



Universidad de Chile



Facultad de Ciencias Sociales

Carrera de Psicología

**Deserción Psicoterapéutica de Adolescentes que han sido Víctimas de Agresiones
Sexuales: La Mirada de sus Psicoterapeutas.**

Sofía Fuentes Garrido y Vania Vásquez Santis

Memoria para optar al Título de Psicóloga

Profesora Patrocinante:

Claudia Capella Sepúlveda

Santiago, Junio de 2017

Índice

Resumen.....	6
1. Problema y Objetivos de Investigación.....	7
1.1 Aspectos Generales de las Agresiones Sexuales.....	12
1.1.1 Definición agresiones sexuales infanto-juveniles (ASI).....	12
1.1.2 Relación con el agresor.....	13
1.1.3 Consecuencias.....	13
1.2 Psicoterapia en Agresiones Sexuales.....	14
1.2.1 Psicoterapia con niños y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales.....	15
1.2.1.1 Contexto nacional en terapias por agresiones sexuales en población infanto-juvenil.....	18
1.2.1.2 Principales investigaciones acerca de las narrativas de los participantes en psicoterapias por agresiones sexuales que han sido exitosas.....	19
1.3 Deserción.....	25
1.3.1 Definición.	25
1.3.2 Factores que influyen en la deserción psicoterapéutica infanto- juvenil.....	26
1.3.3 Deserción adolescente.....	31
1.3.4 Contexto nacional en deserción infanto-juvenil.....	33
1.3.5 Datos de deserción en ASI.....	35
1.4 Objetivos.....	38
1.4.1 Objetivo general.....	38
1.4.2 Objetivos específicos.....	38
2. Marco Metodológico.....	39

2.1 Enfoque Metodológico.....	39
2.2 Tipo de Estudio.....	39
2.3 Diseño de Investigación.....	40
2.3.1 Participantes.....	40
2.3.2 Caracterización de la muestra.....	41
2.4 Técnicas de Producción: Entrevistas en Profundidad.....	45
2.5 Procedimiento.....	46
2.6 Análisis de Datos: Análisis Narrativo.....	48
3. Resultados.....	50
3.1 Caracterización del Caso.....	52
3.1.1 Características del funcionamiento familiar, los vínculos y el contexto.....	52
a) Características del funcionamiento familiar.....	52
b) Características de la relación entre el adulto responsable (AR) y el adolescente.....	54
c) El adulto responsable y el ejercicio de su rol.....	55
d) Otras problemáticas que presenta el adolescente distintas a ASI.....	57
3.1.2 Aspectos relacionados a la agresión sexual.....	58
a) Credibilidad.....	58
b) Funcionamiento del paciente tras la develación.....	59
Reacción del adulto responsable y grupo familiar tras la develación.....	59
3.2 Comprensión de la Problemática del Paciente.....	60
3.2.1 Comprensión de la agresión sexual.....	61

3.2.2 Diagnóstico del caso.....	62
3.2.3 El espacio terapéutico y su utilidad para el paciente.....	63
3.3 Obstaculizadores del Proceso Terapéutico.....	64
3.3.1 Obstaculizadores relacionados con el funcionamiento familiar..	64
3.3.2 Obstaculizadores relacionados con el adulto responsable.....	66
a) Respecto al funcionamiento del adulto responsable.....	66
b) Relación Terapéutica entre el adulto responsable y el psicoterapeuta.....	66
3.3.5 Obstaculizadores relacionados con el adolescente.....	67
3.3.6 Obstaculizadores en relación a los terapeutas y al centro.....	68
a) Limitaciones en la intervención Terapéutica.....	68
b) Eventos ocurridos durante el proceso: Interrupción desde el Centro.....	68
3.4 Favorecedor del Proceso: Relación Terapéutica con el Adolescente.....	69
3.4.1 Relación terapéutica y su influencia en el proceso.....	69
3.5 Deserción.....	71
3.5.1 Factores que pueden haber influido en el proceso de deserción	71
a) Asociados al adulto responsable.....	71
b) Asociados al adolescente.....	72
3.5.2 Proceso de Deserción.....	73
a) Cómo ocurrió y acciones tras la deserción.....	73
3.6 Persona del Terapeuta.....	74
3.6.1 Sentimientos y emociones asociados al caso.....	74
4. Conclusiones.....	76
4.1 Discusión de Principales Resultados.....	76

4.2 Aportes, Limitaciones y Futuras Investigaciones.....	83
Referencias Bibliográficas.....	87
Anexos.....	98
Anexo 1: Consentimientos y Asentimientos Informados.....	98
Anexo 2: Guión de Entrevista Psicólogos.....	108

Resumen

Internacionalmente, se ha observado el considerable porcentaje de adolescentes que desertan de sus procesos psicoterapéuticos. Nacionalmente, existe escasa investigación al respecto, especialmente en adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales (AS). La investigación internacional ha estudiado como posibles causas de la deserción aspectos de los adultos responsables y del paciente, con menor énfasis en aspectos del terapeuta y la terapia. El objetivo del presente estudio es explorar la perspectiva de los psicólogos tratantes sobre el proceso de deserción de sus pacientes adolescentes que han sido víctimas de AS. Se utilizó el análisis narrativo temático de entrevistas, realizadas a 8 psicólogos de adolescentes víctimas de AS, que desertaron durante los primeros meses de terapia. En los resultados, se aprecian como elementos asociados a la deserción: características del contexto familiar (como el escaso apoyo parental y problemáticas familiares múltiples), aspectos del momento evolutivo de los pacientes, el motivo de consulta (con frecuencia no asociado directamente a la AS), factores institucionales, socioeconómicos y culturales. En las conclusiones se discuten las contribuciones del estudio a las bases teóricas y sus implicancias clínicas. Además, se plantea la necesidad de generar estudios que continúen indagando el área, para enriquecer la mirada del fenómeno.

Palabras clave: deserción psicoterapéutica, adolescentes, agresiones sexuales, psicoterapeutas.

1. Problema y Objetivos de Investigación

Durante los últimos años ha aumentado de manera considerable la atención que se le ha puesto a las agresiones sexuales infanto-juveniles (ASI) tanto a nivel nacional como internacional, debido a su reconocida extensión, captando así el interés de las familias e instituciones que trabajan con la infancia y la adolescencia, la sociedad en su conjunto y el Estado (Dussert, 2014).

Si bien los estudios internacionales coinciden en las dificultades para estimar con certeza la prevalencia de las agresiones sexuales infanto-juveniles, Finkelhor (1994), luego de realizar una revisión retrospectiva de encuestas sobre prevalencia, con adultos de Estados Unidos y Canadá, encontró que entre un 20% y un 25% de las mujeres y entre un 5% y un 15% de los hombres refieren haber experimentado contacto sexual abusivo a lo largo de sus vidas. Tales datos fueron luego comparados con estudios de prevalencia de otros 19 países, encontrando una distribución similar a la de los estudios realizados en Norteamérica, hallándose que entre un 7% y 36% de las mujeres y entre el 3% y 29% de los hombres había sufrido una agresión sexual en la niñez (Finkelhor, 1994).

Posteriormente, Pereda, Guilera, Forns y Gómez-Benito (2009), buscaron contrastar la prevalencia de abuso sexual infantil encontrada en el estudio de Finkelhor. Luego de la revisión actualizada de 38 estudios de 21 países diferentes, sobre prevalencia de abuso sexual infantil, llegaron a concluir que de 0 a 53% de las mujeres y de 0 a 60% de los hombres tuvo historias de abuso sexual en la niñez (Pereda et al., 2009).

En cuanto a la prevalencia del fenómeno a nivel nacional, se ha encontrado un 7,3 % de la población escolar chilena declaró haber sufrido abuso sexual (Lampert, 2015). Por otro lado, las estadísticas entregadas por el Ministerio Público de Chile al estudio realizado por Maffioletti y Huerta (2011), dan a conocer que las denuncias relacionadas a agresiones sexuales han aumentado desde el año 2005, indicando que de las 19.000 denuncias anuales por delitos sexuales (1,4% del total de denuncias), el 70% corresponde a ASI (Maffioletti & Huerta, 2011). Además, si es considerada la distribución por edad de las víctimas, se observa que entre los 7 y los 13 años se produce la mayor cantidad de denuncias por delito sexual, lo cual decae progresivamente a medida que aumenta la edad (Maffioletti & Huerta, 2011).

En este contexto, el Servicio Nacional de Menores [SENAME], quien entrega gran parte de la oferta de atención a niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales y otros tipos de maltrato grave, ha aumentado considerablemente la cobertura de atención, contando desde el año 2008 con más de 90 proyectos especializados en la atención a esta temática en el país (SENAME, 2013).

En cuanto a la bibliografía sobre las consecuencias de las agresiones sexuales en la infancia, se han sugerido dos conclusiones importantes. En primer lugar, el impacto de la agresión sexual infantil es muy variable, pues algunos niños no presentan efectos negativos detectables; otros muestran reacciones altamente adversas con sintomatología psiquiátrica grave (Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993). En segundo lugar, la agresión sexual infantil es un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos psiquiátricos y angustia en los adultos, aunque no todos los individuos experimentarán efectos a largo plazo (Saywitz, Mannarino, Berliner, & Cohen, 2000).

Aun así, un número considerable de investigaciones ha documentado los efectos de las agresiones sexuales infanto-juveniles (ASI), encontrándose que éstas aumentan el riesgo, en los niños, de desarrollar trastorno de estrés postraumático, depresión y suicidio (Paolucci, Genuis, & Violato, 2001). En este contexto, es bien aceptado que muchos, posiblemente todos los niños que son agredidos sexualmente, necesitan intervención de salud mental (Lippert, Favre, Alexander, & Cross, 2008).

Los estudios existentes sobre los resultados del tratamiento para los niños que han sido agredidos sexualmente, sugieren que muchos de los síntomas asociados con la agresión sexual infantil pueden ser sensibles a la intervención profesional, a pesar de que los cambios en los síntomas también son influenciados por otros factores (por ejemplo, la intensidad de la reacción de los padres ante la agresión, las atribuciones de los niños, y la adaptabilidad de la familia), los que también pueden ser objetivos del tratamiento (Saywitz et al., 2000). También se ha encontrado que la creencia de los padres respecto a la efectividad de la terapia, y su apoyo, desempeñan un papel significativo en el resultado del tratamiento (Saywitz et al., 2000).

Es así como la investigación apoya la capacidad de la psicoterapia para reducir los síntomas asociados con ASI (Deblinger, Lippman, & Steer, 1996). No obstante, se hace relevante mencionar que tales estudios se han enfocado principalmente en casos exitosos, es decir, que han terminado el tratamiento (Águila, 2015). Además, la mayor

parte de tales investigaciones se han centrado en estudios retrospectivos, es decir, en adultos que han sido víctimas en la infancia (Malacrea, 2000).

Por ende, se hace relevante estudiar lo que sucede con los casos que no terminan el proceso con el alta terapéutica, los cuales han sido denominados, entre otras maneras, como casos de deserción (Rondón, Otálora, & Salamanca, 2009). Además, se ha observado la necesidad de enfocarse en la población infanto-juvenil, que como se ha mencionado, ha sido estudiada con menor frecuencia (Águila, 2015).

Respecto a los casos de deserción en la población general que asiste a psicoterapia, Jo y Almao (2001) encontraron que, aunque el abandono psicoterapéutico ha sido escasamente abordado desde la perspectiva terapéutica, las tendencias mundiales sobre deserción se encuentran entre un 25 y 50% del total de consultantes tratados, lo que es considerablemente superior a la mayoría de las disciplinas en salud.

En este punto se hace relevante mencionar que la deserción psicoterapéutica en el ámbito de la investigación es nombrada de diferentes maneras, tales como abandono, terminación prematura o temprana, incumplimiento de citas, no cumplimiento, no adherencia, discontinuidad terapéutica, refiriéndose así a la decisión por parte del paciente de finalizar el tratamiento en contra de la advertencia del clínico de no hacerlo, o antes de que el clínico haya determinado que el proceso de tratamiento ha concluido (Nock & Ferriter, 2005; Rondón et al., 2009). Por ende, se observa la necesidad de crear una definición más unificada (Deakin, Gastaud, & Tiellet, 2012).

Se plantean dos importantes implicancias clínicas relacionadas a la deserción terapéutica: los que abandonan es probable que se deterioren más y tengan un resultado más pobre que los que permanecen en tratamiento debido a una posible evolución de la sintomatología a un cuadro de mayor complejidad, y por otro lado, el abandono del tratamiento aumenta los costos de la prestación de servicios clínicos, debido tanto al gasto institucional como también de recursos humanos que finalmente no pueden concluir su intervención (Luk, Staiger, Mathai, Wong, Birleson, & Adler, 2001; Baruch, Vrouva, & Fearon, 2009). Debido a lo anterior, se destaca la necesidad de conocer los factores que pudiesen estar influyendo en tal fenómeno, con el fin de obtener información que podría ser útil para predecir y / o prevenir la deserción, debido a los costos que, como fue mencionado anteriormente, ocasiona en la red asistencial como también en los usuarios.

La mayoría de los estudios realizados hasta el momento respecto a la deserción psicoterapéutica, no han hecho ninguna distinción en función de la edad de los pacientes, estudiando en conjunto la población infanto-juvenil, desconociendo las posibles diferencias existentes entre la población infantil y la adolescente (Viale-Val, Rosenthal, Curtis, & Marohn, 1984). En este punto cabe señalar las altas tasas encontradas de deserción psicoterapéutica en la población infanto-juvenil, que varían de un 16% hasta un 75%, constituyéndose como un fenómeno común (De Haan, Boon, Hoeve, Jong, & Vermeiren, 2013). Lo anterior también cobra relevancia al considerar la alta prevalencia de agresiones sexuales encontrada en esta población, la cual, como se mencionó anteriormente, varía entre un 0 y 53% en las mujeres y de 0 a 60% en los hombres, población que podría ser objetivo de un tratamiento psicoterapéutico. (Pereda et al., 2009).

En la revisión teórica realizada, se ha encontrado escasa literatura respecto a deserción en población infanto-juvenil que ha sido víctima de agresiones sexuales. Los estudios, además, se han centrado en la no adherencia al tratamiento en su etapa inicial (Demarest, Heger, Foy, & Leskin, 1996; Lippert et al., 2008). Por otro lado, tales estudios han sido realizados en población infanto-juvenil a nivel internacional, no encontrándose estudios al respecto en el contexto nacional.

Es así como surge la necesidad de profundizar en la deserción psicoterapéutica de pacientes que han sido víctimas de agresión sexual, centrándose en la población adolescente. Lo anterior, debido a las altas tasas de deserción que ella presenta en procesos terapéuticos a nivel general, que llegan a alcanzar el 75% del total (De Haan et al., 2013). Además, se destaca la relevancia de esta etapa en el ciclo vital, en la que se elabora la identidad, siendo dicha tarea muchas veces interferida por las agresiones sexuales (Morales, 1994, citado en Lama, 2014).

Debido a la escasa literatura al respecto, se hace relevante considerar la perspectiva de los terapeutas como primera aproximación al fenómeno, con el fin de conocer su visión en torno al proceso terapéutico de manera general, el curso de éste y los factores que pudieron relacionarse con la deserción. La consideración de esta perspectiva también permitirá tener una visión más amplia respecto al caso y los distintos momentos del proceso.

Es por esto que surge la necesidad de conocer los factores relacionados al fenómeno de deserción en el contexto nacional, ampliando además la perspectiva temporal asociada, pues se ha señalado que centrarse sólo en la etapa inicial, como se ha hecho hasta ahora en la mayoría de los estudios internacionales, limita la visión más general del fenómeno, dejando fuera elementos que por ejemplo pudiesen estar relacionados a aspectos del proceso terapéutico (Demarest et al., 1996).

En este contexto, se plantea como pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores que influyen en la deserción psicoterapéutica de pacientes adolescentes que han vivido agresiones sexuales, desde la perspectiva de los terapeutas?.

Para responder a esta pregunta, se entrevistó a 8 sujetos, quienes fueron los psicólogos tratantes de los casos que desertaron del proceso terapéutico, en distintos Programas de Protección Especializados de SENAME. Es importante destacar que este estudio se enmarca dentro de una investigación mayor, el proyecto FONDECYT N°11140049, que actualmente se realiza en el Departamento de Psicología de la Universidad de Chile, denominado “Cambio psicoterapéutico en agresiones sexuales: perspectiva de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas, sus padres y sus psicoterapeutas” del cual la investigadora principal es Claudia Capella, formando las autoras de esta memoria parte del equipo de trabajo de dicha investigación.

Dicho estudio se focaliza en el cambio psicoterapéutico en casos de niños, niñas y adolescentes (NNA) que han sido víctimas de agresiones sexuales. Para ello, recoge la mirada tanto de esta población, como la de sus padres y sus psicoterapeutas. Respondiendo a los objetivos y necesidades de este estudio en particular, se ha trabajado con una parte de la muestra recolectada en el proyecto de investigación mencionado, correspondiente a los psicoterapeutas.

1.1 Aspectos Generales de las Agresiones Sexuales

1.1.1 Definición agresiones sexuales infanto-juveniles (ASI).

Las agresiones sexuales, alteran el desarrollo biopsicosocial actual y futuro de un niño, niña o adolescente que ha sido víctima, constituyéndose además en una grave vulneración de sus derechos. Son además un factor importante de riesgo para su salud mental en la edad adulta, pudiendo generar o producir, entre otros, cuadros de depresión, trastornos de estrés postraumático, trastornos de personalidad y disfunciones sexuales (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2012).

Se hace relevante en este punto realizar una distinción, ya que las definiciones de agresiones sexuales pueden distinguirse entre las dadas desde el contexto jurídico penal y las creadas desde las ciencias psicológicas y sociales (Capella, 2011). Desde la psicología jurídica se hace referencia al concepto de agresiones sexuales, y no a abuso sexual, siendo este último más utilizado desde el ámbito psicosocial. En el ámbito jurídico chileno el abuso sexual es sólo un tipo penal de delito sexual, por lo cual se pueden generar dificultades en la comprensión de los conceptos en el ámbito psicojurídico. En cambio, con el término agresiones sexuales se alude a los distintos tipos penales de delitos sexuales (violación, abuso sexual, estupro, entre otros), y se incluye la visión de que en el fenómeno de las agresiones sexuales existen elementos comunes que permiten conceptualizarlas de manera conjunta (Capella, 2011).

En este contexto, se considerará como agresión sexual infantil (ASI) toda actividad sexual impuesta, en donde el agresor ejerce poder físico o psíquico sobre la víctima, quien por su edad no siempre entiende lo inadecuado de esta actividad (Besten, 1997). En dicha situación, el agresor busca preferentemente complacer sus propias necesidades sexuales (Almonte, Insunza, & Ruiz, 2002). También es relevante señalar que más que la diferencia de edad, factor que sin duda es fundamental en relación a la imposibilidad de una relación consentida, lo que define la agresión es la asimetría entre los implicados y la existencia de coacción (explícita o implícita) (Echeburúa & Corral, 2006).

Así, en el concepto de agresión sexual es incorporada la idea de una acción sexual transgresora e impuesta por un otro, es decir una acción abusiva por parte de un agresor hacia una víctima, poniendo el énfasis en el carácter relacional de este fenómeno (CAVAS, 2003).

1.1.2 Relación con el agresor.

Una variable central a definir dentro del fenómeno de las agresiones sexuales, es el vínculo previo de la víctima con el agresor. El efecto que cada uno de los tipos de agresión tiene tanto en la víctima como en su entorno, se encuentra relacionado con esta variable. Es así como es posible definir dos categorías principales. La primera se refiere al vínculo extra-familiar, dentro del cual el agresor puede ser conocido o desconocido. En el primer caso, el niño es agredido por un adulto que pertenece a su círculo social. Mientras que, en el caso de ser un agresor desconocido, éste no tiene una vinculación previa con la víctima, y en general, utiliza la fuerza física y la amenaza como método de sometimiento (CAVAS, 2003).

En la agresión sexual intrafamiliar, el agresor es un miembro de la familia, quien manipula el vínculo familiar utilizando el poder otorgado por su rol (CAVAS, 2003). En ASI intrafamiliares la situación, con frecuencia, es precedida de juegos seductores para la víctima, lo que representa para ésta una situación confusa y ambivalente (Almonte, Insunza, & Ruiz, 2002). Es así como los límites van siendo traspasados sucesivamente, por lo que las agresiones son reiteradas en el tiempo. Otra característica de este tipo de agresiones es la imposición de la dinámica del secreto, por lo que la develación se hace frecuentemente de forma tardía (CAVAS, 2003).

1.1.3 Consecuencias.

Existe un amplio acuerdo respecto a las repercusiones negativas que poseen las agresiones sexuales en el bienestar de las personas (Echeburúa & Corral, 2006). A este respecto, la depresión sería la patología más relacionada a las agresiones sexuales, además de las ideas de suicidio, intentos de suicidio y suicidios llevados a cabo; los sentimientos de estigmatización, aislamiento, marginalidad, autoestima disminuida, ansiedad y dificultades con los hábitos de comida (López, 1997). Las víctimas de agresiones sexuales en la infancia estarían también más predispuestas a sufrir abusos en la adultez, por parte de su pareja o de otros, evidenciándose además que tienen más dificultades sexuales y disfrutan menos con la actividad sexual (López, 1997).

Aun así, la variabilidad de las experiencias que conllevan la categoría de agresión sexual y los distintos contextos en los cuales éste se produce, determinan diversos niveles de impacto en las víctimas (UNICEF, 2012). Las consecuencias dependen, por lo tanto, de la edad, el desarrollo cognitivo y emocional, el daño físico producido, los factores

resilientes, la cultura en la cual se encuentra inserta la víctima, la relación con el perpetrador, etc (UNICEF, 2012).

Respecto a la edad, los niños pequeños (en la etapa preescolar) tienden a mostrar estrategias de negación de lo ocurrido, mientras que en los niños un poco mayores (en la etapa escolar) son frecuentes los sentimientos de culpa y de vergüenza (Echeburúa & Corral, 2006). La agresión sexual presenta una especial gravedad en la adolescencia porque existe un riesgo real de embarazo, y en el caso de ASI intrafamiliar, el adolescente toma conciencia de la relación incestuosa. Por ello, no es poco frecuente que la víctima presente conductas como huidas de casa, consumo abusivo de alcohol y drogas, promiscuidad sexual e incluso intentos de suicidio (Echeburúa & Corral, 2006).

1.2 Psicoterapia en Agresiones Sexuales

Como ha podido observarse, han sido ampliamente descritas las consecuencias negativas de las agresiones sexuales (Saywitz et al., 2000; Nelson et al., 2002 citado en Hetzel-Riggin et al., 2007). Lo anterior hace pensar en la importancia de la realización de un tratamiento psicológico para quienes han sido víctimas de éstas (Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales [CAVAS], 2003).

En este contexto, se ha destacado la relevancia de que en el tratamiento para víctimas de agresiones sexuales exista el apoyo de un equipo interdisciplinar (Assis, Palomino, & Rosselli, 2009; Bernik, Laranjeiras, & Corregiari, 2003; Menicucci, Machin, Valverde, Kossel, Morelli, Fernandes, & Soianov, 2005; Vallejo & Córdoba, 2012).

Ahora bien, debido a que el concepto de reparación ha sido ampliamente utilizado en el contexto nacional para referirse al objetivo central en los procesos terapéuticos con víctimas de agresiones sexuales (SENAME, 2012) se hace necesario hacer referencia a la discusión reciente respecto a las implicancias de éste concepto, y las nuevas propuestas al respecto. Comúnmente el concepto de reparación se asocia a una visión de trauma y daño. Esta visión, se relaciona a significados como el de arreglar algo, lo que resulta en una perspectiva estigmatizadora para la víctima, en tanto se podría deducir que se “estropea” luego de la agresión sexual (Martínez, 2014 citado en Capella & Gutierrez 2014). Por otro lado, esta definición supone que es otro quien arregla, dando muy poca capacidad de acción a la víctima, situándola en un rol pasivo (Capella, 2011; Capella et al., 2008 citado en Capella & Gutierrez 2014). En este sentido, se ha planteado que durante la intervención no es un objetivo volver atrás, pero sí se pueden revisar los

recursos que permitieron sobrellevar la experiencia (Capella & Gutiérrez 2014). El concepto de superación, como una nueva propuesta, implica visualizar la posibilidad de desarrollar recursos en los sujetos que han sido víctimas, alejándose de una visión de daño crónico. Lo anterior permite ver a quien ha vivido una agresión sexual como un sujeto activo, actor de la propia vida (Capella & Gutiérrez 2014).

En cuanto al tratamiento farmacológico, se ha demostrado que después de un trauma significativo se dan cambios en la neurobiología del cerebro que justifican las intervenciones con este tipo de tratamientos (Bernik et al., 2003). Las medicaciones farmacológicas han permitido la regulación de las respuestas al estrés, la resolución de la respuesta traumática en combinación con la psicoterapia y el control de síntomas de ansiedad generalizada, entre otras ventajas. Aun así, se ha planteado que siempre que se utilice la farmacoterapia, se debe hacer un acompañamiento complementario psicosocial, sin embargo, esto no es realizado en la totalidad de los casos (Bernik et al., 2003).

1.2.1 Psicoterapia con niños y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales.

Como se ha señalado, la agresión sexual presenta diferentes formas y por tanto también el tratamiento ha de ser diferente. No es igual una intervención en el momento de la crisis que una intervención a mediano o largo plazo. El tipo de intervención depende también de las necesidades específicas de los niños, niñas y adolescentes, y de la severidad de sus problemas (Arruabarrena & de Paúl, 1994). Deben tenerse en cuenta, las características del niño: edad, capacidad verbal, madurez emocional, etc (Peterson & Urquiza, 1993).

