a y/o seleccionado por el/a psicólogo/a), ya que tal como fue señalado, éstas diferencias podrían tener relación con el desempeño en uno u otro centro de atención.

#### 5.2.4.- Cambio psicoterapéutico se ve facilitado por la utilización de diferentes técnicas.

En las diversas entrevistas realizadas, emergen narrativas que consideran que el cambio psicoterapéutico se favorecería mediante la utilización de diferentes técnicas, las cuales debiesen tener relación con los intereses particulares de cada niño/a. Así reconocen la implementación de técnicas artísticas, verbales y lúdicas, valorando especialmente, el juego dentro del proceso de psicoterapia, pues según indican se relacionaría con la forma habitual de expresión y comunicación de los/as niños/as.



En este sentido, cada una de las técnicas permitiría aproximarse a diversos contenidos ya sea, relacionados con la experiencia abusiva sufrida por el/a niño/a y/o asociados al cumplimiento de otros objetivos necesarios para éste/a.

Así, por ejemplo, las técnicas artísticas le permitirían a los/as niños/as poder simbolizar y externalizar diversos sentimientos y experiencias de manera inestructurada bajo la utilización de diversos materiales de arte y/o de construcción.

*“y en general lo que más trabajé con él fue la plástica, fue harto el tema plástica el tema como de no sé, materiales como goma eva, poder hacer cosas, simbolizar cosas”* (Manuela, en entrevista sobre Agustín).

En cuanto a las técnicas verbales, es posible apreciar que su implementación le permitiría a los/as niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, incorporar aspectos difíciles de integrar y/o asimilar, puesto que tras la escucha del/a psicólogo/a que interviene verbalmente asociando o interpretando diversos aspectos, los/as niños/as iniciarían este proceso.

*“(respecto a las intervenciones en el juego con muñecas) Era para ella mucho más tolerable que yo la interpretara o le dijera cosas en relación a la mamá como por ejemplo, yo le decía: “qué difícil debe ser para ti que la mamá trabaje con otras guaguas”* (Olivia, en entrevista sobre Alejandra).

Así también, surgen narrativas que describen técnicas verbales en base al reflejo emocional y/o las emociones del/a terapeuta. Según describen, éstas favorecerían progresivamente el reconocimiento, la diferenciación y la expresión de las emociones de los/as niños/as, permitiendo inclusive la disminución de sentimientos de complacencia, al promover la externalización espontánea de diferentes emociones y vivencias.

*“a ella le sirvió harto fue como que yo usara mi emoción de como a mí me afectaban las cosas (...) eeh pero no a través de decirle tú puedes decir esto, sino que mostrándole cuando a mí habían cosas que me molestaban o me incomodaban”* (María Isabel, en entrevista sobre Teresa).

Acercas de las técnicas lúdicas y/o de juego, se puede observar que su uso favorecería la elaboración e integración de ciertas conflictivas, ya que al ser una estrategia de aproximación indirecta les permitiría a los/as niños/as contactarse con

vivencias difíciles y/o dolorosas; además, tal como se ha señalado, constituye la forma de expresión más espontánea para éstos/as, permitiendo la construcción de diversas narrativas por este medio.

*“y su tema ha sido trabajar como con el juego o sea, la terapia de ella ha sido terapia de juego cien por ciento (...) Ella disfruta el jugar de una manera así pero, es un placer para ella jugar”*(Olivia, en entrevista sobre Alejandra).

A partir de lo anteriormente expuesto, resulta importante observar que la utilización de las diversas técnicas se relacionarían también con los recursos evolutivos de los/as niños/as, ya que la implementación de estrategias lúdicas y artísticas son referidas por los/as terapeutas principalmente en su uso con niños/as de menor rango etario; mientras que las verbales, y por sobretodo, aquellas en base al reflejo emocional y/o las emociones del terapeuta serían predominantemente comprendidas por los/as niños/as que se encuentran en períodos más avanzados de su desarrollo evolutivo.

### **5.3.- Momentos del proceso de cambio psicoterapéutico.**

De acuerdo con lo que se ha señalado, el cambio en psicoterapia ocurriría en un proceso, de características y dinámicas singulares, pudiendo apreciar en este subtema desde las visiones de los/as terapeutas, la diferenciación y descripción de tres momentos dentro del mismo.

En este sentido, resulta importante señalar que esta diferenciación y descripción ha sido realizada en base a lo que surge en las entrevistas y el grupo focal con los/as psicólogos/as. Así, se proponen tres momentos terapéuticos, el primero de ellos relacionado con el acompañamiento al niño/a y su familia; luego el trabajo terapéutico con el/a niño/a y su familia; y finalmente, la visualización de los cambios terapéuticos.

#### **5.3.1.- Primer momento terapéutico: acompañamiento al niño/a y su familia.**

De acuerdo con los/as participantes, el contexto nacional en las atenciones jurídicas que brinda sería escasamente acogedor y usualmente inefectivo en la protección de

niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales y sus familias. Por lo que, el/a psicólogo/a del PRM debe en una fase inicial resolver estas dificultades, conteniendo y acogiendo al niño/a y sus adultos acompañantes, y monitoreando las condiciones de protección que pudiesen estar alterando al menor en edad.

Dicha ejecución de estas labores por el/a psicólogo/a del PRM (en conjunto con el equipo psicosociojurídico del centro), son valoradas de manera negativa por la mayoría de los/as participantes, ya que según expresan, el sistema jurídico debiese realizar estas funciones de manera inicial, permitiéndole al profesional comenzar el proceso de tratamiento y no asumir acciones que pudiesen menoscabarlo y/o entorpecerlo.

*“o sea, nosotros deberíamos estar haciendo terapia, poder acoger, poder acompañarlos, escucharlos y no perseguirlos (...) porque se supone que hay otros programas que funcionan para eso, pero no están operando”* (Olivia, en grupo focal).

Pese a lo anteriormente señalado, existen opiniones contrapuestas entre algunos miembros del grupo focal, ya que por un lado, habrían participantes que destacan la necesidad de brindarle al niño/a y su grupo familiar condiciones de protección y seguridad cuando éstas se encuentran mermadas y/o alteradas, puesto que según explican constituye la base y daría origen al tratamiento; mientras que por otro lado, existe un argumento que instala la idea que sólo interviniendo terapéuticamente con el/a niño/a y su familia sería posible asegurar la protección, lo cual refuta lo indicado previamente.

*“y yo creo que una vez que ya está hecho eso, recién ahí parte la terapia”* (Manuela, en grupo focal).

*“aunque algunos pensemos que es una ambigüedad tremenda, querer asegurar proteccionalmente algo antes de intervenir, cuando uno lo que piensa es que interviniendo se va a asegurar algo”* (Alfredo, en grupo focal).

Cabe señalar que ambas ideas corresponden a participantes que trabajan en la misma institución, encontrando diferencias en base a las orientaciones teóricas que mantienen, ya que en la primera de éstas el referente es el constructivista cognitivo; y en la segunda, el argumento se relaciona con un enfoque psicoanalítico lacaniano.

Por lo que, podríamos pensar que el enfoque teórico podría asociarse a diferencias en el actuar profesional frente a las primeras condiciones relacionadas con la protección y seguridad del/a niño/a y sus adultos responsables

Por otro lado, algunos/as de los/as participantes del grupo focal, proponen que el acompañamiento en una primera instancia hacia el/a niño/a y su familia, constituiría la primera fase del tratamiento, ya que tal como ha sido señalado, el/a terapeuta debe escucharlos/as, acogerlos/as y contenerlos/as, pues las primeras acciones del sistema judicial no facilitarían estos objetivos.

*“es un acompañamiento para bajar la angustia (...) para poder hablar lo que no ha podido hablar en ningún otro espacio (...) tener la acogida que no ha tenido en otros espacios” (Manuela, en grupo focal).*

En definitiva, la mayoría de los/as participantes coinciden en señalar que en la primera fase del tratamiento, el/a terapeuta debe acompañar, contener y acoger al niño/a y sus adultos responsables, velando por sus condiciones de protección y seguridad, aún cuando existe un argumento que discrepa estas últimas acciones. Asimismo, la mayoría de los/as participantes valora de manera negativa el apoyo y las acciones desplegadas en la primera instancia judicial, relacionada con la denuncia, ya que según expresan, entorpece y dificulta el inicio terapéutico que se les brinda a niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales.

#### 5.3.1.1.- El proceso psicoterapéutico con el/a niño/a al inicio.

En esta fase, los/as terapeutas observarían el daño y las consecuencias que la agresión sexual habría ocasionado en los/as niños/as, acompañándolos/as, conteniéndolos/as y favoreciendo la expresión de diversas narrativas, pudiendo así ahondar en la vivencia del/a niño/a relacionada con la experiencia abusiva y/o otras necesidades que pudiese mantener.

En este sentido, surgen narrativas que destacan las dificultades iniciales con el/a niño/a, según los/as diversos/as entrevistados/as, éstas tendrían relación con la mantención de sintomatología emocional de tipo ansiosa y depresiva, así como

también aquella relacionada con dinámicas traumatogénicas, a partir de sentimientos de estigmatización, sentimientos de culpa y sexualización traumática.

*“tenía dolores de estomago, se comía las uñas eeh dificultades para dormir ehh de repente tenía pesadillas eem y principalmente eso, así un poco de temor”* (Francisca, en entrevista sobre Soledad).

*“Y me acuerdo una vez que me dijo: ‘pero si yo me muero tú vas a poder atender a otras personas que, a otros niños que valga la pena’”* (Olivia, en entrevista sobre Daniel).

Denotan también dificultades personales relativas a sentimientos de inferioridad, desconfianza en las relaciones externas, dificultades vinculares, deseos de olvido y cambios inmediatos.

*“le costó mucho comprender o sentir que alguien pudiese querer ayudarla sin traicionarla o sin dañarla en el fondo (...) entonces le costó mucho vincularse”* (Olivia, en entrevista sobre Isidora).

*“si bien ella me dice que quiere venir que le gusta venir emmm ella tiene la sensación que rápidamente no sé en un mes ella ya está bien y esto ya pasó y ya lo hablé (...) y que por eso a veces ella no lo conversa, como que no habla cuando le vienen estas imágenes no lo cuenta porque tiene la sensación de que así lo va a olvidar, lo va sacar”* (María Isabel, en entrevista sobre Teresa).

Igualmente surgen dificultades relacionadas con la experiencia abusiva, tales como el daño identitario y emocional, el deterioro evolutivo, la imagen del mundo como amenazante, las dificultades de organización corporal, y por sobre todo, las resistencias al abordaje de la vivencia de agresión sexual, manteniendo el temor hacia el agresor sexual.

*“ehh como de verdad un niño de cuatro años (...) él se retraía hasta físicamente como chuta ehh como a ese nivel de daño no, como mecanismo (...) se altera el desarrollo, se estanca el desarrollo”* (Camila, en entrevista sobre José).

*“cuando llega la niña acá a terapia, y al proceso de evaluación la niña llega con este discurso, no en realidad esto no pasó. Yo lo soñé, ya, y muy resistente a hablar el tema”* (Manuela, en entrevista sobre Verónica).

*“O sea, ella tenía una cosa más paranoide de terror de que el padre fuera a aparecer (...) ella siempre quería volver a la casa porque tenía un terror de encontrarse con él en la calle”* (Olivia, en entrevista sobre Alejandra).

En suma, habrían diversas dificultades con el/a niño/a al inicio del proceso terapéutico, las cuales –a modo general- tendrían relación con sintomatología relacionada con la experiencia abusiva, sentimientos de indefensión, desconfianza en las relaciones externas y dificultades relacionadas con el abordaje de la vivencia de transgresión sexual.

Cabe destacar, que aún cuando la mayoría de los/as participantes describen casos en los cuales el agresor sexual es una figura cercana y/o familiar, se describe sólo una experiencia en la cual la transgresión sexual es propinada por parte del padre, visualizando, en este caso, que las dificultades iniciales con la niña serían más complejas e involucrarían mayores conflictos relacionados con la experiencia de victimización sexual.

#### 5.3.1.2.- El proceso psicoterapéutico con la familia al inicio.

Los/as participantes aprecian también las consecuencias de la agresión sexual vivenciada por los/as niños/as en las familias, acompañándolas, conteniéndolas y orientándolas, favoreciendo así de igual manera que con los/as niños/as la expresión de diversas narrativas que les permitan ahondar en sus experiencias y necesidades.

De esta manera, se aprecian narrativas de los/as entrevistados/as que relevan dificultades familiares relacionadas con la incidencia de sintomatología depresiva y sentimientos de culpa en uno/a de los/as cuidadores/as del/a niño/a.

*“Cuando llegan acá incluso la mamá había pasado por un cuadro depresivo muy fuerte en donde hace un intento suicida”* (Manuela, en entrevista sobre Agustín).

*“entonces esta hermana en alguna medida se siente tremendamente culpable de no haberse quedado cuidando a sus hermanos y que les haya ocurrido esto”* (Olivia, en entrevista sobre Daniel).

Así también, se observan dificultades familiares hacia el cuidado de los/as niños/as, a partir del temor por el cuidado provisorio de la medida judicial, la inestabilidad del clima familiar y la necesaria promoción de habilidades y competencias parentales.

Se destacan además, dificultades personales relativas a la escasa diferenciación y expresión emocional, desconfianza en las relaciones y resistencias iniciales en el tratamiento.

*“la mamá de la Teresa (...) no es que no venga afectada viene afectada pero la verdad es que hay control racional bastante importante de lo emocional”* (María Isabel, en entrevista sobre Teresa).

Emergen dificultades familiares relacionadas con la experiencia abusiva sufrida por el/a niño/a, ya que según destacan los/as participantes, habrían experiencias de transgresión sexual no resueltas al interior del grupo familiar, lo cual habría mantenido la identificación transgeneracional con el daño; dificultades mantenidas por adultos/as responsables respecto de la credibilidad de la vivencia de su hijo/a; y rememoración de la propia experiencia abusiva no resuelta en algunos/as figuras acompañantes.

*“si bien ella le cree a la Teresa es algo que le cuesta integrar de cómo habría ocurrido”* (María Isabel, en entrevista sobre Teresa).

*“la mamá no, al contrario como también muy angustiada, muy conectada con su propia vivencia (...) como que esto le hubiese ocurrido también a su hijo, lo mismo que a ella”* (Manuela, en entrevista sobre Agustín).

### 5.3.1.3.- El proceso judicial al inicio.

En algunas narrativas, los/as participantes destacan la necesidad del cambio contextual cuando éste constituye un riesgo para el/a niño/a, ya que según argumentan, pudiese silenciarse y retractarse, imposibilitando el inicio del tratamiento debido a encontrarse en condiciones de inestabilidad e inseguridad.

De esta manera, surge una narrativa que releva la importancia del cambio proteccional, cuando las condiciones no logran amparar la seguridad y el bienestar

de los/as niños/as, interrumpiendo el contacto con figuras amenazantes y/o de transgresión y permitiendo así el desarrollo de la psicoterapia.

*“(...) podíamos haber intentado hacer terapia pero si esta chiquitita no sale del contexto de la casa del papá no la habríamos movido nunca de la idea de que esto no pasó (...) jamás hubiéramos podido hacer una terapia”* (Manuela, en entrevista sobre Verónica).

Sin embargo, pese a lo anterior, se observa que las modificaciones proteccionales no siempre resultarían efectivas ni inmediatas, constatando una particular narrativa que explica que ante la presencia de lesiones y la existencia de diversas pruebas judiciales en los/as niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, se garantizaría con mayor ahínco la interrupción del contacto y la protección del/a niño/a hacia el agresor sexual.

*“y es mucho más fácil como el camino legal y de la protección eeh cuando se constata la existencia de lesiones (...) tiene lesiones anales y entonces se interrumpe todo el contacto”* (Olivia, en entrevista sobre Alejandra).

### 5.3.2.- Segundo momento terapéutico: trabajo terapéutico con el/a niño/a y su familia.

El segundo momento terapéutico, tiene relación con el trabajo directo con el/a niño/a y su familia, logrando el cumplimiento de variados objetivos específicos de acuerdo con sus necesidades e intereses. En este sentido, los/as participantes del grupo focal, señalan que el objetivo general del proceso de psicoterapia con el/a niño/a y su familia se relacionaría con la generación de alivio respecto de la experiencia abusiva y la restitución y promoción del sentido de bienestar.

*“el objetivo como a grandes rasgos como general es poder generar alivio en el otro de algún tipo”* (Javiera, en grupo focal).

*“yo siento que tal vez el objetivo más amplio (...) es como poder devolverle a ese niño y a esa familia un sentido de bienestar más general”* (Manuela, en grupo focal).

En específico, surgen objetivos terapéuticos con el/a niño/a y su familia, a continuación se detallan cada uno de éstos.



### 5.3.2.1.- Objetivos terapéuticos con el/a niño/a.

Emergen narrativas entre los/as participantes del grupo focal, que destacan la importancia de rescatar la experiencia subjetiva experimentada a partir de la agresión sexual sufrida por el/a niño/a, visualizando aquellos aspectos que se encontrarían afectados y otros que no tendrían relación con la experiencia de victimización sexual.

*“limitar o identificar que aspectos de esa vida en particular son los que han sido afectados por esta situación” (María Isabel, en grupo focal).*

En relación con lo anterior, surge una narrativa que releva el interés de profundizar en otras necesidades, ya que según se explica, no en todos los casos ésta se relacionaría solamente con la experiencia abusiva, sino que habrían diversos motivos y/o otras vivencias de afectación.

*“a veces la agresión sexual es lo más potente en ese momento, a veces son otras situaciones” (Alfredo, en grupo focal).*

Surgen narrativas de los/as entrevistados/a que señalan que al inicio del proceso terapéutico, la psicoterapia se guiaría por objetivos primarios, simples y estructurados, asociados a las necesidades del/a niño/a. Así también, se observa que el trabajo terapéutico mantendría dentro de sus objetivos iniciales, el reconocimiento, la diferenciación y la expresión emocional del/a niño/a.

*“Entonces empecé a trabajar en esa cosa como muy primaria, de que las comidas ahora eran ricas, de que tenía (...) eeh de lo que era tener ropa, de lo que era tener una cama” (Olivia, en entrevista sobre Daniel).*

*“como ir diferenciando los afectos los tipos de afecto, las demostraciones de afecto (...) como las diferentes personas demuestran afecto” (Manuela, en entrevista sobre Katherine).*

*“si, en cómo él podía ir mostrándole a los otros su descontento, ehh su desánimo ehh su ehh su pena” (Camila, en entrevista sobre José).*

Asimismo, los/as participantes destacan objetivos terapéuticos asociados con la experiencia abusiva, relevando el abordaje de ésta. En este sentido, señalan que el/a terapeuta acompañaría al niño/a en el recuerdo de la experiencia abusiva, evitando que este sea traumático y permitiéndole producir alivio.

*“Y hubo un par de sesiones donde yo terminé la sesión, le dije si ella no comprendía que habían cosas que aunque fueran dolorosas en la vida iba a tener que enfrentar, eeh iba a tener que hablar, yo no iba a seguir jugando porque era como que no hubiera pasado nada en el fondo”* (Olivia, en entrevista sobre Alejandra).