Dada la diversidad de los efectos de la agresión sexual infantil, no hay un solo tipo de intervención probable que sea aplicable o efectiva para todos los niños que han sido víctimas de agresiones sexuales. A menudo, el tratamiento de los niños que han sido agredidos sexualmente y sus familias es complejo. Los planes de tratamiento tienen que ser individualizados sobre la base de la presentación clínica del niño y el contexto en el que se realizará el tratamiento. El tipo de tratamiento (individual, familiar, grupal, farmacológico) y los diferentes niveles de atención (por ejemplo, pacientes ambulatorios, parcial, o como paciente interno) pueden ser necesarios para los diferentes niños o para el mismo niño en diferentes momentos (AACAP, 1998 citado en Saywitz et al., 2000).

Además, el trabajo con cuidadores en una forma u otra parece ser esencial. Incluir a los padres en el tratamiento les permite manejar los síntomas que presentan los niños, el desarrollo de estrategias para la prevención de la re-victimización, y para normalizar el funcionamiento familiar (Saywitz et al., 2000).

Es así como diversos autores han planteado la relevancia de que en un primer momento del tratamiento se realice una evaluación de cada caso para conocer las consecuencias de la situación de agresión sexual, para así orientar la intervención (Hetzel-Riggin et al., 2007; Capella y Gutiérrez 2014).

Se hace relevante mencionar en este punto que hay quienes plantean que el tratamiento directo a las víctimas de agresiones sexuales menores de edad, se recomienda cuando hay una presencia acentuada de síntomas que interfieren negativamente en la vida de la víctima, cuando se encuentra en una situación de crisis (salida del hogar, proceso judicial, etc) y cuando sus capacidades cognitivas lo permiten (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011).

Para Echeburúa y Guerricaechevarría (2011) la intervención psicológica con los niños y adolescentes puede ser diferenciada en dos ejes fundamentales: uno, educativo-preventivo y, otro, propiamente clínico o terapéutico. En la primera fase el niño/a o adolescente debe conocer el significado de la sexualidad de una forma eficaz, objetiva y adaptada a su nivel evolutivo. Asimismo, es importante que atribuya la responsabilidad de lo ocurrido al agresor. Se busca que los niños/as y adolescentes comprendan qué son las agresiones sexuales, quiénes son los que potencialmente pueden cometerlas y cómo se puede actuar frente a estas situaciones. Aunque ellos no son culpables de lo sucedido y la responsabilidad recae enteramente sobre el agresor, los niños/as y adolescentes disponen de estrategias para evitar su nueva ocurrencia. Esto, además de garantizar la seguridad del niño/a o adolescente en el futuro, le proporciona una sensación de control y elimina el sentimiento de indefensión que pueden haber experimentado durante la situación abusiva. En la segunda fase, el terapeuta debe orientar la intervención con el fin de abarcar tanto el desahogo emocional y la expresión de los sentimientos experimentados como la intervención específica sobre las secuelas cognitivas, emocionales, conductuales y sexuales sufridas (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011).

Hetzel-Riggin et al. (2007) encontraron que el tratamiento psicológico después de la agresión sexual infantil o adolescente tiende a presentar mejores resultados en las

víctimas, en comparación con aquellas que no han recibido ningún tratamiento. En su estudio evaluaron efectividad de los diversos elementos del tratamiento psicológico, encontrando una heterogeneidad significativa. Por ejemplo, la terapia de juego parecía ser el tratamiento más eficaz para el funcionamiento social, mientras que la terapia cognitivo-conductual, específica y la terapia de apoyo en los formatos de grupo o individuales fueron más eficaces para los problemas de comportamiento.

Además de la intervención realizada con el niño o adolescente, se ha destacado la importancia de la intervención psicológica con los familiares, ya que, como ha sido planteado, la víctima no siempre requiere un tratamiento psicológico directo (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011). Es entonces cuando sus familiares y cuidadores desempeñan un papel fundamental. La intervención terapéutica debe, por tanto, ir orientada a ayudar a los familiares a comprender lo sucedido, informar acerca de las posibles consecuencias psicológicas del maltrato en el niño/a o adolescente con el objetivo de detectarlas de forma temprana y amortiguar su impacto con un apoyo emocional adecuado, fortalecer la capacidad de la familia para supervisar la evolución del paciente, así como a superar los efectos psicológicos que ellos mismos presenten (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011).

Por otro lado, en función de la discusión expuesta anteriormente respecto al concepto de reparación, se ha postulado que, en el trabajo psicoterapéutico, no se debe buscar reparar al niño/a sino el daño producido por la agresión (Martínez, 2012 citado en Capella & Gutierrez 2014). En este contexto, se ha planteado un nuevo concepto para entender la intervención en agresiones sexuales denominado superación, que sería el objetivo central de la psicoterapia en estos casos, e implica una integración y resignificación de la experiencia abusiva, y posicionarse desde la visión positiva de sí por haber salido adelante de esta situación. Así, a pesar que la experiencia de agresión sexual es dolorosa y se constituye en una experiencia traumática, puede ser integrada de manera positiva a la identidad y a la historia personal, pudiendo desarrollar nuevos recursos que van fortaleciendo el desarrollo del niño y /o adolescente (Capella, 2011).

Capella y Gutiérrez (2014) plantean que el objetivo central de la psicoterapia con víctimas de agresiones sexuales se refiere a la “superación” y pasa por la resignificación de la experiencia y su integración a la identidad personal. Sin embargo, el concepto de reparación como proceso social de reconocimiento y apoyo resulta relevante, ya que este permite entender las condiciones que otros deben generar para favorecer el proceso de la

persona, como el apoyo y reconocimiento social, los cuales estarían en apoyo del proceso de superación (Capella & Gutiérrez 2014).

1.2.1.1 Contexto Nacional en terapias por agresiones sexuales en población infanto-juvenil.

Dentro del contexto nacional, el Servicio Nacional de Menores -la principal Institución a cargo de la temática de infancia -, ha generado, una serie de acciones que tienen como objetivo velar por la protección y el resguardo de los derechos de los niños/as y adolescentes. Una de estas medidas es la creación de los Programas de Protección Especializados en la reparación del daño a nivel nacional, asociados al maltrato físico y/o psicológico y/o agresión sexual (conocidos por sus siglas PRM) (SENAME, 2012).

Dentro de las líneas de acción de estos programas, se encuentra el otorgar una atención especializada, con el fin de promover la recuperación integral de la situación de agresión tanto física, psicológica, social, sexual como emocional (SENAME, 2012). Para ello, el objetivo general de la intervención, corresponde a “Contribuir al proceso reparatorio del niño, niña o adolescente que ha sufrido maltrato físico o psicológico grave, constitutivo de delito, y/o agresión sexual infantil” (SENAME, 2012, p. 4).

Desglosándose de éste, objetivos específicos que apuntan a (SENAME, 2012):

a. *“Interrumpir la situación de maltrato y/o abuso, constitutivo de delito, mediante la activación de mecanismos judiciales requeridos para resolver la situación legal de niño/a y facilitar el acceso a la red de justicia”* (SENAME, 2012, p. 2).

Esto, cobra relevancia pues si se considera que muchas veces los niños/as y adolescentes han sido expuestos a diversas situaciones de vulneración, se hace indispensable asegurar la restitución integral de sus derechos, siendo un trabajo que se realiza durante toda la intervención.

b. Favorecer el proceso de resignificación de la experiencia de maltrato o abuso en el niño, niña o adolescente y el adulto responsable (SENAME, 2012).

Su finalidad es que el niño/a o adolescente pueda relatar tanto simbólicamente como verbalmente, las experiencias abusivas que vivió, para así poder otorgarles un significado que le permita integrarlas de forma sana al desarrollo, posibilitando también la comprensión de la dinámica relacional en la que estuvo inserto. La resignificación de la

experiencia es abordada también con el grupo familiar, principalmente con el adulto a cargo, lo que permite también a este entorno resignificar el trauma.

- c. *“Fortalecer los recursos familiares y sociales para el bienestar psicológico y social del niño, niña o adolescente, víctima de maltrato y abusos”* (SENAME, 2012, p. 2).

Cabe señalar, que este tipo de intervención se inserta en la protección especial a la población que se encuentra en situaciones de vulneración de derechos, e implica un alto grado de trabajo en red, y trabajo complementario en lo psicológico, social y jurídico. En este punto, se plantea que además la intervención considera elementos específicos y diferenciados para cada caso, debido a las características propias de la agresión y del niño/a o adolescente que ha sufrido una vulneración. Planteándose entonces, objetivos y estrategias de tratamiento acordes con las características, tiempos y abordajes según cada caso (SENAME, 2012).

Además, es relevante destacar el énfasis observado en la atención individual a nivel nacional, siendo utilizados los recursos terapéuticos en estos centros mayormente en torno a la recuperación de la víctima directa, en desmedro de los recursos familiares que son abordados únicamente en pos de la consecución de los objetivos del tratamiento individual (Lizana, 2011 citado en Dussert, 2014). Así, se excluiría del análisis terapéutico la evaluación de los factores y consecuencias que la agresión sexual ha generado dentro del contexto cercano del niño, niña y/o adolescente (NNA). Este punto es importante de considerar, pues se ha descrito ampliamente que el entorno cercano de quien ha sido victimizado, sobre todo sus figuras significativas, que son las que acompañan y contienen a quien ha sido víctima durante el proceso de recuperación, sufren consecuencias psicológicas profundas luego del conocimiento de la agresión (Hooper, 1994 citado en Dussert, 2014).

1.2.1.2 Principales investigaciones acerca de las narrativas de los participantes en psicoterapias por agresiones sexuales que han sido exitosas.

Como se ha señalado, a nivel nacional se cuenta con programas dirigidos por SENAME que brindan atención a NNA que han sido víctimas de agresiones sexuales y a sus familias (SENAME, 2012). Dicho contexto, ha sido investigado por distintos autores para conocer los aspectos clínicos que ahí se desarrollan. Una de las líneas que han sido abordadas, es la narrativa que tienen los distintos participantes del proceso acerca de la

terapia, es decir: los NNA, sus adultos responsables y los Psicólogos tratantes; una vez que ha finalizado la intervención de manera exitosa, con el alta terapéutica. Esto ha sido estudiado en la 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, que forma parte de la línea investigativa dentro de la que se enmarca la presente investigación.

Gran parte de la literatura al respecto, está centrada en narrativas de adultos, por lo que otorgar espacio a las voces de los NNA resulta fundamental en especial si se considera que el período transcurrido desde la situación abusiva es menor, y con todas las características del desarrollo evolutivo que esto implica (Águila, 2015). Respondiendo a tal necesidad, en el estudio de Capella et al. (2016), que se enmarca en la investigación U-inicia ya mencionada, se ha observado desde la perspectiva de los niños, niñas y adolescentes participantes, que son capaces de dar sentido a su proceso de superación de la agresión sexual.

De este modo, la comprensión que plantea dicho estudio acerca del cambio y la superación de una agresión sexual, se relaciona con un crecimiento y fortalecimiento que implica tanto bienestar en el presente como en el futuro. Esto conlleva la comprensión de la experiencia abusiva como parte de la vida, la que si bien implica recuerdos dolorosos que deben ser elaborados, no pueden ser olvidados, sino que deben integrarse con otras experiencias de la vida. Como resultado, los individuos son capaces de tomar el control de su vida y avanzar con las tareas de su desarrollo (Capella et al., 2016).

También resulta importante mencionar que tanto los niños como los adolescentes describen el proceso de recuperación a través de distintas etapas, las que se producen dentro de un contexto dado. Dentro de los momentos centrales de la psicoterapia que marcan avances significativos del proceso psicoterapéutico se encuentran: en un primer momento, el establecimiento de una relación positiva paciente- terapeuta; posteriormente, el abordaje de la experiencia abusiva; y, por último, el fortalecimiento de las capacidades personales (Capella et al., 2016).

En este ámbito, resulta de suma relevancia factores ambientales como el apoyo familiar y psicoterapéutico para la superación de la experiencia. Los participantes señalan como fundamental para la superación el espacio de la psicoterapia, lugar en que se sintieron comprendidos y contribuyó al entendimiento de la experiencia (Capella et al.,

2016). Aunque reconocen la dificultad para hablar de ella, lo consideran un componente necesario en el proceso de la superación. Asimismo, valoran la posibilidad de hablar de distintos temas y la variedad de técnicas que permiten otras formas de enfocar el tema de la agresión sexual (Capella et al., 2016).

En cuanto a las diferencias que se lograron pesquisar entre niños/as y adolescentes, éstas pueden ser entendidas debido a las distintas características de su desarrollo. Observándose en los niños/as la creencia que la superación de la experiencia abusiva se produce cuando finaliza la psicoterapia, en tanto los adolescentes perciben la superación como un proceso continuo que se extenderá durante toda la vida y más allá de la psicoterapia (Capella et al., 2016).

Respecto a la perspectiva de los padres, Dussert (2014) encontró dentro de sus narrativas al finalizar el proceso distintos elementos a relevar. Uno de ellos es la comprensión que realizan los padres y figuras significativas de la superación, que es considerada un proceso personal cuyos avances provocan profundas consecuencias en el vivenciar individual y en el desarrollo del sí mismo. Respecto al nivel paterno/materno y familiar, se observó que el transcurso del proceso de superación genera variadas implicancias en el desarrollo de la identidad parental y en la adquisición de aprendizajes y habilidades en ésta área, así como también involucra a los demás miembros de la familia, que se verían altamente involucrados, experimentando modificaciones en la dinámica familiar que pueden resultar positivas o negativas para sus integrantes (Dussert,2014). Finalmente, el proceso en su conjunto ocurriría dentro de un contexto social, cuyas características podrían actuar favoreciéndolo o dificultándolo, dependiendo de las redes de apoyo y ayuda disponibles en cada caso, y las características del proceso a nivel judicial. Esta conceptualización, implica una mirada eco-sistémica del proceso de superación, pues lo entiende desde los distintos niveles, más allá del plano individual desde el que se encuentran planteados la mayoría de los objetivos del trabajo psicoterapéutico hoy en día en nuestro país (Dussert,2014). En este sentido, el planteamiento expuesto concuerda con la visualización propuesta por Ligiero et al. (2009), quienes destacan los niveles personal, familiar y social involucrados en la recuperación de quienes han sido víctimas directas.

Como conclusiones generales acerca de la vivencia de superación en las figuras parentales Dussert (2014) plantea: En primer lugar, el proceso en sí constituye un período difícil y doloroso para estos sujetos, lo que puede deberse a las complejidades del

fenómeno en sí mismo, pues supone un enfrentamiento entre la victimización indirecta de la agresión por una parte, hecho que involucra las profundas vivencias emocionales derivadas de la experiencia abusiva, y la necesidad de trabajar por la recuperación de los hijos, sosteniendo su espacio terapéutico y respondiendo a las demandas que la situación implica. Esta investigación afirma que los padres, en su posición de víctimas indirectas, también atraviesan por el proceso de superación de la experiencia de agresión sexual de manera similar a sus hijos, adquiriendo habilidades y aprendizajes en su transcurso, con el consecuente desarrollo de un sí mismo positivo y la integración de la experiencia en el continuo vital (Dussert, 2014).

Ahora bien, en cuanto a los favorecedores de la recuperación parental, los participantes destacaron como aspecto relevante la importancia de la ayuda terapéutica recibida. Siendo los participantes que recibieron una atención semanal con el/la asistente social o el psicoterapeuta de su hijo, quienes relatan, en mayor medida, haber alcanzado, a partir del proceso de superación, un estado de bienestar y crecimiento a nivel personal. Así también, se observó mayor similitud entre la narrativa de estos padres y sus hijos respecto de las características y las consecuencias que el proceso tuvo para ellos (Dussert, 2014).

De este modo, la literatura da cuenta en primer lugar, de la importancia del espacio de intervención destinado a los padres, en el alcance de los logros y avances vivenciados a lo largo de su proceso de recuperación y, en segundo lugar, de la posibilidad de alcanzar un mayor grado de comprensión respecto de la superación de los hijos en la medida que se participa de un espacio de terapia propio (Dussert, 2014).

Dentro de lo investigado en torno a la perspectiva de los Psicólogos tratantes de niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales, se ha encontrado como uno de los resultados más relevantes, la conceptualización que ellos, como especialistas en la intervención, tienen del cambio terapéutico y la recuperación de la experiencia abusiva (Águila, 2015; Águila et al., 2016). Esta conceptualización se relaciona con comprender el cambio en psicoterapia como un proceso que ahonda en la experiencia abusiva de los/as niños/as pero que va más allá de ésta, reconociendo otros aspectos en la vida de ellos/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 (Águila, 2015; Águila et al., 2016). Esto se condice con lo planteado respecto al concepto de 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).

Además, es importante señalar que los participantes del estudio de Águila et al. (2016) 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. Esto 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” (Águila et al., 2016).

Dentro de los factores que influyen en el cambio psicoterapéutico y el desarrollo de la psicoterapia, desde la perspectiva de los Psicólogos tratantes, según lo planteado por Águila (2015) se incluyen 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.

En el estudio de Águila (2015) se encontraron dentro de los obstaculizadores del proceso de cambio en relación al niño, 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 torno a los aspectos familiares, se visualiza un entorpecimiento en el proceso de tratamiento cuando la reacción ante la develación es negativa y/o existe tolerancia frente a la agresión sexual (Águila, 2015). En cuanto a los intervinientes, se releva el que éstos cuenten con la formación necesaria para el abordaje del caso, pues se evitarían consecuencias iatrogénicas para el niño/a y adolescente. Otro de los factores que se consideran importantes para el curso de la psicoterapia, respecto a la agresión sexual es 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 (Águila, 2015). 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 (Águila, 2015).

Mientras, 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 verían interferidos ante la consecución de otros objetivos vitales (Águila, 2015).

En cuanto al proceso penal, los/as participantes lo destacan como difícil y que afectaría a la mayoría de los/as niños/as, pues consideran que las necesidades de ellos/as no serían visualizadas, lo que podría reactivar la 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 (Águila, 2015).

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 (Águila, 2015).

Al nivel de las políticas públicas, se señala que los recursos que se implementan para llevar a cabo los tratamientos estarían disminuidos, influyendo directamente en las condiciones laborales de los psicoterapeutas que se desarrollan en esta área, cuyo desgaste podría afectar también en el tratamiento que reciben los NNA (Águila, 2015). Señalan como otro factor relevante el tiempo considerado para la intervención, que es considerado muchas veces como insuficiente y los enfrenta a visualizar problemas éticos al deber dar de alta, aun cuando los/as niños/as no pudiesen encontrarse preparados/as para la misma, por lo que plantean que dos años de tratamiento constituiría un plazo acorde para esta intervención. Finalmente, se menciona como otro factor que influye la escasa claridad en las orientaciones del tratamiento, lo que provocaría que la conceptualización de este pueda ser muy diversa entre los/as psicólogos/as intervinientes,

afectando de esta manera los objetivos del proceso de tratamiento (Águila, 2015).

1.3 Deserción

1.3.1 Definición

Acerca del fenómeno de la deserción, ésta es entendida como la no terminación de las sesiones de terapia previstas por el servicio (Deakin et al., 2012). Sin embargo, se puede señalar que existe una gran discusión en torno a la definición del fenómeno, no existiendo un acuerdo al respecto, lo cual ha llevado a una gran variabilidad en los resultados de las distintas investigaciones que se han llevado a cabo hasta la fecha, llegando incluso a obtener resultados contradictorios (Deakin et al., 2012).

En la literatura se han utilizado tres maneras de definir la deserción, ya sea basada en la no asistencia del paciente a la terapia prevista (paciente deja de asistir a terapia), que haya un término prematuro (en el sentido de que la terapia termina antes de un cierto número de sesiones que se definen en los estudios), o bien la deserción es definida de acuerdo al criterio de cada terapeuta (que define la deserción considerando las características de cada caso) (Deakin et al., 2012; Gastaud & Nunes, 2010). Se han encontrado algunas críticas a tales definiciones, por ejemplo, por ser demasiado estrictas, ya que el segundo criterio determinará un número exacto de sesiones para alcanzar los objetivos terapéuticos, lo cual es un tanto complejo debido a la especificidad de cada caso. Por otro lado, basándose en el tercer criterio, este ha sido criticado por ser muy subjetivo, ya que quedan a criterio de cada terapeuta el definir un caso como desertor, lo cual, como plantea Kazdin (1996) varía muchas veces según el enfoque psicoterapéutico. Por ende, aparece la necesidad de crear una definición más unificada (Deakin et al., 2012; Gastaud & Nunes, 2010).

Se plantea la existencia de tres limitaciones presentes en la mayoría de las investigaciones, las cuales son: cómo el abandono del tratamiento se define y estudia, heterogeneidad de muestreo, y conceptualización limitada de la naturaleza de la participación y abandono del tratamiento (Kazdin, 1996).

En cuanto a adherencia, que es un concepto adyacente al de deserción, pero que difiere de éste, pues se ha entendido como uno de los requisitos básicos para la efectividad del tratamiento, y puede ser conceptualizada como la participación activa, voluntaria y colaborativa del paciente para producir un resultado preventivo o terapéutico deseado (Nock & Ferriter, 2005). Si bien se relaciona con la asistencia a la terapia, la que

puede ser una precondition para la adherencia, no siempre es así, dado que un paciente puede asistir de manera irregular, pero continuar adhiriendo a otros aspectos de la terapia (Nock y Ferriter, 2005). Se destaca que los pacientes con una alta motivación y expectativas son más propensos a adherir al tratamiento (Gearing, Schwalbe, & Short, 2012).

Por otra parte, Deakin et al. (2012) plantean que la falta de adherencia, es entendida como el término la psicoterapia antes de que se complete el trabajo inicial, por lo que las expectativas y los objetivos del tratamiento no se encuentran totalmente planteados o claros para todas las partes (terapeuta y paciente), circunscribiéndose solo a esta fase del proceso terapéutico, a diferencia de la deserción que puede ocurrir durante todo el proceso.

Al respecto, Gearing et al. (2012) llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo fue conocer cómo los médicos definen adherencia en la terapia, y concluyeron que ésta era definida como un fenómeno dinámico que consiste en dos elementos esenciales; (a) la asistencia al tratamiento, y (b) la participación en el tratamiento.

Tal como se ha presentado, existiría escaso consenso en torno a la definición de la deserción para diversos investigadores (Deakin et al., 2012; Kazdin & Mazurick, 1994), debido a que en muchos casos no se cuenta con una definición explícita, y lo que pudiese ser para algunos una deserción, pudiese ser para otros un tratamiento completo. Así como también muchas veces se haría un uso indistinto de los términos deserción, terminación prematura y/o abandono (Rondón et al., 2009).

Debido a esta falta de consenso, se hace necesario explicitar que en la presente investigación será entendida la deserción terapéutica de acuerdo al criterio del terapeuta y basada en la definición inicialmente planteada por Deakin et al. (2012), según el cual, acorde a lo señalado por los terapeutas, los adolescentes darían término a la psicoterapia sin que se lograsen los objetivos terapéuticos establecidos en el contrato terapéutico. Esto debido al foco de la presente investigación, en la que se profundizará en la perspectiva de los psicoterapeutas.

1.3.2 Factores que influyen en la deserción psicoterapéutica infanto-juvenil.

Diferentes estudios han investigado los factores que pudiesen estar asociados a la deserción, principalmente en el contexto internacional, debido a las altas tasas que esta presenta (Mendoza, 2016).

Al respecto, se ha planteado como relevante hacer una distinción en cuanto a los distintos momentos. Sin embargo, son pocos los estudios que han rastreado las deserciones a través de las diversas etapas del proceso clínico, para determinar si los diferentes grupos son selectivamente vulnerables a la deserción en puntos específicos (Cohen & Richardson, 1970 citado en Armbruster & Schwab-Stone, 1994; Tuckman & Lavell, 1959 citado en Armbruster & Schwab-Stone, 1994; Williams & Pollack, 1964 citado en Armbruster & Schwab-Stone, 1994). Al respecto, Armbruster y Schwab-Stone (1994) plantearon dentro de los resultados de su estudio con familias que buscaban terapia en una clínica psiquiátrica infantojuvenil ambulatoria, que en una fase inicial (definida como antes de la evaluación) y media (entendida como el abandono durante el período de evaluación y/o al final de la evaluación con la sugerencia de tratamiento) predominan en la deserción los factores socioeconómicos, contextuales, del paciente y su familia; mientras que en la fase final (definida como el abandono durante el proceso de tratamiento en sí) se relacionan con factores del tratamiento y el terapeuta (Armbruster & Schwab-Stone, 1994).

En cuanto a lo socioeconómico, se establece una relación entre el estatus socioeconómico bajo y la deserción, estableciéndose una relación entre este factor y la deserción que ocurre durante la primera fase, tal como lo plantean Kazdin, Mazurick y Bass (1993) y Pelkonen, Marittunen, Laippala, y Lönnqvist (2000). Mientras que otros estudios, se refieren a un nivel socioeconómico alto (Singh et al., 1982 citado en Deakin et al., 2012). Así como también la pertenencia a un grupo étnico minoritario (Furnham & Wong, 2007).

Mientras que dentro de los factores específicos de los pacientes relacionados con la deserción, se deben considerar la patología del cliente como por ejemplo la esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo (Killaspy, Banerjee, King, & Lloyd, 2000), la gravedad de los síntomas (Rotheram-Borus et al., 1999 citado en Gearing et al., 2012), el sexo masculino, la edad más joven y las percepciones y creencias negativas respecto a los servicios de salud (Gearing et al., 2012).

Respecto a los factores familiares, estos han sido relacionados con las limitaciones financieras o falta de cobertura de seguro, problemas con el acceso (Edlund et al., 2002), las necesidades de cuidado de los niños, las dificultades de transporte, estrés de los padres o la depresión (Pellerin, Costa, Weems, & Dalton, 2010), la falta de participación de la familia, las creencias de la no necesidad de un proceso terapéutico

debido a la percepción, de los padres, de que el problema no es tan grave (Edlund et al., 2002). Además del desacuerdo entre padres y terapeutas con respecto al diagnóstico y los resultados buscados con la terapia (Gearing et al., 2012). Por último, una de las preocupaciones de los padres hacía referencia al estigma que podría recaer en sus hijos debido a la participación en un proceso terapéutico (Gearing et al., 2012).

En cuanto a los factores del tratamiento Epperson, Bushway y Warman (1983) encontraron que la tasa de deserción se triplicó cuando los terapeutas no pudieron identificar con precisión la conceptualización del cliente del problema, un resultado replicado por Pekarik (1988 citado en Wierzbicki & Pekarik, 1993). Además, se encontraron promotores que favorecen la permanencia en el tratamiento, referidos a las técnicas utilizadas con los pacientes y su familia en casos de menor adherencia (Gearing et al., 2012). Con respecto a los promotores clínicos dirigidos a los pacientes, son entendidos como las técnicas o habilidades que el terapeuta usa para engancharlos al tratamiento. Estos promotores incluyen la alianza terapéutica, referida a la importancia otorgada al establecimiento de una buena relación entre el terapeuta y el paciente. Por otro lado, los procesos terapéuticos, relacionados a la participación del paciente, buscando así que logre visualizar su papel clave en la psicoterapia y por ende su participación y asistencia sean por motivación propia (Gearing et al., 2012). Por último, las actividades del tratamiento, las cuales se refieren a que el terapeuta tenga en consideración los gustos e intereses del paciente al momento de planificar el proceso terapéutico (Gearing et al., 2012). En relación a los promotores clínicos dirigidos a los padres, éstos se definieron como las técnicas o habilidades del terapeuta utilizadas para involucrar a los padres en el tratamiento, incluyendo el reconocimiento de las experiencias pasadas, aclarar lo que la terapia conlleva y unirse con los padres realizando un trabajo en equipo (Gearing et al., 2012).

Se concluye que la acumulación de factores coloca a los individuos en riesgo de deserción, siendo muy probable que los casos de abandono sean los más deteriorados y que han presentado menos cambios durante el tratamiento (Kazdin, 1996).

Cabe señalar que según lo planteado por Gearing et al. (2012) quienes investigaron acerca de la perspectiva del equipo tratante, proponen que, desde su visión, el paciente y su familia presentaron la mayor cantidad de barreras, mientras que en el dominio clínico se identificaron la mayor cantidad de promotores. Lo anterior podría ser debido a ciertos sesgos presentes en los clínicos, por lo que se plantea tomar tal

información con cuidado e investigar más al respecto. Se hace evidente que la percepción del paciente y su familia son completamente necesarias para conocer el fenómeno en su totalidad (Gearing et al., 2012).

Luk et al. (2001) plantean que la deserción puede ocurrir en diferentes etapas, sugiriendo así que los pacientes que abandonan al principio del tratamiento son diferentes de los que abandonan en la última etapa. Luk et al. (2001) estudiaron los factores del tratamiento que pudieron influir en que existiera un menor porcentaje de deserción durante los primeros 6 meses de la terapia cognitivo conductual (8%) en comparación a terapia familiar (56%) y tratamiento ecléctico (40%). En cuanto a la percepción de los padres con respecto al terapeuta, no se encontraron diferencias significativas. Por otro lado, se compararon los grupos que desertaron y los que no lo hicieron, los resultados indicaron que los padres del grupo de deserción eran significativamente más jóvenes y la educación de la madre fue significativamente menor. En cuanto al tratamiento, los padres del grupo de abandono tuvieron una satisfacción menor con el tratamiento. Ellos percibían su terapeuta como menos cuidadoso y preocupado, además de manifestar dificultades en la comunicación. Percibían el trato como menos organizado y con menos tareas conductuales. La satisfacción de los niños con el tratamiento se comparó y no había diferencia (Luk et al., 2001).

Por otra parte, Armbruster y Schwab-Stone (1994) plantean que independientemente de la fase clínica se puede observar que el 50 por ciento de las minorías étnicas que iniciaron la evaluación se retiró en algún momento en el curso del proceso clínico, en comparación con un 38 por ciento de las no minorías. Aun así, se observó que el mayor porcentaje de deserción en este grupo estaba comprendido entre el contacto inicial y la evaluación. Una posible explicación es que una vez que se establezca la relación terapéutica, las cuestiones de las minorías o la situación socioeconómica desfavorecida no afectan seriamente la permanencia de la familia en el tratamiento ambulatorio. Finalmente, es posible plantear que las familias no minoritarias se encontrarían menos indecisas durante el contacto inicial, pero tenderían a rechazar más el tratamiento (Armbruster & Schwab-Stone, 1994).

En el estudio de Kazdin, Mazurick, y Siegel (1994), fueron probadas dos hipótesis, la primera era que los pacientes que interrumpieron prematuramente mostrarían mayor deterioro al final del tratamiento que los pacientes que lo completaron. Mientras que la segunda fue que las diferencias en los resultados del tratamiento estarían relacionadas

con las características de quien abandona, más que con completar o no el tratamiento. Es así como a partir de los resultados se concluyó que las diferencias entre quienes terminan el tratamiento y quienes no lo hacen, se ven eliminadas cuando se comparan grupos que comparten múltiples factores de riesgo. Es decir, un grupo con similares factores de riesgo (situación socioeconómica, gravedad del deterioro) subdividido en subgrupos de finalización del tratamiento y no finalización, mostrarían similares resultados al evaluar el post-tratamiento (Kazdin, 1996).

Cabe señalar la importancia de los adultos responsables en el mantenimiento del tratamiento, pues se plantea que en psicoterapia infanto-juvenil, el adulto responsable suele ser quien precipita la deserción, la cual puede ser antes de establecer los objetivos (no adherencia), cuando estos ya se encuentran establecidos o cuando se percibe que los objetivos ya han sido cumplidos aun cuando el terapeuta crea lo contrario (Deakin et al., 2012). En base a lo anterior, y tomando como referencia el estudio de Kazdin y Nock (2001, citado en Deakin et al., 2012) se plantea que la atención a las expectativas de los padres es de vital importancia para la permanencia en el tratamiento.

Cabe señalar que, dentro de los estudios realizados a nivel internacional, también se plantean factores que ayudarían a disminuir el riesgo de la deserción (Kazdin, 1996; Lhuillier, Nunes, Antochévis, Porto, & Figueiredo, 2000; Watt & Dadds, 2007).

En cuanto a los factores relacionados a la psicoterapia y al terapeuta, Watt y Dadds, (2007) ponen en relieve la importancia de que el terapeuta tenga una formación académica adecuada. Además, se sugiere que en los casos que se deba hacer un cambio de terapeuta, se realice una sesión en conjunto con ambos terapeutas (Lhuillier et al., 2000).

También, se plantea que la respuesta a las expectativas traídas a terapia por el paciente y su familia, podrían derivar en una menor deserción, por lo que se hace necesario investigar al respecto (Kazdin, 1996).

En relación a los aspectos contextuales y familiares, Campbell, Baker y Bratton (2000) encontraron que la deserción de la terapia es más probable que ocurra en las familias monoparentales, encabezadas por una madre soltera que es joven y económicamente desfavorecida, por lo que se recomienda que exista una mayor accesibilidad a los centros. Asimismo, se plantea que un trabajo en conjunto con la familia y las escuelas permite mejores resultados en la terapia psicodinámica infantil (Eresund,

2007).

Es así como se ha encontrado que una intervención efectiva frente a las familias, es hacerlas partícipes del tratamiento, identificar los obstáculos que se puedan presentar y sortearlos. Por otro lado, la construcción de un modelo de factores de riesgo permite no centrarse en una sola característica o personaje para explicar la deserción, ya que cada factor no es necesario ni suficiente para explicar el fenómeno (Kazdin, 1996).

1.3.3 Deserción adolescente.

Como ya se mencionó anteriormente, debido a las altas tasas de terminación o abandono prematuro en psicoterapia infantojuvenil, ésta puede ser considerada como un fenómeno común (De Haan et al., 2013).

En este contexto, en revisiones anteriores, a nivel internacional, sobre la deserción en psiquiatría infantil y adolescente, se afirmó que es importante llevar a cabo estudios separados sobre la deserción de los niños y adolescentes, ya que diferentes predictores podrían surgir para ambos grupos (Armbruster & Kazdin, 1994, citado en De Haan et al., 2013).

Ahora bien, muy pocas investigaciones se han centrado sistemáticamente en las cuestiones importantes de por qué los adolescentes desertan del tratamiento, la frecuencia con que esto ocurre y qué información podría ser útil para prevenir la aparición de este fenómeno. Los adolescentes, tradicionalmente, han sido tratados en clínicas de orientación infantil o adulta, por ende, la mayoría de los estudios realizados no han hecho ninguna distinción en función de la edad de los pacientes (Viale-Val et al., 1984).

Sobre la base de la teoría y los resultados de estudios anteriores, se ha predecido que los adolescentes con antecedentes de conducta delictiva o impulsivas (externalizadoras), los pacientes más jóvenes, y los pacientes remitidos por los tribunales o las autoridades (como por ejemplo, de la escuela) podrían terminar el tratamiento contra los consejos de su terapeuta con más frecuencia que los que presentan ansiedad o síntomas emocionales (internalizadoras) y los pacientes que no han sido obligados a realizar un tratamiento (Viale-Val et al., 1984).

En un estudio llevado a cabo por Viale-Val et al. (1984) en la Clínica del Instituto Psiquiátrico del Estado de Illinois, Estados Unidos, se encontró que un 73% de todos los adolescentes inicialmente aceptados para el tratamiento ambulatorio psicoanalítico,

habían desertado de la terapia unilateralmente antes de la sesión número 17. Se hace relevante mencionar que en el estudio se hizo una distinción entre quienes no asisten a terapia luego de ser remitidos a ésta, y quienes desertan luego de haber iniciado el proceso psicoterapéutico. Entre las variables encontradas relacionadas a los pacientes más propensos a fallar a sus citas iniciales se encontró: raza blanca, una historia de tratamiento previo ambulatorio, y una reacción negativa a la derivación a tratamiento desde una fuente coercitiva. Además, la naturaleza de la queja principal (externalización de los síntomas, comportamiento suicida y problemas escolares) tendió a estar asociado con la no aceptación del tratamiento al momento de ser ofrecido. Por su parte, en cuanto a los pacientes que desertaban al tratamiento luego de haber asistido a algunas sesiones, fueron relacionados con las variables: raza negra, mayor nivel socioeconómico y presentar internalización de los síntomas. Por su parte, quienes permanecían, eran más propensos a tener antecedentes de tratamiento ambulatorio anterior y ser capaces de reconocer la necesidad de ayuda. Además, los pacientes que recibían una atención más frecuente, tendían a permanecer más en el tratamiento que aquellos que eran vistos una vez a la semana o menos (Viale- Val et al., 1984).

Por su parte, en un meta-análisis llevado a cabo por De Haan et al. (2013) sobre distintos estudios que han investigado el abandono del tratamiento en niños y adolescentes que asisten a atención ambulatoria de salud mental, se encontró que los adolescentes tenían mayores probabilidades de desertar que los pacientes de menor edad. Además, los varones fueron menos propensos a abandonar que las niñas, y los pacientes con padres de niveles socioeconómicos bajos eran más propensos a abandonar que los pacientes con padres de mejores niveles socioeconómicos, lo cual podría relacionarse con dificultades para acceder al servicio o para visualizar la importancia de un tratamiento psicológico. Por otro lado, se ha encontrado que los participantes que tienen dificultades en sus relaciones sentimentales, que están preocupados por la elección de su pareja sexual, o sobre su funcionamiento sexual son más propensos a permanecer en terapia (Baruch et al., 2009).

Entre los factores relacionados al centro y al terapeuta, se ha encontrado que la derivación a otro psicoterapeuta podría aumentar el riesgo de abandono (Baruch et al., 2009). Así como también, la mayor experiencia profesional del terapeuta se encontraría relacionada a menores probabilidades de deserción (De Haan et al., 2013). En este punto se hace necesario destacar que gran parte de los estudios realizados hasta la fecha se

han focalizado en las características vinculadas a los pacientes y a sus familias, que pudiesen estar influyendo en la deserción, pudiendo dejar de lado, muchas veces, los factores relacionados al centro y al terapeuta.

1.3.4 Contexto nacional en deserción infanto-juvenil.

A nivel nacional, es posible mencionar un estudio respecto de la deserción de psicoterapia en población infanto-juvenil, realizado por Zulic, Gutiérrez, Baraño, Pérez, Rojas y Poblete, (2010) en el Centro Comunitario de Salud Mental (C.O.S.A.M.) de Quinta Normal, Región Metropolitana, cuyo objetivo era describir las deserciones (DS) de pacientes infantiles y adolescentes en dicho Centro. Éste fue realizado a través de un estudio descriptivo y retrospectivo en que se revisaron 816 fichas clínicas del periodo transcurrido entre enero de 2006 y diciembre de 2007, de las cuales 222 fichas corresponden a menores de 18 años, de ellos 27,2% son niños/as y 13,5% adolescentes. Dentro de los resultados se encontró que la gran mayoría de las deserciones fueron infantiles (entre 0 y 12 años), lo que coincide con la mayor cantidad de consultas que son realizadas a dicho lugar. En el caso de los adolescentes (13 a 17 años) cabe destacar que presentaron baja frecuencia en consulta y deserción (Zulic et al., 2010).

Referente a los meses de tratamiento alcanzados, se reportó dentro de los resultados que a partir del quinto mes aumentó el número de deserción, lo que concuerda con la literatura internacional que señala que la mayor cantidad de deserción, se encuentra entre la primera y quinta sesión, cuando el tratamiento excede las expectativas de duración del paciente (se hace relevante mencionar que la frecuencia de sesiones dentro de la modalidad de intervención era de una vez al mes) (Zulic et al., 2010).

Respecto a los meses de deserción, junio y julio presentaron un mayor porcentaje, tanto en pacientes infantiles como en adolescentes, no coincidiendo estos resultados con los de la literatura internacional, que señalan los cambios de estación, como los desencadenantes de descompensaciones psicopatológicas (Zulic et al., 2010).

Si bien los factores sociodemográficos pueden ser controvertidos en lo que determina que la población infantojuvenil deserte, el estudio de Zulic et al. (2010) se centró en destacar la importancia de que las políticas de intervención corrijan el manejo de los casos a partir de la atención primaria, clarificando el motivo de consulta y derivación desde un principio, y prestando los servicios requeridos.

También fueron encontrados datos asociados a la deserción adolescente en el

contexto nacional dentro del estudio realizado por Mendoza (2016), cuyo objetivo era caracterizar la relación terapéutica y su eventual influencia en el cambio psicoterapéutico, desde la visión de adolescentes y sus terapeutas, en casos de alta y deserción terapéutica. Éste se enmarca dentro del Proyecto FONDECYT “Experiencias de Éxito y Fracaso en Psicoterapia – Construcción de un Modelo Comprehensivo Multidimensional”.

Dentro de los datos reportados, se encontró - en torno a la caracterización de los casos- que tanto en los de alta terapéutica como los de abandono se observa una reticencia inicial de los adolescentes para participar del proceso de psicoterapia, situación que fue descrita tanto por los terapeutas como por los adolescentes participantes del estudio. Dicha reticencia fue cambiando en la mayoría de los casos, tanto los de alta como los de deserción, debido a las primeras impresiones positivas que los adolescentes se fueron formando de los psicólogos y de su trabajo psicoterapéutico, así como también, la confianza que fueron estableciendo con éstos, lo que posibilitó la apertura, disposición y colaboración en el trabajo psicoterapéutico, considerándola como característica central dentro de la relación terapéutica (Mendoza, 2016).

En cuanto a la caracterización del adolescente en la relación terapéutica, se aprecia que hay similitud en cuanto a la visión que mantienen tanto los adolescentes y terapeutas de los casos de alta terapéutica como aquellos de abandono, visualizando al adolescente principalmente como receptivo y colaborador con el proceso de psicoterapia (Mendoza, 2016).

Por otra parte, se destacó en el estudio de Mendoza (2016) que en solo un caso de deserción se mencionaron condiciones obstaculizadoras de la relación terapéutica. Sin embargo, existían discrepancias entre los aspectos mencionados por la adolescente y el terapeuta. Para el terapeuta, el obstaculizador de la relación terapéutica eran características propias de la adolescente (como su dificultad para plantear sus opiniones acerca del proceso psicoterapéutico). Por su parte, para la adolescente, los aspectos que habrían dificultado la relación con su psicóloga, fue el desinterés de esta última por sus temáticas, lo reiterativa que habría sido con las temáticas abordadas en sesión y las técnicas que habría utilizado en el trabajo terapéutico, ya que éstas habrían reducido la interacción entre ambas (Mendoza, 2016).

Finalmente, y en cuanto al término del proceso de psicoterapia, en el estudio de Mendoza (2016) se observan importantes diferencias en cuanto a cómo se desarrolla el

cierre de éste. En los casos de alta terapéutica es mayor el acuerdo interno entre los adolescentes y los terapeutas en relación a la valoración de la efectividad, produciendo satisfacción por los logros alcanzados. Sin embargo, en los casos de deserción terapéutica los terapeutas no mantienen claridad acerca de las causas que habrían llevado a los adolescentes a desertar. Ante esta situación, los terapeutas tienden a plantear razones que distan de lo manifestado por los adolescentes, evidenciándose también una discrepancia interna en los casos de abandono (Mendoza, 2016).

1.3.5 Datos de deserción en ASI.

Dentro de las investigaciones realizadas respecto al fenómeno de deserción en ASI, se puede señalar que la literatura al respecto es escasa, centrándose principalmente en la no adherencia al tratamiento en la etapa inicial y sus factores asociados, los que han sido realizados a nivel internacional, en población infanto-juvenil, no encontrándose estudios al respecto en nuestro país.

Se ha planteado que las derivaciones a terapia para los niños víctimas de agresiones sexuales no resultan efectivas en todos los casos, pues en algunos se prefiere acudir a otro tipo de ayudas, no comenzando la terapia aun cuando han sido derivados a ésta, o la comienzan tras el transcurso de un tiempo y no inmediatamente (Demarest et al., 1996). Lo anterior es confirmado por el estudio de Haskett, Nowlan, Hutcheson y Whitworth (1991), en donde se encontró que sólo el 35% de los 129 jóvenes sexualmente abusados estudiados asistió a su primera cita de terapia.

Los pocos estudios que han examinado los predictores de la entrada de los niños víctimas de agresión sexual en la terapia han variado de acuerdo a los resultados obtenidos y a las características de la muestra. Haskett et al. (1991) encontraron que los niños de raza blanca con más frecuencia mantuvieron su primera cita, y Demarest et al. (1996) encontraron que tenían una mayor tasa de entrada en la terapia dentro de los 6 meses, en comparación con los niños negros o hispanos. Como explicación a lo anterior, se ha mencionado una preferencia de los adultos negros por acudir a medios informales de ayuda por sobre medios formales (Chatters, Taylor, & Neighbors, 1989). Por otro lado, Demarest et al. (1996) mostraron que los niños entre las edades de 7 y 13 años que fueron agredidos sexualmente con mayor frecuencia tenían mayores tasas de entrada en la terapia, en comparación a otros rangos etarios. La tasa de entrada en terapia también aumentó cuando los niños fueron retirados de la casa y cuando estuvieron involucrados la

policía o servicios de protección infantil (Demarest et al., 1996). Haskett et al., (1991) no encontraron efectos relacionados a la edad del niño, pero encontraron que la entrada en la terapia aumenta cuando los cuidadores tenían celulares y cuando creyeron que la terapia ayudaría a toda la familia frente a la idea que ayudaría únicamente al niño.

En el estudio de Lippert et al. (2008) se investigó la entrada a terapia de los niños abusados sexualmente luego de 2-3 meses después de la derivación a terapia, utilizando datos de las familias cuyos hijos fueron remitidos al centro Dallas Advocacy Center (DCAC), un Centro de Defensa para niños sin fines de lucro, fundado por el Departamento de Policía de Dallas y el Fiscal de Distrito del Condado de Dallas. Los investigadores extrajeron la información de los casos de 101 familias y se realizaron entrevistas cara a cara con una submuestra de 45 cuidadores, 2-3 meses después de la derivación a la terapia.

Entre los resultados encontrados se mostró que los iniciadores de terapia tenían menos probabilidades de ser de raza negra (33%) en comparación con los desertores de la terapia (50%). Por otra parte, un mayor porcentaje de los iniciadores de la terapia tuvo casos de denuncias de supervisión negligente materna (24%) (Lippert et al., 2008).

El momento de la derivación a terapia parecía ser un predictor, ya que difería entre los dos grupos: las referencias de los desertores fueron, en promedio, casi el doble de tiempo después de la entrevista forense del niño, en comparación a la referencia de los iniciadores (Lippert et al., 2008).

Cuando se le preguntó lo que pensaban de la terapia, algunos desertores dijeron que fueron a terapia en busca de ayuda emocional o cambio, mientras que más de la mitad de los iniciadores dijo esto. Por último, los cuidadores que se negaron a continuar el tratamiento versus los que lo iniciaron, mencionaron la incomodidad de revelar información personal y privada a un terapeuta (Lippert et al., 2008).

Contrario a lo que se esperaría, en el estudio de Lippert et al. (2008) se encontró que los niños con más probabilidades de comenzar la terapia eran más propensos a tener figuras paternas acusadas de haber fallado en proteger al niño contra la ASI. Sin embargo, se debe tener en consideración que los padres que eran identificados como poco protectores eran fiscalizados desde la institución derivante. En las entrevistas, los cuidadores que habían desertado en comparación con los iniciadores, también eran menos propensos para ver como la terapia ayudaría emocionalmente a sus hijos.

Mientras que, en términos de raciales, se reportó una menor tasa de entrada a terapia por parte de niños de raza negra en comparación con niños hispanos (Lippert et al., 2008) Sin embargo, la condición de minoría sola podría no explicar completamente las menores tasas de entrada en la terapia, por lo que se han planteado distintas explicaciones, una de ellas es la mayor dependencia a instancias informales frente ayuda formal (Chatters et al., 1989). Así como también, se ha planteado que, para los cuidadores negros, frente a los adultos latinos, puede ser menos cómodo revelar sus propias historias de ASI dentro de un grupo (Fontes, Cruz y Tabachnick, 2001 citado en Lippert et al., 2008).

Otro hallazgo significativo, es que se encontró que los padres más proclives a abandonar la terapia estaban más centrados en sus intereses que en los de sus hijos, lo anterior demuestra la necesidad de la atención que debe darse a la conciencia de los cuidadores de las necesidades de sus hijos y cómo la terapia puede ayudar a cumplir con ellas. La mayoría de los obstáculos a la terapia que los cuidadores identificaron eran más bien prácticos (tales como dificultad para acceder al Centro de terapia, escasa disponibilidad horaria, etc.) lo que sugiere que puede ser necesario un mayor número de opciones para los lugares de terapia y la intervención a desarrollar (Lippert et al., 2008).

Así, dentro del estudio realizado por Lippert et al. (2008) se plantea, entre otras, que las principales razones para la deserción de terapia infantil incluyen un conflicto laboral de los padres, dificultades en el acceso al centro, la ausencia de síntomas en el niño, escasa disponibilidad horaria del cuidador para llevarlo a terapia o que el niño quería olvidar la ASI, entre otras. Los resultados mostraron que el 46% de los niños víctimas de agresión sexual que fueron referidos al Centro para la terapia nunca la inició en el plazo de 2 meses (Lippert et al., 2008).

En síntesis, la literatura anteriormente revisada expone en términos generales las consecuencias que produce la ocurrencia de las ASI en los NNA, así como los factores que pueden influir en ella. Ahora bien, al momento de estudiar el proceso de deserción, como ha sido mencionado, la mayoría de las investigaciones se han realizado en psicoterapias cuyo motivo de consulta principal no está relacionado con ASI, constituyéndose entonces esta área como una temática poco abordada. Considerando la literatura previamente expuesta, sobre todo en relación a los factores que influyen, es posible suponer que cobran altísima relevancia factores del proceso terapéutico como la alianza terapéutica y el cumplimiento de las expectativas de los usuarios, así como también los relacionados con el apoyo familiar y los socio-culturales. Adquiere importancia

entonces, conocer la perspectiva de los psicoterapeutas en cuanto a los motivos relacionados a la deserción en casos en que realizaron terapia y dicho proceso no fue completado, por parte de los usuarios. La presente investigación, se centra en esta temática en específico, mediante el acercamiento directo a las narrativas de los terapeutas.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general.

Comprender el proceso de deserción psicoterapéutica de pacientes adolescentes que han sido víctima de agresiones sexuales, y los factores que influyen en este fenómeno, desde la perspectiva de sus terapeutas.

1.4.2 Objetivos específicos.

- Caracterizar los casos de deserción psicoterapéutica de adolescentes que han sido víctima de agresiones sexuales, en torno a características personales, familiares y del proceso terapéutico, desde la perspectiva de sus terapeutas.
- Identificar los elementos que favorecen y dificultan el proceso psicoterapéutico de adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales, desde la perspectiva de los terapeutas.
- Describir las razones de la deserción psicoterapéutica de pacientes adolescentes que han sido víctima de agresiones sexuales, identificadas por sus psicoterapeutas.
- Explorar la posible relación entre la significación de la agresión sexual y el proceso de deserción de pacientes que han sido víctima de agresiones sexuales, desde la perspectiva de los terapeutas.