*“y ese acompañamiento para mi tiene que ver con evitar que ese recordar sea traumático o ayudar a que sea lo menos traumático posible para armar una historia”* (María Isabel, en grupo focal).

En relación con lo anterior, surgen objetivos terapéuticos asociados con la disminución de sentimientos de las dinámicas traumatogénicas y el abordaje de conflictos relacionados a la agresión sexual, que dependerían de cada niño/a, sus características y las consecuencias de la agresión sexual en cada uno/a de éstos/as; agregan metas terapéuticas asociadas con la disminución de sentimientos de temor hacia figuras masculinas y sentimientos de omnipotencia respecto de la figura del agresor sexual; objetivos terapéuticos en relación a la dinámica del secreto que se instala en la vivencia abusiva; logros propios de la terapia grupal, en especial, la generalización y externalización de la experiencia de agresión sexual; consecución de fines en relación al autocuidado, aspectos corporales y cuidado hacia otros/as niños/as; y objetivos terapéuticos que le permitan al niño/a distinguir figuras de protección y de ayuda.

En varias narrativas de los/as participantes, surgen objetivos terapéuticos con el/a niño/a relacionados con la elaboración e integración de aspectos familiares, tales como, la visualización de protección y construcción de una nueva imagen familiar, cuando el/a niño/a modifica su contexto relacional; y metas terapéuticas relacionadas con la imagen de la figura materna, cuando ésta no otorga credibilidad a la vivencia del/a niño/a.

Por último, los/as participantes, refieren objetivos terapéuticos relacionados con la promoción de recursos y herramientas en el/a niño/a, destacando aspectos que no

han sido dañados a partir de la experiencia de agresión sexual; fines asociados a la percepción de competencias e identificación de aspectos positivos, motivando el reconocimiento de logros personales, el fortalecimiento de herramientas, el control sobre el medio y su propia vida.

En este sentido, los/as terapeutas del grupo focal, destacan que en terapia el/a niño/a adquiere, promueve y fortalece sus recursos y herramientas en relación a hacer sentido de la experiencia de agresión sexual.

*“sino que al poder contar esta historia, la estoy contando de otra manera, la estoy contando con valor, con sobrevivencia de una situación”* (Javiera, en grupo focal).

De esta manera en este segundo momento, se trabajan con el/a niño/a objetivos ligados directamente a la elaboración de la experiencia abusiva, sus causas y/o consecuencias, así como también se promueve la integración de aspectos familiares difíciles, dolorosos y/o de cambio y restitución. Cabe destacar también, el trabajo que se realiza con el niño/a respecto del fortalecimiento de recursos personales, promoviendo el reconocimiento de competencias y la adquisición de nuevas habilidades.

#### 5.3.2.2.- Objetivos terapéuticos con la familia.

Los/as participantes dan cuenta de objetivos terapéuticos con la familia del/a niño/a, en algunas de estas narrativas, surge la importancia del trabajo terapéutico orientado hacia el abordaje y/o manejo de características personales del/a adulto responsable, pues en algunos casos, se observaría por ejemplo, como necesario el empoderamiento de la madre y la disminución del control de impulsos del padre.

Así también, se destacan narrativas de objetivos familiares relacionados con la visualización y el cumplimiento de las necesidades del/a niño/a. En este sentido, dependiendo de las características de cada caso, se observaría como relevante promover la contención de las figuras de cuidado; la incorporación de límites hacia otras figuras adultas que puedan constituir un riesgo para el/a niño/a; la integración

de los cambios conductuales del/a niño/a (cuando éste/a comienza a mostrarse más activo/a); y la visualización del bienestar actual del/a niño/a.

En una única narrativa, se destaca el trabajo en conjunto entre el/a niño/a y su adulto responsable, mediante la oportunidad del juego que se despliega en el espacio terapéutico.

*“ahí hicimos un trabajo con él, y con su papá en cuanto al espacio terapéutico individual, como en sesiones conjuntas con el papá (...) ehh y harto juego, si, así como que el José pudiera poner lo que él quisiera en las sesiones”* (Camila, en entrevista sobre José).

De esta forma en este segundo momento con la familia, se trabajan contenidos relacionados con aspectos personales del/a adulto/a que deben ser abordados y/o manejados con el objeto de favorecer la protección y el cuidado del/a niño/a. Promoviendo, en este sentido, la visualización de necesidades y el cumplimiento de las mismas por parte del/a adulto/a responsable.

### 5.3.3.- Tercer momento terapéutico: visualización de cambios terapéuticos.

Los/as entrevistados/as señalan que la mayoría de los/as niños/as finalizarían positivamente el tratamiento que se les brinda durante un plazo no menor a dos años, lo cual es visualizado como un tiempo acorde para la intervención, aún cuando el plazo máximo que se encontraría estipulado en las bases técnicas de SENAME sería de 18 meses.

Los/as participantes, destacan que para los/as niños/as resulta relevante finalizar su intervención, pues necesitarían concluir su período de tratamiento, siendo la proyección del cierre terapéutico una vivencia positiva para éstos/as, aún cuando existan temáticas que abordar.

Los/as psicólogos/as indican que estas temáticas no tendrían relación con la experiencia abusiva, por lo que podrían ser objeto de otros procesos terapéuticos en otros espacios, cuando así lo requieran las necesidades de los/as niños/as.

*“no es que digo que mis pacientes están listos, pero en el trabajo de esta institución logró ciertos objetivos” (Alfredo, en grupo focal).*

*“yo veo que ella disfruta el último período de la terapia yo creo que los últimos 5 meses disfrutando mucho más (...) o sea las últimas sesiones de pasarlo mucho mejor nosotras en la sesión, de reírnos mucho emmm, de hablar de temas mucho más como preadolescentes” (María Isabel, en entrevista sobre Teresa).*

Por tanto, en este tercer momento terapéutico se revisarán los principales cambios señalados por los/as participantes en el trabajo llevado a cabo con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales y sus familias. Visualizando, tal como ya se ha indicado, que sería posible concluir de manera satisfactoria el tratamiento brindado.

#### 5.3.3.1.- Cambios terapéuticos en el/a niño/a.

La mayoría de los/as participantes, identifican cambios positivos en los/as niños/as al finalizar su proceso de tratamiento, según destacan habría una sensación de mayor bienestar, y aún cuando podría haber tristeza por contenidos asociados a la experiencia abusiva, el/a niño/a recuperaría la satisfacción y el goce en los diversos contextos en los cuales participa.

*“está contenta que se siente bien ya que antes estaba más triste por las cosas que le habían pasado” (Manuela, en entrevista sobre Katherine).*

*“yo igual como que haría hincapié en que no es que haya un estado de bienestar total (...) o no es que haya un estado de perfección y que se logró todo en la familia y en el paciente” (María Isabel, en grupo focal).*

Los/as participantes visualizan además, que los/as niños/as retomarían su desarrollo evolutivo normal, restableciendo intereses propios de su edad y habilidades que antes se encontraban deterioradas o estancadas.

*“es un niño normal que disfruta de las cosas que disfrutaban todos los niños, juega, disfruta del juego, es un niño que se ríe, antes no se reía” (Olivia, en entrevista sobre Daniel).*

*“que tiene preocupaciones que son propias de su edad que el compañero, que la tarea, que la broma pesada” (Manuela, en entrevista sobre Agustín).*

*“empieza a hacer unos monstruos a dibujar unos monstruos, ya estamos hablando de que ha pasado harto tiempo y que él logra dibujar (Considerando que antes no dibujaba)” (Camila, en entrevista sobre José).*

En relación a lo anterior, surge una llamativa narrativa que alude a claves otorgadas por los/as niños/as acerca de su preparación para el alta terapéutica. De acuerdo con la entrevistada, éstas serían valoradas como impactantes y sorprenderían en gran medida al psicólogo/a, puesto que éste/a podría mantener la percepción de encontrarse en pleno proceso terapéutico con el/a niño/a.

*“que uno está con la sensación de estar en pleno proceso terapéutico y que te faltan tantas cosas todavía con el paciente y la sesión siguiente el paciente te trae la clave y uno dice está para el alta” (Olivia, en grupo focal).*

De esta manera, los/as participantes identifican cambios conductuales y emocionales; cambios relacionados con la experiencia abusiva; transformaciones asociadas a aspectos familiares; modificaciones relacionadas con el fortalecimiento de recursos y la adquisición de herramientas; y cambios vinculares.

Respecto de los cambios conductuales y emocionales, los/as participantes aprecian la disminución y/o remisión de sintomatología y el reconocimiento y expresión de emociones y necesidades.

*“ha superado muchos temores o ha dejado de lado muchos temores mejor dicho, como estos temores a que le pasen cosas malas a él o a su familia” (Manuela, en entrevista sobre Agustín)*

*“y que expresa mucho más en términos emocionales (...) y que a veces hacen el loco me dice pero da lo mismo porque lo encuentra entretenido” (María Isabel, en entrevista sobre Teresa).*

Acerca de los logros relacionados con la experiencia abusiva, cabe destacar narrativas que realzan cambios terapéuticos de simbolización e interpretación mediante el juego, pues según argumentan se observarían matices y transformaciones a partir de éste.

*“la última sesión le dije así como, porque de nuevo era la lucha la lucha, la lucha, la lucha (en el juego). Le dije: ‘tanta lucha, yo estoy un poco aburrida*

*de la lucha, tanta violencia y no sé qué’, y me mira y me dice: ‘pero si es en el juego no más’* (Olivia, en entrevista sobre Daniel).

*“el juego para mi es un indicador súper claro de cómo los niños van mejorando en algunas cosas”* (María Isabel, en grupo focal)

Asimismo, los/as diversos/as participantes señalan que los/as niños/as lograrían el reconocimiento de la vivencia abusiva, su abordaje y la externalización de sentimientos asociados a ésta, en específico, se desculpabilizarían, expresarían sentimientos de temor ante la revictimización y victimización de otros/as y responsabilizarían al agresor.

*“se habla directamente de la situación y la nombra como tal digamos, ‘el abuso, la persona que me agredió, la persona que me tocó’* (Francisca, en entrevista sobre Soledad).

*“él sabe que tienen que castigarlos, que hicieron algo malo, que eso no se hace (...) que tienen que castigarlos y que se van a ir los dos presos”* (Camila, en entrevista sobre José).

Se destacan narrativas de los/as participantes que aluden a que los/as niños/as podrían hablar de lo ocurrido con distancia, superando la experiencia abusiva, ya que ésta no aparecería explícitamente en éstos/as ni en sus familias, pues se modificarían las temáticas de preocupación.

*“a pesar de que le da mucha pena, que se contacta con la tristeza que puede llorar un poquito, que le es difícil, ya no es algo que inunda todo (...) que ahora está contento, siente que, como que ya es historia antigua es algo que puede dar vuelta la página”* (Manuela, en entrevista sobre Agustín).

*“cuando en general el tema del abuso, por ejemplo en este caso específico del Centro nº 3 ya no es algo que aparezca ni explícitamente ni tampoco eh... en el contexto familiar”* (María Isabel, en grupo focal).

En específico, se indica que los/as niños/as de mayor edad comenzarían a hablar con distancia lo que habrían verbalizado de manera dolorosa, siendo clave poder hablarlo con tranquilidad, surgiendo en adolescentes el deseo sexual fuera de la familia y la feminización en las niñas.

*“cuando empiezan a tener nuevamente pololo o empiezan a feminizarse un poquito más”* (Alfredo, en grupo focal)

*“cuando aparece como el deseo en términos de la sexualidad por otro, sobre todo en casos como de agresión intrafamiliar, afuera de la familia” (María Isabel, en grupo focal).*

Asimismo, surgen también narrativas de los/as entrevistados/as que describen que pese a la dificultad, los/as niños/as integrarían en su cotidianidad a figuras masculinas e identificarían los efectos de la situación abusiva, incorporando aspectos positivos y negativos de su propia historia.

*“le costó mucho, yo creo que años como empezar a poder abrirle un espacio, abrirle siquiera un espacio porque eeh, al principio no nada, nada nada nada, no, no (entrevistada hablando respecto de la figura masculina)” (Olivia, en entrevista sobre Alejandra).*

*“Yo creo que en la medida en que ella se vio más integrada también pudo ver como en qué cosa le había afectado esta situación (...) qué cosa no le había afectado cuáles eran sus áreas como libre de daño” (María Isabel, en entrevista sobre Teresa).*

Además, se señala que los/as niños/as distinguirían entre figuras protectoras y de riesgo, identificando la necesidad de apoyo ante situaciones complejas.

*“Entonces ella reconoce inmediatamente que algo pasa y que se lo tiene que contar a alguien porque si no le va a seguir sucediendo” (Francisca, en entrevista sobre Soledad).*

En torno a los cambios asociados con aspectos familiares, se observa que los/as niños/as lograrían la adaptación a un nuevo contexto de protección, aumentando su percepción de seguridad en figuras de cuidado. Así también, se aprecia la elaboración de contenidos relacionados con la figura materna, respecto de su rol y credibilidad, así como la expresión de sentimientos en torno a ésta.

*“no es que ella perdiera confianza con la mamá ni nada de eso pero, pero con ella misma digamos y la seguridad de que ahí van a estar digamos (...) y que van a estar, y van a estar siempre y han estado pese a que se pudieran separar” (Francisca, en entrevista sobre Soledad).*

*“eso ha sido heavy trabajar con ella eso, de que la mamá eeh, no es que no le haya creído. Lo que pasa es que la mamá no puede decirle que no a su papá (agresor sexual)(...) la manera de protegerla es alejándola de ella misma, en el fondo” (Olivia, en entrevista sobre Isidora).*



Respecto de los cambios asociados al fortalecimiento de recursos y la adquisición de herramientas, se aprecia que los/as niños/as recuperarían las confianzas en otros/as, se contactarían con aspectos sanos de su identidad, se empoderarían y fortalecerían. Se observa además, la aparición de nuevos recursos e intereses, como el humor, el cuidado hacia sí mismos/as y hacia otros.

*“es un hito importante en el proceso de ella, cierto, la recuperación de las confianzas”* (Francisca, en entrevista sobre Soledad).

*“claramente es una niña que está mucho más empoderada y es capaz de decir por ejemplo, a la profesora en el colegio: “yo no estoy de acuerdo con esto porque no es justo”, cosa que antes no podía”* (Olivia, en entrevista sobre Alejandra).

*“y defenderse a sí mismo y también defender a otros, cuando sentía que los otros no eran capaces de defenderse por sí solos”* (Manuela, en entrevista sobre Agustín).

Acerca de los cambios vinculares, los/as participantes del grupo focal, refieren que el/a psicólogo/a identificaría transformaciones en el vínculo terapéutico, cuando aumenta la complicidad y comienzan a disfrutar en las sesiones, percibiendo el bienestar del/a niño/a, ya que los encuentros con éste/a no estarían inundados de tristeza y no serían tan dolorosos.

*“y creo que es algo que uno nota en las sesiones con algo súper sutil, que es como cuando lo empiezas a pasar bien en las sesiones (...) y hay algo como de complicidad ahí, a mi también me parece que es como un indicador”* (María Isabel, en grupo focal).

De esta manera, el/a terapeuta tendería a reconocer aspectos más sanos en el/a niño/a, permitiéndose inclusive realizar acciones diferentes, como mostrarse más espontáneo/a en la relación.

*“uno se empieza a permitir desde la guata (risas) desde la transferencia a ver que hay otras cosas que uno puede permitirse con el paciente, y eso también nos dice que oh, vamos bien”* (Olivia, en grupo focal).

En definitiva, habrían considerables cambios terapéuticos en los/as niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, ya que según se observa, el proceso de psicoterapia experimentado les permitiría recuperar su bienestar y desarrollo

evolutivo, al elaborar e integrar la experiencia abusiva a su continuo vital, tras el abordaje de la misma dentro del espacio terapéutico.

Así también, los/as niños/as iniciarían cambios relacionados con las apreciaciones que mantendrían de su sistema familiar y/o a partir de las relaciones con adultos/as significativos/as. De esta manera, el proceso de psicoterapia no sólo se enfocaría en la agresión sexual sufrida, sino que incluiría otros contenidos necesarios para el/a niño/a. Por último, según los/as terapeutas entrevistados los/as niños/as no sólo retomarían su desarrollo evolutivo normal, sino que crecerían y se fortalecerían.

#### 5.3.3.2.- Cambios terapéuticos familiares.

Los/as entrevistados/as aluden a cambios familiares que habrían favorecido el bienestar del/a niño/a. En este sentido, observan cambios asociados al rol parental, en virtud del empoderamiento y fortalecimiento, siendo reconocidos por estos/as adultos/as como modificaciones positivas; y la integración que realizan de los cambios conductuales de sus hijos/as.

*“el decir que ella está orgullosa de ella misma, como mamá”* (Manuela, en entrevista sobre Verónica).

Por otro lado, se destacan cambios relacionados con el cuidado y protección hacia los/as niños/as, logrando en algunos casos, disminuir el control de impulsos y movilizarse ante la custodia de sus niños/as.

*“él no quiere que sus hijos vivan en un hogar, entonces él empieza a realizar cambios en el control de impulsos”* (Camila, en entrevista sobre José).

#### 5.3.3.3.- Cambios judiciales.

Se observan narrativas de los/as participantes que destacan que los cambios contextuales habrían favorecido el bienestar de los/as niños/as, distinguiendo cambios promovidos por el sistema judicial, tanto en los ámbitos proteccional y penal.

Se aprecia que los cambios proteccionales (en 2 de los casos) habrían sido positivos, pues instalarían y resguardarían la protección del/a niño/a.

*“no determinar visitas (con la madre, pues constituía una figura de riesgo ante la posibilidad de ser revictimizada), no podía ver a las niñas, no se las podía entregar (...) como resguardar harto el contacto”* (Manuela, en entrevista sobre Katherine).

*“nosotros logramos instalar que las visitas con el papá se interrumpieran”* (Manuela, en entrevista sobre Verónica).

Así también, se observa que las sentencias penales que habrían implicado condena al agresor sexual (en 4 de los casos) son visualizadas como positivas, favoreciendo cambios terapéuticos en el/a niño/a, ya que habrían permitido la remisión de síntomas, reforzarían logros terapéuticos, constituirían un hito en el proceso del/a niño/a y habrían incrementado su bienestar.

*“Entonces eso fue tremendamente como sanador para la Alejandra (...) ‘Alejandra te creyeron’ (le habría expresado la terapeuta a la niña) no sé qué, él está preso no se puede acercar”* (Olivia, en entrevista sobre Alejandra).

*“y el otro hito yo creo que así como bien relevante acá es el juicio, yo creo que es uno de los pocos casos que tiene resultado favorable”* (Manuela, en entrevista sobre Agustín).

En una de las narrativas, se destaca que la superación del/a niño/a tendría relación con la sentencia judicial, realizando además, cambios familiares a partir de ésta, pues según se expresa, habría existido un alivio en los/as adultos/as tras la condena del agresor sexual, lo cual les permitió observar directamente cambios en el/a niño/a.

*“inmediatamente después del juicio ellos eehh se dieron dos semanas de, de vacaciones de todo (...) vacaciones de colegio, vacaciones de trabajo, vacaciones de terapia también”* (Manuela, en entrevista sobre Agustín).

Por ende, los/as participantes enfatizan que los cambios proteccionales que amparan el resguardo de los/as niños/as y las sentencias penales que habrían implicado condena para el agresor sexual, serían positivos tanto para los/as niños/as como para sus adultos/as acompañantes, ya que facilitarían la recuperación y reforzarían los logros alcanzados.

#### **5.4.- Aspectos que influyen en el cambio psicoterapéutico.**

En el siguiente tema, se han organizado los aspectos que influyen, ya sea positiva o negativamente en el cambio psicoterapéutico con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales.

Cabe destacar, que estos elementos han sido diferenciados y ordenados desde lo más general a lo más específico, en este sentido, se darán cuenta de aspectos relacionados con las políticas públicas; con recursos socioeconómicos; con elementos judiciales; relacionados con la agresión sexual y/o otras vulneraciones; con la participación de otros actores involucrados; con la psicoterapia y el/a psicoterapeuta; con elementos familiares; y relacionados con el/a niño/a.

##### **5.4.1.- Aspectos relacionados con políticas públicas.**

Los/as participantes del grupo focal enfatizan que las políticas públicas actuales afectarían negativamente el cambio psicoterapéutico en niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, ya que según argumentan, los recursos que se implementan para la consecución de los tratamientos serían muy disminuidos; así también sería entorpecedor el insuficiente tiempo de psicoterapia; y la escasa claridad en las orientaciones del tratamiento.

Respecto de los recursos que se implementan, se observa que el estado debiese invertir en mejores y mayores accesos a redes a los/as niños/as y sus familias, aumentando también los recursos económicos que se otorgan para los tratamientos de recuperación, puesto que según explican, la lógica estatal debería ser sería evitar gastos a largo plazo, previniendo e interviniendo de manera oportuna y eficaz hacia los/as niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales.

Los/as participantes explican que el/a psicólogo/a transformaría el interés económico del estado por uno de interés clínico y/o de salud pública, ya que visualizaría la importancia de la intervención temprana y/o la generación de procesos adecuados

en el tratamiento que se les brinda a los/as niños/as, en relación a la reducción de riesgos en salud mental y/o psicopatología a largo plazo.

*“y que si lo reducimos a lo más frío y descarnado es que una intervención terapéutica temprana por una experiencia traumática en la vida, bien hecha, te va a ahorrar en el futuro, cárcel, terapias largas, medicamentos y qué se yo”* (Olivia, en grupo focal).

Asimismo, los/as participantes aprecian que las dificultades en la implementación de recursos tendrían relación también con la escasa preocupación que se tiene del/a terapeuta, pues no se les brindarían condiciones laborales idóneas, dentro de las cuales se destacan, estrategias de cuidado de equipo y de autocuidado, las cuales podrían implicar supervisiones profesionales, aumento en los sueldos, vacaciones, etc.

Lo anterior influiría negativamente el cambio en psicoterapia, ya que las vivencias negativas que experimentaría el/a psicólogo/a durante el proceso y el nivel de desgaste al cual se encontraría sometido, afectaría indudablemente la recuperación de los/as niños/as, pues la figura del/a terapeuta no sería inocua en el tratamiento que se les brinda a los/as menores en edad y sus familias.

*“y que el nivel de desgaste de los profesionales, y el nivel de condiciones de trabajo, condiciones de eh... horas de trabajo en relación a la temática, eh... cantidad de pacientes, o sea, es tremendamente desgastante”* (Olivia, en grupo focal).

Acerca del insuficiente período de psicoterapia, los/as participantes expresan la necesidad de contar con el tiempo necesario para la recuperación de los/as niños/as, el cual dependería de sus necesidades, aún cuando 2 años de tratamiento, se visualizaría como acorde a la intervención que se brinda.

En uno de los argumentos expuestos, se destaca que dado el acotado tiempo de intervención, el/a psicólogo/a protagoniza dilemas éticos al deber dar de alta terapéutica a los/as niños/as que no necesariamente se encontrarían preparados/as para ésta.

*“o sea cuando hablamos de largas permanencias para SENAME hablamos de 2 años de intervención y 2 años de intervención no es nada”* (Olivia, en grupo focal).

*“mentirle al paciente decirle que está de alta, no sé qué, tu teniendo la claridad que eso no es real”* (Manuela, en grupo focal).

En torno a la escasa claridad en las orientaciones del tratamiento por parte de los/as participantes, se cuestiona si la labor terapéutica correspondería a un proceso de psicoterapia, puesto que se denota que la demanda estatal e institucional se relacionaría más bien con la remisión sintomática y la restitución del/a niño/a en su contexto, connotando la reparación como el arreglar al niño/a para que funcione de manera adecuada.

*“porque yo creo que también ahí entramos los psicólogos en una especie como de no sé si conflicto, lucha o duda respecto de si se hace clínica o si no se hace clínica”* (Manuela, en grupo focal).

En virtud de lo anteriormente expuesto, los/as participantes señalan diversas dificultades mantenidas bajo el diseño e implementación de las actuales políticas públicas brindadas hacia la infancia que ha sido vulnerada. Demandando de esta manera, cambios respecto de los recursos que se implementan para la consecución de los tratamientos, mayor tiempo de psicoterapia y una mejor claridad en las orientaciones del tratamiento que se les ofrece a los/as niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales.

#### 5.4.2.- Aspectos relacionados con recursos socioeconómicos.

Algunos/as de los/as participantes, enfatizan que la pobreza económica de las familias de los/as pacientes afectaría negativamente los procesos terapéuticos, puesto que se observaría difícil e inverosímil la consecución de logros y la recuperación los/as niños/as.

*“es súper difícil hacer un proceso en familias que están luchando día a día por una supervivencia básica”* (Javiera, en grupo focal).

Lo anterior, se relacionaría con que los/as niños/as y sus familias se hallarían velando por su supervivencia, y por tanto, se encontrarían interferidos ante la consecución de otros objetivos vitales.

*“el tema de las necesidades básicas, como te concentras en elaborar algo en la terapia si el niño no comió, tiene frío, qué se yo” (María Isabel, en grupo focal).*

#### 5.4.3.- Aspectos judiciales.

La mayoría de los/as participantes, reconocen principalmente aspectos judiciales que influenciarían de manera negativa el cambio psicoterapéutico y la recuperación de los/as niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, diferenciándolos entre aquellos relativos al proceso penal y aquellos asociados al proceso proteccional.

Acerca del proceso penal, los/as entrevistados/as destacan que éste sería difícil y afectaría a la mayoría de los/as niños/as, reactivando, en algunos casos, sintomatología conductual y emocional. Así también, los/as participantes manifiestan que este proceso no visualizaría las necesidades de los/as niños/as, pues según explican, se solicitaría la participación de éstos/as en variadas entrevistas, no comprendiendo, en ocasiones, los procesos psicológicos en los cuales pudiesen encontrarse.

Lo anterior, en virtud de que en ocasiones los/as niños/as se hallarían inestables emocionalmente no logrando dar curso a las necesidades periciales. Los/as participantes, aluden además, a las tardanzas de las pruebas periciales, pues en ocasiones éstas serían desarrolladas al término del proceso de tratamiento y recuperación, afectando y alterando negativamente a los/as niños/as.

*“y en el periodo en que se acerca el juicio se reactiva y ahí se reactiva y empieza nuevamente con este como temor generalizado, le empieza a tener miedo a la oscuridad, no quiere estar solo, a salir a la calle por el temor a encontrarse con esta persona” (Manuela, en entrevista sobre Agustín).*

*“entonces en el juicio volver a sentarse y que los tres jueces le vuelvan a preguntar lo mismo que el fiscal le vuelva a preguntar lo mismo o sea, ella lo*

*pasó muy mal, muy mal, entonces en ese sentido era nefasto el panorama” (Olivia, en entrevista sobre Alejandra).*

Los/as participantes argumentan también que el proceso penal mantendría escasas condenas a los agresores sexuales de los/as niños/as, lo cual afectaría negativamente los cambios terapéuticos y la recuperación de éstos/as. Pese a lo anterior, algunos/as participantes destacan aspectos positivos cuando las sentencias son favorables para los/as niños/as y sus familias (en 4 de los casos), denotando que la condena al agresor sexual favorece y es percibida como otorgando credibilidad a la vivencia del/a niño/a.

*“o sea, como el nivel de superación está marcado por lo menos en este caso, fuertemente por el tema judicial, yo creo que tuvo harto peso” (Manuela, en entrevista sobre Agustín).*

En relación con las narrativas que señalan que las condenas favorecen la superación, se explica que la participación del/a terapeuta en el proceso penal y audiencia de juicio oral favorecería el resultado penal, pues lograría dar cuenta del proceso del/a niño/a en el tratamiento, pudiendo explicar, entre otros asuntos, las dificultades en la entrega del relato de éste/a.

*“y también me tocó ir a defender un poco eso, a explicar o sea, que va a encontrarse con una niña que le va a suceder esto, y por qué le ocurre esto, por esto y esto otro” (Olivia, en entrevista sobre Alejandra).*

Así también, se aprecia que el buen trato en el proceso penal favorecería, ejemplificando éste, por medio de consideraciones positivas de algunos/as jueces/as.

*“Entra Daniel y entra súper armado y el juez presidente tenía un parche en el dedo. Y Daniel entra, se sienta y le dice: ‘¿y qué te pasó en el dedo?’ Y el juez, que es un juez así pero que ojalá te tocara en todos los juicios, la agarra y le dice: ‘me rompí el dedo jugando fútbol y sabes que, tuve que ir a doctor y adivina qué me dijo el doctor’, ‘qué’- le dice Daniel-, ‘me preguntó lo que me había pasado, y el doctor me dijo que tenía que ir a otro doctor especialista de los huesos, y adivina qué pasó, tuve que ir y me preguntó y tuve que contarle de nuevo lo que me pasó’ (...) El juez, yo creo que ahí estuvo puesto en el lugar preciso, en el momento preciso” (Olivia, en entrevista sobre Daniel).*



Respecto del proceso proteccional en tribunales de familia, se visualizan dificultades en la generación y mantención de un contexto de seguridad y estabilidad, ya que en algunos casos, se posibilita el contacto con la figura del agresor sexual, lo cual interferiría gravemente a los/as niños/as.

*“hemos tenido que informar y hemos tenido que ir al Tribunal en infinita cantidad de ocasiones emmm a decir que no vamos a egresarla en tanto ella tenga visitas con el agresor”* (Olivia, en entrevista sobre Isidora).

Por tanto, tal como se ha indicado, se observa –principalmente- que el sistema judicial tanto desde lo penal como desde lo proteccional afecta negativamente el cambio en psicoterapia con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, ya que no respetaría las necesidades de éstos/as, alterando y retrasando sus procesos de tratamiento.

#### 5.4.4.- Aspectos relacionados con la agresión sexual y/o otras vulneraciones.

Los/as participantes, señalan algunos aspectos de la agresión sexual y/o otras vulneraciones que favorecen y dificultan el cambio psicoterapéutico y la recuperación de los/as niños/as.

Entre los que indican como favorecedores, se encuentra el reconocimiento del agresor sexual de los hechos que se le imputan y la distancia del vínculo entre esta figura y el/a niño/a.

*“el agresor no sé de dónde, pero reconoció, entonces también eso favoreció de que el resultado del juicio fuese un resultado positivo para la familia”* (Manuela, en entrevista sobre Agustín).

*“en el fondo no se constituyó como una figura parental, o sea siempre fue como por el nombre, o sea el Carlos (...) y la pareja de la abuelita nunca fue el abuelo era como el novio de la abuelita y que es una abuelita que tampoco es una abuelita que fue presente”* (Manuela, en entrevista sobre Katherine).

Entre los aspectos que dificultan, los/as entrevistados/as, destacan la sospecha de agresión sexual y las múltiples vulneraciones a lo largo del continuo vital de los/as

niños/as, señalando que la mayoría de éstos/as vivencian otras situaciones de grave afectación, lo cual complejiza el cambio psicoterapéutico y la recuperación.

*“y cuando es solamente sospecha y el niño no lo dice, entonces hay todo un sistema que duda de los signos que se empieza como a confundir”* (Javiera, en grupo focal).

*“no solamente era vulneración sexual sino que también era como violencia física psicológica, negligencia”* (Manuela, en entrevista sobre Katherine).

#### 5.4.5.- Participación de otros actores involucrados.

Desde lo señalado por los/as entrevistados/as, se destaca que los diversos actores involucrados (escolares, judiciales, entre algunos) en los procesos de recuperación de los/as niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, debiesen tener conocimiento en la temática, ya que la comprensión de ésta y su tratamiento, influiría positivamente en los procesos de los/as niños/as.

En este sentido, los/as participantes realzan esta necesidad en actores del contexto escolar y el sistema judicial, pues según expresan, tenderían a mostrarse escasamente comprensivos ante las necesidades de los/as niños/as que han sido víctimas de estas vulneraciones, debiendo, el/a psicólogo/a, en muchos casos, dar cuenta de aspectos que debiesen ser manejados por estos/as participantes.

*“porque en el fondo uno está en el lugar de ir a pelear con el tribunal, cosas que uno no debería estar haciendo, uno no debería estar peleando”* (María Isabel, en grupo focal).

*“con hartos problemas en el colegio porque creen que es opositorista”* (Camila, en entrevista sobre José).

Asimismo, varios/as terapeutas destacan que la credibilidad en los diversos contextos influiría positivamente, pues según indican, cuando habría alguien significativo/a que cree en la vivencia de vulneración sufrida por el/a niño/a, se facilitarían el proceso de tratamiento y recuperación de éste/a.

*“cuando hay un vínculo, ehh... ya sea familiar, del colegio, de algún contexto, un vínculo sano donde hay alguien que le cree”* (María Isabel, en grupo focal).

Por tanto, los/as participantes destacan la importancia que mantiene el que los diversos actores del contexto escolar, del sistema judicial, etc., conozcan la fenomenología de las agresiones sexuales, sus características y el tratamiento que se les brinda a niños/as que han sido víctimas de estas transgresiones, puesto que esto facilitaría el cambio terapéutico y la recuperación de los/as menores en edad.

#### 5.4.6.- Aspectos de la psicoterapia y el/a psicoterapeuta.

A partir de lo expresado por los/as participantes, se da cuenta de 5 aspectos de la psicoterapia y el/a psicoterapeuta que influyen en el cambio y la recuperación de niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales. Estos elementos serían: el lugar en el cual se efectúa la intervención; la intervención brindada por el/a psicólogo/a; las estrategias terapéuticas; las características del/a psicólogo/a; y el vínculo terapéutico que se construye entre el/a terapeuta y el/a niño/a.

Acerca del lugar en el cual se efectúa la intervención, los/as participantes indican que el espacio de psicoterapia favorecería el cambio psicoterapéutico y recuperación de los/as niños/as, a partir del vínculo que los/as beneficiarios/as construyen con este sitio, pues según argumentan les permitiría sentirse apoyados/as, contenidos/as y escuchados/as, lo cual facilitaría su bienestar y recuperación.

*“Ella estaba feliz de venir a un proceso, el espacio mismo terapéutico en el caso de la Soledad favoreció su proceso, se sintió como ‘me escucharon, me ayudaron, me siento mejor’” (Francisca, en entrevista sobre Soledad).*

*“yo creo que eso fue fundamental para él, desde tener que ser siempre vulnerado, ehh a tener un espacio donde él se siente capaz de desenvolverse, él logra sacar lo que necesita en este espacio, mirarlo, ponerlo, no, modificarlo, ehh él logró que este espacio fuera significativo” (Camila, en entrevista sobre José).*

Respecto de la intervención brindada por el/a psicólogo/a, los/as entrevistados/as, señalan consideraciones generales acerca del equipo técnico y la experiencia del/a terapeuta. Acerca del equipo técnico, relevan la importancia de la supervisión constante de los casos que son atendidos, ya que de esta manera se privilegiaría la

calidad de las intervenciones, como también la expresión de sentimientos negativos del/a psicólogo/a en torno al proceso en el que participa junto al niño/a.

*“también permite que uno pueda bajar esa angustia y no sobre-reaccionar no estar en esta cosa más persecutoria con el paciente”* (Manuela, en grupo focal).

En cuanto a la experiencia del/a psicólogo/a, los/as participantes, denotan dos ideas que podrían ser complementarias, ya que por una parte; ésta resulta fundamental y se encuentra relacionada también con la especialización del/a terapeuta que interviene en la temática; mientras que por otra, se valida el interés del profesional novato, aún cuando se sostiene que éste debiese encontrarse acompañado del equipo de trabajo y/o de supervisores técnicos especialistas.

*“entonces trabajan muchos con centros en donde hay poca experiencia y la escasa formación tiende a ser, yo creo un factor de riesgo (...) el que entra entra así a los leones así al tiro y es riesgoso también para él e injusto también para el paciente”* (Alfredo, en grupo focal).

*“porque está bien, tu puedes ser un profesional que esté recién egresado, joven y que quiera dedicarse a esto, pero necesitas poder tener un aparataje atrás que te apoye para poder tener y desarrollar esta tarea”* (Olivia, en grupo focal).

Acerca de las estrategias terapéuticas, los/as participantes, señalan la importancia de la intervención familiar, la intervención grupal y el abordaje de la experiencia abusiva, pues según expresan todas éstas estrategias facilitarían el cambio psicoterapéutico y la recuperación de los/as niños/as.

*“favoreció harto el proceso ehh la intervención que se hizo con la tía abuela (cuidadora principal/ adulto a cargo) yo creo que eso fue una cosa como fundamental instalar, ella tuvo como muchas intervenciones, ella trabajó mucho con la asistente social, ehh o sea mucho en el sentido de semana a semana (...) el trabajo con la tía fue fundamental como para poder sentar una base como para poder trabajar algo con las niñas”* (Manuela, en entrevista sobre Katherine).

*“yo creo que el haber como compartido vivencias con otras niñas (en terapia grupal) fue algo que a ella le favoreció contactarse con las propias”* (María Isabel, en entrevista sobre Teresa).

*“ella señala que estaba muy contenta porque había logrado contar todo lo que había pasado” (Manuela, en entrevista sobre Verónica).*

En suma a lo anterior, los/as participantes describen consideraciones específicas acerca de la intervención que se brinda, en algunos argumentos, se aprecia como desfavorable leer todos los antecedentes del proceso previo, pues según se indica, el/a psicólogo/a se expondría al riesgo de enfrentarse al niño/a desde el daño, interfiriendo además su proceso de autorrevelación. Asimismo, se describe que la intervención podría estar sujeta a riesgos cuando el/a psicólogo/a rigidiza un rol de control social, pues provocaría el distanciamiento del/a niño/a y su familia y no produciría cambios terapéuticos.

*“como que de verdad uno se posiciona ya desde, que heavy todo esto que le pasó a este niño en tan corto tiempo, la edad que tiene” (María Isabel, en grupo focal).*

*“entras a un lugar de la investigación, del control, y la familia ahí no modifica nada” (Alfredo, en grupo focal).*

En torno a las características del/a terapeuta, emergen descripciones que destacan la importancia del género femenino de la psicóloga en los procesos de tratamiento, ya que le habría permitido a los/as niños/as elaborar aspectos relativos al cuidado y alimentación propio del rol materno.