2. Marco Metodológico

2.1 Enfoque Metodológico

La investigación realizada es de carácter cualitativo, ya que éste permite comprender a las personas dentro de su propio marco de referencia y alcanzar la estructura de observación del otro (Canales, 2006; Taylor & Bogdan, 1998).

El método cualitativo, se sitúa dentro de la comprensión fenomenológica de la investigación social, que busca la comprensión en un nivel personal de los motivos y creencias que están detrás de las acciones, teniendo un interés principal por estudiar el proceso de interpretación que llevan a cabo las personas (Taylor & Bogdan, 1998). Por ende, en este método interesa primordialmente el análisis de las significaciones de los participantes, comprendiendo en profundidad su subjetividad, además de describir su perspectiva y visión (Canales, 2006)

En este contexto, las metodologías cualitativas se consideran idóneas para estudiar elementos de la práctica clínica, debido a que en las dos se da relevancia a la relación entre el investigador/ profesional y el participante / paciente, y los aspectos personales y éticos que surgen a partir de tal relación. Además la metodología cualitativa resulta de la investigación en contexto, lo cual le permite al investigador estar cerca de la práctica clínica (Yardley, 2000).

Por ende, siendo importante para el presente estudio conocer la perspectiva de los terapeutas en torno al fenómeno de deserción, y teniendo en cuenta lo anteriormente planteado, se considera que el enfoque cualitativo permitirá acceder a las representaciones que los participantes tienen al respecto.

2.2 Tipo de Estudio

El presente estudio es de carácter exploratorio, debido a que en base a la revisión bibliográfica llevada cabo, se ha concluido que el problema a abordar posee escaso desarrollo (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006).

Además, es de tipo descriptivo, ya que se busca recoger información y especificar las características relacionadas al fenómeno de deserción desde una población específica (Taylor & Bogdan, 1998).

2.3 Diseño de Investigación

2.3.1 Participantes

Los sujetos del estudio son elegidos de una muestra mayor, perteneciente al proyecto FONDECYT N°11140049 “Cambio psicoterapéutico en agresiones sexuales: perspectiva de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas, sus padres y sus psicoterapeutas” del cual el presente estudio forma parte, como ya se había mencionado anteriormente.

El tipo de muestreo seleccionado fue de tipo intencionado, ya que éste permite ser guiado por las necesidades del presente estudio, sin importar tanto el número de casos estudiados, sino más bien orientándose en adquirir el conocimiento relevante para desarrollar comprensiones teóricas acerca del área estudiada, en este caso, respecto al fenómeno de deserción en ASI (Taylor & Bodgan, 1998).

El universo muestral se encuentra constituido por terapeutas de adolescentes de ambos sexos, entre los 13 y 17 años, que han sido víctimas de agresiones sexuales y que desertaron del tratamiento asociado a esta experiencia durante el periodo comprendido entre los primeros seis meses de terapia.

En cuanto al criterio temporal de la deserción, éste se torna relevante ya que como ha sido expuesto anteriormente, la mayoría de los estudios de deserción se han enfocado en la primera etapa del tratamiento (Viale-Val et al., 1984; Demarest et al., 1996; Lippert et al., 2008), por lo que se hace necesario conocer las posibles características del fenómeno una vez que el tratamiento se encuentre en una etapa más avanzada. Es por esto que el presente estudio se focalizará en los casos que hayan desertado durante los primeros seis meses de intervención, corte que corresponde a la mitad del tiempo estimado de intervención para este tipo de casos en centros que reciben financiamiento de SENAME, si existe adulto responsable, mientras que, si éste no se encuentra presente, la intervención se puede extender hasta los 18 meses (SENAME, 2012). Se hace relevante mencionar que, en la muestra seleccionada, todos los pacientes contaban con la presencia de un adulto responsable.

En este contexto, fueron seleccionados los casos que ya hubiesen sido definidos desde el centro como casos de deserción, por lo que ya no se estarían realizando nuevos intentos por retomar el proceso terapéutico.

En cuanto a la edad de los pacientes, fueron seleccionados adolescentes entre los 13 y 17 años, ya que en dicha etapa del desarrollo evolutivo - y desde los 12 años - se espera mayores posibilidades de análisis y reflexión respecto a procesos psicoterapéuticos (Sepúlveda, 2013), y debido a que los centros desde los cuales se tomó la muestra siguen los lineamientos del Servicio Nacional de Menores [SENAME], atendiendo a niñas/os y adolescentes menores de 18 años. Por otro lado, en cuanto a la característica de haber sido víctima de agresiones sexuales, ésta fue determinada por los centros, a partir de la evaluación de los casos, o la situación de ingreso al tratamiento.

Se estimó en un principio que el estudio se llevaría a cabo con al menos 7 participantes, con el fin de alcanzar una comprensión acabada del fenómeno, alcanzando la variabilidad y profundidad en las respuestas, y llegando así a la saturación de la información. A partir de esto, fueron escogidos finalmente 8 terapeutas.

Se accedió a la muestra seleccionada a través de la colaboración de 6 centros de la Región Metropolitana que reciben financiamiento de SENAME y siguen sus lineamientos de intervención al ser PRM. Estos centros fueron: el Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales (CAVAS) de la Policía de Investigaciones de Chile, ubicado en la comuna de Providencia, los Centros de Protección Infante Juvenil CEPIJ, ubicados en Lo Espejo, La Florida y Santiago, el Centro de Intervención Especializada en Abuso Sexual Infantil y Maltrato en contexto de Violencia Intrafamiliar (CENIM) de Fundación Mi Casa, ubicado en Peñalolén, y el Programa Reparación de Maltrato (PRM) de Fundación Ciudad del Niño, ubicado en Maipú.

En este contexto, son seleccionados los casos en la medida que un caso de la muestra inicial, es decir, que había sido contactado al inicio del tratamiento, deserta.

2.3.2 Caracterización de la muestra.

A continuación, se describirán las principales características de los sujetos seleccionados para la muestra. Cabe destacar que la información aquí presentada fue obtenida a partir de las entrevistas realizadas a los terapeutas de cada caso, todos psicólogos, y de las fichas de caracterización que fueron completadas por ellos en un inicio del tratamiento respecto del caso, como parte de la investigación.

El primer participante es Carlos¹ (TF1²) de 37 años de edad, profesional del centro CF2, con 8 años de experiencia en ASI y con un enfoque teórico psicoanalítico. Él era el terapeuta de Alfredo (PF1), adolescente de 15 años de edad, quien había sido derivado al centro desde Tribunales de Familia por una denuncia de Abuso Sexual y Violación. La agresión sexual era descrita en un episodio único, extrafamiliar, en donde la figura del agresor era el Paramédico del colegio al cual asistía el paciente. La acompañante del proceso terapéutico era la madre del paciente, de 40 años de edad.

El segundo participante es Javier (TF2) de 36 años de edad, profesional del centro CF2, con 11 años de experiencia en ASI y con un enfoque teórico psicoanalítico. Javier era el terapeuta de Bastian (PF1), adolescente de 17 años de edad, quien había sido derivado desde Tribunales de Familia. La agresión sexual por la que fue derivado había sido tipificada como un abuso sexual extrafamiliar, en donde la figura del agresor era el vecino del padre del paciente, con una frecuencia en las agresiones definida como crónica. El acompañante a psicoterapia en un principio era el director de la residencia en la cual vivía el paciente, de 42 años de edad. Se hace relevante mencionar que paralelamente al proceso terapéutico, el paciente dejó de vivir en la residencia, para irse a vivir con su padre, quien nunca aprobó el tratamiento psicológico.

El tercer participante es Fabiola (TF7), de 42 años de edad, profesional del centro CF5, con dos años de experiencia en ASI y cuyo enfoque teórico era integrativo. Francisca era la terapeuta de Giselle (PF7), adolescente de 13 años de edad, quien fue derivada al centro desde Tribunales de Familia por una denuncia de Abuso sexual, intrafamiliar, en donde existían dos figuras agresoras, el tío abuelo materno y tío materno de la paciente, con una frecuencia de la agresión reiterada. La acompañante era la madre de la paciente, de 35 años de edad.

El cuarto participante es Luis (TF10), de 31 años de edad, profesional del centro CF5 con 10 años de experiencia en ASI, cuyo enfoque teórico era el Sistémico-Estratégico. Luis era el terapeuta de Julieta (PF7), adolescente de 15 años de edad, quien había sido derivada al centro desde Tribunales de Familia por una denuncia de abuso sexual intrafamiliar, en donde la figura del agresor era el padrastro, con una frecuencia reiterada. La acompañante al proceso era la madre, de 32 años de edad.

¹ Los datos, tales como los nombres, han sido modificados para mantener la confidencialidad.

² Las siglas entre paréntesis corresponden a la investigación mayor a la cual se adscribe el presente estudio. Éstas son para el Terapeuta (TF), el Paciente (PF) y el Centro (CF).

La quinta participante es Barbara (TF18), terapeuta de sexo femenino de 31 años, con experiencia clínica de 7 años, todos los cuales se ha desempeñado en ASI, desde el enfoque teórico psicoanalítico. Ella es terapeuta del caso de Queila (PF18), una adolescente de 14 años de sexo femenino, quien vivió una agresión sexual por parte de un vecino adulto, la que fue descrita como abuso sexual reiterado. Ella era acompañada a terapia por su padre, de 34 años, tras la derivación por parte de Tribunales de Familia al Centro CF2.

La sexta participante es Lorena (TF24), terapeuta del caso de Williams (PF24), un adolescente de 17 años, quien vivió experiencias de abuso sexual crónico por parte del padrastro. Él fue acompañado por su madre a terapia quien tenía 36 años de edad, tras ser derivados por Fiscalía al centro CF1. Mientras que Lorena se caracteriza por tener 28 años de edad y dos años de experiencia clínica, dentro de los cuales se ha desarrollado 18 meses en la temática ASI, con un enfoque Constructivista Evolutivo.

La séptima participante es Tatiana (TF33), de 46 años, con experiencia clínica de 15 años en los que ha ejercido en la temática ASI, desde un enfoque integrativo del psicoanálisis relacional y el sistémico, es la terapeuta del caso de África (PF33). Caso en el que la adolescente de 15 años que vivió una experiencia de agresión sexual por parte de su tío materno, que fue tipificada como abuso sexual reiterado, quien era acompañada a terapia por su madre, de 36 años, tras la derivación del Sistema de Salud al Centro CF2.

La última participante es Josefa (TF36), terapeuta de 34 años, con 6 años de experiencia clínica en los que se ha desempeñado en ASI, desde el enfoque teórico del psicoanálisis. Ella es terapeuta del caso de Ivonne (PF36), una adolescente de 15 años que fue abusada sexualmente por la pareja de su hermana, en un episodio único. La acompañante era la hermana de la paciente, y asistían al centro CF2, tras la derivación de Fiscalía.

▪ **Tabla N° 1.** Caracterización de la muestra.

Participante	Edad	Agresión	Agresor	Experiencia en ASI	Enfoque teórico	Tiempo de intervención
Carlos	37	Abuso sexual y violación. Episodio único	Paramédico del Colegio	8 años	Psicoanálisis	6 meses/ 24 sesiones
Javier	36	Abuso sexual. Crónico	Vecino del padre	11 años	Psicoanálisis	9 ³ meses/ 16 sesiones
Fabiola	42	Abuso sexual. Reiterado	Abuelo y tío	2 años	Integrativo	7 meses/ 3 sesiones
Luis	31	Abuso sexual. Reiterado	Padraastro	10 años	Sistémico-Estratégico	6 meses/ 13 sesiones
Barbara	31	Abuso sexual. Reiterado	Vecino	7 años	Psicoanálisis	3 meses/ 4 sesiones
Lorena	28	Abuso sexual. Crónico	Padraastro	18 meses	Constructivista Evolutivo	7 meses/ 10 sesiones
Tatiana	46	Abuso sexual. Reiterado	Tío materno	15 años	Integrativo	5 meses/ 20 sesiones
Josefa	34	Abuso sexual. Episodio único	Pareja de la hermana	6 años	Psicoanálisis	5 meses/ 10 sesiones

³ Serán considerados casos con más de 6 meses de intervención, pues en muchos de ellos se desconoce el momento exacto en el que el sistema consultante dejó de asistir al Centro, contándose con la información del momento en que se decidió, por parte del Centro, cerrar el caso.

2.4 Técnicas de Producción: Entrevistas en Profundidad

Como herramienta de acceso a la perspectiva de los terapeutas acerca del proceso realizado con los adolescentes y sus familias, se utilizó la entrevista en profundidad, debido a que permiten apreciar lo particular de los casos, identificando los detalles de un proceso específico (Taylor & Bogdan, 1998).

La entrevista en profundidad, es conceptualizada 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 adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales y que han desertado del proceso terapéutico.

Esta interacción verbal, si bien implica un juego de pregunta-respuesta más cercano a la conversación que al interrogatorio, “concede al entrevistador el lugar de máxima autoridad para la elaboración de las preguntas y al entrevistado el lugar principal de responderlas” (Canales, 2006. p.221). En esta misma línea, para Taylor y Bogdan (1998), el rol del investigador implica no sólo obtener respuestas, sino también aprender qué preguntas hacer y cómo hacerlas.

En cuanto a las características de la entrevista en profundidad, destacan diversas ventajas. Una de ellas es el marco de interacción que propone, el cual es directo, flexible y espontáneo; lo que hace sobresalir también su capacidad y eficacia en el acceso a la información difícil de obtener, pudiendo preferirse por su intimidad o por su comodidad. Otra de las ventajas, es el estilo abierto de esta técnica, lo cual permite la obtención de una gran variedad informativa; proporcionándole al investigador la oportunidad de clarificación y seguimiento, durante la interacción pregunta-respuesta (Valles, 2003).

Al respecto, Valles (2003) también resalta como proceso fundamental la elaboración del guión de entrevista en profundidad, dentro del cual se encuentran temas y subtemas planteados en base a los objetivos de la investigación en particular y los intereses de los investigadores. Siguiendo estos planteamientos, en la presente investigación fue realizado en un primer momento, en conjunto con el equipo de investigación, un guión de entrevista piloto. Este guión se generó en base a la literatura revisada, en relación a la fenomenología de las agresiones sexuales, el proceso de cambio, los facilitadores y obstaculizadores del proceso, y el trabajo psicoterapéutico con

víctimas de ASI y sus familias. En un segundo momento, fue testeado a partir de los primeros encuentros con los sujetos entrevistados, para finalmente ser modificado según las necesidades de la investigación y la emergencia de nuevos contenidos relevantes en relación a los objetivos planteados.

De esta forma, se realizó finalmente una pauta de entrevista cuyos principales ejes son el proceso terapéutico y el cambio psicoterapéutico, de los cuales derivaron las dimensiones que serán mencionadas a continuación. Una de ellas es el proceso terapéutico, de ella se desprenden las expectativas iniciales, la noción del problema/motivo de consulta, la relación terapéutica, el proceso de término y la noción de psicoterapia. Por otro lado, se encuentra la dimensión de Cambio Psicoterapéutico, en la que se encuentran el contenido del cambio, el proceso del cambio junto a los facilitadores y obstaculizadores del cambio.

Es importante señalar que debido a que el presente estudio está inserto en una investigación que aborda el cambio psicoterapéutico en agresiones sexuales, el guion de entrevista aborda también otras temáticas además de las pertinentes para esta investigación (el guion se presenta en el anexo N° 2)

2.5 Procedimiento

El proyecto FONDECYT N° 11140049 “Cambio Psicoterapéutico en Agresiones Sexuales” contó con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación en Ciencias Sociales 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.

Como parte de la investigación ya mencionada en la cual se inserta este estudio, desde el equipo de investigación se contactó a Centros en la Región Metropolitana especializados en ASI. Participaron 6 centros colaboradores de la red SENAME, recibiendo la autorización de las autoridades respectivas.

Posteriormente, se presentó la investigación a los profesionales correspondientes de los centros, quienes apoyaron el proceso de selección de los casos, iniciando de esta forma el proceso de muestreo. Para ello, se indicó en cada Centro que los casos a incorporar en el estudio, corresponderían a aquellos que estuvieran iniciando el proceso terapéutico, y que las entrevistas serían realizadas a los niños, niñas y adolescentes, así como a sus padres y psicoterapeutas.

A medida que los Centros indicaron al investigador principal qué casos poseían las características señaladas, y luego de verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión, se procedió a contactar a los psicoterapeutas, fijando los respectivos horarios de reunión para la presentación de la investigación, señalando el carácter voluntario de la misma. Además, se realizó la lectura y firma de un consentimiento informado, del cual cada entrevistado recibió una copia personal. Además, se les señaló que se realizarían entrevistas tanto a ellos como psicoterapeutas del caso, a los adultos responsables y a los NNA en distintos momentos de la intervención.

Resulta importante mencionar que, como parte de la investigación, los consentimientos informados fueron firmados por los/as adultos/as responsables de los NNA participantes, y en el caso de los niños y adolescentes, fueron firmados los asentimientos informados. Tanto los niños y adolescentes como los adultos responsables además de consentir su propia participación en la investigación, consentían la participación de su psicólogo/a para que hable de su tratamiento (Los consentimientos de niños y adolescentes, padres y terapeutas se adjuntan en el Anexo N° 1).

Como parte de la investigación se realizaron entrevistas a niños/as, adolescentes, sus adultos responsables y terapeutas, en distintos momentos de la intervención, siendo el primer acercamiento aproximadamente a los seis meses de tratamiento.

Las entrevistas de deserción fueron realizadas por miembros del equipo de investigación FONDECYT N° 11140049 en los centros que en los que asistía el/a adolescente y en los cuales el/a psicólogo/a se desempeñaba, en un espacio privado, en el período máximo de un mes posterior a la deserción del tratamiento del/a adolescente al cual se referirían en la entrevista. Éstas fueron realizadas entre los meses de diciembre de 2015 y mayo de 2016, período durante el cual se cumplieron los primeros 6 meses desde el inicio del proceso terapéutico en cada caso. Cabe destacar que los casos desertaron entre los 3 y 9 meses desde el inicio de la intervención.

En todos los casos se entrevistó en primer lugar al psicólogo/a tratante, y se realizaron intentos por contactar tanto al adulto responsable como al adolescente para acceder a la información que éstos pudiesen otorgar respecto al proceso, sin embargo, sólo en un caso se logró restablecer contacto con ellos.

Respecto a las entrevistas, es importante señalar que éstas fueron grabadas en audio, con el objeto de que fueran transcritas de manera literal para su posterior análisis.

Una vez realizadas las entrevistas, al momento de escoger a la muestra final que conformaría esta investigación, se seleccionaron los casos de deserción de adolescentes.

2.6 Análisis de Datos: Análisis Narrativo

La técnica de análisis de información utilizada en el presente estudio como fue mencionado anteriormente, corresponde al Análisis Narrativo, cuya característica distintiva es centrarse en los relatos que las personas construyen, comprendiendo que éstas son formas básicas para otorgarle sentido a las vivencias (Bernasconi, 2011). Al respecto, Polkinghorne (citado en Bernasconi, 2011) plantea que el relato está conformado tanto por las experiencias como por la trama que les otorga significado.

El análisis narrativo es el estudio sistemático de datos narrativos, y se puede definir como el análisis de los temas, estructuras y recursos lingüísticos de narrativas construidas, para entender mejor las perspectivas de los participantes en el contexto de un proyecto de investigación (Menard-Warwik, 2010, citado en Capella, 2013).

Al respecto, Capella (2013) señala que el análisis narrativo se centraría tanto en el contenido como en la forma en que la narrativa es construida en un contexto específico, con el fin de comprender la complejidad de los significados incorporados. Ello, implica el involucramiento y entendimiento de las experiencias del individuo en profundidad y en su contexto, iniciando la mirada desde el punto de vista del narrador (Bernasconi, 2011; Capella, 2013).

Dentro de los métodos más usados de análisis narrativo Riessman (2008), describe los siguientes: el análisis estructural, dialógico-performativo y el temático. Para fines de la presente investigación, se utilizó como método preferente el análisis temático, pues resulta el más conveniente para responder a los objetivos propuestos. Éste se centra en el contenido de la narrativa, respondiendo la pregunta por el ¿qué se narra? atendiendo al contenido de la narrativa y su relación con los recursos lingüísticos y culturales disponibles. Cabe destacar que este tipo de análisis preserva la secuencia narrativa completa, y las referencias temporales y espaciales del relato. De esta forma, el considerar la narrativa total como fuente esencial de interpretación, sin fragmentarla, se constituye en su característica distintiva (Bernasconi, 2011; Riessman, 2008 citado en Capella, 2013).

De este modo, el análisis de las narrativas del presente estudio fue realizado a partir de la recopilación de información que se presentó recurrentemente en las diversas

entrevistas, en conjunto también con aquella información emergente o novedosa, que representó puntos de vista diferentes acerca de una misma temática, con el fin de contribuir a los objetivos tanto general como específicos de este estudio.

Es así como se analizó primero cada entrevista por separado, haciéndose en primer lugar, una lectura completa del texto, de la cual se extrajo una narrativa principal a modo de resumen, en la que se encontraba aquel aspecto temático general que guió la narrativa entregada por cada participante.

De la narrativa principal, emergieron diversos contenidos, los que fueron recogidos en forma de citas (correspondientes a frases o párrafos) y que dieron cuenta de aspectos particulares que, en conjunto con la narrativa completa, representaron elementos relevantes de cada entrevista. Estas citas, fueron organizadas de acuerdo a ámbitos temáticos, y agrupadas en distintas unidades de análisis, para luego ser incluidas en unidades temáticas de mayor nivel de complejidad, conforme a su posibilidad de ser conceptualizadas separadamente, tomando en consideración los objetivos de esta investigación. Así también, se incluyeron en el análisis y en las unidades temáticas aquellos aspectos nuevos que constituyeron elementos de relevancia en la comprensión del fenómeno, aun cuando no estaban incluidos dentro de los objetivos. También, es necesario señalar que algunas de las unidades temáticas son particulares a esta investigación y otras fueron abordadas con el equipo de investigación del FONDECYT N° 11140049, pues resultan relevantes para el proyecto en general.

Resulta relevante destacar que se resguardó que cada uno de los niveles de análisis descritos tuvieran relación con la narrativa principal rescatada en cada entrevista, preservando la narración en su totalidad como fuente esencial de interpretación, fundamental en el análisis narrativo (Capella, 2013).

Posterior al análisis de cada entrevista en particular, se procedió a realizar un análisis intercaso integrado de las mismas, recogiendo las temáticas principales surgidas en su conjunto (Dussert, 2014). Para ello, se destacó aquellos contenidos que demostraron ser comunes, o que, por el contrario, se presentaron de manera excepcional, representando diferencias con respecto a la información recogida. Esto originó 5 ejes centrales, que dan cuenta la Caracterización del caso, la Comprensión de la problemática del paciente, los Obstaculizadores del proceso terapéutico, un Favorecedor del proceso terapéutico y el proceso de Deserción.

3. Resultados

A continuación, se presentan los resultados del análisis generado en torno a las narrativas de los participantes del presente estudio. La información recabada se ordenó en torno a los cinco ejes centrales mencionados anteriormente, y que buscan dar respuesta a los objetivos específicos del presente estudio.

De este modo, el primer apartado denominado caracterización del caso, responde al primer objetivo específico que consiste en caracterizar los casos de deserción psicoterapéutica de la muestra ya descrita. El segundo apartado, denominado comprensión de la problemática del paciente, en el que se ahonda respecto a la significación de la ASI, se relaciona con el cuarto objetivo específico, pues permite explorar la posible relación entre la significación de la agresión sexual y el proceso de deserción en la muestra señalada. Mientras que el tercer y cuarto apartado, llamados obstaculizadores del proceso terapéutico y favorecedor del proceso: la relación terapéutica con el adolescente, respectivamente, dan cuenta del segundo objetivo específico en el que se busca identificar los elementos que favorecen y dificultan el proceso psicoterapéutico. Luego, en el quinto apartado, se detalla en torno a la deserción y a las características de dicho proceso, lo que se relaciona con el tercer objetivo específico, en el que se pretende describir las razones de la deserción psicoterapéutica de pacientes que han sido víctima de agresiones sexuales. Finalmente, es importante señalar que se agregó un sexto apartado, denominado persona del terapeuta, que da cuenta de las emociones y sentimientos del Psicólogo respecto a los adolescentes y adultos responsables. Dicho eje fue agregado, pese a no estar contemplado previamente, como información emergente, pues su aporte se considera relevante en la medida en que enriquece la información recabada en los 5 ejes ya descritos y amplía la mirada respecto al fenómeno de la deserción.

La organización de los ejes y contenidos del análisis son presentados a continuación y resumidos en la tabla N° 2.

▪ **Tabla N°2.** Principales temáticas del análisis narrativo

CARACTERIZACIÓN DEL CASO
Características del funcionamiento familiar, los vínculos y el contexto.
<i>a) Características del funcionamiento familiar. b) Características de la relación entre el Adulto responsable y el adolescente. c) El adulto responsable y el ejercicio de su rol. d) Otras problemáticas que presenta el adolescente distintas a ASI.</i>
Aspectos relacionados a la agresión sexual
<i>a) Credibilidad. b) Funcionamiento del paciente tras la develación. c) Reacción del adulto responsable y grupo familiar tras la develación.</i>
COMPRENSIÓN DE LA PROBLEMÁTICA DEL PACIENTE
Comprensión de la agresión sexual
<i>a) Diagnóstico del caso. b) El espacio terapéutico y su utilidad para el paciente.</i>
OBSTACULIZADORES DEL PROCESO TERAPÉUTICO
Obstaculizadores relacionados con el funcionamiento familiar
Obstaculizadores relacionados con el adulto responsable
<i>a) Respecto al funcionamiento del adulto responsable. b) Relación terapéutica entre el adulto responsable y el psicoterapeuta.</i>
Obstaculizadores relacionados con el adolescente
Obstaculizadores en relación a los Terapeutas y al Centro
<i>a) Limitaciones en la intervención terapéutica. b) Eventos ocurridos durante el proceso: interrupción desde el centro.</i>

FAVORECEDOR DEL PROCESO: RELACIÓN TERAPÉUTICA CON EL ADOLESCENTE
Relación terapéutica y su influencia en el proceso
DESERCIÓN
Factores que pueden haber influido en el proceso de deserción
<i>a) Asociados al Adulto Responsable.</i> <i>b) Asociados al adolescente.</i>
Proceso de deserción
<i>a) Cómo ocurrió y acciones tras la deserción.</i>
PERSONA DEL TERAPEUTA
Sentimientos y emociones asociados al caso.

3.1 Caracterización del Caso

En este apartado, serán mencionadas las principales características referidas por los participantes que se destacaron como elementos relevantes para caracterizar los casos de deserción y que hacen referencia a las dinámicas familiares, funcionamiento del adulto responsable y características personales del adolescente, tanto relacionadas o no a la agresión sexual.

3.1.1 Características del funcionamiento familiar, los vínculos y el contexto.

a) Características del funcionamiento familiar.

Al intentar caracterizar el funcionamiento de los grupos familiares de los adolescentes que desertaron de psicoterapia por ASI, los participantes del presente estudio tendieron a mencionar la existencia de diversas dificultades, no sólo vinculadas a la ASI, que los llevó a definir el funcionamiento familiar como multiproblemático, en donde estaban presente por ejemplo, dinámicas de silenciamiento a nivel familiar, no sólo ante la agresión sexual, sino más bien como una dinámica establecida ante la mayor parte de los

conflictos familiares.

“en la dinámica familiar también predomina mucho el silenciamiento de las experiencias y de las situaciones que provocan problemas y dolor en la familia, está prohibido hablar de eso, eso es lo que también predomina a nivel familiar”(Luis)

“bueno en esta familia tienden a haber secretos entonces es algo que nuevamente esto cae en una familia en donde el silenciamiento está como súper eh, es parte de la cultura, (...) o sea, como hay muchos secretos dando vuelta en esta familia, muchas cosas que se silencian y esto cae en esta misma dinámica, entonces: - y nos dimos cuenta de que la familia no está tampoco preparada para hacer un cambio todavía ”(Javiera)

Otra característica que llevaba a estos grupos familiares a ser definidos como multiproblemáticos, era el reporte de los participantes de la presencia de un consumo problemático de alcohol y drogas en uno o más de los integrantes del grupo familiar, lo cual derivó, por ejemplo, en la desprotección del paciente o incluso en la influencia de un inicio de consumo.

“había consumo de drogas eh en los padres, (...) y es producto de todo esto que ella eh el cuidado personal queda a cargo de los abuelos maternos. - y ella vivía también con la mamá, (...) la mamá no-no-no ejercía su rol no estaba, no-no se hacía responsable de la Queila, ni a nivel afectivo es una figura bien distante, siguió como con consumo de pasta base”(Barbara)

Fueron además mencionadas por los participantes la existencia de otras experiencias de vulneración en estos grupos familiares, distintas a la ASI, que estaban ocurriendo en el presente, pero que también habrían sido históricas dentro del funcionamiento familiar, como por ejemplo dinámicas de VIF.

“a mí me da la impresión, y lo hemos hablado con mi dupla, que aquí hay situaciones de violencia intrafamiliar, o de algo al interior de la familia, dinámicas maltratantes al menos”(Francisca)

En esta misma línea, se hace relevante destacar la presencia en un caso de experiencias de violencia sexual y en otro caso experiencias de violencia política durante la Dictadura, vulneraciones que habrían ocurrido en el pasado pero que, de cierta manera, afectaban la forma a través de la cual, por ejemplo, el adulto responsable se vinculaba con la experiencia de ASI de su hijo.

“la mamá no lograba ver a la chica, era más bien todo sus:, sus dificultades, su conflicto, su traumatización, porque ella también había sido agredida, ella dice que fue víctima, no sabemos de quién poh, no lo dice, pero, ehm, no, n- n- está muy presionada como de haber, ehm, de haber estado tan atenta a que no le sucediera a su hija lo mismo que le sucede a ella y le sucede (...) entonces está como impactada de que, de que ella no lo haya podido evitar cuando estaba tan pendiente, porque no dejaba, es muy, muy, muy, muy desconfiada la mamá con todo, con todo su alrededor, con todos los hombres, pero no con el hermano”(Tatiana)

También se destaca la presencia en uno de los casos de una vinculación del grupo familiar con el mundo delictual, de lo cual el terapeuta se enteró luego de tener un contacto con otros profesionales de la red asistencial, además de enterarse de ciertas condiciones precarias de vivienda en esta familia, caracterizadas por hacinamiento.

“están metidos en un tema de bandas importantes, de microtráfico (...) son una banda muy famosa del sector, que todo el mundo la conoce, entonces todos sabe de dónde viene esta familia (...) entonces por eso ellos también son muy cuidadosos porque es una familia como de respeto en términos de un prontuario importante, no eran un: no era menor su fama ”(Francisca)

“eso si el DAM dice si, el tipo de hacinamiento que había, el tipo de familia que había”(Francisca)

b) Características de la relación entre el Adulto Responsable (AR) y el Adolescente.

En general, los terapeutas observaron una relación entre el AR y el adolescente

más bien conflictiva, caracterizándose por la existencia de una desconfianza mutua, además de la presencia de constantes disputas relacionadas, por ejemplo, a la etapa evolutiva en la cual se encontraba el paciente, en donde sus intereses podrían contraponerse a los de su adulto responsable.

“ y el conflicto empezó a aparecer en relación a su madre, ya? El conflicto con su mamá, a ciertas conductas que tenía su mamá en relación a justamente este desarrollo adolescente en donde Ailyn aparece un poco más, no tan sobre adaptada si no que, más bien manejando sus intereses, empiezan a haber conflictos con la madre.”(Javiera)

Es así como los terapeutas tendieron a caracterizar la relación entre los adolescentes y sus adultos responsables como distantes, existiendo en muchos casos una escasa comunicación y una despreocupación por las necesidades del adolescente, por parte del adulto responsable.

“ella la relación que tiene digamos con los padres no es cercana, ella no percibe apoyo emocional por parte de sus adultos cuidadores, si tiene una relación podríamos decir menos, menos desligada con la madre”.(Luis)

c) El adulto responsable y el ejercicio de su rol.

Entre los aspectos problemáticos más mencionados por los terapeutas, se encontraba la visualización de un desligamiento del rol parental por parte de los adultos responsables, quienes, como fue mencionado anteriormente, muchas veces mostraban una despreocupación por las necesidades de sus hijos, lo cual daba la impresión a los terapeutas, de que estos pacientes se encontraban bastante solos.

“yo creo que efectivamente la historia y los eventos vitales de él eh, dan cuenta de que es un chico que está muy solo en la vida, y ha tenido malas experiencias con hombres, también, y ha tenido malas experiencias con su madre, que hay un aislamiento ahí afectivo bien significativo”(Carlos)

Aparece además la existencia de experiencias de vulneración con cierta cronicidad, ejercidas por los AR hacia los adolescentes, las que se sospechaba podrían

haber derivado en estados depresivos en los pacientes, además de ser constatada por los terapeutas la existencia de sentimientos de culpa en los adolescentes ante tales dinámicas.

“T: había una cosa depresiva bastante importante, mucha soledad, mucha tristeza, se sentía abandonada, eh, debilidad de su, o sea no, de su self bastante precario, ehm, trae como quizá a mi modo de ver desde la infancia, no era del abuso, era como del, el mayor trauma, ehm, yo creo que la madre ejercía violencia, o sea no creo, ejercía violencia física”(Tatiana)

Respecto a las figuras paternas y/o padres, los terapeutas mencionaron que éstos en general no ejercían de manera adecuada su rol, apareciendo en algunos casos como figuras totalmente ausentes. Mientras que en los casos en los cuales sí se encontraban presentes, el vínculo paterno-filial era definido por los terapeutas como un vínculo dañino y maltratante.

“la figura del padre la que: a pesar de toda la distancia que él pueda poner con él, es una figura que igualmente lo sigue dañando, no? una figura bien: perversa desde las instituciones que lo han visto, (suspiro) es un tipo muy muy maltratador, y lo tiene atrapado en algún también, porque él acude a él, no? cuando él se va de los hogares él acude al padre, sabiendo que el padre lo va, él lo tiene super claro, o sea decía “yo puedo estar con mi papá un mes, pero yo sé que me va a terminar pegando, me va terminar echando”, que es un poco lo que le pasó, él llega donde el papá, el papá lo saca de todas las instituciones, que no hable con nadie, casi que lo encierra en la casa, que no pueda salir a ningún lado, no a las drogas, no al trago, como que y “me va a acompañar desde mañana a la iglesia” (tos) él se va igualmente con esa figura”(Javier)

“en su nacimiento, no fue reconocido por su padre, un padre que viví- un padre biológico que hasta la, ahora vive cerca de ellos, con el cual se cruzaba la calle y que este, este papá lo rechazaba, que también era bastante maltratador (...) él no es reconocido por su papá, es este padrastro el que lo reconoce”(Lorena)

d) Otras problemáticas que presenta el adolescente distintas a ASI.

En general, los terapeutas mencionaron la existencia de problemas conductuales en los pacientes, tales como descontrol de impulsos, consumo de drogas previo y durante el proceso terapéutico, además de conductas delictivas como robar en el colegio. Se hace necesario destacar que los participantes del presente estudio vincularon muchas veces tales problemáticas al contexto social y familiar del paciente, en donde en general, como fue mencionado anteriormente, se encontraba presente un consumo problemático de drogas y alcohol.

“Es una chica con harta dificultad en el control de impulsos, robaba mucho dentro del colegio, tendía a mentir también y tenía un tema con la autoridad muy marcado, era una chica conflictiva, que no se dejaba pasar a llevar (...) entonces ahí a mi se me armó el perfil de que ella era una chica claro con un descontrol de impulsos importante, no sólo típico de la adolescencia” (Francisca)

“dentro de esta ansiedad es que ella tenía como hartas conductas, por ejemplo, replicando harto como lo que ella vivió con sus padres, conductas de socialización callejera, dificultad también como estableciendo como hartos como vínculos bien indiferenciados con distintos como grupos de amigos, como un incipiente como en la misma línea, yo creo que responde también como la búsqueda con el consumo de drogas inicial pero (...) al hablarlo ella no mostraba ningún tipo de pudor” (Barbara)

Por otro lado, en algunos casos es observada una relación un tanto conflictiva entre el paciente y sus pares, existiendo experiencias de agresión física, además de sentimientos de aislamiento o estigmatización desde sus compañeros, sin poder constatarse según los terapeutas, la presencia de un lazo significativo.

“ él habría sido agredido por dos compañeros del hogar más grandes (...) pero logra hablar de eso a propósito del susto que le da, como que los niños más grandes siempre le dan más susto (...) y cuando está por ejemplo en el hogar, que estaba hasta hace poco, le pasaba que le daba susto por ejemplo que en la noche se juntaban de repente todos los niños de quince, dieciséis, diecisiete, los más grandes, y lo empezaban a molestar, él tiene unos rasgos más femeninos también

no? lo empezaban a molestar por su pelo, porque era muy flaco, por cómo se vestía y él se angustiaba un poquito y dice se retraía o se iba no? entonces no lo incluían mucho, estaba siempre como apartado un poco ” (Javier)

3.1.2 Aspectos relacionados a la agresión sexual.

a) Credibilidad.

En general, los terapeutas mencionan que fue observada una credibilidad familiar ambivalente, en donde los adultos responsables mostraron una postura más bien pasiva ante la agresión sexual, no configurándose como figuras protectoras. Entre las actitudes que daban cuenta de una ausencia o ambivalencia en la credibilidad, se encontraba, por ejemplo, la no realización de una denuncia o la continuación del contacto con el agresor.

“E: me decías que V. no da credibilidad, ¿el resto de la familia la da?

T: también es algo súper ambiguo, porque la madre está como en esta burbuja donde no tiene mucha como participación, lo único que hace es como quejarse de los problemas que tiene con V., con Ailyn, pero tampoco nunca ha tomado una posición en relación a esto, es como que salió este sujeto y el problema desapareció, el papá también ha sido una figura bien periférica, donde tiene muy poca participación, de hecho no lo alcanzamos a conocer, por lo tanto, no está como la figura familiar de que hubiese existido una agresión” (Javiera)

“T: el padre no realiza como ni la denuncia ni tampoco le informa a los abuelos ni tampoco va más allá después de la develación que le hace la Queila

E: y cómo fue por otro lado como la reacción familiar de (...) los abuelos maternos

T: no dan credibilidad, ellos de hecho lo que refieren es que ellos creen que ella está mintiendo, (...) la Queila se niega a que le haga los exámenes físicos (...) y eso también ellos lo toman como algo que reafirma la idea de que podría ser mentira” (Barbara)

b) Funcionamiento del paciente tras la develación.

Los terapeutas tendieron a caracterizar a los pacientes como figuras proclives a responsabilizarse por sus familias, por ejemplo, asumiendo roles protectores y de cuidado con sus adultos responsables, lo cual podría ser vinculado a los constantes intentos por protegerlos, por ejemplo, no develando la agresión sexual.

“Ella también se ha constituido, a pesar de la relación distante, en una cuidadora de la mamá, trata de cuidar que no se descompense emocionalmente, porque esto también podría significar problemas a nivel familiar, y eso quiere evitarlo y eso es lo que le genera angustia”(Luis)

“mi hipótesis es que es una agresión sexual mucho más crónica de lo que él en la actualidad logra dar cuenta, porque tenemos una mamá sobrepasada, que no logra el sostén afectivo para este chico” (Lorena)

c) Reacción del adulto responsable y grupo familiar tras la develación.

Los terapeutas mencionaron que en general, los adultos responsables no lograron configurarse como figuras protectoras tras la develación. Es así como según los participantes del presente estudio, se apreciaron dos dinámicas familiares principales:

Por un lado, en algunos casos existieron develaciones previas que no tuvieron efectos, sin lograr la movilización de los adultos responsables, por lo que posteriormente las víctimas develaron a terceros.

“ E: y: y la mamá otorga credibilidad en ese primer momento?

T: mira según el relato de la adolescente que iba en esa en esa misma denuncia,

eh: dos hay dos años antes de: de hacer esta develación en Carabineros eh:

refiere ella en el relato que le había contado a su mamá (...) su madre eh:

supuestamente acoge esta develación y le dice que la va a llevar a la psicóloga del CESFAM, pero le pide a ella que le diga que - el padre ya no vive en la casa y que ya se hizo la denuncia, lo cual no fue así “(Luis)

En segundo lugar, es observada una dificultad de la figura materna para poder ver y contactarse con las necesidades de sus hijos, por ejemplo, adoptando una actitud más bien reivindicativa ante la agresión sexual, es decir, que su necesidad de justicia fuese satisfecha, en desmedro de lo que pueda estar ocurriendo con su hijo, lo cual se ve reflejado en la siguiente cita, en donde se hace relevante mencionar que la ASI había ocurrido en el contexto escolar de la víctima.

“si, la madre, más que eh: un compromiso afectivo en el sentido como de acoger a Alejandro, yo creo que ella entra en una dinámica, eh: reivindicativa con el colegio, o sea ella se pone a cuestionar al colegio, de cómo pasaba allí, de:, ehm, o sea, que esté involucrado Alejandro, pero está involucrado de una manera o de un modo que yo creo que, eh, está más realzada la, como la dimensión como de agresividad que despliega ella hacia: la: negligencia escolar, más que, eh, a contener directamente como los efectos de la agresión o una preocupación por el efecto, por el efecto que podría haber causado la agresión en Alejandro” (Carlos)

Como ha podido observarse, en general los participantes del presente estudio caracterizaban los casos de deserción por presentar múltiples problemáticas, que estaban relacionadas tanto con el contexto sociocultural y las condiciones sociales en las que se encontraban insertos, como también con las dinámicas particulares al interior de la familia, que tendían al silenciamiento y el hermetismo, así como por mantener relaciones conflictivas y poco contenedoras entre los adolescentes y los adultos responsables. Respecto a la agresión sexual, presentaban credibilidad ambivalente, en conjunto con adultos y familias que no lograron configurarse como figuras protectoras tras la revelación, y adolescentes preocupados por mantener el equilibrio familiar.

3.2 Comprensión de la problemática del paciente

En este apartado serán expuestos los principales elementos identificados durante el proceso terapéutico que, según la perspectiva de los participantes, permitirían comprender la problemática del paciente. Se hace necesario mencionar que tales elementos no sólo han sido relacionados con la ASI. Es así como es mencionado, por ejemplo, la no visualización de la agresión sexual como una experiencia traumática, lo cual cobra relevancia al vincularlo a uno de los objetivos específicos del presente estudio, que hace referencia a la exploración de la posible relación entre la significación de la

agresión sexual y el proceso de deserción.

3.2.1 Comprensión de la agresión sexual.

En lo referente a la agresión sexual y la comprensión y/o conceptualización otorgada por los adolescentes a tal experiencia, es posible señalar que en todos los casos fue definida como una experiencia negativa, pero no como traumática. Sólo en un caso, es conceptualizada como traumática, caso que había experimentado más de una experiencia abusiva en la esfera de la sexualidad.

“Ailyn no presentaba un padecimiento por la situación agresiva, ella logró hacer una develación inmediata, el tipo salió de la casa: eh: logró manejarlo bien emocionalmente: no fue una situación transgresora que implicara que ella se sintiera: violentada, sino que fue más bien actos inadecuados, eso es lo que ella evalúa, y de lo que puede elaborar también acá en la sesión, entonces no presenta un malestar, por lo menos durante la sesión, un malestar, un sufrimiento, sintomatología asociada a ese evento ”(Javiera)

Cabe destacar que, en varios casos, según los terapeutas, la agresión sexual no era el motivo de consulta principal del adolescente, vinculándose la necesidad de asistir a terapia con otros aspectos de su vida que le resultaban conflictivos, como por ejemplo las dificultades con su adulto responsable y/o familia, los cuales sí podían ser vivenciados como un malestar.

Se hace relevante señalar que en un caso la conceptualización de la AS construida por el adolescente fue cambiando durante el transcurso de la psicoterapia, en donde fue problematizando acerca de su complejidad, denominándola en un principio como abuso y posteriormente como violación, según el reporte de su psicoterapeuta. Caso que se caracterizaba también por tener una buena relación entre el psicoterapeuta y el adolescente, así como también con el adulto responsable.

3.2.2 Diagnóstico del caso

Respecto al diagnóstico realizado por los terapeutas, cabe señalar que éste fue más bien un diagnóstico comprensivo y no uno categorial/psicopatológico.

En este contexto, los terapeutas reportaron en la mayoría de los casos, a nivel de dinámicas traumatogénicas; traición, en donde la figura del agresor era vista previamente como una figura protectora transgrediendo este rol, sexualización traumática, vivenciando el adolescente la sexualidad como una experiencia de descontrol la cual puede llegar a generar elevados niveles de angustia, indefensión, respecto a las posibilidades de actuar en el mundo y generar cambios, y estigmatización desde sus pares principalmente, quienes tendían a aislarlo.

“estaba la del, claro+, con la dinámica de la traición, de todas maneras, pero más que de no ponerlo digamos como en un, en un enfoque particular, sino que más bien, ehm, muy confundida, como, como desconociendo a este tío, eh, que se supone que, que tenía que cuidarla, digamos, ¿no?” (Tatiana)

“él dice que la, como la sexualización: que él, a él le angustia un poco, como: él decía que se excitaba mucho (...) no? como que eso le generaba mucha angustia, como descontrol también (...) él decía que es como, que es como de sexualidad que se te: se te presenta como un vacío (...) como un exceso, entonces regular e- el, él no tenía elementos para regular, lo que él iba a hacer era como satisfacer, y en eso en el encuentro con el otro se: se desajustaba, la otra persona, que eran las pololas que él tenía eh: lo encontraban excesivo y lo rechazaban” (Javier)

“estigmatización de alguna forma, en un momento más bien aislamiento (...) de los pares, porque se notó, (...) indefensión de todas maneras” (Tatiana)

También fue observado por los participantes de algunos casos, el establecimiento de vínculos erotizados desde el paciente hacia distintas figuras, como por ejemplo con su terapeuta o con los hombres que la rodeaban.

“T: eh, de tanto querer evitar que su hija, eh, no sé, fuera deseada por un hombre,

¿no? logró todo lo contrario

E: claro

T: que fuera súper deseada por todos los hombres que la, que la, que la rodeaban, digamos y que ella quisiera ese deseo” (Tatiana)

Se hace relevante mencionar que el terapeuta de un caso refirió no haber alcanzado a realizar un diagnóstico, debido al corto tiempo de la intervención.

3.2.3 El espacio terapéutico y su utilidad para el paciente

Los terapeutas tendieron a observar en los adolescentes una necesidad por el espacio terapéutico, como un lugar de escucha y contención, que podría generar cierto alivio para los pacientes respecto a todas las problemáticas que han sido mencionadas anteriormente, las cuales no necesariamente se encontraban relacionadas a la ASI, sino que más bien con dificultades históricas, como por ejemplo los conflictos con sus adultos responsables, los sentimientos de abandono, etc.

“desde mi percepción el Williams es uno de los chicos que no veía como desde la, la, la obligación de- desde el mandato de terceros, es un chico que venía más como con una motivación más personal (...) entonces creo que, que el poder contar con un espacio que, que le permitiera ir, eh, conteniendo, ir acogiendo toda esta, esta sintomatología era ya en sí aliviador” (Lorena)

“yo creo que pudo aparecer algo de ella, de su rabia, de su: conflicto con la madre: y eso generó interés de asistir y de sentirse como: de tener un espacio eh: distinto, y poder hablar quizás: y expresar emociones que que: no tengo muy claro si en otro lugar las podía expresar, entonces (...) yo creo que fue lo que se construyó en el espacio terapéutico, en términos de que se dio la posibilidad de hablar de otras cosas, más allá de lo que ella venía a hablar”(Javiera)

3.3 Obstaculizadores del Proceso Terapéutico

En general, los participantes del presente estudio identifican distintos obstaculizadores del proceso terapéutico, que varían de acuerdo a la particularidad de cada caso. Sin embargo, a nivel general, los psicoterapeutas tendieron a señalar como obstaculizadores elementos asociados a la familia y al adulto responsable, así como también aspectos asociados al paciente. Resulta importante señalar que también dieron cuenta de aspectos en relación a la terapia realizada y al proceder del Centro, aunque en menor medida.

3.3.1 Obstaculizadores relacionados con el funcionamiento familiar.

En cuanto a los obstaculizadores reportados por los terapeutas a nivel del grupo familiar, en general, fue señalado que se vinculaban a elementos propios de la dinámica familiar, como específicos asociados a la agresión sexual, algunos de los cuales ya fueron mencionados en la caracterización de los casos, y que son connotados por los participantes como obstaculizadores.

Entre dichos elementos, se hizo referencia a la dificultad de tratar temáticas que eran conflictivas a nivel familiar, por ser grupos familiares herméticos ante un otro, lo que fue reportado también por la dupla psicosocial.

“siempre nos pareció que esta familia ocultaba información, y lo que descubrimos es que vienen de una familia de micro-trafficantes importante (...) creemos que de haber podido trabajar habríamos indagado posiblemente más temáticas importantes (...) y que el tema (...) que quisieran evitar que entráramos a su familia tenía que ver con temas de micro-tráfico, con delincuencia, y eso era aún más potente que explayarse en los detalles de la situación abusiva”(Francisca)

El otro elemento reportado por los participantes, tenía relación a la resolución y afrontamiento de conflictos, indicando que estas familias se caracterizaban por tender al silenciamiento de las situaciones problemáticas, lo cual habría derivado en que visualizaran el espacio terapéutico como una instancia que podría amenazar la armonía familiar, al intentar abordar temáticas que se mantenían en la dinámica del secreto.

Mientras que, en aspectos relacionados a la agresión sexual dentro de la dinámica familiar, como fue mencionado anteriormente, fue reportado por los terapeutas la ausencia de credibilidad o la ambivalencia en ésta, lo cual derivaba en la dificultad de visualizar la necesidad de asistir al centro, por lo que la asistencia estaba más vinculada a una imposición externa.

“Si bien el papá si da ehm - es como bien ambivalente respecto a la credibilidad porque al inicio (...) le cree, pero sin embargo no se activa de ninguna manera hasta que ya hay como más movimiento en el tribunal (...) ahí él se activa de una manera como más reactiva” (Barbara)

“Creo que la última sesión la tuvimos con V (hermana de la paciente), y allí ella también manifiesta que no da credibilidad, que ella está muy cansada con este lugar de ser parte y juez, entonces que ya: que ella está enamorada de su marido, y que es super complejo mantenerse en esta situación” (Javiera)

Además de lo anterior, los participantes reportaron en algunos casos la existencia de minimización de la agresión sexual por parte de la familia, y por consecuencia una dificultad de la intervención en ASI, con un sistema consultante que no visualizaba la agresión como una dificultad que requiriese de una intervención profesional.