*“eee entonces yo creo que sí que el hecho que fuera una figura femenina y materna para ella claramente ayudó a la reparación” (Olivia, en entrevista sobre Isidora).*

Así también, se destacan narrativas, que relevan el afecto dentro del proceso, visualizando que tocar, sostener y mantener un cariño espontáneo hacia el/a niño/a, facilitaría el cambio psicoterapéutico y su recuperación.

*“Perooo yo no sé qué habría sido de este niño si yo no lo hubiera tocado, por ejemplo, nooo no sé. Entonces yo empecé a cachar que en realidad lo único que yo podía hacer con este niño era tomarlo en brazos y sostenerlo para sentir, para que él sintiera que no se desarmara (...) porque yo lo quiero mucho. O sea, yo creo que en alguna medida él intuye que él es muuuy de mis regalones, así como, y eso él lo siente” (Olivia, en entrevista sobre Daniel).*

En torno al vínculo terapéutico entre el/a terapeuta y el/a niño/a, los/as participantes, destacan su importancia, visualizando que éste facilitaría el cambio psicoterapéutico y la recuperación, en la medida en que se constituye como incondicional y soporte de las expresiones y vivencias emocionales y afectivas del/a niño/a, permitiéndoles conseguir una relación genuina, de cariño y satisfacción.

*“como sabiendo que hay otro que te va a acoger, te va a acompañar y que va a estar ahí todo el tiempo ayudando a que tú no te vengas abajo”* (Manuela, en entrevista sobre Agustín).

*“Entonces en la medida en que aparece algo más genuino y un poco más espontáneo, eeh es mucho más fácil verla y generar un lazo más real también”* (María Isabel, en entrevista sobre Teresa).

De esta forma, por medio del vínculo terapéutico, el/a niño/a lograría visualizar otros/as adultos protectores y extender su confianza a otros espacios de restitución de derechos, como la escuela, principalmente.

*“y además si esto se vaya extendiendo a otros ámbitos, que fue el papá inicialmente, y luego el colegio, si, como este espacio reparador desde lo corrector del vínculo, se fuera extendiendo a sus otras redes”* (Camila, en entrevista sobre José).

En suma a todo lo anteriormente expuesto, es posible apreciar que los aspectos de la psicoterapia y el/a psicoterapeuta influirían mayormente de manera positiva, favoreciendo el cambio terapéutico y la recuperación de niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales.

#### 5.4.7.- Aspectos familiares.

Los/as terapeutas, aluden a aspectos familiares que favorecen y dificultan el cambio psicoterapéutico y la recuperación de los/as niños/as. Así, entre los que favorecen, se observan recursos familiares, tales como, el compromiso con la crianza, el interés por satisfacer las necesidades afectivas, de protección y seguridad del/a niño/a y el apoyo centrado en el bienestar hacia éste/a.

*“es una mamá que le hacía cariño ya, que la llevaba a los lugares que a ella le gustaban”* (Manuela, en entrevista sobre Verónica).

*“la familia no está centrada ni en el castigo ni en el que se haga justicia, sino uno de los aspectos positivos que tiene este grupo familiar es que está centrado en el bienestar solamente de las niñas” (Manuela, en entrevista sobre Katherine).*

Sumado a lo anterior, los/as participantes destacan aspectos familiares vinculados a la actitud o reacción ante la develación del/a niño/a de la situación abusiva, entre los cuales realzan, la credibilidad y el compromiso y acompañamiento en el proceso previo al tratamiento por parte de sus figuras significativas y protectoras, pues según connotan, la presencia de alguien que apoye al niño/a resultaría fundamental y minimizaría cualquier dificultad.

*“ellos reaccionan acogiéndola, diciéndole que es una chica muy valiente (...) ellos van y hacen la denuncia y ella (mamá) va a carabineros a la fiscalía y hace una denuncia” (Francisca, en entrevista sobre Soledad).*

*“pero aún así pese a todas esas dificultades si hay alguien que sostiene al niño (...) que da credibilidad y apoya al niño en la terapia, yo creo que ese es uno de los factores fundamentales” (María Isabel, en grupo focal).*

Por otro lado, los/as participantes indican aspectos familiares que dificultan el proceso del/a niño/a, entre los cuales destacan: la tolerancia de las agresiones sexuales sufridas por el/a niño/a por parte de figuras parentales ante la develación y/o las reacciones y actitudes negativas hacia la misma.

*“su mamá le habría dicho emmm que no dijera que esto habría ocurrido y que si decía, prefería que dijera que había sido ella en vez de su abuelo (...) la niña da cuenta de que las agresiones habrían sido en algunas ocasiones en presencia de la figura materna, entonces es el contexto más que la agresión misma” (Olivia, en entrevista sobre Isidora).*

Las características personales de los/as adultos/as acompañantes, asociadas a dificultades emocionales y conductuales que entorpecen el proceso de recuperación del/a niño/a.

*“el papá le pegaba, porque el papá es un papá que tiene ehh severos descontroles de impulsos pero también de escasos recursos en términos personales si, él tiene su propia historia de abandono, su como de socialización callejera (...) estuvo preso” (Camila, en entrevista sobre José).*

También dificulta, la escasa visualización de las necesidades del/a niño/a por parte de figuras primordiales; y las vivencias negativas no resueltas de las figuras significativas relacionadas con el daño psicoafectivo a partir de una vulneración similar y/o asociado a la transgeneracionalidad de la agresión sexual.

*“muy conectada con su propia experiencia, ella también fue víctima de una vulneración y al parecer por el mismo agresor de la hermana mayor”* (Manuela, en entrevista sobre Katherine).

Por tanto, habrían aspectos familiares que dificultarían y otros que favorecerían el cambio en psicoterapia en niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, apreciando de esta manera un continuo entre los mismos, ya que por ejemplo, la credibilidad y el apoyo sería un elemento positivo, sin embargo, cuando esta no se encuentra constituye un elemento que entorpece el proceso de recuperación y el cambio.

#### 5.4.8.- Aspectos propios del/a niño/a.

Los/as participantes visualizan aspectos propios del/a niño/a que favorecen y dificultan el cambio psicoterapéutico y su recuperación. Entre los que favorecen, visualizan el compromiso terapéutico y el motivo de consulta en el/a niño/a, destacando como positivo el que el/a niño/a reconozca una razón para el trabajo terapéutico.

*“porque ella muy dispuesta y considerándolo realmente como un momento de ayuda, de hecho ella pide ayuda para varias cosas”* (Francisca, en entrevista sobre Soledad).

*“algo que el niño reconozca de alguna manera que quiere que le parece, que le gusta que quiere trabajar”* (María Isabel, en grupo focal).

Otro aspecto que realzan, son los recursos personales de los/as niños/as, haciendo alusión a capacidades afectivas, verbales, intelectuales, emocionales, lúdicas y artísticas.

*“emmm es un niño que es cariñoso y uno lo nota en el como en el vínculo (...) le encanta, o sea él se vinculó así (chasquido de dedos) de rápido”* (Olivia, en entrevista sobre Daniel).



*“la Teresa es una niña que tiene un nivel intelectual yo creo cognitivo bastante alto (...) esta habilidad como cognitiva que tiene ella le permitió de alguna forma ir preparando un poco el camino para develar”* (María Isabel, en entrevista sobre Teresa).

*“es una niña que desde que tú la tomas en la sala de espera empieza el juego (...) es una niña que tiene la capacidad de disfrutar de jugar eeeem, que eso yo creo que es súper sano”* (Olivia, en entrevista sobre Alejandra).

Entre los aspectos que dificultan, los/as participantes aluden a características personales de los/as niños/as que complejizan la labor terapéutica, según describen, éstas se encontrarían relacionadas con estructuras psíquicas frágiles e inestables y dificultades en el reconocimiento y expresión emocional.

*“perdía un poquito más los límites entre la fantasía y la realidad (...) ella es una niña muy frágil entonces es una niña que le cuesta un poco distinguir fantasía de realidad”* (Manuela, en entrevista sobre Katherine).

*“yo creo que a lo mejor sus dificultades más allá de la situación de agresión sino que en términos como generales van más por la línea de lo emocional (...) de integrar lo emocional eeeh de poder expresarlo de forma adecuada”* (María Isabel, en entrevista sobre Teresa).

Así también, distinguen los impedimentos de algunos/as niños/as ante el abordaje de la vivencia abusiva, sobresaliendo, una narrativa que explica esta imposibilidad a partir de las graves secuelas psicoafectivas y la utilización de mecanismos defensivos de evitación tras la experiencia de agresión sexual.

*“Pero cuando la tratabas de llevar a algo más directo era imposible (...) fue duro porque fue el momento en donde hubo que sentarse a hablar con ella de manera directa (...) Yo creo que más bien ella se instala en una cosa más cómoda, desde lo evitativo, yo creo que así va a ser un poco cómo ella se va a armar”* (Olivia, en entrevista sobre Alejandra).

De esta manera, es posible pensar que la gravedad y complejidad de la experiencia abusiva, afecta negativamente los recursos del/a niño/a, impidiendo el abordaje de esta vivencia y su externalización. Esta situación se evidencia en uno de los casos en los cuales la victimización sexual sería repetida y por parte de la figura paterna, lo cual, según la terapeuta, habría alterado y menoscabado el desarrollo global de la niña.

En definitiva, los aspectos propios del/a niño/a quedarían representados también mediante un continuo, en el cual habrían elementos que por un lado favorecerían y otros que entorpecerían, tales como: los recursos y habilidades personales, el compromiso del/a niño/a con el proceso de psicoterapia, etc.

## **6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.**

Los hallazgos de esta investigación permiten dar respuesta a la pregunta que ha guiado el presente estudio y a los objetivos planteados. De esta manera, ha sido posible comprender el cambio en psicoterapia en casos de altas terapéuticas de niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, desde las narrativas de los/as psicólogos/as tratantes. Para dar cuenta de esto, se discuten los resultados relacionándolos con los referentes teóricos expuestos a lo largo de este trabajo.

Las conclusiones serán expuestas en función de los primeros tres objetivos específicos, es decir: a) como conceptualizan y/o definen los/as psicólogos/as el cambio en psicoterapia de niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales; b) como entienden los/as psicólogos/as que ocurre el cambio durante los procesos psicoterapéuticos de niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales; y c) posibles factores señalados por los/as psicólogos/as que favorezcan y dificulten el cambio en psicoterapia de niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales. Mientras que el cuarto objetivo específico se apreciará en relación a los anteriores, este fue: explorar posibles diferencias en el cambio en psicoterapia, a partir del desarrollo evolutivo de niños/as y en relación a las particularidades de la agresión sexual.

Finalmente, se plantean las implicancias clínicas y teóricas asociadas con el tratamiento que se brinda a niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, reflexionando en torno a las limitaciones y proyecciones del presente estudio.

### **6.1.- Principales resultados.**

En general, los resultados dan cuenta de las conceptualizaciones del cambio psicoterapéutico, el proceso de cambio y los factores que lo favorecen y dificultan. De esta manera, en función de la información obtenida, es posible organizar las conclusiones siguiendo el esquema de la figura nº 2.

Por medio de ésta, se observa de manera más amplia la conceptualización del cambio psicoterapéutico, la cual engloba la conceptualización del proceso de cambio

en psicoterapia, la que contiene a su vez los momentos del proceso de cambio psicoterapéutico, los cuales son tres y quedan representados de manera progresiva y ascendente, siendo el primero de éstos el acompañamiento al niño/a y su familia, luego el trabajo terapéutico, y finalmente la visualización de cambios terapéuticos.

De manera transversal, se observan los aspectos que influyen en el cambio psicoterapéutico, los cuales constituyen un continuo que va desde lo valorado más negativamente por los participantes de la investigación, representado en los aspectos relacionados con políticas públicas, hacia lo más positivo, aquellos elementos de la psicoterapia y el/a psicoterapeuta.

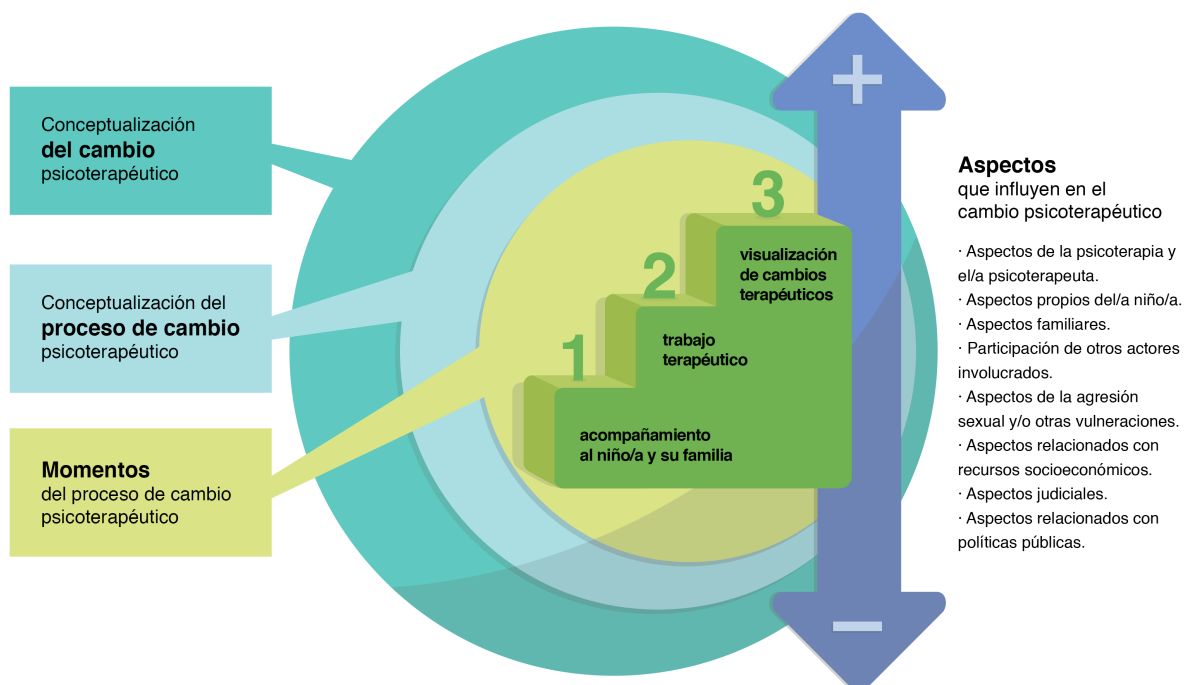


Figura N° 2. Principales resultados.

### 6.1.1.- Conceptualización del cambio psicoterapéutico.

El primer hallazgo de esta investigación, permite dar cuenta de la conceptualización del cambio psicoterapéutico que mantienen los/as psicólogos/as, denotando aspectos relacionados con los actuales referentes teóricos de la temática de las agresiones sexuales y elementos emergentes y novedosos asociados con la figura del/a terapeuta.

En este sentido, los/as terapeutas destacan que la recuperación de los/as niños/as constituiría un proceso que se centraría en el abordaje de la experiencia abusiva pero incluiría otras temáticas que no mantienen directa relación con la misma, sino que forman parte de la identidad de éstos/as. Lo cual resulta coherente con los planteamientos de Capella (2011), en la medida en que se espera que el/a terapeuta pueda reconocer a los/as niños/as de manera integral, permitiéndoles un crecimiento e integración más allá de la experiencia de victimización sexual.

Señalan también, sus apreciaciones en relación a los diferentes términos comúnmente utilizados para aludir al proceso de recuperación de niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, enfatizando en la valoración negativa que tiene el concepto de reparación y destacando la utilización de superación, elaboración-reelaboración y resignificación. Estos resultados se asocian de manera directa con las actuales investigaciones que destacan el cambio de mirada desde la reparación hacia la superación, en tanto esta última se centra en el crecimiento, desarrollo y fortalecimiento de los/as niños/as al hacer sentido de la experiencia abusiva (Capella, 2011; Capella & Gutiérrez, 2014; Capella, et al., 2014; Martínez, 2014).

Así también, enfatizan que la recuperación de los/as niños/as se lograría pero sería de difícil alcance, sobretudo cuando las experiencias de victimización sexual incluyen la participación de una figura de parentesco y cercanía afectiva que debía protegerlos/as, siendo un proceso en curso a lo largo del continuo vital. Esto coincide con las actuales investigaciones desarrolladas en Chile (Capella, et al., 2014; Lama, 2014; Rodríguez, 2014), las cuales también destacan la recuperación de niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales como un proceso logrado pero difícil y que no se detendría en un momento en específico, sino que se continuaría desarrollando a lo largo de las distintas etapas evolutivas.

Agregan además, que este proceso se encontraría directamente relacionado con las características y necesidades de los/as niños/as, impactando positivamente el desarrollo y crecimiento de éstos/as. En la literatura existente, diversos autores (Capella & Miranda, 2003; Malacrea, 2000; Rojas Breedy, 2002) destacan que el/a

terapeuta debe ser flexible y adecuarse a las necesidades de los/as niños/as, posibilitando que éstos/as puedan retomar el desarrollo normal que se encontraba interferido por la experiencia de victimización sexual (Martínez, 2012).

Cabe agregar además, que los/as participantes aprecian diferencias a partir del desarrollo evolutivo, lo cual da respuesta a parte del cuarto objetivo específico del presente estudio, pues destacan que las transformaciones serían especialmente visibles en los/as niños/as más pequeños, en quienes se observaría de manera más directa el despliegue de nuevos recursos afectivos, emocionales y físicos.

Por tanto, a partir de lo anteriormente expuesto, es posible suponer que los/as psicólogos/as comprenderían el cambio en psicoterapia como un proceso que ahonda en la experiencia abusiva de los/as niños/as pero que iría más allá de ésta, reconociendo otros aspectos en la vida de éstos/as, identificando sus necesidades e intereses y valorando la recuperación de la experiencia de victimización sexual sufrida por los/as niños/as, como un proceso en curso a lo largo del desarrollo vital.

De esta manera, es posible desprender que los/as participantes comprenden la recuperación de los/as niños/as bajo lo que se ha conceptualizado como superación, en la medida en que la aprecian como un proceso que va más allá del abordaje de la experiencia abusiva, sus síntomas y efectos, siendo un proceso en curso que se relaciona con sus necesidades y favorece el desarrollo y crecimiento a lo largo de su continuo vital (Capella, 2011; Capella & Gutiérrez, 2014).

Así, en relación a lo anterior, se podría argumentar también que en estrecha relación con el concepto de superación se encuentra el de resignificación, y aún cuando no se desprende de manera directa desde los/as participantes, ambos términos se encuentran relacionados, ya que la superación y el fortalecimiento de la experiencia abusiva sólo se consigue en la medida en que existe un profundo proceso de resignificación de la misma (Capella, 2011; Capella & Gutiérrez, 2014).

En definitiva, lo planteado por los/as psicólogos/as participantes se asemeja a lo denominado como superación, pero utilizan diversos conceptos (elaboración, reelaboración y resignificación), los cuales contienen –tal como ha sido observado-

elementos similares. Por lo que, se podría presumir que la falta de un concepto en común podría estar relacionada con las diferencias teóricas existentes entre los/as participantes, ya que éstas varían desde aproximaciones psicoanalíticas, sistémicas y constructivistas.