“cuando ella llega yo creo que la motivación es inercial, que quiero decir, que a ella le dijeron que era importante que hiciera Alejandro un proceso terapéutico, pero ella no tiene un convencimiento afectivo de digamos, de eh, de que eso pudiera ser relevante para su hijo”.(Carlos)

“es que Ailyn no presentaba un padecimiento por la situación agresiva (...) logró manejarlo bien emocionalmente no fue una situación transgresora que implicara que ella se sintiera violentada, sino que fue más bien actos inadecuados, eso es lo que ella evalúa (...) entonces no presenta un malestar (...) entonces todos esos elementos de alguna forma como que no sostenían la situación de asistir” (Javiera)

3.3.2 Obstaculizadores relacionados con el adulto responsable.

a) Respetto al funcionamiento del adulto responsable.

En cuanto a los factores relacionados al adulto responsable, es reportado en alrededor de la mitad de los casos la existencia de un funcionamiento materno inadecuado, caracterizado por ejemplo con un mayor centramiento en las propias necesidades por sobre las de sus hijos, una dificultad para instalarse de manera adecuada en el proceso terapéutico, entre otras.

“nosotros con la Asistente Social notamos que era una mujer complicada desde el inicio, ¿ya?, (...) o sea como que, marcando la distancia, pero también como del lado de la organización y del dominio, ella trataba de controlar mucho todo, (...) y en ese sentido tiene una posición dominante que ella no, no ha soltado mucho ”
(Carlos)

“la mamá cuando me vino a ver creo que estaba constantemente defendiéndose de su, de su propio dolor, entonces, eh, creo que en eso estaba y por lo tanto no veía a la hija (...) entonces fue difícil la relación con ella, no, n- de ningún caso me pelié con ella ni nada por estilo, sino que ella no logró instalarse, no, no logró ni siquiera recibir la ayuda” (Tatiana)

(...) la veía a ella (la madre) demasiado centrada en, en procesos que son también súper importantes, que son súper personales, pero que se le olvidaba ver (...) la totalidad po, que estaba tan invadida sólo con eso que el resto se le olvidaba”
(Lorena)

b) Relación terapéutica entre el adulto responsable y el psicoterapeuta.

En general, en cuanto a la relación entre el adulto responsable y el psicoterapeuta, ésta era caracterizada por los participantes como distante y tensa. Al respecto, incluso algunos terapeutas reportaron que el vínculo con el adulto responsable no fue logrado, en el sentido de establecer una relación de confianza y cercanía, que permitiese la intervención con el caso.

“Fue difícil con la madre, la madre cualquier cosa que uno dijera o no dijeras, ella

se sentía atacada como madre, ehm, entonces estaba muy a la defensiva, no, creo que no se logró ninguna relación con ella”(Tatiana)

*“E: o se desarrolló en algún momento algún vínculo con esta madre de parte tuya?
T: no, o sea, si podemos llamar vínculo a eso que te digo (...) es una manera de presentación, el punto es que evidentemente (..) yo no consentía la forma en que ella proponía el vínculo (...) entonces, ahí en el fondo (...) trataba de arreglármelas para hacerle saber digamos que yo no iba a entrar en eso digamos que ella proponía (...). Pero, yo creo que hasta cierto punto fue indudable que (...) también había una relación tensa” (Carlos)*

3.3.3 Obstaculizadores relacionados con el adolescente.

Entre los elementos vinculados al adolescente, los terapeutas señalaron cierta dificultad en éste para cuestionar al adulto responsable y tomar acciones más autónomas respecto a su proceso terapéutico, así como también la influencia de la etapa del ciclo vital en la que se encontraban, en la que afloraron otros intereses y prioridades propias de la adolescencia, tales como la relación con pares, preocupación por el área académica, entre otras.

“Alejandro tampoco que uno podría decir, bueno, pero él también podría haber hecho algo, él no estaba en una posición de cuestionar a su mamá y de decir “yo quiero ir”, porque él estudiaba acá en un liceo cerca, entonces yo le decía “pero por qué no te vienes tú?”, y ahí él no lograba hacer ese cuarto de vuelta digamos, suficiente como para poder hacer algo, algo un poco más autónomo”(Carlos)

“yo creo que en este momento nos jugó en contra algo súper natural po, que es la etapa en la que se encuentra el, dentro de su ciclo vital el Williams (...) las demandas propias de, de su ciclo, que era ya cerrar el colegio, tener como un poco la jornada laboral, su práctica, todo, yo creo que eso lamentablemente nos interfirió” (Lorena)

3.3.4 Obstaculizadores en relación a los Terapeutas y al Centro.

a) Limitaciones en la intervención terapéutica.

Se reporta por parte de los terapeutas que la intervención realizada con los adultos responsables pudo haber dificultado que éstos se instalaran en el proceso terapéutico, sin haber podido observar el espacio como una instancia de ayuda también para ellos.

“la mamá no veía que aquí podía tener un espacio y no lo logró, no, nosotros no logramos tampoco dárselo, no sé cuál fue la, la circunstancia (...) ella no logró instalarse, no logró ni siquiera recibir la ayuda” (Tatiana)

Así como también es indicada en un caso la importancia de la supervisión en casos complejos, lo que es señalado por la terapeuta como un elemento que pudo haber obstaculizado el proceso ya que no fue realizado.

“ahora lo que a mí me compete creo que, ehm no, no sé, probablemente haber supervisado más, puede, puede haber sido un punto en que, en que puedo haber yo encontrado dónde ella no se instalaba o por qué ella no se instalaba, no confiaba, bueno yo entiendo por qué no confiaba, pero haberle dado como algún, algún vuelco a, a la, como al, la dificultad digamos, de la relación”(Tatiana)

b) Eventos ocurridos durante el proceso: Interrupción desde el Centro.

En algunos casos fue reportada la interrupción del proceso terapéutico del paciente (en el sentido de suspensión de sesiones) por demandas institucionales, tales como los procesos de Licitación que deben realizar los Centros (en la que deben presentar un proyecto acorde a los lineamientos de SENAME, para poder renovar el financiamiento del Centro por parte de ésta Institución) o remodelaciones del Centro, lo que fue señalado por los terapeutas como eventos que dificultaron aún más el curso del proceso, que ya tenía dificultades previas.

“se: dio: como estos fenómenos como de abandono progresivo (...) y después ya no hubo manera de como de: reintroducir (...) como la terapia, y además bueno, tuvo, hay por otras cuestiones de tipo institucional tuve que dejar pasar un tiempo sin atender (...) que tuvo que ver con la evaluación del proyecto para la licitación

(...) yo era parte del equipo (...) entonces yo estuve metido tres semanas de cabeza”(Carlos)

“T: es que ella sintió que de alguna forma este podría ser un espacio para ella, yo creo que sí se sintió en algún momento escuchada (...) pero como vienen una vez a la semana y hubo un período en que no vinieron por el cuento de la, del - de los arreglos acá, eh, las defensas se arman poh, se vuelven a armar, se vuelve a, a, a lo que estaban acostumbrados, entonces uno ya ese, ese espacio que uno podía tener un pequeño, se cierra y yo creo que eso fue, se cerró ”(Tatiana)

3.4 Favorecedor del Proceso: Relación terapéutica con el adolescente

De manera general, los Psicoterapeutas reportaron escasos elementos en torno a los factores que favorecieron el proceso terapéutico. Dentro de ellos, se menciona como fundamental la relación terapéutica establecida entre el adolescente y el Psicólogo/a tratante, que fue descrita como una buena relación.

3.4.1 Relación terapéutica y su influencia en el Proceso.

En general los terapeutas mencionan haber establecido una buena relación con el paciente, sin embargo, el escaso tiempo de intervención no permitió mayor cercanía en el vínculo.

*“yo la vi el día que logré hablar con ella como sola, que había una necesidad de contar, de hablar de sus cosas, probablemente en algún minuto íbamos a lograr hablar del tema del abuso y de lo que había ocurrido, yo creo que pa'llá iba la cosa (...) porque confió harto en mi, imagínate vino dos o tres cosas y me confió detalles de la familia, se cuidó mucho de no dar detalles específicos de lo que hacían, pero sí de las relaciones y todo, eso iba bien (...)o sea en términos vinculares iba bien”
(Francisca)*

Se considera importante señalar que, en uno de los casos, además de una buena relación, el terapeuta reporta la erotización del vínculo desde el adolescente al psicólogo, la que es entendida por el terapeuta, como un síntoma más dentro de la configuración del caso, que se relaciona también con el motivo de consulta, la significación de la agresión

sexual y la historia vital del adolescente.

“Las sesiones conmigo estaban caracterizadas muchas veces por gestos muy adulatorios, como que adulaba mucho, destacaba las virtudes del terapeuta, como por ejemplo, aparecían preguntas entre medio de ‘cómo me veo?’ ‘me veo bien?’ ‘le gusta?’ y esas preguntas que son como en el pasillo, (...). Estaba muy plagada de esas cuestiones, (...) estaba un poco erotizada” (Carlos)

De este modo, los psicoterapeutas señalan también la influencia positiva de la relación terapéutica en el proceso de terapia, valorándola como un favorecedor del proceso que en algunos casos facilitó el enganche, así como también, ayudó a que el paciente pusiera contenidos

“hay un enganche o él trata de enganchar, un poco entre seductora, servicialmente, de esa manera yo entendía que él se estaba instalando, que era una manera de él que iba a ser como un lazo afectivo digamos, con su terapeuta, por las características que él estaba, que tenía, las historias que él relataba. Entonces yo creo que sí, influye mucho” (Carlos)

Mientras que, respecto a la influencia del vínculo en la continuidad del proceso, en un caso un psicoterapeuta menciona que, de haberse formado un vínculo más fuerte, la deserción se podría haber evitado

“E: ¿cómo fue la relación entre ustedes?

T: fue buena creo yo, eh, pero ella no me dejó entrar (...). No, no me dejó entrar, hubo un atisbo, pero llegó hasta ahí no más, digamos (...) la desconfianza de ella era súper alta, (...) y entrar en su mundo que ella te dejara que de alguna manera alguien pudiera conocerla y qué sé yo, lleva tiempo, mucho tiempo, eso era una chica súper dañada, por eso te digo que no sé si dañada tanto por la agresión (...) sino como por sus vínculos tempranos, creo que ahí hay un trauma importante, así que no, era buena, nos llevábamos bien, era simpática, de alguna forma se sentía, ella conversaba, pero ella conversaba como con todo el mundo, no creo que haya (...) sido una relación especial para ella (...). No me dejó entrar ella, si no ella se habría quedado, se habría quedado” (Tatiana)

3.5 Deserción

En lo referido al proceso de término, los terapeutas identificaron distintos factores que pueden haber influido en la deserción, los cuales serán expuestos a continuación, así como también se detalla la manera en que se fue desarrollando el proceso de deserción.

3.5.1 Factores que pueden haber influido en el proceso de deserción.

Dentro de los factores que pueden haber influido en la deserción, los terapeutas identifican elementos asociados principalmente al adulto responsable. También se reportaron, en menor medida, algunos elementos asociados al adolescente.

a) Asociados al adulto responsable.

Los terapeutas de la mayoría de los casos mencionan que los adultos responsables actuaron como precipitadores de la deserción del proceso terapéutico. Por una parte, al dificultar la instalación en la terapia tanto del paciente como la propia, además de desestimar la intervención, no logrando establecer un compromiso con el tratamiento, lo que dificultó en gran medida la labor de los profesionales del Centro.

“era una, un sistema consultante súper complicado, ehm, en que en el fondo la mamá no le dio permiso a la chica para instalarse tampoco, no (...) porque la mamá vino a depositar, cámbienmela y, mm, y como no cambiaba la chica (risa) la mamá probablemente desestimó este lugar, no? de alguna forma, eh, y si la mamá desestima algo, la chica no, no, no necesita que se lo digan, aparte que se lo decía la mamá, “y tú que estás yendo al psicólogo!, no te sirve de nada!, ni no sé qué!, no has cambiado nada!” le decía a la chica, ehm, eh, entonces claro poh, yo creo que por ahí, ehm, bueno es un fracaso ”(Tatiana)

E: “y en ese sentido entonces Barbara, ¿qué crees tú como que influyó en la deserción de este caso?

“T: ehm yo creo que una figura de cuidado más bien ehm poco involucrada y desresponsabilizada, (...) entonces desde ahí no había una figura que estuviese como visualizando el daño, comprendiendo también que las conductas que tenía

la Queila respondían también, o podían haber respondido a la victimización y no solo a eso, si no que a todas las como experiencias que ella misma relata aquí mismo en el trabajo que se hizo con ella. eh yo creo que hay una dificultad para poder identificar y problematizar la sintomatología que tenía la Queila” (Barbara)

Por otra parte, se reportó que el adulto responsable dificultó la asistencia del adolescente a terapia, dejando de acompañar al adolescente, prohibiendo la asistencia o no realizando mayores esfuerzos por la continuidad del proceso.

“la mamá en el fondo decía era que sí quería venir, pero no facilitaba mucho las cosas, ehm, sólo podía venir el día miércoles que a mí me costaba cualquier cantidad atenderla ese día (...) no era flexible bajo ningún punto de vista, digamos, de pedir permiso, de cambiar un día con alguna colega (...), y las últimas veces África vino sola” (Tatiana)

“ cuando él se va a vivir con el papá, el papá dejaba de enviarlo a todo lo que es psicólogo, hogares, no lo envía a ningún lado, entonces ahí durante un tiempo, por lo menos un mes él estuvo sin asistir acá (...) ahí le solicité a la trabajadora social que haga una visita, (...) el padre la trata muy mal a esta profesional, pero ella logra rescatar el teléfono celular de Bastián, el número (...) y me lo da, (...) yo llamé, me contesta Bastián (...) el papá me amenaza (...) me va a denunciar, porque yo le quiero quitar a su hijo y yo le digo puras tonteras (...) y luego de eso, el Bastián como yo lo llamé vino a despedirse ”(Javier)

b) Asociados al adolescente.

En cuanto a los factores relacionados al adolescente, en general, los terapeutas no mencionan elementos que hayan influido en la deserción. De manera excepcional, en un caso, se menciona la pérdida de interés en la continuidad del proceso desde el adolescente, mientras que en otro se señala la decisión de abandonar el tratamiento para evitar el conflicto con el adulto responsable.

“(...) vino a despedirse (...) claro, espontáneamente, un día en la tarde cachai? y que el papá lo había tratado mal de nuevo, que le había pegado, que él se había ido, se había ido a la casa de un amigo, y que nada, que él no quería ir más a

estos lugares entre comillas porque lo único que le generaban era conflicto con el padre (...) aduciendo creo yo también alguna culpa de él, a propósito de lo- de los maltratos del padre ” (Javier)

3.5.2 Proceso de Deserción.

a) Cómo ocurrió y acciones tras la deserción.

En cuanto al término de la terapia, en ninguno de los casos se pudo realizar un cierre, pese a los intentos de los terapeutas por continuar el proceso. Además, se caracterizaron por tener términos abruptos.

“dejó de venir, eh, dejó de venir drásticamente, de un día para otro (...) la llamó mi dupla, a la mamá obviamente para que viniera, cerráramos, la mamá ponía problemas (...) y no llegó y después la volvimos a llamar para que viniera el mismo día que ella podía venir y no volvió a llegar, la llamamos, yo, yo hablé con la mamá como tres o cuatro veces, mi dupla otras tantas, eh, con África yo hablé una - para que viniera, no vino y no vino no más poh, y no vino ni una vez, perdimos el contacto, o sea no volvimos a llamar, porque aquí ya no progresábamos” (Tatiana)

Sin embargo, es relevante señalar que en algunos casos los adolescentes hicieron esfuerzos por mantener el proceso cuando ya no contaban con la compañía de sus adultos responsables para asistir a terapia, sin embargo, no pudieron sostener el proceso y finalmente desertaron.

“la chica hizo el esfuerzo de instalarse, eso es cierto, pero no hubo persistencia de nadie, no? (...) la chica lo intentó porque vino las tres o cuatro últimas veces sola, entonces se notaba que ella necesitaba el espacio, no? porque ella venía”(Tatiana)

Luego de la deserción, en la mitad de los casos los terapeutas realizaron un contacto telefónico con el adulto responsable, con el fin de volver a adherirlo al proceso terapéutico, sin lograr tal cometido.

“T: (...) tuve conversación telefónica con la madre y no supe más de Alejandro

E: ya, ¿y la conversación telefónica con la madre se abordó el que ya egresaba?

T: no, para nada, no, de hecho queda más bien la idea de que nos vamos a ver de nuevo (...) pero después ante las llamadas recurrentes después ya no (...) de alguna manera se fue diluyendo la posibilidad de la asistencia”(Carlos)

3.6 Persona del Terapeuta

En general, los terapeutas mencionan distintos elementos vinculados a su experiencia como terapeutas de los casos por los cuales fueron entrevistados, principalmente relacionados a los sentimientos y emociones asociadas al caso.

3.6.1 Sentimientos y emociones asociados al caso.

En general, los terapeutas reportan haberse comprometido afectivamente con el caso, señalando también haber considerado la experiencia terapéutica con el caso, en particular, como difícil. También señalaron la generación de emociones tanto hacia el adolescente como hacia el adulto responsable.

En cuanto a las emociones reportadas hacia los pacientes, éstas en general tendían a relacionarse con la necesidad que se generaba en los terapeutas de brindar cuidados a los adolescentes, así como también sentimientos de preocupación y tristeza debido a las experiencias y situaciones ante las que los adolescentes se encontraban expuestos. Tales sentimientos llevaban constantemente a los terapeutas a cuidarse de no sobrepasar los límites de la relación terapéutica.

“lo que si recuerdo es que a mi, él me, como en términos como del discurso qué él tenía, (...) se generó en mi un efecto digamos, y yo creo que mi posición fue de eh, a mi él me producía mucha tristeza, me producía tristeza porque la manera en como él se presentaba era un “huacho” – entonces yo entendía que de lo que yo me tenía que cuidar era de “ahuacharlo”, eh: porque yo creo que efectivamente la historia y los eventos vitales de él eh, dan cuenta de que es un chico que está muy solo en la vida, y ha tenido malas experiencias con hombres, también, y ha tenido malas experiencias con su madre, que hay un aislamiento ahí afectivo bien significativo, entonces yo me recuerdo de una escena en particular, en que él se desarma en un llanto digamos, ehm - y me acuerdo de la escena porque fue una

escena en que me agradeció que yo no lo compadeciera” (Carlos)

“si bien no todos los pacientes son iguales, me pasa mucho que con chicos de hogar presentan un “desvalimiento” bien importante vital cuando vienen no? pero ahí - el peligro que siento yo es que uno caiga con eso no? que haga un lazo con ellos en que no sea terapéuticamente factible (...) porque uno puede ser llevado a que te trate como papá, a ponerse uno en un lugar muy paternal, de cuidarlo, de protegerlo, de darle cosas cachai? yo creo que estando advertido de eso, si yo creo que hay algo distinto, no son chicos que tienen la misma estabilidad psíquica que otros no? que sus vínculos están super dañados entonces como ahí hay que hacer algo distinto, ahora! que eso algo distinto no sea enlazarse de mala forma con un paciente (...) esa es mi dificultad (...) a mí me pasa mucho eso (...) yo tengo esas preguntas así en los primeros encuentros, como que hago que sí que no, qué le digo si me pide un vaso de agua? él era como me pedía un vaso de agua, después me pedía otro, después en un momento me decía si tenía algo para comer porque él no había comido me entiendes?” (Javier)

En cuanto a las emociones relacionadas a los adultos responsables, como fue mencionado anteriormente, éstos tienden a verse como un obstaculizador para el proceso terapéutico, lo cual generaba en algunos casos la sensación de tensión constante, así como también sentimientos de rabia desde el terapeuta hacia el adulto responsable.

“una experiencia súper intensa en términos de lo que también fue conectando en mí, de la necesidad de ir mirando ciertos procesos también personales, yo creo que así (...) me enojaba con la mamá también, me enojaba porque la comprendía, la comprendía mucho, pero enojaba porque veía solo al Williams, la veía a ella demasiado centrada en procesos que son también súper importantes, que son súper personales, pero que se le olvidaba ver como la totalidad po, que estaba tan invadida sólo con eso que el resto se le olvidaba (...) y de ahí me enojaba un poco” (Lorena)

4. Conclusiones

4.1 Discusión de Principales Resultados

A continuación, serán presentados los principales resultados basados en las perspectivas de los terapeutas respecto al fenómeno de deserción, además de ser realizada una integración con la literatura previamente revisada, con lo que se espera dar respuesta a la pregunta de investigación y a los objetivos del presente estudio.

De acuerdo al primer objetivo específico del presente estudio, que hace referencia a la caracterización de los casos de deserción, es posible mencionar que los participantes lograron identificar ciertas características recurrentes en estos grupos familiares, las cuales también vincularon a ciertos factores que podrían estar influyendo en la deserción, lo que a su vez hace referencia al segundo objetivo específico del presente estudio.

En general, como características principales de estos casos, fue reportado por los participantes una escasa credibilidad de los adultos responsables respecto a la agresión sexual sufrida por el paciente, lo cual fue vinculado por los terapeutas a un funcionamiento familiar tendiente al silenciamiento de las situaciones conflictivas, existiendo por ejemplo, más de una develación en el pasado, las cuales no lograron la movilización del adulto responsable. Dichas dinámicas de silenciamiento, según la perspectiva de los terapeutas, se habrían visto amenazadas durante la intervención, lo que generó un desequilibrio en la articulación de la familia, pudiendo motivar la deserción con el objetivo de mantener el funcionamiento previo. Esto es consistente con lo que plantea Dussert (2014), quien refiere que la ocurrencia de una agresión sexual en los NNA, repercute profundamente tanto en el área psíquica individual y emocional, como en su ambiente social y relacional, incluyendo a su adulto responsable y familia. Asimismo, las dinámicas mencionadas por los terapeutas se condicen con lo planteado en la literatura, al observarse niveles importantes de disfuncionalidad en las competencias parentales, evidenciándose en estos sistemas dificultades significativas para activarse oportuna y adecuadamente, en términos protectores y de apoyo frente a estresores internos o externos al núcleo, caracterizándose entonces por una baja responsividad; así como también patrones rígidos que alteran la comunicación a nivel familiar y la vuelven inefectiva (CAVAS, 2003).

En la línea de las dinámicas conflictivas a nivel familiar, también fue reportado por

los participantes, la tendencia en los pacientes por responsabilizarse por sus familias, lo cual podría ser vinculado a los constantes intentos por protegerlas, por ejemplo, no develando la agresión sexual. Esto se condice con lo planteado en la literatura, en la cual se plantea la existencia de desviaciones de lo normativo en torno al ejercicio de la autoridad y jerarquía, enfretando los niños y jóvenes patrones que tienden a sobreimplicarlos en funciones parentales, que comprometen su adecuado desarrollo (CAVAS, 2003). Por contraparte, los progenitores presentarían dificultades en el empoderamiento de su rol parental resultando erráticos o poco congruentes en las funciones normativas y de protección de sus hijos (CAVAS, 2003),

Asimismo, también fueron mencionadas por los participantes como características de los casos, dinámicas de violencia tanto física como psicológica, así como situaciones de maltrato ejercidas por los adultos responsables hacia los adolescentes, lo que se condice con la literatura en torno a las ASI, en la que se plantea dentro de los factores de riesgo las relaciones pobres entre los padres y sus hijos/as, que el niño/a esté sometido a una disciplina fuertemente punitiva o maltrato y la escasez de afecto físico (López, 1993 citado en CAVAS, 2003; Finkelhor, 1984). Así como también la relación emocionalmente distante, poco afectuosa y responsiva de la madre con su hija/o, existiendo una escasa comunicación y una inadecuada supervisión materna (Finkelhor, 1984; Romo & Rivera, 2001 citado en CAVAS, 2003).

Siguiendo con la caracterización de los casos, específicamente en cuanto al aspecto socio-económico, la mayoría de las familias del presente estudio fueron caracterizadas por los participantes como pertenecientes a un estrato socioeconómico más bajo, existiendo por ejemplo problemas de hacinamiento. Al respecto, en la literatura se observó cierta controversia en cuanto a la relación del nivel socioeconómico y el fenómeno de deserción, vinculándolos algunos con un nivel socioeconómico alto (Singh et al., 1982 citado en Deakin et al., 2012) mientras que otros a uno bajo (Kazdin et al., 1993; Pelkonen et al., 2000). Se hace necesario destacar la necesidad de tomar con precaución los datos referentes al estrato socioeconómico de los pacientes, pues gran parte de las familias que asisten a estos Centros, específicamente a los de la red SENAME, han sido caracterizados por pertenecer a un estrato socioeconómico pobre, hipotetizando que en los otros estratos sociales estas situaciones se mantienen en privado (SENAME, 2010). Además, ésta no fue una información que se buscó levantar específicamente. Por ende,

en base a los resultados del presente estudio, se podría hipotetizar que aún no sería posible vislumbrar claramente este factor como un motivo de deserción.

De este modo, según lo reportado por los terapeutas, se puede señalar que, en general, los casos en que ocurrió deserción se caracterizaban por ser multiproblemáticos, en los que además de la agresión sexual se lograban visualizar otros conflictos, como el consumo problemático de alcohol y drogas, contextos social y económicamente desfavorecidos, y la ocurrencia de episodios o dinámicas de violencia de distinto tipo. Además, dichas características son vinculadas por los terapeutas a las razones de la deserción.