Asimismo, se puede observar que esta conceptualización planteada por los/as terapeutas es similar a la propuesta efectuada al final del marco teórico de esta investigación, es decir, se podría comprender la recuperación de los/as niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales bajo el término de cambio terapéutico, ya que tal como ha sido expuesto, éste podría ser definido como: un proceso que implica una transformación global del sí mismo y su entorno, por medio del cual se adquieren progresivamente nuevos significados y construyen nuevas teorías subjetivas al resignificar la experiencia abusiva y aliviar las secuelas ocasionadas en las diversas áreas del desarrollo vital, promoviendo el crecimiento y fortalecimiento al hacer sentido de la vivencia de transgresión sexual.

En relación con lo anterior, es importante destacar que esta propuesta de conceptualización e integración teórica (que implica también integrar diferentes conceptos propuestos por los/as participantes), debería ser revisada y discutida, ya que aún siendo un aporte, al comprender el trabajo terapéutico con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, podría ser contrastada, por ejemplo, con profesionales de diferentes marcos teóricos.

Por otro lado, los/as participantes de este estudio, dan cuenta que el cambio en psicoterapia se encontraría mediado por la subjetividad del/a terapeuta, ya que éste/a no estaría ajeno a experimentar vivencias afectivas durante el proceso de tratamiento, las cuales estarían asociadas con las expectativas que el/a psicólogo/a mantendría acerca de la recuperación de los/as niños/as, el vínculo terapéutico que se construye en conjunto y el cierre de la terapia.

Cabe destacar, que la figura del/a terapeuta en la conceptualización del cambio en psicoterapia, constituye un elemento emergente en esta investigación, por lo que no se desarrollaron antecedentes teóricos relacionados con esto. Sin embargo, existen variados autores (Aaron, 2004; Morales & Cornejo, 2013; Quintana, 2005;

Sanhueza, 2010) que han sistematizado fenómenos asociados con las vivencias que los/as profesionales que trabajan con personas pudiesen experimentar.

En este sentido, Aaron (2004) señala que el poder reflexionar sobre lo que les ocurre a quienes trabajan con víctimas, les permitiría tomar distancia de estos fenómenos, darles nombre y poder ponerlos en perspectiva, desarrollando estrategias que permitan retomar el control sobre lo que ocurre, y así, disminuir la influencia negativa que podría ocasionarse a partir de las vivencias subjetivas de los/as psicólogos/as.

En relación a lo anterior, Aaron (2004), señala que se habría estudiado extensamente el concepto de Burnout, el cual es definido como *“un estado de fatiga o frustración que aparece como resultado de la devoción a una causa, a un estilo de vida o a una relación que no produce las recompensas esperadas”* (p.2), enfatizando que ocurriría en aquellas áreas profesionales en que se trabaja con personas.

Asimismo, el desgaste profesional y/o agotamiento profesional o burnout mantendría síntomas conductuales, síntomas interaccionales y síntomas psicológicos (Aaron, 2004). De acuerdo con Quintana (2005), existirían otros conceptos que se han precisado y que serían fundamentales para entender el problema del burnout, uno de éstos sería la contaminación temática, la cual se refiere al efecto que tendría sobre las personas y los equipos el trabajar con temas de alto impacto emocional, como son el daño y la violencia en todas sus expresiones. Este impacto se traduce en fenómenos como la traumatización vicaria y la traumatización de los equipos.

La traumatización vicaria describe el efecto de reproducir en uno mismo los síntomas y sufrimientos que las víctimas de cualquier forma de violencia reportan; mientras que la traumatización de los equipos se refiere al efecto de reproducir en el grupo de trabajo las dinámicas del circuito de la violencia (Quintana, 2005).

Por lo que, en virtud de lo anteriormente expuesto, y a partir de los resultados de esta investigación, cabe confirmar la importancia de la figura del/a terapeuta, ya que participaría de forma subjetiva en los cambios que experimentan los/as niños/as, debiendo de esta forma, mantener un adecuado autocuidado, evitando así el desgaste profesional o burnout, para protegerse a sí mismo/a de estos efectos



negativos como para proteger a los/as niños/as de la influencia de este agotamiento profesional, pudiendo brindarles un mejor y más adecuado tratamiento en base a sus necesidades.

En adición a lo anterior, los/as psicólogos/as de esta investigación señalan que durante el proceso de psicoterapia llevado a cabo con los niños/as, habrían experimentado el impacto de las consecuencias negativas que la experiencia abusiva habría provocado en éstos/as, lo cual se relaciona con lo expuesto por Quintana (2005), respecto de la traumatización vicaria. Sin embargo, al mismo tiempo destacan que la recuperación de los/as niños/as influiría en ellos/as, pues les permitiría experimentar emociones de bienestar y satisfacción.

En este sentido, los/as participantes valoran la recuperación de los/as niños/as como estrategia de autocuidado, en la medida en que también les permitiría vivenciar emociones positivas. Desde la literatura, habrían estrategias de autocuidado a nivel personal, a nivel de equipo y a nivel de la red profesional (Aaron, 2004), no encontrando referentes teóricos que destaquen como estrategia de autocuidado los cambios y logros en el proceso de psicoterapia.

De esta manera, cabe enfatizar en la importancia que tienen los cambios terapéuticos de los/as niños/as para los/as psicólogos/as tratantes, en la medida en que para éstos/as profesionales resulta de gran alivio y “reparación” el proceso de cambio que vivencian junto a los/as niños/as. Por lo que, podría proponerse entonces que los/as terapeutas no sólo experimentan vivencias relacionadas con la traumatización vicaria, sino que también con lo que se podría denominar “recuperación vicaria”, la cual podría ser comprendida como el proceso de sanación y/o recuperación del impacto emocional que pudo haber provocado la vivencia de victimización sexual del/a niño/a.

Por tanto, resulta importante destacar éstos aspectos, ya que aún cuando la figura del/a terapeuta es connotada en las investigaciones de psicoterapia en general, en las cuales se destaca la influencia de su orientación teórica (Echávarri, et al., 2009), la participación de éste/a no había sido valorada mayormente como parte de la conceptualización del cambio en psicoterapia, sin embargo, los/as participantes de

este estudio lo/a relevan como un elemento esencial, pues participa emocionalmente en el proceso de cambio e influye en el mismo de manera positiva o negativa.

Así, en este sentido, es posible agregar a la conceptualización construida del cambio en psicoterapia con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, la importancia de la figura del/a terapeuta, ya que la influencia de éste/a media los resultados del proceso de tratamiento e inclusive, cuando se desarrollan transformaciones positivas en los/as niños/as, le permite la sanación y/o “reparación” al profesional tratante que en un inicio pudo haberse impactado por la vivencia de su paciente.

Por tanto, tal como ha sido señalado, la recuperación de los/as niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales podría ser conceptualizada bajo el término de cambio terapéutico, el cual no sólo brindaría la oportunidad de integrar diversos conceptos que han sido utilizados en la comprensión de este tipo de tratamiento, sino que también permitiría hacer parte a la figura del/a terapeuta, relevando la influencia que mantienen sus vivencias afectivas durante el proceso de cambio.

De esta manera, el cambio en psicoterapia con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, incluye las transformaciones que vivencian éstos/as durante el proceso de tratamiento y las emociones que experimenta la figura del/a terapeuta, constituyendo así un proceso sistémico que le permite al niño/a la recuperación de manera “directa” respecto a su experiencia y al terapeuta de manera “vicaria”

#### 6.1.2.- Proceso de cambio psicoterapéutico.

Otro de los hallazgos de este estudio, tiene relación con la conceptualización que realizan los/as terapeutas respecto del proceso de cambio en psicoterapia y la descripción que efectúan acerca de los momentos del cambio psicoterapéutico, los cuales serían tres y representarían el proceso de psicoterapia de manera ascendente y progresiva desde un inicio hasta un final, en donde se destacarían los logros y cambios terapéuticos de los/as niños/as y sus familias.

De esta forma, cabe destacar que habrían discrepancias entre los/as participantes al explicar la presencia de fases dentro del proceso de cambio en psicoterapia y ante el reconocimiento de éstas por los/as niños/as, divergencias que de acuerdo a lo observado en este estudio podrían encontrarse fundadas en las orientaciones teóricas de los/as psicólogos/as. Sin embargo, variados autores (Krause, 2006; Moncada, 2007; Waizmann, Etchevarne & Roussos; 2004) explican que las diferencias teóricas generarían una escasa influencia en los efectos del tratamiento, aún cuando según argumentan otros autores (Tschuschke & Czogalik, 1990, citados en Krause, 2006; Waizmann, Etchevarne & Roussos; 2004), éstas interactuarían con los factores comunes y la motivación de los/as pacientes.

No obstante lo anterior, se visualiza que aunque conceptualmente algunos/as participantes señalan que habrían fases dentro del proceso de psicoterapia y otros/as no, en las entrevistas todas las terapeutas identifican fases, pero éstas serían acordes a los tiempos y necesidades de los/as niños/as. De esta manera, los/as terapeutas describen momentos terapéuticos, aunque no los nombren como fases idénticas para todos los casos.

Por tanto, aún cuando conceptualmente no habría un consenso entre los/as terapeutas respecto de la presencia de fases dentro de la terapia y si éstas serían reconocidas por los/as niños/as, la mayoría de los/as psicólogos/as resaltan la importancia del vínculo terapéutico, pues lo visualizan como crucial en los procesos de cambio terapéutico con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales. Esto cobra gran relevancia entre los antecedentes teóricos, ya que según describen variados autores (Balmforth & Elliott, 2012; Elliot, 2008; Olivera, et al., 2011), la alianza terapéutica constituye un elemento central en los procesos de psicoterapia, siendo fundamental también en los procesos de tratamiento que se brindan a niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales (Capella, et al., 2014; Lama, 2014; Rodríguez, 2014).

Así también, la mayoría de los/as participantes reconoce la presencia de hitos dentro del proceso de cambio psicoterapéutico, los cuales serían subjetivos, dinámicos y asociados a la experiencia particular de los/as niños/as. En relación con esto, resulta importante relevar que habrían escasos antecedentes teóricos que lo permitan

confirmar, aún cuando desde una epistemología constructivista evolutiva, sería factible suponer que los hitos formarían parte de la creación de relatos alternativos y la construcción de nuevos significados, los cual constituye un proceso subjetivo asociado a una experiencia en particular (Capella, 2011).

Los/as participantes de esta investigación, consideran que el cambio en psicoterapia se facilitaría mediante la utilización de variadas técnicas terapéuticas, como las lúdicas, artísticas y verbales, las cuales deben estar relacionadas con los intereses y el desarrollo evolutivo de los/as niños/as, valorando de manera especial, el juego dentro del proceso de psicoterapia, ya que según señalan constituiría la forma de expresión más habitual de éstos/as. Lo anterior, se relaciona con los antecedentes teóricos, ya que diversos autores (Capella, 2011; Capella & Miranda, 2003; Malacrea, 2000; Rodríguez, 2014; Rojas Breedy, 2002), enfatizan en la importancia de velar por las necesidades de los/as niños/as, adecuando los procedimientos y las técnicas terapéuticas para facilitar así sus diversas expresiones.

Lo recientemente señalado, da respuesta a parte del cuarto objetivo específico del presente estudio, en tanto se destaca la necesidad de implementar técnicas acordes al período evolutivo de los/as niños/as, privilegiando estrategias asociadas al juego y/o de tipo lúdicas con niños/as más pequeños/as y/o complementar técnicas de carácter más verbal con niños/as que puedan ir desarrollando estas habilidades.

Por tanto, resulta importante visualizar que los/as psicólogos/as mantendrían una conceptualización del proceso de cambio en psicoterapia, la cual estaría asociada con la presencia de momentos dentro del proceso terapéutico y el reconocimiento de éstos por los/as niños/as (según algunos/as participantes), la valoración del vínculo terapéutico, la asunción de hitos dentro del proceso de psicoterapia y la utilización de variadas técnicas terapéuticas que faciliten su expresión.

Por otro lado, los/as participantes visualizan que el cambio en psicoterapia se llevaría a cabo por medio de un proceso, compuesto por tres momentos: el acompañamiento al niño/a y su familia, el trabajo terapéutico con el/a niño/a y su familia, y la visualización de cambios terapéuticos. Esto se condice con la literatura, ya que algunos autores (Capella, 2011; Capella & Miranda, 2003; Rojas Breedy,

2002; SENAME, 2012) han especificado las diversas etapas que se sucederían durante el proceso de psicoterapia con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, destacando que habría un primer momento de intervención en crisis y luego un momento de psicoterapia propiamente tal, en donde se fortalecerían recursos y se construiría el vínculo terapéutico, se promovería la elaboración de la experiencia abusiva y se destacarían los logros terapéuticos, llevando a cabo el cierre del proceso de tratamiento (Capella, 2011).

Ahora bien, los/as participantes de esta investigación describen con minuciosidad cada uno de estos momentos. De esta manera, es posible apreciar que el primero de éstos se caracteriza por ser una etapa difícil que involucra vivencias negativas respecto del proceso judicial que comienza. Esto, ha sido expuesto en la literatura nacional e internacional, en donde se destaca desde las narrativas de los/as niños/as, que el proceso de denuncia e investigación penal sería difícil y entorpecedor, ya que sería escasamente comprensivo respecto de sus necesidades (Capella, et al., 2014; Foster & Hagedon, 2014), por lo que el/a terapeuta debe velar por la protección de los/as niños/as, monitoreando sus situaciones actuales, acompañarlos/as, escucharlos/as y contenerlos/as.

Así también, habrían variadas dificultades con los/as niños/as al inicio del proceso terapéutico, las cuales tendrían relación con las diversas sintomatologías que presentan, fundamentalmente asociadas con la victimización sexual. A partir de esto, es posible apreciar diferencias relativas a la agresión sexual, ya que siendo el ofensor sexual una figura paterna, las dificultades iniciales en los/as niños/as serían más complejas e involucrarían mayores conflictos relacionados con la experiencia abusiva.

Lo anterior, da respuesta a parte del cuarto objetivo específico de la presente investigación, ya que supone diferencias a partir de la experiencia de victimización sexual sufrida por los/as niños/as, pues se connota de mayor complejidad cuando estas transgresiones son cometidas por figuras parentales como el padre, involucrando mayores conflictos iniciales para la víctima.

Estas dificultades iniciales con los/as niños/as al inicio del proceso terapéutico, han sido descritas por la literatura, habiendo referentes que explican que a pesar de no existir indicadores patognomónicos asociados a la experiencia de victimización sexual, habrían consecuencias psicológicas iniciales según las diferentes áreas de desarrollo involucradas (Cantón y Cortés, 2004; CAVAS, 2011; Echeburúa & Corral, 2006; Finkelhor, 1984; Rojas Breedy, 2002), describiendo alteraciones de la sexualidad, alteraciones emocionales, depresivas, ansiosas y conductuales (Smith & Bentovim, 1994).

El segundo momento terapéutico, ha sido definido por los/as participantes como de trabajo terapéutico con los/as niños/as y sus familias, describiendo objetivos con ambos. Con los/as niños/as, se trabajan objetivos relacionados directamente con la elaboración de la experiencia abusiva, sus causas y/o consecuencias, promoviendo además la integración de aspectos familiares difíciles, dolorosos y/o de cambio o restitución. Así también, destacan el trabajo de fortalecimiento de recursos personales, motivando el reconocimiento de competencias y la adquisición de nuevas habilidades.

Lo anterior, ha sido descrito ampliamente en la literatura, en donde variados autores (Capella & Miranda, 2003; Llanos & Sinclair, 2001; Rojas Breedy, 2002; Ronen, 1996) proponen diversos objetivos relacionados con el trabajo terapéutico con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales. En este sentido, Capella, et al., (2014) destacan que la construcción del vínculo terapéutico y el abordaje de la experiencia abusiva constituirían hitos en el proceso de psicoterapia, ya que serían objetivos difíciles de cumplir, sin embargo, cuando se logran se valoraría su resultado, aún cuando para los/as niños/as el abordaje de la victimización sexual les generaría ambivalencias y sería difícil de llevar a cabo.

De forma paralela, los/as participantes de esta investigación, destacan objetivos terapéuticos con las familias. Describiendo contenidos asociados con aspectos personales de cada adulto/a que deben ser abordados y/o manejados con el fin de favorecer la protección y los cuidados de los/as niños/as, promoviendo, la visualización de sus necesidades y el cumplimiento de las mismas por parte de éstos/as. Estos hallazgos, son coherentes con los descritos en la literatura, en donde

variados investigadores (Álvarez, 2012; Capella, 2011; Capella, et al., 2014; Dussert, 2014), destacan la importancia de incluir a las figuras de protección y cuidado, haciéndolos/as parte de los tratamientos de los/as niños/as, conteniéndolos/as y orientándolos/as respecto de las vivencias que habrían experimentado éstos/as.

El tercer momento terapéutico, es comprendido como visualización de cambios por los/as participantes de esta investigación, denotando transformaciones en los/as niños/as, sus familias y modificaciones judiciales. En este sentido, la mayoría de los/as terapeutas señalan que los/as niños/as pueden concluir de manera exitosa el tratamiento que se les brinda, recuperando su bienestar y desarrollo evolutivo, al elaborar e integrar la experiencia abusiva a su continuo vital.

Los/as psicólogos/as de este estudio, aluden a la identificación de claves otorgadas por los/as niños/as acerca de su preparación para el alta terapéutica, estas señales tendrían relación con cambios conductuales y emocionales, cambios relacionados con la experiencia abusiva, transformaciones asociadas a aspectos familiares, modificaciones relacionadas con el fortalecimiento de recursos y herramientas, y cambios vinculares.

De esta manera, habrían variados cambios terapéuticos en los/as niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, logrando superar la experiencia de victimización sexual y recuperar el bienestar y goce en todas las áreas de su desarrollo, creciendo, desarrollándose y fortaleciéndose al hacer sentido de la vivencia abusiva.

Lo anterior, se relaciona directamente con investigaciones nacionales y extranjeras que ahondan en las narrativas de superación de los/as niños/as (Capella, et al., 2014; Foster & Hagedon, 2014; Nelson-Gardell, 2001; Lama, 2014; Rodríguez, 2014). En específico, en Chile el grupo de investigación U-inicia de la Universidad de Chile, observó que los/as niños/as y adolescentes narran la superación de la experiencia abusiva, como un proceso de cambio positivo, de crecimiento y fortalecimiento, en donde se releva el bienestar actual y las proyecciones futuras, la integración de la victimización sexual al continuo vital y la construcción de nuevos significados a la vivencia abusiva.

Los/as participantes de este estudio, destacan también cambios terapéuticos familiares que habrían favorecido el bienestar de los/as niños/as, reconociendo transformaciones asociadas al rol parental y cambios relacionados con el cuidado y protección hacia los/as niños/as. En relación con estos hallazgos, habrían algunos antecedentes teóricos que valoran la presencia de cambios en las figuras de cuidado y protección de los/as niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, visualizando que la intervención brindada a estos/as adultos/as favorecería el proceso de superación de ellos/as mismos/as, habiendo –en algunos casos- una recuperación en conjunto con los/as niños/as (Dussert, 2014).

En adición a lo anteriormente expuesto, los/as psicólogos/as participantes de esta investigación, enfatizan que los cambios judiciales a nivel proteccional que amparan el resguardo de los/as niños/as y las sentencias penales que habrían condenado a los agresores sexuales, serían positivas para los/as niños/as como para sus adultos/as protectores/as, pues habrían facilitado sus procesos de recuperación y reforzarían los logros alcanzados. Esto se condice con la literatura existente (Capella, et al., 2014; Foster & Hagedorn, 2014; Lama, 2014; Rodríguez, 2014), al dar cuenta del efecto que estos hechos producen en las vivencias de los/as niños/as y sus familias.

Por tanto, en virtud de todo lo anteriormente señalado, es posible visualizar que los/as participantes de este estudio no sólo conceptualizan el proceso de cambio terapéutico, sino que lo representan en tres momentos, por medio de los cuales, los/as niños/as y sus familias consiguen la recuperación y superación de la experiencia de victimización sexual sufrida.

Cabe destacar el énfasis que demuestran los/as participantes, al señalar que los/as niños/as consiguen un mayor bienestar e interés en las diferentes áreas en las que participan, retomando el desarrollo evolutivo normal, creciendo, desarrollándose y fortaleciéndose en conjunto a sus adultos protectores y de cuidado, al integrar y elaborar la experiencia de victimización sexual.



Todo lo anterior, permite visualizar que estos hallazgos convergen con lo señalado en la literatura previa, pues diversos autores (Capella, 2011; Capella & Miranda, 2003; Rojas Breedy, 2002; SENAME, 2012) en el estudio del tratamiento con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales y otros investigadores (Altimir, et al., 2010; Echábarri, et al., 2009; Krause, 2005) en el ámbito del cambio en psicoterapia, reconocen la presencia de momentos terapéuticos que involucrarían de manera progresiva el logro del cambio terapéutico.

### 6.1.3.- Factores que influyen el cambio en psicoterapia.

El último de los hallazgos de este estudio, tiene relación con los factores que influyen el cambio en psicoterapia con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales. La mayoría de estos elementos, pueden ser observados mediante un continuo que comprende aspectos positivos y negativos, aún cuando tienden a ser destacados por los/as participantes de esta investigación, aquellos que entorpecen el cambio en psicoterapia.

Resulta importante señalar, que los aspectos que influyen el cambio en psicoterapia han sido descritos en la literatura, habiendo variados autores (Balmforth & Elliott, 2012; Elliott, 2008, 2010; Olivera, et al., 2011; Moncada, 2007; Krause, 2005) que señalan que éste se vería mediado por elementos de la relación terapéutica, del/a psicoterapeuta y del/a paciente, sin embargo, la mayoría de estos estudios han estado centrados en psicoterapias de adultos, habiendo escasas investigaciones que ahonden en procesos terapéuticos de niños/as, más aún en tratamientos con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales.

De esta manera, en la presente investigación, se destacan (desde los que más favorecen hasta los que menos facilitan): aspectos de la psicoterapia y el/a psicoterapeuta, elementos propios del/a niño/a, aspectos familiares, participación de otros actores involucrados, consideraciones de la agresión sexual y/o otras vulneraciones, recursos socioeconómicos, aspectos judiciales y políticas públicas.

Respecto de los aspectos de la psicoterapia y el/a psicoterapeuta, los/as participantes relevan: el lugar en el cual se realiza la intervención, la intervención

brindada por el/a psicólogo/a, las estrategias terapéuticas, las características del/a psicólogo/a, y el vínculo terapéutico que se construye entre el/a terapeuta y el/a niño/a. Diversas investigaciones (Capella, et al., 2014; Dussert, 2014; Foster & Hagedorn, 2014; Lama, 2014), coinciden en destacar la psicoterapia como central en los procesos de superación de los/as niños/as, en tanto es apreciada como un espacio de contención, apoyo, que les permite hablar y resignificar la experiencia abusiva, teniendo gran relevancia el vínculo terapéutico y la figura del/a psicólogo/a.

Sin embargo, existen escasos antecedentes que profundicen en la influencia que mantiene la figura del/a terapeuta, surgiendo en este estudio, elementos que destacan la visualización positiva del género femenino de la psicóloga en el trabajo terapéutico con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, en tanto posibilita la elaboración de aspectos relativos al cuidado y alimentación, propio del rol materno. Así también, los/as participantes enfatizan en la importancia de incluir el afecto en la intervención con los/as niños/as, ya que acciones como tocar, sostener y mantener un cariño espontáneo, facilitaría el cambio psicoterapéutico y la recuperación.

Acerca de los elementos propios del/a niño/a, los/as psicólogos destacan entre los aspectos que favorecen el cambio en psicoterapia, el compromiso terapéutico, un motivo de consulta y las capacidades afectivas, verbales, intelectuales, emocionales, lúdicas y artísticas. Y entre los elementos que dificultan, visualizan estructuras psíquicas frágiles e inestables, dificultades en el reconocimiento y expresión emocional, y el impedimento de algunos/as niños/as ante el abordaje de la experiencia abusiva. En este ámbito, resulta importante mencionar que variados autores (Banyard & Williams, 2007; Draucker, 2011; Glaister & Abel, 2001; Harvey, et al., 2000; Ligeiro, et al., 2009) destacan similares consideraciones, incluyendo entre los que favorecen, el interés espiritual y religioso, el cual no fue posible visualizar en la presente investigación.

En torno a los aspectos familiares, el cambio en niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, se vería influido principalmente a partir de la actitud o reacción ante la develación, facilitando la recuperación de los/as niños/as cuando ésta es positiva y entorpeciendo el proceso de tratamiento, cuando es negativa y/o existe

tolerancia frente a la agresión sexual. Este antecedente, es avalado desde la literatura existente en la temática, siendo considerado un elemento central ante el desarrollo del proceso de tratamiento brindado para los/as niños/as (Anderson & Hiersteiner, 2008; Banyard & Williams, 2007; Capella, et al., 2014; Lama, 2014; Phanichrat & Townshend, 2010; Rodríguez, 2014).

Respecto de la participación de otros actores involucrados, los/as participantes de esta investigación, destacan la importancia que mantiene el que los/as diversos/as intervinientes con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, tengan conocimiento de la temática, ya que la comprensión de ésta y de su tratamiento, influiría positivamente en los procesos de recuperación de los/as niños/as. Este antecedente, podría relacionarse con lo expuesto por la literatura a nivel social y cultural, en donde se releva que las redes de apoyo y credibilidad favorecerían los procesos de recuperación para las víctimas de estas vulneraciones (Anderson & Hiersteiner, 2008; Banyard & Williams, 2007; Draucker et al., 2009; Ligiero et al., 2009).

Acerca de las consideraciones de la agresión sexual y/o otras vulneraciones, se observa que los/as terapeutas identifican como favorecedor el reconocimiento del agresor sexual de los hechos que se le imputan y/o la distancia del vínculo que existe entre ésta figura y los/as niños/as. Esto último, es coincidente con los antecedentes teóricos, ya que las agresiones sexuales constituyen un fenómeno relacional, siendo el vínculo entre la víctima y el ofensor sexual un elemento central (CAVAS, 2011).

Entre los aspectos que dificultan, los/as participantes señalan, las sospechas de agresión sexual y las múltiples vulneraciones de los/as niños/as a lo largo de su continuo vital. Cabe relevar habrían escasos antecedentes teóricos en relación a lo anterior, aún cuando algunos autores (Pereda, et al., 2009) describen la complejidad de la polivictimización en víctimas de delitos sexuales.

En torno a los recursos socioeconómicos, los/as terapeutas enfatizan en que la pobreza de las familias de los/as niños/as afectaría negativamente los procesos terapéuticos, observando como difícil e inverosímil la consecución de logros y la

recuperación de los/as niños/as, ya que éstos/as se encontrarían velando por sus supervivencias, y por tanto, se encontrarían interferidos ante la consecución de otros objetivos vitales. MINSAL y UNICEF (2011), validan lo anteriormente expuesto, señalando que factores socioeconómicos como la pobreza, el aislamiento social, la desprotección emocional, etc., pueden significar mayor vulnerabilidad.

En relación a los aspectos judiciales, variados autores (Capella, et al., 2014; Foster & Hagedorn, 2014; Lama, 2014; Rodríguez, 2014) destacan principalmente aspectos que dificultarían los procesos de recuperación y superación de las experiencias de victimización sexual en los/as niños/as. En esta investigación, se relevan también consideraciones principalmente negativas asociadas al proceso penal y proteccional coincidentes con los investigadores anteriormente descritos.

En cuanto al proceso penal, los/as participantes lo destacan como difícil y que afectaría a la mayoría de los/as niños/as, pues no visualizarían sus necesidades, reactivando sintomatología emocional y conductual en éstos/as. Así también, relevan las escasas condenas a los agresores sexuales de los/as niños/as, lo cual afectaría negativamente sus cambios terapéuticos y la recuperación. Pese a lo anterior, algunos/as terapeutas destacan aspectos positivos cuando las sentencias son favorables para los/as niños/as y sus familias, enfatizando que la condena a los agresores sexuales favorece y es percibida como otorgando credibilidad a sus vivencias.

En cuanto al proceso proteccional, los/as psicólogos/as visualizan dificultades en la generación y mantención de un contexto de seguridad y estabilidad, puesto que en algunos casos, se posibilita el contacto con la figura sindicada como agresor sexual, lo cual interferiría gravemente a los/as niños/as.

A partir de las políticas públicas, los/as participantes de esta investigación consideran que éstas afectarían negativamente el cambio psicoterapéutico en niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, ya que según plantean, los recursos que se implementan para llevar a cabo los tratamientos serían disminuidos, así como el insuficiente tiempo de psicoterapia y la escasa claridad en las orientaciones del tratamiento.

En detalle, los/as participantes de este estudio, señalan que el estado debiese aumentar los recursos económicos para la implementación de éstos tratamientos, favoreciendo la atención que se les brinda a los/as niños/as, como las condiciones laborales de los/as terapeutas que se desempeñan en esta temática, ya que estas figuras no resultan inocuas en el tratamiento para los/as niños/as, afectándolos cuando el/a psicólogo/a experimenta desgaste y/o vivencias negativas durante el proceso de psicoterapia.

Asimismo, enfatizan en la necesidad de contar con el tiempo de intervención necesario para los/as niños/as, ya que de otra forma, visualizan la posibilidad de exponerse a problemas éticos al deber dar de alta, aún cuando los/as niños/as no pudiesen encontrarse preparados/as para la misma. Los/as terapeutas, destacan que 2 años de tratamiento constituiría un plazo acorde para esta intervención.

Por último, los/as participantes de este estudio, refieren que habría una escasa claridad en torno a las orientaciones del tratamiento, lo cual provocaría que la conceptualización del mismo pueda ser muy diversa entre los/as psicólogos/as intervinientes, afectando de esta manera los objetivos del proceso de tratamiento.

Esto, se relaciona con el cuestionamiento que realizan los/as participantes respecto de si el objetivo del tratamiento constituye un proceso de psicoterapia y/o otro tipo de modalidad de intervención, ya que según observan, la demanda estatal e institucional (en la mayoría de los casos) se encontraría ligada a la remisión sintomática y a la restitución de los/as niños/as en sus contextos.

Por lo que, en virtud de lo anteriormente expuesto, los/as psicólogos/as visualizan que la conceptualización del tratamiento desde la política pública, se podría relacionar, en la mayoría de los casos, con el enfrentar las consecuencias negativas de la vulneración, volviendo al estado previo al trauma, es decir, se guiaría bajo el término de reparación, y de esta manera, estaría directamente asociada con el daño.

Resulta de gran relevancia, valorar los argumentos expuestos por los/as psicólogos/as de este estudio en relación a las políticas públicas, ya que no han sido

visualizados en la literatura revisada, lo cual los releva como emergentes y permite descubrir e integrar sus miradas respecto de la intervención que se ha dispuesto para los/as niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales en el contexto nacional.

Además, estos planteamientos constituyen el nudo más crítico respecto de los factores que influyen en el proceso de cambio psicoterapéutico, puesto que son los únicos elementos que no forman parte de un continuo, ya que de acuerdo a las valoraciones de los/as participantes sólo contienen consideraciones negativas que afectan el cambio en psicoterapia con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales.

Por lo que, la demanda política e institucional frente a las anteriores consideraciones, resulta prioritaria y fundamental, en pro de escuchar las narrativas de los/as psicólogos/as y resolver en beneficio de todos/as los/as participantes (niños/as, sus familias y sus terapeutas) de los procesos de cambio y superación de la experiencia de victimización sexual.

En definitiva, y de manera integrada, los diversos hallazgos de esta investigación permiten dar respuesta al objetivo general que la ha guiado, es decir, es posible comprender el cambio en psicoterapia en niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, desde las narrativas de sus terapeutas. De manera específica, se logra apreciar que la conceptualización asociada al proceso de recuperación que vivencian los/as niños/as se relaciona con el término de cambio terapéutico, integrando bajo el mismo, la idea de que éste constituye un proceso de transformación protagonizado por los/as niños/as pero experimentado en conjunto con el/a terapeuta, puesto que también esta figura se hace parte de manera afectiva de los cambios que se suceden durante el proceso.

Cabe señalar que este aspecto resulta de gran relevancia, ya que constituye un elemento emergente y novedoso, pues enfatiza en el protagonismo que mantiene la figura del/a psicólogo/a en los procesos de cambio y recuperación que se llevan a cabo con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales. Se destaca

también, la idea de un proceso paulatino y progresivo, que tiene diferentes momentos, dando cuenta de un cambio gradual que avanza hacia uno final.

Asimismo, cabe relevar que las voces de éstos protagonistas, resaltan en la urgencia de construir políticas públicas que puedan relacionarse con las necesidades terapéuticas de los/as niños/as que han sido víctimas de vulneraciones en la esfera de la sexualidad. De esta manera, visualizan diversos aspectos que debiesen ser resueltos en esta temática, con el objeto de facilitar el cambio en psicoterapia y beneficiar a todos/as los/as participantes del mismo.

## **6.2.- Aportes, limitaciones y proyecciones.**

La presente investigación, constituye un aporte teórico y práctico en el conocimiento de las agresiones sexuales y en los estudios relacionados con el cambio en psicoterapia, siendo el primer estudio, desde la revisión realizada, que ha comprendido el cambio terapéutico de niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, desde las narrativas de sus psicoterapeutas.

Contribuyendo, de esta manera, a las escasas publicaciones existentes en ambas líneas de estudios a nivel nacional e internacional, siendo de gran aporte además, al profundizar en los cambios terapéuticos de niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, considerando que la mayoría de las investigaciones existentes, han estado centradas en los procesos de recuperación de adultos que han sido víctimas de estas vulneraciones en su infancia (Capella & Gutiérrez, 2014; Draucker, et al., 2009; Draucker et al., 2011).

De esta forma, cabe relevar además, el aporte que este estudio entrega a las investigaciones que consideran las narrativas de los propios protagonistas de los fenómenos de estudio (Capella, et al., 2014; Elliot, et al., 2008; Lama, 2014). En este sentido, algunos autores (Altimir, et al., 2010; Mondaca, 2007) destacan la importancia de profundizar en las experiencias de los/as psicólogos/as como fuentes primarias de investigación, ya que éstos/as estarían inmersos en la psicoterapia, teniendo una visión más ampliada sobre el/a paciente y los diferentes momentos del

acontecer terapéutico, proporcionando, por lo tanto, una mayor comprensión y dominio del fenómeno.

En relación a lo anterior, la presente investigación logró dar cuenta de la importancia y el protagonismo de las figuras de los/as psicólogos/as, relevando entre alguno de estos aspectos, que la subjetividad del/a mismo/a impacta los procesos de cambio en psicoterapia con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales. Este elemento resulta novedoso en la literatura no sólo de agresiones sexuales sino que también a la descrita en psicoterapia, pues se conceptualiza la recuperación de los/as niños/as como cambio terapéutico.

Asimismo, el presente estudio constituye un aporte en lo político, pues da voz a quienes trabajan y se desarrollan en la “trinchera”, relevando su participación al asumir que resultan esenciales en los procesos de cambio terapéutico y visualizando las necesidades y urgencias en la construcción de tratamientos y condiciones de autocuidado que faciliten el bienestar de quienes forman parte del mismo.

En términos prácticos, el presente estudio entrega también directrices clínicas para el quehacer en los procesos terapéuticos con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, en tanto permite comprender como se conceptualiza el cambio en psicoterapia, distinguir el proceso de cambio terapéutico, visualizando los diferentes momentos del mismo y conocer los factores que lo facilitan y dificultan.

Asimismo, otorga lineamientos desde los/as mismos/as terapeutas que trabajan en esta área, los cuales son mayormente coincidentes con la literatura existente en la temática. De esta manera, la presente investigación, tiene implicancia directa en la clínica, pudiendo ser de guía para otros/as terapeutas y/o psicólogos/as noveles que inician su labor en el tratamiento con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales.

Por otra parte, es necesario destacar el aporte de esta investigación en el ámbito metodológico, en tanto la triangulación de la información en cuanto a técnicas y análisis resulta una estrategia novedosa en las investigaciones nacionales, siendo un aporte metodológico para el ámbito de estudio en psicoterapia con niños/as que



han sido víctimas de agresiones sexuales, pues permitió conocer narrativas completas de sus procesos de psicoterapia y las experiencias más descriptivas y generales que compartieron los/as profesionales a cargo.

De esta forma, se releva la importancia de complementar técnicas y análisis que puedan promover el conocimiento de algunos fenómenos de manera más profunda y exhaustiva. Destacando además, que el marco de este estudio al ser de tipo cualitativo, permitió el acceso de mejor manera a la comprensión que mantienen los/as psicólogos/as respecto de los tratamientos que se les brinda a niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales.

Por otro lado, resulta esencial dar cuenta también de las limitaciones que mantuvo el presente estudio. Destacando, en primer lugar, la escasa diversidad de la muestra, ya que ésta estuvo compuesta principalmente por mujeres, que se desempeñaban laboralmente en el centro n°3, dando cuenta de casos de niños/as que habían sido víctimas principalmente de agresiones sexuales intrafamiliares.

Lo anteriormente expuesto, es de gran relevancia, ya que la escasa variabilidad del género de los/as terapeutas, pudiesen afectar los resultados, en virtud de poder sesgar estas consideraciones, por ejemplo, respecto de lo positivo de tener terapeutas mujeres en estos casos, aún cuando Beutler, Machado y Allstetter (1994, citados en Moncada, Olivos & Rojas, 2003), destacan que esta variable no influiría en los efectos de los procesos terapéuticos.

Asimismo, el que todos los casos hayan sido atendidos en centros colaboradores de SENAME, se constituye como limitante también, ya que tendrían ciertos lineamientos y características particulares. De igual manera, la escasa simetría de la participación de los/as psicólogos/as en cada uno de los centros, permite suponer que las narrativas de éstos/as pudiesen encontrarse mediadas bajo los lineamientos de la institución a la cual pertenecen, dificultando el tener una comprensión diversa y amplia.

Sin embargo, pese a lo anterior, pudieron apreciarse algunas diferencias, inclusive entre los/as terapeutas del mismo centro respecto de las conceptualizaciones que

mantienen del trabajo terapéutico que llevan a cabo con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales.

De igual forma, el que los/as participantes de esta muestra hayan dado cuenta de casos de niños/as que han sido víctimas principalmente de agresiones sexuales intrafamiliares, limita el conocimiento que se podría obtener respecto de los procesos terapéuticos que se llevan a cabo con niños/as que han sido víctimas por parte de otras figuras como desconocidos, hermanos, etc. Aún cuando, la literatura enfatiza que estas vulneraciones, se dan con mayor preponderancia en los vínculos intrafamiliares o por conocidos (CAVAS, 2003; Nahuelpan & Varas, 2011).