En relación a lo anterior y respondiendo al objetivo de analizar las causas que influyeron en la deserción desde la perspectiva de los terapeutas, se hace necesario destacar que los participantes tendieron a relacionar con el paciente y su familia la mayoría de los precipitantes del fenómeno, describiendo por ejemplo a adultos responsables que no lograron instalarse en el espacio terapéutico e intentaron impedir que el paciente también lo hiciera, o se hizo referencia, como fue mencionado anteriormente en la caracterización de los casos, a dinámicas familiares históricas, como por ejemplo el silenciamiento, que impedían la instalación del paciente y el abordaje de temáticas conflictivas para el grupo familiar. Tales factores serán descritos a continuación con un mayor detenimiento.

En primer lugar, respecto a los factores que fueron vinculados al adulto responsable, fue mencionado por los participantes un funcionamiento inadecuado, caracterizando a los adultos como incapaces de visualizar las necesidades de los pacientes, centrándose más bien en las propias necesidades, lo que se pudiese relacionar con la deserción en el sentido que al ser adultos responsables centrados en sus necesidades y con dificultades para visualizar las necesidades de los adolescentes, no pudieron identificar la necesidad de la intervención psicológica en sus hijos, a pesar que los adolescentes si lograron vincularse con el espacio terapéutico y validar su necesidad. Esto cobra relevancia en tanto permite re-pensar las intervenciones que se deben generar desde el centro con los adultos responsables, de tal manera que sea posible una mayor visualización de las necesidades de los adolescentes, y se favorezca tanto el proceso terapéutico como la relación entre el adulto responsable y el adolescente.

Otro factor mencionado por los participantes hace referencia al espacio ofrecido a los adultos responsables dentro de la intervención psicoterapéutica, indicando que en general los adultos no pudieron instalarse de manera efectiva. Este factor cobra relevancia debido a que, según las narrativas de los participantes, sería uno de los precipitantes de que los adultos tendieran a actuar como “boicotiadores” del proceso del paciente. Sin embargo, se hace relevante evidenciar en este punto, como fue mencionado anteriormente, que los terapeutas visualizaban a los adultos responsables de manera negativa, caracterizándolos como boicoteadores, con un funcionamiento inadecuado que los mantenía centrados en sus propias necesidades, además de silenciadores de las dinámicas conflictivas. Lo anterior, pudo haber influido en los sentimientos más negativos que se generaron desde los participantes hacia los adultos responsables, y consecuentemente, en el espacio terapéutico que se les pudo ofrecer. Esto pone en relevancia la importancia de que sean adoptadas las medidas necesarias para lograr la instalación de los adultos responsables, ya que como ha sido mencionado en distintos estudios (Eresund, 2007; Kazdin, 1996), juegan un rol vital dentro del proceso terapéutico de los pacientes y de su mantenimiento. Es relevante considerar también la importancia de la inclusión de las figuras parentales en el tratamiento de ASI, que ya ha sido planteada previamente en la literatura (Dussert, 2014).

En relación a otros factores que pudiesen estar influyendo en la deserción según la perspectiva de los terapeutas, específicamente relacionados a los pacientes, fueron mencionados dos agentes principales. En primer lugar, es posible observar que existe una tendencia a caracterizar y/ diagnosticar a los pacientes con problemas conductuales, como por ejemplo conductas delictivas, mal comportamiento en el contexto escolar, etc. Al respecto, en la literatura se ha tendido a indicar que, dentro de la población adolescente, específicamente los adolescentes con antecedentes de conducta delictiva o impulsivas (externalizadoras) son más tendientes a desertar de sus tratamientos (Viale-Val et al., 1984). Por ende, se hace posible reafirmar la relación de tales características como un factor que puede estar influyendo en la deserción.

Un segundo factor mencionado por los participantes, referente a las características de los pacientes, es el cuestionamiento hacia éstos respecto a la incapacidad de adoptar

medidas más autónomas frente al proceso terapéutico, logrando desvincularse, por ejemplo, de las imposiciones de los adultos responsables. Al respecto, los terapeutas refirieron que el proceso se podría haber mantenido si el paciente hubiese logrado una mayor independencia y autonomía. En este punto, se hace relevante considerar la etapa evolutiva en la que se encontraban los pacientes, la adolescencia. Dicha etapa se caracteriza por vertiginosas transformaciones, en diversas áreas, tales como los aspectos biológicos, sociales, psicológicos, emocionales e intelectuales (Musalem, 2012). Su definición plantea la existencia de un conflicto entre el desarrollo del sentido de identidad y una difusión de ésta (Musalem, 2012). Por lo anterior, en la adolescencia están involucrados no tan sólo el adolescente, sino también todos los miembros de la familia (Musalem, 2012). De este modo, para Bowen (1988) el conflicto de la identidad del adolescente, es a su vez, un tema de individuación, apego, diferenciación y autonomía. Desde ésta perspectiva, Bowen (1988) señala que la tarea principal en este período es la individuación, proceso donde el joven logra generar la diferenciación con otros significativos, realizando una delimitación psíquica respecto de éstos, lo que le permite la autonomía. En dicho proceso, también resulta fundamental la integración, que se constituye en una posibilidad indispensable para la construcción identitaria del adolescente, que requiere la integración a su sí mismo de todos los cambios bio-psico-sociales que ha ido experimentando y su desarrollo cognitivo, afectivo, social y moral (Bowen, 1988). A su vez, debe integrar las diversas identificaciones realizadas con otros significativos; pero principalmente debe ir integrando su historia familiar y vital (Bowen, 1988). Esto genera cierta discusión respecto a la expectativa que tenían los terapeutas respecto a que los adolescentes pudieran generar un comportamiento autónomo, considerando la dificultad que esto implica para un participante del proceso que aún se encuentra en una etapa de desarrollo en la que la participación más autónoma y proactiva, todavía es frágil y requiere de un contexto que favorezca dicho despliegue. Además, esto puede derivar en la invisibilización de un conjunto de elementos que hacen de la deserción un fenómeno complejo y multicausal, lo cual ya había sido mencionado previamente en la literatura (Kazdin, 1996).

En cuanto a los factores relacionados a las variables del proceso terapéutico, los participantes tendieron a caracterizar la relación terapéutica entre ellos y los adolescentes como una buena relación, lo que conceptualizaron como un favorecedor del proceso. Dentro de la relación, los adolescentes dieron cuenta de conflictos con la familia,

especialmente con el adulto responsable, lo que pudo haber permeado la perspectiva del terapeuta, quien al igual que el adolescente visualizaba la mayoría de los conflictos dentro del funcionamiento familiar y principalmente en el adulto responsable. Lo anterior se vio asociado con sentimientos positivos desde los terapeutas hacia los/las adolescentes y también con sentimientos de tristeza hacia ellos/as, debido a la complejidad de las situaciones a las que habían tenido que enfrentarse a lo largo de su vida; junto a sentimientos de rabia desde el terapeuta hacia el adulto responsable por la dificultad de éste para visualizar las necesidades del adolescente y configurarse como una figura protectora. Esto pudo haber influido en la dificultad que se les generó como terapeutas para vincularse con el adulto y otorgarle un espacio en el proceso.

Respecto al contexto Institucional, fue reportado por los terapeutas algunos elementos que dificultaron más un proceso que ya había sido visualizado como frágil y con múltiples obstaculizadores. Dentro de éstos, fueron mencionadas interrupciones del proceso desde el Centro, debido a demandas Institucionales tales como el proceso de licitación y la remodelación del Centro. Esto hace posible pensar la posibilidad futura de la elaboración de planes y estrategias que permitan realizar los procesos Institucionales que se requieren para la continuidad del Proyecto, sin que esto influya en la continuidad de la intervención en curso, sobre todo en casos en los que ya ha sido visualizada mayor complejidad, así como mayor fragilidad en el proceso.

En relación a lo anterior, también es destacado por los terapeutas la importancia y necesidad de la supervisión, instancia que sería escasa. Lo anterior, según la perspectiva de los terapeutas, dificultó la intervención en este tipo de casos, en los que además de la agresión sexual vivida por el adolescente, se encuentran una multiplicidad de problemas, los que fueron mencionados anteriormente en los resultados, como por ejemplo presencia de un consumo problemático de sustancias ilícitas, dinámicas históricas de violencia intrafamiliar, entre otras. Dicho contexto ya descrito, aumenta la complejidad de la intervención, debido a la diversidad de focos conflictivos que requieren tanto abordaje terapéutico como psicosocial, lo que excede la intervención ofrecida por los distintos centros.

También es necesario, en este punto, re-pensar la pertinencia de una psicoterapia en esta temática, en casos en que las problemáticas son múltiples, contexto en el cual el

abordaje de la agresión sexual podría no ser prioritario para la familia. Entonces, se propone como posible acción inicial una intervención en red, que trate las distintas dificultades que presenta la familia, generando mejores condiciones para la ocurrencia de la psicoterapia u otro tipo de intervención psicológica respecto a la agresión sexual, que se ajuste de mejor manera a las necesidades específicas de cada caso, respecto tanto a los problemas económicos y socioculturales, como a la comprensión de la agresión sexual que tenga cada adolescente y su familia.

Respecto al objetivo de establecer la posible relación entre la significación de la agresión sexual de quienes desertaron y el proceso de deserción, se observó que la ASI tendió a no ser vista como un problema que necesitase de una intervención psicoterapéutica. En este punto fue reportado por los participantes, una disparidad entre el motivo de consulta traído por los padres y el observado por los terapeutas a partir de la derivación al Centro, en la medida en que la agresión sexual no era vista por el sistema consultante, en general, como motivo de consulta. Al respecto, en la literatura se ha encontrado que el desacuerdo entre padres y terapeutas con respecto al diagnóstico y los resultados buscados con la terapia podría ser un factor precipitante para la deserción del caso (Gearing et al., 2012). Tal disparidad fue mencionada en reiteradas oportunidades por los participantes, indicando que los padres generalmente vinculaban el motivo de consulta y objetivos del proceso a características personales del paciente, pidiendo un cambio de tales características, no problematizando en torno a la ASI.

Como ya ha sido señalado, los terapeutas mencionaron que tanto el adulto responsable como el/la adolescente, no conceptualizaban la agresión sexual como traumática, aun cuando lo identificaban como un evento o proceso negativo. Esto, puede ser comprendido en la medida en que muchos de los casos con experiencias de ASI, ésta es configurada de manera traumática, no obstante, cabe destacar que los eventos no pueden ser considerados como traumatizantes por sí mismos (Capella, 2011). Pues tal como plantea Ronen (1996), lo que da la característica de traumático a un evento, no es éste en sí mismo, sino que la forma personal en la cual la persona le atribuye significado a éste, como lo procesa y lo reconstruye. De este modo, la necesidad de la intervención en la temática particular no era visualizada por el sistema consultante, sino que accedían a ésta sólo debido a la derivación desde el Sistema Judicial. Cabe señalar que aun cuando el adolescente valora el espacio terapéutico, éste es usado para tratar otros temas que le

parecen conflictivos a éstos, como la relación con su adulto responsable. Lo que se puede relacionar con la deserción, en el sentido que la intervención propuesta por el Centro aborda una temática que para la familia no es conceptualizada como conflictiva, por lo que posiblemente desestima la intervención.

De esta forma, en base a los resultados de la presente investigación y respondiendo al objetivo general, sería posible entender el proceso de deserción como un fenómeno complejo, en el cual se encuentran involucrados una gran variabilidad de factores, tales como las dificultades socioculturales en las que se encuentra inmerso el caso, la dinámica familiar y la relación entre los distintos miembros de la familia, el espacio y acogida tanto del adolescente como del adulto responsable en la terapia, el tipo de intervención y la pertinencia de ésta en el contexto específico, entre otros. Finalmente, se concluye que ha sido posible dar respuesta a la pregunta de investigación, ya que partir de la narrativa de los participantes, se han logrado visualizar ciertos factores que estarían relacionados al fenómeno de deserción en los procesos de psicoterapia para víctimas adolescentes de agresiones sexuales.

4.2 Aportes, Limitaciones y Futuras Investigaciones

El presente estudio constituye un aporte a la investigación de los factores relacionados al fenómeno de deserción en el proceso terapéutico, específicamente de adolescentes víctimas de agresiones sexuales, constituyéndose, desde la revisión de literatura realizada, como el primer estudio que aborda este fenómeno desde la perspectiva de los Psicoterapeutas, a nivel nacional.

Contribuyendo, de esta manera, a la escasez de publicaciones en las líneas de deserción en psicoterapia de agresiones sexuales y en deserción en la población adolescente, tanto a nivel nacional como internacional, siendo de gran aporte además, al profundizar en los factores que pueden haber influido en la deserción, desde la perspectiva de los psicoterapeutas tratantes, considerando que la mayoría de las investigaciones existentes han estado centradas en dar cuenta de procesos exitosos que han concluido con el alta terapéutica.

De esta forma, se considera un aporte al complementar las investigaciones cuyos resultados se han centrado en las narrativas de procesos exitosos (Águila, 2015). Al respecto, algunos autores (Altimir et al., 2010; Mondaca, 2007) han destacado la relevancia de profundizar en las experiencias de los/as psicólogos/as tratantes como fuentes primarias de investigación, ya que la posición que tienen dentro del proceso terapéutico les permite tener una visión más amplia respecto al paciente y los distintos momentos del proceso terapéutico y los procesos psicológicos que ahí se enmarcan, proporcionando 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, tanto durante el proceso terapéutico y las acciones que pueden ejercer, como en la relación con el adulto responsable y el adolescente, y la influencia de éstas en la continuidad del proceso. Además, fue posible visualizar variables del fenómeno relacionadas al proceso terapéutico, como por ejemplo los factores vinculados a la relación terapéutica, y a la importancia de fortalecer y otorgar mayor atención a la relación establecida entre el terapeuta y el adulto responsable. Como también, la visualización de la necesidad por parte de los participantes, de contar con una supervisión permanente.

Asimismo, el presente estudio constituye un aporte en lo político, pues da voz a quienes trabajan directamente con casos cuyas problemáticas se relacionan con el riesgo social y la vulneración de derechos. Además, releva su participación, al asumir que resultan esenciales en los procesos de transformación y cambio, tanto en la prevención del maltrato a la infancia como en la intervención en contextos socioculturales desfavorecidos, cuyas problemáticas son múltiples y requieren de la coordinación de la red asistencial en su conjunto y la comunidad. También, permite mayor visualización de las necesidades y urgencias en la construcción de tratamientos y el mejoramiento de las condiciones en las que se realiza la intervención.

Conjuntamente, se destacan los hallazgos respecto a las implicancias prácticas que poseen los resultados planteados, las cuales podrían ayudar a disminuir las elevadas tasas de deserción presentes en la población adolescente que asiste a terapia en general, que varían desde el 16% al 75% (De Haan et al., 2013), y que en ASI alcanzarían aproximadamente el 23% (información basada en cifras de deserción del proyecto

FONDECYT N°11140049 en el cual se enmarca el presente estudio). La contribución a la disminución de las tasas de deserción expuestas, se plantea, podría ser a través de la consideración de los factores aquí mencionados, al momento de plantear la intervención en este tipo de casos.

Sin embargo, pese a que los resultados obtenidos en esta investigación proporcionan información relevante al momento de comprender los factores que pueden haber influido en el proceso de deserción, es posible dar cuenta de algunas de sus limitaciones. Destacando, en primer lugar, la escasa diversidad de la muestra, ya que ésta estuvo compuesta principalmente por mujeres, dando cuenta de casos de adolescentes que habían sido víctimas principalmente de agresiones sexuales intrafamiliares. Además, es importante señalar que aun cuando se consideró en la caracterización del caso el enfoque teórico del terapeuta y los años de experiencia en ASI, dichas características no fueron integradas al análisis.

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. Dicha situación, se hace relevante debido a las condiciones en que se enmarca la intervención, ya que como mencionó Águila (2015) quien abordó la perspectiva de los terapeutas que ejercían también en dichos centros, éstos reportaron que las condiciones con las que contaban eran restringidas, por ejemplo, en cuanto a la duración de la intervención, los espacios de supervisión, etc.

Otra limitación del presente estudio es que éste se ha basado sólo en las narrativas de los terapeutas, lo cual limita la visión del fenómeno a sólo una perspectiva. Lo anterior podría explicar, por ejemplo, que sean adjudicados a las pacientes y sus familias la mayor parte de los factores precipitantes de la deserción. Por ende, se plantea la necesidad de futuras investigaciones que se enfoquen en la perspectiva de otros participantes, en especial la de los pacientes y su familia con el fin de profundizar en las distintas aristas del proceso de deserción.

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 adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales, explorando la comprensión que mantienen éstos/as respecto del proceso de deserción, 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 este contexto, se plantea además la necesidad de explorar, por ejemplo, si las características expuestas en el presente estudio referidas a los casos de deserción, son similares o no a las de los casos que sí concluyen exitosamente un proceso terapéutico. Por otro lado, si las características de los casos de los niños que desertan se diferencian o no a la de los adolescentes.

Referencias Bibliográficas

- Águila, D. (2015). Cambio terapéutico en niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales: Narrativas de sus Psicoterapeutas. (Tesis de Magíster, Departamento de Psicología, Universidad de Chile). Recuperada de <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/137368>.
- Águila, D., Lama, X., Capella, C., Rodríguez, L., Dussert, D., Gutiérrez, C., & Beiza, G. (2016). Narratives from therapists regarding the process of psychotherapeutic change in children and adolescents who have been victims of sexual abuse/Narrativas de terapeutas sobre el proceso de cambio psicoterapéutico en niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales. *Estudios de Psicología*, 37(2-3), 344-364. doi:10.1080/02109395.2016.1204780.
- Almonte, C., Insunza, C. & Ruiz, C. (2002). Abuso Sexual en Niños y Adolescentes de Ambos Sexos. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 40(1), 22-30. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000100003.
- Altimir, C., Krause, M., de la Parra, G., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., ... & Vilches, O. (2010). Clients', therapists', and observers' agreement on the amount, temporal location, and content of psychotherapeutic change and its relation to outcome. *Psychotherapy Research*, 20(4), 472-487. doi: 10.1080/10503301003705871.
- Armbruster, P., & Schwab-Stone, M. E. (1994). Sociodemographic characteristics of dropouts from child guidance clinic. *Psychiatric Services*, 45(8), 804-808. Recuperado de <http://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ps.45.8.804>.
- Arruabarrena, M. I. & De Paúl, J. (1994). *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Assis, C., Palomino, V., & Rosselli, M. (2009). Mulheres vitimadas sexualmente-perfil sociodemográfico e análise do atendimento em um entro de referencia. *Ciencia & Saúde*, 27(1), 22-27. Recuperado de http://www.academia.edu/21834511/Mulheres_vitimadas_sexualmente_perfil_sociodemogr%C3%A1fico_e_an%C3%A1lise_do_atendimento_em_um_centro_de_refer%C3%Aancia
- Baruch, G., Vrouva, I., & Fearon, P. (2009). A Follow-up Study of Characteristics of Young

- People that Dropout and Continue Psychotherapy: Service Implications for a Clinic in the Community. *Child and Adolescent Mental Health*, 14(2), 69-75. doi: 10.1111/j.1475-3588.2008.00492.x
- Bernasconi Ramírez, O. (2011). Aproximación narrativa al estudio de fenómenos sociales: principales líneas de desarrollo. *Acta Sociológica*, 1(56). Recuperado de <http://revistas.unam.mx/index.php/ras/article/view/28611>.
- Bernik, M., Laranjeiras, M., & Corregiari, F. (2003). Pharmacological treatment of posttraumatic stress disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 46-50. doi: 10.1590/S1516-44462003000500011
- Besten, B.(1997). *Abusos sexuales en los niños*. Barcelona: Herder.
- Bowen, M. (1988). *De la familia al individuo; la diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. Barcelona: Paidós.
- Campbell, V. A., Baker, D. B., & Bratton, S. (2000). Why do children drop-out from play therapy?. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 5(1), 133-138. doi: 10.1177/1359104500005001013.
- Canales, M. (2006). Presentación. En: Canales, M. (coordinador-editor). *Metodologías de investigación social: Introducción a los oficios*. Santiago, Chile: LOM Ediciones.
- Capella, C. (2011). *Hacia narrativas de superación: El desafío para la psicoterapia con adolescentes de integrar la experiencia de agresión sexual a la identidad persona*. (Tesis Doctoral, Departamento de Psicología, Universidad de Chile). Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/112610>
- Capella, C. (2013). Una propuesta para el estudio de la identidad con aportes del análisis narrativo. *Psicoperspectivas*, 13(2), 117-128.
doi:10.5027/PSICOPERSPECTIVASVOL13-ISSUE2-FULLTEXT-281
- Capella, C., & Gutiérrez, C. (2014). *Psicoterapia con niños/as y adolescentes que han*

sido víctimas de agresiones sexuales: Sobre la reparación, la resignificación y la superación. *Psicoperspectivas*, 13(3), 93-105. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071869242014000300009&script=sci_arttext&tlng=en

Capella, C., Lama, X., Rodríguez, L., Águila, D., Beiza, G., Dussert, D., & Gutierrez, C. (2016). Winning a race: narratives of healing and psychotherapy in children and adolescents who have been sexually abused. *Journal of child sexual abuse*, 25(1), 73-92. doi: 10.1080/10538712.2015.1088915

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.

Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales [C.A.V.A.S.] (2003). Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales, CAVAS Metropolitano: 16 años de experiencia. Santiago, Chile: Instituto de Criminología, Policía de investigaciones de Chile. Recuperado de http://www.policia.cl/jenafam/sitio_jenafam/jenafam/descargas/archivos/cavas/Libro_CAVAS.pdf.

Chatters, L. M., Taylor, R. J., & Neighbors, H. W. (1989). Size of informal helper network mobilized during a serious personal problem among Black Americans. *Journal of Marriage and the Family*, 51(3), 667-676. doi: 10.2307/352166

Deakin, E., Gastaud, M., & Tiellet, M. L. (2012). Child psychotherapy dropout: an empirical research review. *Journal of Child Psychotherapy*, 38(2), 199-209. doi: 10.1080/0075417X.2012.684489.

Deblinger, E., Lippmann, J., & Steer, R. (1996). Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: Initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment*, 1(4), 310-321. doi: 10.1177/1077559596001004003.

De Haan, A. M., Boon, A. E., de Jong, J. T., Hoeve, M., & Vermeiren, R. R. (2013). A

- meta-analytic review on treatment dropout in child and adolescent outpatient mental health care. *Clinical Psychology Review*, 33(5), 698-711. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735813000688>
- Demarest, K., Heger, A. H., Foy, D. W., & Leskin, G. A. (1996). Factors associated with entry into therapy in children evaluated for sexual abuse. *Child abuse & neglect*, 20(1), 63-68. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0145213495001166?via%3Dihub>
- Dussert, D. (2014). Significaciones en torno al proceso de superación de agresiones sexuales: Acercamiento a la narrativa de padres de niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas. (Memoria de Título, Departamento de Psicología, Universidad de Chile). Recuperada de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/135433/Memoria%20Denise%20Dussert%20Ch..pdf?sequence=1>.
- Echeburúa, E., & Corral, P. D. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12(43-44), 75-82. Recuperado de <http://www.cuadernosdemedicinaforense.es/revistasanteriores/cm043-044/revista43-44art06.htm>
- Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. *Psicología conductual*, 19(2), 469-486. Recuperado de <http://search.proquest.com/openview/0bcef57fa02628675137c2d6a85866d5/1?pq-origsite=gscholar&cbl=966333>
- Edlund, M. J., Wang, P. S., Berglund, P. A., Katz, S. J., Lin, E., & Kessler, R. C. (2002). Dropping out of mental health treatment: patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. *American Journal of Psychiatry*, 159(5), 845-851. Recuperado de <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.159.5.845>
- Epperson, D. L., Bushway, D. J., & Warman, R. E. (1983). Client self-terminations after

- one counseling session: Effects of problem recognition, counselor gender, and counselor experience. *Journal of Counseling Psychology*, 30(3), 307.
doi:10.1037/0022-0167.30.3.307.
- Eresund, P. (2007) Psychodynamic psychotherapy for children with disruptive disorders. *Journal of Child Psychotherapy*, 33 (2): 161–80. Recuperado de <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00754170701431347>.
- Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse: New theory and research*. New York: The Free Press.
- Finkelhor, D. (1994). Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *The future of children*, 4(2), 31-53. doi: 10.2307/1602522
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia[UNICEF], (2012). *Cuarto estudio de maltrato infantil*. Santiago: UNICEF. Recuperado de 2016 desde https://www.unicef.org/spanish/publications/index_69639.html.
- Furnham, A., & Wong, L. (2007). A cross-cultural comparison of British and Chinese beliefs about the causes, behaviour manifestations and treatment of schizophrenia. *Psychiatry research*, 151(1), 123-138. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178106000990>
- Gastaud, M., & Nunes, M. L. (2010). Treatment dropout in psychoanalytical psychotherapy: Searching for definition. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(3), 247-254. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000300012.
- Gearing, R. E., Schwalbe, C. S., & Short, K. D. (2012). Adolescent adherence to psychosocial treatment: mental health clinicians' perspectives on barriers and promoters. *Psychotherapy Research*, 22(3), 317-326. doi: 10.1080/10503307.2011.653996.
- Haskett, M. E., Nowlan, N. P., Hutcheson, J. S., & Whitworth, J. M. (1991). Factors

associated with successful entry into therapy in child sexual abuse cases. *Child abuse & neglect*, 15(4), 467-476. doi: 10.1016/0145-2134(91)90030-H.

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), 125-141.
Recuperado de
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213407000099>

Jo, T., & Almas, S. (2002) Abandono del tratamiento en una consulta externa de psiquiatría y psicología clínica. *Revista Electrónica de portalesmédicos.com*.
Recuperado de http://www.portlesmedicos.com/monografías/abandono_tratamiento/index.htm.