En segundo lugar, se destaca como otra limitante, el que habría mayor preponderancia de las narrativas de algunas terapeutas (Manuela y Olivia), ya que tienen cada una 3 casos en la muestra y participan además del grupo focal. Esto limitaría los resultados, ya que sus visiones y conceptualizaciones del cambio terapéutico y el proceso de recuperación de niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, tenderían a sobresalir en menoscabo de las narrativas de otros/as participantes. Aún así, se tendió a equiparar y maximizar las voces de otros/as terapeutas, sobretodo, cuando surgieron discrepancias y diferencias entre las mismas, lo cual quedó contemplado, principalmente, en el grupo focal.

Junto con lo señalado anteriormente, si bien este estudio destaca por ser una de las primeras investigaciones que ahonda en las narrativas de psicólogos/as que trabajan con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, explorando la comprensión que mantienen éstos/as respecto de los tratamientos y los procesos de cambio y recuperación, se visualiza como necesario para próximos estudios en esta temática, el tener una mayor variabilidad de la muestra, accediendo así de manera más global a las narrativas de los/as psicólogos/as.

En relación con esto último, entre las proyecciones que surgen a partir de esta investigación, se visualiza la importancia de profundizar en la subjetividad del/a terapeuta, incorporando aspectos relativos al autocuidado, cuidado de equipo, como también relacionados con el desgaste profesional o burnout.

Así también, sería necesario profundizar en aspectos que limitan principalmente el tratamiento y los cambios terapéuticos de niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, tales como la participación de otros actores involucrados, las consideraciones de la agresión sexual y/o otras vulneraciones, los recursos socioeconómicos, los aspectos judiciales y las políticas públicas.

Para finalizar, se visualiza la importancia de estudiar cómo ven los/as terapeutas el cambio en casos no exitosos y/o durante el proceso de psicoterapia, con el objeto de conocer si esta visión del cambio sólo resulta al final o forma parte del proceso terapéutico. En este sentido, resultaría importante también, apreciar cómo esta mirada de cambio se pudiese complejizar o complementar al incorporar casos no exitosos o en distintos momentos del proceso de psicoterapia.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 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. (2012). Abuso sexual en la niñez y adolescencia. En Almonte, C. y Montt, M<sup>a</sup> E. *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (pp.274-292). Santiago: Editorial Mediterráneo.
- Álvarez, A., Socorro, A. & Capella, C. (2012). Influencia de una intervención grupal para madres en el cambio psicoterapéutico de sus hijos/as víctimas de agresiones sexuales. *Revista de Psicología*, 21, 31–54.
- Anderson, K. & Hiersteiner, C. (2008). Recovering From Childhood Sexual Abuse: Is a “Storybook Ending” Possible?. *The American Journal of Family Therapy*, 36, 413-424.
- Banyard, V. & Williams, I. (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.
- Balmforth, J. & Elliott, R. (2012). “I never talked about, ever”: A comprehensive process analysis of a significant client disclosure event in therapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 12(1), 2–12.
- Barudy, J. (1998). *El Dolor Invisible de la Infancia: Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Barudy, J. (2000). *Maltrato infantil. Ecología social: prevención y reparación*. Santiago: Editorial Galdoc.
- Bernasconi, O. (2011). Aproximación narrativa al estudio de fenómenos sociales: Principales líneas de desarrollo. *Acta Sociológica*, 56, 9-36.
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Hawley, L. L. & Auerbach, J. S. (2010). Predictors of sustained therapeutic change. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 20(1), 37–54.
- Botella, L., Corbella, S., Belles, L., Pacheco, M., Gómez, A., Herrero, O. et al. (2008). Predictors of therapeutic outcome and process. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 18(5), 535–542.
- Brown, J. (1987). A review of meta-analyses conducted on psychotherapy outcome research. *Clinical Psychology Review*, 7, 1-23.

- Bruner, J. (1991). *Actos de significado más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza editorial.
- Bruner, J. (2004). *Realidad mental y mundos posibles: Los actos de la imaginación que dan sentido a la experiencia*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Cáceres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológicamente alcanzable. *Psicoperspectivas, revista de la Escuela de Psicología facultad de filosofía y educación Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*, 2, 53-82.
- Canales, M. (2006). Presentación. En: Canales, M. (coordinador-editor). *Metodologías de investigación social: Introducción a los oficios*. Santiago, Chile: LOM Ediciones.
- Cantón, J. & Cortés, M. (2004). *Malos tratos y abuso sexual infantil: Causas, consecuencias e intervención*. Madrid: 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 doctoral, Universidad de Chile, Chile.
- Capella, C. (2013). Una propuesta para el estudio de la identidad con aportes del análisis narrativo. *Psicoperspectivas*, 12, 117–128.
- Capella, C., Águila, D., Beiza, G., Dussert, D., Gutiérrez, C., Lama, X. & Rodríguez, L. (2014). Resultados investigación [*Proceso de superación de las agresiones sexuales: Narrativas de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas, sus padres y sus psicoterapeutas*]. Manuscrito con los resultados de circulación restringida.
- Capella, C. & Gutiérrez, C. (2014). Psicoterapia con niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales: Hacia una resignificación del concepto de reparación. *Psicoperspectivas*, 13, 93-105.
- Capella, C. & Miranda, J. (2003). *Diseño, implementación y evaluación piloto de una intervención psicoterapéutica grupal para niñas víctimas de abuso sexual*. Memoria para optar al título de Psicólogo, Universidad de Chile, Chile.
- Carlberg, G., Thoren, A., Billström, S. & Odhammar, F. (2009). Children's expectation and experiences of psychodynamic child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 35(2), 175-193.
- 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.
- Código Penal Chileno (2013). Vigésima edición. Santiago: Editorial Jurídica de Chile.
- Cohen, J. Mannarino, A. & Knudsen, K. (2009). Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect*, 29, 135-145.
- Colegio de Psicólogos de Chile. (s/f). *Código de Ética Profesional*. Recuperado el 20 de mayo de 2014, de <http://www.psiucv.cl/wp-content/uploads/2012/11/Codigo-de-Etica-Profesional-Psicolog%C3%ADa-PUCV.pdf>
- Cornejo M. & Salas N. (2011). Rigor y calidad metodológicos: Un reto a la investigación social cualitativa. *Psicoperspectivas*, 10(2), 12-34.
- 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.
- 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 Psicólogo, Universidad de Chile, Chile.
- Draucker, C.B., Martsof, D., Roller, C., Knapik, G., Ross, R. & Warner Stidham, A. (2011). Healing from Childhood Sexual Abuse: A Theoretical Model. *Journal of Child Sexual Abuse*, 20(4), 435-466.
- Draucker, C.B., Martsof, D., Ross, R., Cook, C.B., Stidham, A. W. & Mweemba, P. (2009). The essence of healing from sexual violence: a qualitative metasynthesis. *Research in Nursing and Mental Health*, 32, 366-378.
- Echavarri, 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, 75-82.
- 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.
- Feixas, G. (1998). Los constructos personales en la práctica sistémica. En Neimeyer, R. y Mahoney, M. (Eds.). *Constructivismo en psicoterapia* (pp. 273-309) Barcelona: Paidós.
- Feixas, G. & Villegas, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia (3a Edición)*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fernández, O., Herrera, P., Krause, M., Pérez, J., Valdés, N., Vilches, O. et al. (2012). Episodios de Cambio y Estancamiento en Psicoterapia: Características de la comunicación verbal entre pacientes y terapeutas. *Terapia Psicológica*, 30, 5–22.
- Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse: new theory and reserch*. New York: The Free Press.
- Finkelhor, D. (1987). The Trauma of Child Sexual Abuse: Two Models. *Journal of Interpersonal Violence*, 2(4), 348–366.
- Finkelhor, D. & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 503-541.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata, S.L.
- Foster, J. M. & Hagedorn, W. 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*, 37–41.
- Gil, T. & Cano, A. (2010). Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: tipos de análisis y proceso de codificación. *Nure Investigación*, 45, 1-10.
- Gonçalves, O. (2002). *Psicoterapia cognitiva narrativa: Manual de terapia breve*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- 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.
- Glaister, J. & Abel, E. (2001). Experiences of women healing from childhood sexual abuse. *Archives of Psychiatric Nursing*, 4, 188-194.
- Glaser, D. (2002). Child sexual abuse. En Rutter, M. & Taylor, E. (Eds). *Child and Adolescent Psychiatry* (4ta. Ed.) (pp. 340-358). Oxford: Blackwell Publishing.

- Glaser, D. & Frosh, S. (1997). *Abuso sexual de niños*. Argentina: Paidós.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York, EEUU: Aldine Publishing Company.
- Juan, S., Olcese, M<sup>a</sup> V. & Roussos, A. (2012). *Logros terapéuticos propuestos por psicoterapeutas cognitivos y psicoanalíticos en el pronóstico de un caso de trastorno de ansiedad generalizada*. Recuperado el 5 de mayo de 2014, de [http://www.researchgate.net/publication/233818162\\_Logros\\_teraputicos\\_propuestos\\_por\\_psicoterapeutas\\_cognitivos\\_y psicoanaliticos\\_en\\_el\\_pronstico\\_de\\_un\\_caso\\_de\\_Trastorno\\_de\\_Ansiedad\\_Generalizada](http://www.researchgate.net/publication/233818162_Logros_teraputicos_propuestos_por_psicoterapeutas_cognitivos_y psicoanaliticos_en_el_pronstico_de_un_caso_de_Trastorno_de_Ansiedad_Generalizada)
- Harvey, M., Mishler, E., Koenen, K. & Harney, P. (2000). In the aftermath of sexual abuse: Making and remaking meaning in narratives of trauma and recovery. *Narrative Inquiry*, 10(2), 291-311.
- Harvey, S. T. & Taylor, J. E. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with sexually abused children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 517–35.
- Hernández, S., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw-Hill.
- Hetzel-Riggin, M. D., Brausch, A. M. & Montgomery, B. S. (2007). A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: an exploratory study. *Child Abuse & Neglect*, 31(2), 125–41.
- Horvath, A. O. (2006). The alliance in context: Accomplishments, challenges, and future directions. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 43(3), 258–63.
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y cambio. Una mirada desde la subjetividad*. Santiago: Ediciones Universidad Católica, Chile.
- Krause, M. (2011). La Psicoterapia: ¿Oficio sin Ciencia y Ciencia sin Oficio? [Psychotherapy: Practice without Science or Science without Practice?]. *Revista Colombiana De Psicología*, 20(1), 89-98.
- Krause, M., Altimir, C. & Horvath, A. (2011). Deconstructing the Therapeutic Alliance: Reflections on the Underlying Dimensions of the Concept. *Clínica y Salud*, 22, 267–283.
- Krause, M. & Dagnino, P. (2006). Evolución del cambio en el proceso terapéutico. *Gaceta Universitaria*, 2(3), 287-298.
- Krause, M., Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomacic, 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, Chile.

- Llanos M. T. & Sinclair, C. (2001) Terapia de Reparación en Víctimas de Abuso Sexual. Aspectos Fundamentales. *Revista Psykhé*, 10(2), 53-70.
- Ligiero, D., Fassinger, R., McCauley, M., Moore, J. & Lyytinen, N. (2009). Childhood sexual abuse, culture and coping: A qualitative study of latinas. *Psychology of Women Quarterly*, 33, 67-80.
- Maffioletti, F. & Huerta, F. (2011). Aproximación fenomenológica de los delitos sexuales en Chile: La realidad nacional. *Revista Jurídica del Ministerio Público de Chile*, 4, 1-15.
- Mahoney, M. (1998). La continua evolución de las ciencias y psicoterapias cognitivas. En Neimeyer, R. y Mahoney, M. (Eds.). *Constructivismo en psicoterapia* (pp.59 - 87). Barcelona: Paidós.
- Malacrea, M. (2000). *Trauma y reparación: El tratamiento del abuso sexual en la infancia*. Barcelona: Paidós.
- Mandiola, S. (2008). *Breve Análisis de los Delitos Sexuales contenidos en la Legislación Chilena*. Documento Diplomado Agresiones Sexuales, Universidad de Chile.
- Martínez, J. (2012). Abuso sexual infantil ¿qué se repara en la terapia? En: M.C. Aretio, y M. Heresi. *Temas de psicología clínica infanto juvenil: aportes y reflexiones* (pp.95-111). Santiago: 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 Psicología Clínica Infanto Juvenil, Universidad de Chile, Chile.
- Martsof, D. & Draucker, C. (2008). The Legacy of Childhood Sexual Abuse and Family Adversity. *Journal Of Nursing Scholarship*, 40, 333-340
- Ministerio del Interior (2008). *Encuesta nacional de victimización por violencia intrafamiliar y delitos sexuales 2008*. Recuperado el 5 de mayo de 2014, de <http://www.seguridadpublica.gov.cl/encuestas.html>
- Ministerio de Salud [MINSAL] & United Nations Children 's Fund [UNICEF] (2011), *Guía clínica. Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, víctimas de abuso sexual*. Recuperado el 26 de mayo de 2014, de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/aaa27720f363a745e04001011e011120.pdf>
- Moncada, L. (2007). *Teorías subjetivas del cambio terapéutico desde la perspectiva de los terapeutas*. Tesis Doctoral, Universidad de Chile, Chile.

- Moncada, L., Olivos, P. & Rojas G. (2003) ¿Es la variable del terapeuta estudiada en Chile? Reflexiones en torno a las investigaciones empíricas de post-grado en psicoterapia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3, 25-31.
- Morales, G. & Cornejo, M. (2013). Ambivalencias en la escucha de la tortura en Chile: implicancias clínicas y sociales. *Terapia psicológica*, 31(2), 197-208.
- 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.
- Nahuelpan E. & Varas J. (2011). La violencia de género en Chile período 2000 – 2010. Una reflexión a partir del análisis de las Agresiones Sexuales Constatados en el Servicio Médico Legal. *Documento Institucional Servicio Médico Legal*.
- Neimeyer, R. & Mahoney, M. (Eds.) (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- 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 4 de julio de 2014, de [http://www.researchgate.net/publication/222098547\\_Intervenciones\\_y\\_cambio\\_en\\_psicoterapia\\_desde\\_la\\_perspectiva\\_del\\_paciente](http://www.researchgate.net/publication/222098547_Intervenciones_y_cambio_en_psicoterapia_desde_la_perspectiva_del_paciente)
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. & Gómez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse & Neglect*, 33, 331–342.
- Perrone, R. (1995). El abuso sexual: reflexiones y tratamiento. *Revista De Familias y Terapias*, 3(5), 22-32.
- Perrone, R. & Nannini, M. (1998). *Violencia y abusos sexuales en la familia: un abordaje sistémico y comunicacional*. Argentina: Editorial Paidós.
- Piaget, J. (2001). *Inteligencia y afectividad*. Argentina: Aique
- 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.
- Piñuel, J. (2002). Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido. *Estudios de Sociolingüística*, 3(1), 1-42.
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la Lengua Española (22a. ed.)*. Disponible en <http://www.rae.es>

- Riessman, C.K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. California: Sage Publications.
- Rodríguez, L. (2014). *Narrativas de cambio y fortalecimiento: una aproximación al proceso de superación de experiencias de agresión sexual en niños y niñas*. Memoria para optar al título de Psicólogo, Universidad de Chile, Chile.
- Rojas Breedy, A. L. (2002). *Después de romper el silencio: Psicoterapia con sobrevivientes de abuso infantil*. Editorial de la Universidad de Costa Rica, Patronato Nacional de la Infancia. San José: Costa Rica.
- Ronen, T. (1996). Constructivist therapy with traumatized children. *Journal of Constructivist Psychology*, 9, 139-156.
- Saha, S., Cheung, M. & Thorne, L. (2011). A narrative exploration of the sense of self of women recovering from childhood sexual abuse. *Counselling Psychology Quaterly*, 24(2), 101-113.
- Sanchez-Meca, J. S., Alcázar, A. I. R. & Soler, C. L. (2011). The psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: A meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 67–93.
- Sanhueza, L. (2010). *Abuso sexual infanto juvenil: reflexiones desde la práctica*. Temuco: Ediciones Temuco.
- Sepúlveda, G. (2013). *Psicoterapia evolutiva con niños y adolescentes*. Santiago: Mediterráneo.
- Sepúlveda, M<sup>a</sup>. G. & Capella, C. (2012). Desarrollo psicológico del escolar y sus trastornos: lo evolutivo y lo psicopatológico. En Almonte, C. y Montt, M<sup>a</sup> E. *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (pp.33-48). Santiago: Editorial Mediterráneo.
- Servicio Nacional de Menores [SENAME] (2012). *Bases técnicas específicas: programa de protección especializado modalidad maltrato infantil grave y abuso sexual*. Recuperado el 12 de mayo de 2014, de [http://www.sename.cl/wsename/licitaciones/p7\\_27-02-2012/PRM%20Bases%20Tecnicas%20Licitac%20%20Febrero%202012.pdf](http://www.sename.cl/wsename/licitaciones/p7_27-02-2012/PRM%20Bases%20Tecnicas%20Licitac%20%20Febrero%202012.pdf)
- Smith & Bentovim (1994). Sexual abuse. En: Rutter, M., Taylor, E. y Hersov, L. (eds), *Child and adolescent psychiatry*. London: Ed Blackwell Science.
- Taylor, S.J. & Bogdan, R. (1998). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Editorial Paidós.
- United Nations Children's Fund [UNICEF], (2012). *Cuarto estudio de maltrato infantil*. Santiago: UNICEF.
- Valdés, N., Krause, M., Vilches, O., Dagnino, P., Echevarri, O., Ben-Dov, P., Arístegui, R. & Parra, G. (2005). Proceso de cambio psicoterapéutico: análisis

- de episodios relevantes en una terapia grupal con pacientes adictos. *Psykhe*, 2, 3-18.
- Valles, M. (2003). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Vergara, P. (2011). *El sentido y significado personal en la construcción de la identidad personal*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología mención Psicología Clínica Infanto Juvenil, Universidad de Chile, Chile.
- Waizmann, V., Etchebarne, I. & Roussos, A. (2004). La interacción entre las intervenciones psicoterapéuticas de distintos marcos teóricos y los factores comunes a las psicoterapias. *Revista Argentina de Clínica Psicológica XIII*, 233-244.
- Waizmann, V. & Roussos, A. (2009). Acerca de la dificultad en la conceptualización de la alianza terapéutica. *Intersubjetivo*, 1(10), 122-133.
- Wiggins, S., Elliott, R. & Cooper, M. (2012). The prevalence and characteristics of relational depth events in psychotherapy. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 22(2), 139–58.
- Winkler, M. I., Avendaño, C., Krause M. & Soto, A. (1993). El cambio psicológico desde la perspectiva de los consultantes. *Revista Terapia Psicológica*, 20, 7-19.

## 8. ANEXOS.

### 8.1.- Guión de entrevistas a psicólogos/as.

Proyecto U-Inicia 5/0612: Proceso de superación de las agresiones sexuales

1

#### Guión de entrevista a terapeutas

Consigna:

- Firmar consentimiento informado

Tal como se plantea en la carta de consentimiento, la presente investigación intenta recoger como es que se produce el proceso terapéutico de superación con los niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales. Es por esto que me gustaría que pudiéramos conversar respecto de cómo este caso en particular realizó su proceso y que consideras que influyó en que sea un egreso exitoso, identificando los factores que favorecieron y dificultaron el proceso. Nos interesa mucho tu impresión como psicóloga/o tratante pues eres la persona más idónea para poder contarnos su proceso. Entonces, ahora te pediría que puedas contarme del proceso que llevó a cabo este niño/a o adolescente y su familia.

#### 1) Causales de ingreso

- a) ¿Cómo se realiza la revelación?
- b) ¿Cómo fue la agresión?
- c) ¿Le otorgan credibilidad?
- d) ¿Qué le parecía venir a un proceso terapéutico por lo que le sucedió?
- e) ¿Con quién venía?
- f) ¿Cómo habla del proceso, del agresor, del proceso legal?

#### 2) Proceso Terapéutico

- a) ¿Cómo se llevo a cabo el proceso terapéutico?
- b) ¿Los padres como participaron en éste?
- c) ¿Qué destacas del proceso?
- d) ¿Qué momentos fueron relevantes?
- e) ¿Cómo te diste cuenta que estaba pronto al alta?
- f) ¿Qué técnicas favorecieron más la expresión del niño durante la terapia?

\* En este apartado ir pidiendo referentes temporales, cuando se hablen de fases o avances del proceso psicoterapéutico, ej., ¿cuantos meses llevaba cuando empezaron esa segunda fase que comentas?, ¿en qué momento ocurrió la remisión de sintomatología?

#### 3) Superación

- a) ¿Consideras que el niño/a o adolescente superó la experiencia de agresión sexual?  
¿En qué sentido?
- b) ¿Qué aspectos favorecieron el proceso de superación?
- c) ¿Cuáles lo obstaculizaron?
- d) ¿Crees que algunas características de la agresión (vinculo con el agresor, duración) influyeron en el proceso de superación?
- e) ¿Qué dice el adolescente de su proceso de superación?

- f) Más allá de la psicoterapia, ¿qué elementos familiares, individuales, sociales y legales ayudaron o dificultaron a la superación?
- g) ¿Qué crees que le puede haber faltado al proceso?

4) Vínculo

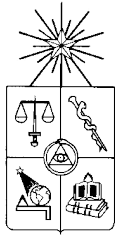
- a) ¿Crees que el vínculo o alianza terapéutica ocupó un lugar en el proceso de superación? ¿En qué sentido?
- b) ¿Qué aspectos del vínculo consideras significativos?
- c) ¿Cuánto tiempo demoró la construcción del vínculo?
- d) ¿En qué notaste que se había establecido un vínculo favorable?
- e) ¿En qué momentos fue más importante el vínculo durante la psicoterapia?

5) Cierre

- a) Después de esta revisión que has hecho del proceso, ¿con qué sensación te quedas respecto a éste?
- b) ¿Qué características del niño pueden ser importantes a considerar en la entrevista?
- c) *Plantear la idea de pedir producto simbólico:*
  - i) ¿Qué tipo de producto podríamos pedirle?
  - ii) ¿Crees que es mejor que la realice en sesión o que lo realice en su casa?
- d) ¿Crees que sería pertinente en este caso entrevistar al asistente social también?
- e) ¿Hay algo que te parezca relevante agregar antes de terminar la entrevista?

Agradecer participación. Plantear que luego se le invitará a participar de un focus group, pedirle mail de contacto para ello.

## 8.2.- Guión de grupo focal.



Departamento de Psicología  
FACSO  
Universidad de Chile

### Consigna:

La presente investigación pretende caracterizar la forma en que se produce el proceso de superación de la experiencia de agresión sexual en niños/as y adolescentes que han sido víctimas de tales experiencias, identificando los factores que lo favorecen y dificultan, incorporando las perspectivas de niños/as y adolescentes que han sido víctimas, de sus adultos responsables y de sus psicoterapeutas.

Es por esto que nos interesa que pudiéramos conversar respecto de cómo comprenden los cambios terapéuticos, identificando los factores que los favorecen y dificultan. Nos interesa mucho la impresión de cada uno/a de ustedes, pues los/as consideramos las personas más idóneas para poder contarnos acerca de esto.

El objetivo de esta conversación grupal, es poder compartir las diferentes visiones y experiencias del trabajo terapéutico con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales; consideramos que esa diversidad de visiones y experiencias puede ser muy valiosa para nuestra investigación.

Primero, quisiéramos pedirles que se presenten para que podamos conocernos e iniciar la conversación.

**1.- Concepto:** Como ya ha sido expuesto, nos interesa profundizar en las experiencias terapéuticas de cada uno/a de ustedes, lo que ustedes realizan en términos generales, pudiendo explorar más allá de los lineamientos técnicos de los diferentes programas, y entendiendo que hay diferencias en el caso a caso,. En este sentido, quisiéramos comenzar consultándoles desde su experiencia cuál sería el objetivo en la psicoterapia con víctimas de agresiones sexuales y cómo lo llevan a cabo. Preguntas posibles: ¿Qué es lo que realizan?, ¿Cómo denominan lo que hacen?, ¿Tiene sentido para ustedes aquella denominación?, Si no es así, ¿Cómo llamarían lo que realizan? Respecto del concepto de superación que nosotros utilizamos en esta investigación ¿lo conocen?, ¿Qué opinan de él?

### Preguntas o temas clave:

**2.- Proceso:** ¿Cómo describirían aquello que ustedes realizan?, ¿Qué caracteriza esto que hacen?, ¿Cuánto dura?, ¿De qué depende?, ¿Distinguen particularidades en relación a otras terapias (Si no aparece la idea de proceso, indicar "Suele hablarse que la terapia es un proceso... qué opinión tienen ustedes?

**3.- Hitos:** ¿Qué tiene que ocurrir para que ustedes consideren el proceso como exitoso?, ¿Cómo reconocen que el/a niño/a o adolescente y su adulto responsable se encuentran preparados para el alta terapéutica?, ¿Podrían distinguir hitos o puntos de giro durante el proceso?

**4.- Padres:** ¿Hay adultos que tengan participación dentro del proceso? ¿Quiénes?, si fuese así ¿Cuál es el sentido de esta labor? ¿De qué manera participan? (Distinción entre participación sistemática y/o convocatoria a un tema o momento específico)

**5.- Requerimientos institucionales:** Considerando la realidad de un contexto de intervención pública ¿Cuáles consideran serían las condiciones ideales de la intervención?, ¿Qué aspectos serían más importantes relevar?, ¿Cuánto tiempo se necesitaría para que el proceso sea adecuado?

**6.- Factores que favorecen y dificultades:** ¿Qué creen que facilita el proceso que ustedes han descrito?, ¿Qué lo dificulta? (en términos de alianza terapéutica, aspectos individuales, familiares, sociales y legales).

**7.- Factores de la agresión:** ¿Cómo favorecen o dificultan aquellos aspectos de la agresión sexual y su develación? (ej: cronicidad de la agresión, intra o extrafamiliar etc.).

**8.- Factores sociodemográficos:** En su experiencia, ¿Influyen en el éxito de un proceso factores sociodemográficos, socioeconómicos, socioculturales, religiosos, etc. (ej, edad, género, género del terapeuta, etc.)?, ¿De qué manera?, ¿Se relacionan con procesos exitosos?, ¿Cuáles podrían ser los más relevantes?



### 8.3.- Consentimiento informado de entrevista a psicólogo/a.

Proyecto U-Inicia 5/0612: Proceso de superación de las agresiones sexuales

1



Departamento de Psicología  
FACSO  
Universidad de Chile



#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada/o psicólogo/a:

Mediante esta carta nos dirigimos a usted con la intención de solicitar su colaboración en la realización de un estudio que está siendo desarrollado por el Departamento de Psicología de la Universidad de Chile y que ha sido presentado al concurso U-Inicia VID 2012 por la psicóloga Claudia Capella en calidad de Investigadora responsable. A través de esta carta queremos informarle de las características de la investigación con el propósito de ayudarlo/a a tomar una decisión respecto de la invitación a participar.

El estudio se denomina "Proceso de superación de las agresiones sexuales: Narrativas de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas, sus padres y sus psicoterapeutas", y tiene como objetivo caracterizar la forma en que se produce el proceso de superación de la experiencia de agresión sexual, identificando los factores que lo favorecen y dificultan.

El estudio busca conocer la perspectiva de los niños/as y adolescentes, sus padres y sus psicoterapeutas, sobre este proceso de superación y la psicoterapia que están terminando o han terminado recientemente. Se espera que los resultados de esta investigación nos ayuden a conocer cómo les podemos entregar un mejor apoyo a los niños que han sido víctimas.

Para esto, requerimos de su colaboración. Su participación implicaría la asistencia a un grupo focal de alrededor de una hora, donde también participarán otros psicólogos/as que se desempeñan en la temática, el que se realizaría en un lugar por convenir entre los participantes y la Investigadora responsable de este estudio. Junto con esto, de ser necesario, le haríamos a usted una entrevista individual de alrededor de 30 minutos, en un lugar también por convenir.

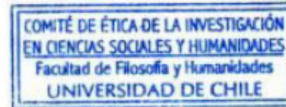
Los grupos focales (y las eventuales entrevistas) serán realizados por miembros del equipo de investigación con formación avanzada en psicología, debidamente capacitados para ello. Los grupos focales tendrán como contenido el proceso de superación y psicoterapia en niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales. De ser necesaria la entrevista, se referirá a este proceso en el niño/a o adolescente que usted atiende y que también está participando en esta investigación. En este sentido, se espera que los grupos focales y las entrevistas tengan un efecto beneficioso, en la medida que permitan reflexionar respecto de este tema con otros colegas. Ninguna de estas actividades conlleva riesgos para usted. Del mismo modo, ellas tampoco consideran ningún beneficio o compensación asociados, ni para usted ni para los demás participantes.

Su participación es totalmente voluntaria y puede negarse a participar o decidir en cualquier momento dejar de participar sin tener que dar explicaciones de ningún tipo y sin que ello tenga ninguna consecuencia para usted.

Los grupos focales y entrevistas serán grabadas en audio, y dicha información será usada exclusivamente para los fines de esta investigación, cuyos resultados serán



**Departamento de Psicología**  
**FACSO**  
 Universidad de Chile



publicados y/o presentados. Si accede a participar se resguardará estrictamente el anonimato y la absoluta confidencialidad de la información, la que será manejada exclusivamente por los investigadores. La información obtenida será almacenada e identificada con números, por lo cual no se podrán reconocer de ninguna manera ni los nombres ni otros datos que permitieran a los participantes. La información será resguardada por la investigadora responsable en sus oficinas de trabajo, evitándose que personas ajenas a la investigación tengan acceso a ella.

Si accede a participar, se le solicita comprometerse a guardar estricta reserva respecto de los dichos o declaraciones que hagan las demás personas con quienes usted interactúe durante la realización de los grupos focales que integre.

Los resultados finales de esta investigación estarán a su disposición, para lo cual usted podrá contactar a la Investigadora responsable del estudio y acordar el procedimiento mediante el cual se le haga llegar la información.

Le informamos además, que el Comité de Ética de la Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad de Chile, evaluó el proyecto de investigación previo a su aprobación, con la finalidad de resguardar el cumplimiento de las exigencias éticas en su implementación, específicamente en lo relativo al resguardo de la integridad de los menores involucrados en el estudio.

Cualquier consulta que pudiese tener sobre estos aspectos y sobre los derechos que le competen a Ud. como participante del estudio, puede formularse directamente a su Presidente, el profesor Raúl Villarroel (Av. Capitán Ignacio Carrera Pinto 1025, piso 3, Ñuñoa; Fono 978 7026 – 978 7023; email [comitedeetica@uchile.cl](mailto:comitedeetica@uchile.cl)).

Del mismo modo, en caso que usted tenga alguna duda o pregunta respecto de esta investigación, previa a decidir su participación o posteriormente en cualquier momento durante el proceso, o quiera recibir los resultados de la investigación, se puede comunicar con la investigadora principal, Psicóloga Claudia Capella Sepúlveda, al fono (56-2) 9787802 o al correo electrónico [dptopic@uchile.cl](mailto:dptopic@uchile.cl).

Finalmente quisiéramos señalarle que su consentimiento para la participación, será una contribución relevante al desarrollo de lineamientos para la intervención de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas, entregándoles un mejor apoyo.

En caso que su respuesta sea positiva, y con el fin de completar los datos de la investigación, le solicitamos que por favor firme el Formulario de Consentimiento que se adjunta. Se le entregará una copia impresa idéntica de este documento.

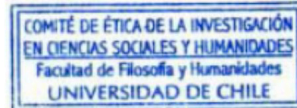
Desde ya agradecemos su disposición.

Saluda atentamente,

Claudia Capella  
 Investigadora responsable



**Departamento de Psicología**  
**FACSO**  
Universidad de Chile



### FIRMAS DEL CONSENTIMIENTO

Yo, \_\_\_\_\_, he sido invitado/a a participar en la investigación “Proceso de superación de las agresiones sexuales: Narrativas de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas, sus padres y sus psicoterapeutas”, que desarrolla el Departamento de Psicología de la Universidad de Chile. He leído y comprendido la información del documento de consentimiento y mis dudas al respecto han sido aclaradas.

Acepto voluntariamente participar en dicha investigación, sabiendo que puedo terminar mi participación en cualquier momento sin dar explicaciones y sin consecuencias para mí.

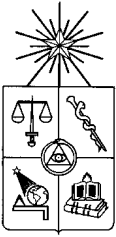
\_\_\_\_\_  
Firma participante

\_\_\_\_\_  
Firma Investigador

Santiago, \_\_\_\_\_  
Fecha



#### 8.4.- Consentimiento informado de grupo focal.



Departamento de Psicología

**FACSO**

Universidad de Chile

---

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO GRUPO FOCAL

#### Estimada/o psicólogo/a:

Mediante esta carta nos dirigimos a usted con la intención de solicitar su colaboración en la realización de un estudio que está siendo desarrollado por el Departamento de Psicología de la Universidad de Chile y que ha sido presentado al concurso U-Inicia VID 2012 por la psicóloga Claudia Capella en calidad de Investigadora Responsable. A través de esta carta queremos informarle de las características de la investigación con el propósito de ayudarlo/a a tomar una decisión respecto de la invitación a participar.

El estudio se denomina "*Proceso de superación de las agresiones sexuales: Narrativas de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas, sus padres y sus psicoterapeutas*", y tiene como objetivo caracterizar la forma en que se produce el proceso de superación de la experiencia de agresión sexual, identificando los factores que lo favorecen y dificultan.

El estudio busca conocer la perspectiva de los niños/as y adolescentes, sus padres y sus psicoterapeutas, sobre este proceso de superación y la psicoterapia que están terminando o han terminado recientemente. Los resultados de esta investigación, se espera nos ayude a conocer cómo les podemos entregar un mejor apoyo a los/as niños/as y/o adolescentes que han sido víctimas.

Para esto, requerimos de su colaboración. Su participación implicaría la asistencia a un grupo focal, el cual se prolongará por alrededor de 90 minutos, donde también participarán otros psicólogos/as que se desempeñan en la temática. Éste será realizado por miembros del equipo de investigación con formación en psicología, debidamente capacitados.

El objetivo del grupo focal, es poder compartir las diferentes visiones y experiencias del trabajo terapéutico con niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, profundizando en la comprensión de los/as psicoterapeutas de los cambios terapéuticos, identificando los factores que los favorecen y dificultan. En este sentido, se espera que los grupos focales tengan un efecto beneficioso, en la medida que permitan reflexionar respecto a este tema con otros colegas, y no conlleva riesgos para usted. Del mismo modo, ellas tampoco consideran ningún beneficio o compensación asociados, ni para usted ni para los demás participantes.

Su participación es totalmente voluntaria y puede negarse a participar o decidir en cualquier momento dejar de participar sin ninguna consecuencia para usted.

El grupo focal será grabado en audio y video, y dicha información será usada exclusivamente para los fines de esta investigación, cuyos resultados serán publicados y/o presentados. Si accede a participar se resguardará estrictamente el anonimato y la absoluta confidencialidad de la información, la que será manejada exclusivamente por los/as investigadores/as. La información obtenida será almacenada e identificada con números, por lo cual no se podrán reconocer de ninguna manera ni los nombres ni otros datos que permitieran identificar a los participantes. La información será resguardada por la investigadora en sus oficinas de trabajo, evitándose que personas ajenas a la investigación tengan acceso a ella.

Si accede a participar, se le solicita comprometerse a guardar estricta reserva respecto de los dichos o declaraciones que hagan las demás personas con quienes usted interactúe durante la realización del grupo focal.

Los resultados finales de esta investigación estarán a su disposición, para lo cual usted podrá contactar a la Investigadora responsable del estudio y acordar el procedimiento mediante el cual se le haga llegar la información.

Le informamos además, que el Comité de Ética de la Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad de Chile, evaluó el proyecto de investigación previo a su aprobación, con la finalidad de resguardar el cumplimiento de las exigencias éticas en su implementación, específicamente en lo relativo al resguardo de la integridad de los menores involucrados en el estudio. Cualquier consulta que pudiese tener sobre estos aspectos y sobre los derechos que le competen a Ud. como participante del estudio, puede formularse directamente a su Presidente, el profesor Raúl Villarroel (Av. Capitán Ignacio Carrera Pinto 1025, piso 3, Ñuñoa; Fono 978 7026 – 978 7023; email [comitedeetica@uchile.cl](mailto:comitedeetica@uchile.cl)).

Del mismo modo, en caso que usted tenga alguna duda o pregunta respecto de esta investigación, previa a decidir su participación, o quiera recibir los resultados de la investigación, se puede comunicar con la investigadora principal, Psicóloga Claudia Capella Sepúlveda, al fono (56-2) 9787802 o al correo electrónico [dptopsic@uchile.cl](mailto:dptopsic@uchile.cl).

Finalmente quisiéramos señalarle que su consentimiento para la participación, será una contribución relevante al desarrollo de lineamientos para la intervención de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas, entregándoles un mejor apoyo.

En caso que su respuesta sea positiva, y con el fin de completar los datos de la investigación, le solicitamos que por favor firme el Formulario de Consentimiento que se adjunta. Se le entregará una copia impresa idéntica de este documento.

Desde ya agradecemos su disposición.

Saluda atentamente,  
Claudia Capella  
Investigadora responsable

## CONSENTIMIENTO GRUPO FOCAL

Yo, \_\_\_\_\_, he sido invitado/a a participar en la investigación "*Proceso de superación de las agresiones sexuales: Narrativas de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas, sus padres y sus psicoterapeutas*", que desarrolla el Departamento de Psicología de la Universidad de Chile. He leído y comprendido la información del documento de consentimiento y mis dudas (de presentarlas) han sido aclaradas.

Acepto voluntariamente participar en dicha investigación, sabiendo que puedo terminar mi participación en cualquier momento sin dar explicaciones, y sin consecuencias para mí.

\_\_\_\_\_  
Firma participante

\_\_\_\_\_  
Firma Investigador

Santiago, \_\_\_\_\_  
Fecha