Kazdin, A. E. (1996). Dropping out of child psychotherapy: Issues for research and implications for practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1(1), 133-156.
Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1359104596011012>.

Kazdin, A., Mazurick, J. & Bass, D. (1993). Risk for attrition in treatment of antisocial children and families. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22: 2–16. Recuperado de http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15374424jccp2201_1

Kazdin, A. E., & Mazurick, J. L. (1994). Dropping out of child psychotherapy: Distinguishing early and late dropouts over the course of treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 62(5), 1069-1074. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1995-10402-001>.

Kendall-Tackett, K.A., Williams, L.M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 164-181. Recuperado de <http://www.unh.edu/ccrc/pdf/VS69.pdf>.

Killaspy, H., Banerjee, S., King, M., & Lloyd, M. (2000). Prospective controlled study of

- psychiatric out-patient non-attendance. *The British Journal of Psychiatry*, 176(2), 160-165. doi: 10.1192/bjp.176.2.160
- Lama, X. (2014). Narrativas de superación de adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales y de sus terapeutas. (Tesis de Magíster, Departamento de Psicología, Universidad de Chile). Recuperada de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/135385/Ximena%20Lama%20Tesis%20para%20entrega%20final.pdf?sequence=1>.
- Lampert, M. P. (2015). Caracterizando la violencia sexual contra la infancia. En Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (Eds.) *Violencia sexual contra la infancia: el avance legislativo y sus desafíos* (pp. 53-92). Recuperado de <https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/56664/3/255441.pdf>.
- Lhullier, A. C., Nunes, M. L. T., Antochévis, A. F., Porto, A. M., & Figueiredo, D. (2000). Mudança de terapeuta e abandono da psicoterapia em uma clínica-escola. *Aletheia*, (11), 7-11. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=341887&indexSearch=ID>.
- 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. doi:10.1111/j.1471-6402.2008.01475.x.
- Lippert, T., Favre, T., Alexander, C., & Cross, T. P. (2008). Families who begin versus decline therapy for children who are sexually abused. *Child abuse & neglect*, 32(9), 859-868. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213408001579>
- López, F. (1997). Abuso sexual: un problema desconocido. En Casado, J., Díaz J., y Martínez, C. (Eds.). *Niños maltratados* (pp.161-168). Recuperado de <https://books.google.cl/books?id=p9zH8tVQGLgC&pg=PA161&lpg=PA161&dq=abuso+sexual+un+problema+desconocido&source=bl&ots=UAckG0uDO8&sig=VhwwkzfbjAcyEiVdXSqYdPzCbBF8&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwj59tbm0b3UAhVLNT>

4KHcAiDNkQ6AEIKzAB#v=onepage&q=abuso%20sexual%20un%20problema%20desconocido&f=false.

Luk, E. S., Staiger, P. K., Mathai, J., Wong, L., Birlson, P., & Adler, R. (2001). Children with persistent conduct problems who dropout of treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10(1), 28-36. doi: 10.1007/s007870170044

Maffioletti, C., & Huerta, S. (2011). Aproximación Fenomenológica de los Delitos Sexuales en Chile la Realidad Nacional. *Revista Jurídica del Ministerio Público de Chile*, 45. Recuperado de <https://amparoyjusticia.cl/images/uploads/pdf/maffioletti.pdf>

Malacrea, M. (2000). Trauma y reparación: el tratamiento del abuso sexual en la infancia. España: Paidós Ibérica.

Mendoza, M. (2016). Relación terapéutica y cambio psicoterapéutico, desde la experiencia subjetiva de adolescentes y sus terapeutas. (Tesis de Magíster, Departamento de Psicología, Universidad de Chile).

Menicucci, E., Machin, R., Valverde, A., Kossel, K., Morelli, K., Fernandes, L., & Soianov, M. (2005). Atendimento as mulheres vitimas de violencia sexual: um estudo qualitativo. *Saúde Pública*, 39, 376-382. Recuperado de <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/31878>

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. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=pt&nextAction=Ink&exprSearch=395053&indexSearch=ID>.

Musalem, R. (2012). El desarrollo adolescente y sus trastornos. En C., Almonte & M., Montt. *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*. Santiago: Mediterráneo.

Nock, M. K., & Ferriter, C. (2005). Parent management of attendance and adherence in

- child and adolescent therapy: A conceptual and empirical review. *Clinical child and family psychology review*, 8(2), 149-166. doi:10.1007/s10567-005-4753-0.
- Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of psychology*, 135(1), 17-36. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1080/00223980109603677>.
- Pelkonen, M., Marittunen, M., Laippala, P. & Lönnqvist, J. (2000). Factors associated with early dropout from adolescent psychiatric outpatient treatment. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (3): 329–36. Recuperado de [http://www.jaacap.com/article/S0890-8567\(09\)66161-X/references](http://www.jaacap.com/article/S0890-8567(09)66161-X/references)
- Pellerin, K. A., Costa, N. M., Weems, C. F., & Dalton, R. F. (2010). An examination of treatment completers and non-completers at a child and adolescent community mental health clinic. *Community mental health journal*, 46(3), 273-281. doi:10.1007/s10597-009-9285-5
- 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(6), 331-342. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213409000970>
- Peterson, M. & Urquiza, A. (1993). *The role of mental health professionals in the prevention and treatment of child abuse and neglect*. McLean, VA: The Circle.
- Riessman, C.K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. California: Sage.
- Rondón, A.P., Otálora, I.L., y Salamanca, Y. (2009). Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica. *International Journal of Psychological Research*, 2(2), 137-147. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Yenny_Salamanca_Camargo2/publication/41206971_Factores_que_influyen_en_la_desercion_terapeutica_de_los_consultantes_de_un_centro_universitario_de_atencion_psicologica/links/5804e64808ae98cb6f2a5d13/Factores-que-influyen-en-la-desercion-terapeutica-de-los-consultantes-de-

un-centro-universitario-de-atencion-psicologica.pdf.

- Ronen, T. (1996). Constructivist therapy with traumatized children. *Journal of Constructivist Psychology*, 9(2), 139-156. Recuperado de <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10720539608404660>
- Saywitz, K., Mannarino, A., Berliner, L., & Cohen, J. (2000). Treatment for sexually abused children and adolescents. *American Psychologist*, 55(9), 1040-1049. doi: 10.1037/0003-066X.55.9.1040
- Sepúlveda, G. (2013). *Psicoterapia evolutiva con niños y adolescentes*. Santiago: Mediterráneo.
- Servicio Nacional de Menores (2010). Estadística de niños(as) y adolescentes vigentes en la Red SENAME para enfoque de género. Recuperado de http://www.sename.cl/wsename/otros/genero/boletin_genero_201003.pdf.
- Servicio Nacional de Menores (2012). Bases técnicas específicas: Programa de protección especializado modalidad maltrato infantil grave y abuso sexual. Recuperado de <http://www.sename.cl/wsename/otros/proteccion/BTE.pdf>
- Servicio Nacional de Menores (2013). *Oferta programática Protección*, Sename, Gobierno de Chile. Recuperado de www.sename.cl.
- Taylor, S.J. & Bogdan, R. (1998). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona, España: Editorial Paidós.
- Vallejo, Á. R., & Córdoba, M. I. (2012). Abuso sexual: tratamientos y atención. *Revista de Psicología (PUCP)*, 30(1), 19-46. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0254-92472012000100002&script=sci_arttext
- Valles, M. (2003). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid, España: Ed.

Síntesis.

Viale-Val, G., Rosenthal, R. H., Curtiss, G., & Marohn, R. C. (1984). Dropout from adolescent psychotherapy: A preliminary study. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23(5), 562-568. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002713809603472>

Watt, B. D., & Dadds, M. R. (2007). Facilitating treatment attendance in child and adolescent mental health services: A community study. *Clinical child psychology and psychiatry*, 12(1), 105-116. doi: 10.1177/1359104507071089.

Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 190-195. doi: 10.1037/0735-7028.24.2.190.

Yardley, L. (2000). Dilemmas in qualitative health research. *Psychology and health*, 15(2), 215-228. doi: 10.1080/08870440008400302.

Zulic, C., Gutiérrez, I., Barañao, C., Pérez, A., Rojas, E., & Poblete, D. (2010). Perfil de Deserciones Infantiles y Adolescentes del Centro Comunitario de Salud Mental de Quinta Normal, Región Metropolitana, entre los años 2006–2007. *Rev. ANACEM (Impresa)*, 4(2), 68-72.

Anexos

Anexo 1: Consentimientos y Asentimientos Informados



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 adjudicado en el concurso FONDECYT de Iniciación 2014, por la psicóloga Claudia Capella en la 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 "Cambio psicoterapéutico en agresiones sexuales: perspectiva de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas, sus padres y sus psicoterapeutas", y tiene como objetivo caracterizar el contenido y fases en que se produce el cambio psicoterapéutico en niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales, desde la perspectiva de los diversos actores involucrados.

El estudio busca conocer la perspectiva de los niños/as y adolescentes, sus padres y sus psicoterapeutas, sobre este proceso de cambio psicoterapéutico que están llevando a cabo, sin pretender valorar la labor de un terapeuta en particular. Los resultados de esta investigación, se espera nos ayude a conocer cómo les podemos entregar un mejor apoyo a los niños que han sido víctimas.

Para esto, requerimos de su colaboración como psicoterapeuta de un niño/a o adolescente. Su participación implicaría la realización de 3 entrevistas de una hora aproximadamente con usted respecto del proceso psicoterapéutico que se está llevando a cabo con su paciente. Para esto, se realizará una primera entrevista a los 6 meses de iniciada la intervención del caso en el Centro, luego una segunda entrevista a los 12 meses de intervención, y posteriormente una tercera entrevista al terminar el proceso, aproximadamente a los 18 meses de intervención. También se entrevistará a su paciente y su figura a cargo.

Las entrevistas serán realizadas por miembros del equipo de investigación con formación avanzada en psicología, debidamente capacitados para ello. Además, estas tendrán como contenido los cambios en el proceso de psicoterapia llevado a cabo, siendo preguntas abiertas al respecto. En este sentido, se espera que la participación en la investigación tenga un efecto beneficioso, en la medida que permitan reflexionar respecto de este tema. Esta actividad no conlleva riesgo para usted. Del mismo modo, ella tampoco considera ningún beneficio o compensación asociada, 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.

Las entrevistas serán grabadas en audio, 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



Departamento de Psicología

exclusivamente por los investigadores. La información obtenida será almacenada e identificada con números, por lo cual no se podrán reconocer de ninguna manera los nombres ni otros datos que permitieran identificar a los participantes. En las publicaciones o presentaciones de la investigación no se incluirá ningún dato que permita identificar a un centro o terapeuta en específico. La información será resguardada por la Investigadora Responsable, en sus oficinas de trabajo, evitándose que personas ajenas a la investigación tengan acceso a ella. La información recolectada será guardada durante el tiempo que dure la investigación.

Los resultados finales de ésta 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 hará llegar la información.

Le informamos además, que el Comité de Ética de la Investigación en Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, aprobó la realización de este proyecto de investigación. Cualquier consulta que pudiese tener sobre los aspectos éticos de este proyecto o sobre los derechos que le competen a Ud. como participante del estudio, puede formularse directamente a su Presidenta, la profesora Marcela Ferrer (Av. Capitán Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa; F. (56-2)29789726; email: comite.etica@facso.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 Responsable, Psicóloga Claudia Capella Sepúlveda, al fono (56-2) 29787790 o al correo electrónico ccapella@u.uchile.cl.

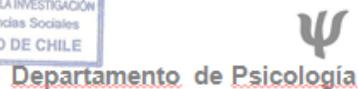
Finalmente quisiéramos señalarle que su consentimiento para la participación, será una contribución relevante a la formulación de lineamientos para la intervención de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas, lo que puede contribuir a entregarles un mejor apoyo.

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 idéntica de este mismo documento.

Desde ya agradecemos su disposición.

Saluda atentamente,

Claudia Capella
Investigadora Responsable



CONSENTIMIENTO

Yo, _____ he sido invitado/a a participar en la investigación "Cambio psicoterapéutico en agresiones sexuales: perspectiva 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 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. Finalmente, doy fe de que he firmado dos ejemplares de este consentimiento, quedando uno en mi poder.

Firma participante

Firma Investigador

Santiago, _____
Fecha



Departamento de Psicología

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada/o padre, madre o Representante Legal:

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 adjudicado en el concurso FONDECYT de Iniciación 2014 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 "Cambio psicoterapéutico en agresiones sexuales: perspectiva de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas, sus padres y sus psicoterapeutas", y tiene como objetivo caracterizar el contenido y fases en que se produce el cambio psicoterapéutico en niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales, desde la perspectiva de los diversos actores involucrados.

El estudio busca conocer la perspectiva de los niños/as y adolescentes, sus padres y sus psicoterapeutas, sobre este proceso terapéutico que están llevando a cabo. Los resultados de esta investigación, se espera nos ayude a conocer cómo les podemos entregar un mejor apoyo a los niños que han sido víctimas.

Para esto, requerimos de su colaboración a través de la autorización para que su representado/a sea incorporado a este estudio, así como invitarlo a usted personalmente a participar. Usted y su representado han sido seleccionados a participar debido a que están iniciando un proceso de tratamiento psicoterapéutico, en un Centro especializado en ésta temática.

Su participación implicaría la realización de 3 entrevistas de una hora aproximadamente, con usted y su representado por separado. Adicionalmente, a los niños/as y adolescentes, durante las entrevistas, se les solicitará la realización de una producción (dibujo o narrativa). En paralelo, también se realizarán 3 entrevistas con el psicoterapeuta de su representado.

Para llevar esto a cabo, se realizará una primera entrevista a los 6 meses de iniciada la intervención en el Centro al cual asiste su representado, luego una segunda entrevista a los 12 meses de intervención, y posteriormente una tercera entrevista al terminar el proceso, aproximadamente a los 18 meses de intervención. Así, se contemplan 3 momentos de entrevistas. Además se pediría responder dos breves cuestionarios al inicio y final del proceso psicoterapéutico, tanto a usted como a su representado.

Las entrevistas serán realizadas por miembros del equipo de investigación con formación avanzada en psicología, debidamente capacitados para ello. Además, estas tendrán como contenido los cambios en la psicoterapia, realizándose preguntas abiertas al respecto, tales como qué sienten que ha cambiado, qué les



Departamento de Psicología

ha servido de la psicoterapia, cómo se han sentido con la atención en el centro, etc., no realizando en ningún momento preguntas directas respecto de la situación sufrida por su hijo/a. Usted no recibirá ningún beneficio directo por participar en esta investigación. Sin embargo, su participación puede ser beneficiosa para usted, pues le permitirá reflexionar acerca del proceso que se está llevando a cabo.

De igual manera, su participación no presenta ningún riesgo para usted. No se le hará ninguna pregunta respecto de la situación que ha vivido su hijo(a) o representado(a). Sin embargo, si se presentara cualquier situación de desestabilización emocional durante las entrevistas, el profesional a cargo de éstas podrá contenerlo(a) en ese momento. Asimismo, si requiere apoyo adicional, la Investigadora Responsable conversará con los profesionales del Centro la mejor manera de llevarlo a cabo. De no poder proveerse el apoyo adicional por parte del Centro, la Investigadora Responsable coordinará la realización de las sesiones de tratamiento necesarias, las cuales serán realizadas por un profesional del equipo de investigación, en las dependencias de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.

Su participación y la de su representado/a serán totalmente voluntarias y podrán decidir en cualquier momento dejar de participar sin tener que dar explicaciones de ningún tipo y sin que ello tenga ninguna consecuencia para usted o su representado/a. En caso de que usted y su representado decidan no participar, esto no influirá en la atención que se les entrega en el Centro. Con posterioridad a haber recibido su consentimiento, su representado/a será igualmente informado/a y se le solicitará su asentimiento mediante un formulario semejante a éste. Sin embargo, la participación de su representado/a será absolutamente voluntaria y no dependerá de que usted lo/a haya autorizado.

Las entrevistas serán grabadas en audio, y dicha información será usada exclusivamente para los fines de esta investigación. Si usted accede a participar se resguardará estrictamente el anonimato y la confidencialidad de la información que usted y su representado nos entreguen, la que será almacenada y resguardada en la oficina de la Investigadora Responsable durante el tiempo que dure la investigación, bajo su cuidado y sin que nadie ajeno al estudio tenga acceso a los datos. Eso implica que ni sus nombres ni las grabaciones, así como ningún dato de identificación suya aparecerán en las publicaciones o presentaciones resultantes de este estudio. Los productos realizados por su representado (dibujo o narrativa), podrían ser utilizados en la difusión de los resultados de la presente investigación. Sin embargo, la información obtenida será identificada con números, por lo cual no se podrán reconocer los nombres de ninguno de los participantes. En el caso que se quiera utilizar alguno/s de los dibujo/s realizado/s por su representado en las presentaciones o publicaciones de la investigación, se les contactará para mostrarles el dibujo y solicitar su autorización.

La información recabada durante las entrevistas a usted y su representado/a podría ser transmitida a los terapeutas a cargo, lo que podría favorecer el tratamiento que reciben en el centro. Si usted autoriza que se informe de los contenidos de su entrevista o la de su hijo(a) a su Terapeuta, por favor indíquelo en el formulario de consentimiento que se presenta a continuación.



Le informamos además, que el Comité de Ética de la Investigación en Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, aprobó la realización de este proyecto de investigación. Cualquier consulta que pudiese tener los aspectos éticos de este proyecto o sobre los derechos que le competen a Ud. como participante del estudio, puede formularse directamente a su Presidenta, la profesora Marcela Ferrer (Av. Capitán Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa; F. (56-2)29789726; email: comite.etica@facso.cl).

De 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) 29787790 o al correo electrónico ccapella@u.uchile.cl.

Finalmente quisiéramos señalarle que su consentimiento para su participación y la de su representado/a en este estudio, será una contribución relevante al desarrollo de lineamientos para la intervención de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas y sus familias, 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 idéntica de este mismo documento.

Desde ya agradecemos su disposición.

Saluda atentamente,

Claudia Capella
Investigadora Responsable



Departamento de Psicología

CONSENTIMIENTO

Yo, _____ representante legal de _____, señalo que yo y mi representado hemos sido invitados/as a participar en la investigación "Cambio psicoterapéutico en agresiones sexuales: perspectiva 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 han sido aclaradas.

Acepto voluntariamente participar y a la vez autorizo, que mi representado/a participe en dicha investigación, pudiendo terminar nuestra participación en cualquier momento. Finalmente, doy fe de que he firmado dos ejemplares de este consentimiento, quedando uno en mí poder.

Autorizo que la información recabada en las entrevistas conmigo y con mi representado sea transmitida a los profesionales a cargo de nuestro tratamiento en el centro. SI _____ NO _____ (favor marcar)

Firma representante legal

Firma Investigador

Santiago, _____
Fecha



Departamento de Psicología

CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO

Estimado/a niño, niña o adolescente:

Mediante esta carta te invitamos a colaborar con una investigación que está realizando el Departamento de Psicología de la Universidad de Chile, y que ha sido adjudicado en el concurso FONDECYT de Iniciación 2014 por la psicóloga Claudia Capella en la calidad de investigadora responsable.

El estudio se trata del cambio durante el proceso de terapia de los niños/as y adolescentes que han vivido experiencias de agresiones sexuales, y se te ha invitado a participar ya que busca conocer la perspectiva de los niños/as y adolescentes, sus padres y psicoterapeutas, que asisten a terapia en éste Centro. 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 tu colaboración. Tú participación implicaría la realización de tres entrevistas breves en diferentes momentos de tú terapia, sobre cómo ha sido el proceso hasta el momento, y cómo entiendes el cambio que has vivido durante este tiempo. Además, durante la entrevista, te solicitaremos que realices un dibujo o escribas algo que te pueda ayudar a contarnos tu experiencia en la terapia.

También entrevistaremos a tú adulto a cargo y a tu psicólogo/a. Las entrevistas se realizarán en el Centro al cual asistes a psicoterapia. También te pediremos responder a unos breves cuestionarios al principio y al final del tratamiento.

Se espera que las entrevistas tengan un efecto beneficioso para ti, ya que te pueden ayudar a pensar sobre el proceso que estas llevando en éste Centro. Si se presenta como potencial riesgo cualquier situación en la que te sientas mal o triste durante las entrevistas, la persona que te vaya a entrevistar, te ayudará a sentirte mejor, porque está capacitada para ello, y si se necesitara, conversaremos con tu psicólogo y tu adulto a cargo acerca de la mejor manera de apoyarte. La persona adulta a cargo de ti, ya está enterada de esto y ha aceptado lo que le hemos propuesto.

Tu participación es totalmente voluntaria y puedes decidir en cualquier momento dejar de participar, sin tener que darnos ninguna explicación y sin que esto tenga ninguna consecuencia para ti. En caso que decidas no participar, esto no influirá de ninguna manera en la atención que se te entrega en el Centro.

Las conversaciones serán grabadas en audio, lo que será usado sólo para el análisis de esta investigación. Lo que conversemos será parte de los resultados del estudio, que tu podrás conocer una vez que éste haya concluido, para lo cual hemos informado a la persona adulta responsable de ti, el modo en que le entregaremos ésta información.

Si accedes a participar, los datos que tú entregues, serán manejados de manera estrictamente confidencial, lo que significa que, ni tú nombre, ni tu voz, ni ningún dato de identificación tuyo aparecerán nunca en las publicaciones o presentaciones que se deriven de éste estudio, y que nadie ajeno a la investigación



Departamento de Psicología

conocerá lo que contaste en las entrevistas. Los dibujos que realices o lo que escribas durante las entrevistas, te solicitamos queden para el equipo de la investigación, y podrían ser utilizados al presentar los resultados del estudio, sin embargo se resguardará estrictamente que no aparezca ningún dato que permita identificarte. En el caso que quisiéramos utilizar alguno/s de los dibujo/s que realizaste en las presentaciones o publicaciones de la investigación, se te contactará a ti y tu adulto a cargo, para mostrarles el dibujo y solicitar su autorización.

La información obtenida será almacenada e identificada con números, por lo cual no se podrán reconocer los nombres de los participantes, y será resguardada por la investigadora responsable en sus oficinas de trabajo durante el tiempo que dure la investigación, evitándose que personas ajenas a la investigación tengan acceso a ella.

La información recabada durante las entrevistas podría ser transmitida a tú psicólogo/a, lo que podría favorecer el tratamiento que recibes en el Centro. Sin embargo, para esto, le pediremos la autorización a tú adulto a cargo.

Si aceptas participar, por favor firma al final de esta carta. También le hemos pedido a la persona adulta que está a cargo de ti, que dé su autorización, para respaldar tú decisión. De todas maneras, aunque la persona adulta haya autorizado tú participación, finalmente sólo tu debes decidir si participas o no. Para ello eres completamente libre.

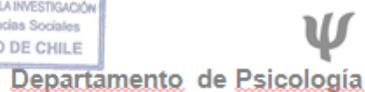
Cualquier consulta que pudieses tener sobre estos aspectos y sobre los derechos que le competen a ti como participante del estudio, puede formularse al Comité de Ética que aprobó este estudio, directamente a su Presidenta, la profesora Marcela Ferrer (Av. Capitán Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa; F. (56-2)29789726; email comite.etica@facso.cl).

Del mismo modo, en caso que tengas alguna duda o pregunta respecto de esta investigación, previa a decidir su participación o posteriormente en cualquier momento durante el proceso, o quieras recibir los resultados de la investigación, te puedes comunicar con la Investigadora Responsable, Psicóloga Claudia Capella Sepúlveda, al fono (56-2) 29787790 o al correo electrónico ccapella@u.uchile.cl.

Te entregaremos una copia idéntica de ésta carta una vez que la firmes.

Agradeciendo tu disposición, te saluda,

Claudia Capella
Investigadora Responsable



ASENTIMIENTO

Yo, _____, de _____ años de edad acepto participar de esta investigación.

He leído (o se me ha leído) este documento, y he podido entender su contenido.

Me han explicado y he entendido que el estudio es sobre el proceso de cambio durante el tiempo de terapia, de niños/as y adolescentes que han vivido experiencias de agresiones sexuales.

También me han asegurado que todo lo que diga será confidencial y que si quiero puedo negarme a participar o retirarme cuando lo desee, sin tener que dar explicaciones y sin consecuencias para mí.

He podido hacer todas las preguntas que me han surgido y se me ha respondido como yo necesitaba. Finalmente, doy fe de que he firmado dos ejemplares de este consentimiento, quedando uno en mí poder.

Sabiendo todo esto, acepto voluntariamente participar.

Firma niño/a o adolescente

Firma Investigador

Santiago, _____
Fecha

Anexo 2: Guión de Entrevista Psicólogos

Proyecto FONDECYT de Iniciación N°11140049 | 1
Cambio Psicoterapéutico en Agresiones Sexuales

Guión Entrevista psicólogos/as

I. Presentación:

Si es misma entrevistadora: Te acuerdas que ya nos conocimos? Soy parte del equipo de la Universidad de Chile, que está llevando a cabo una investigación con niños/as y adolescentes, sus padres y terapeutas, que vienen a éstos Centros y que busca conocer cómo ven, los distintos actores, la terapia en los diferentes momentos. Yo te solicite información al ingreso del caso XX, ahora llevan xx meses desde que empezaron a venir. (Recordar en qué mes se hizo la entrevista de 6/12 meses y han pasado X meses de la terapia).

Si es nueva entrevistadora: Mi nombre es __, soy psicóloga de un equipo de la Universidad de Chile, que como sabes está llevando a cabo una investigación con niños/as y adolescentes, sus padres y terapeutas, que vienen a éstos Centros y que busca conocer cómo ven, los distintos actores, la terapia en los diferentes momentos. Una de mis compañeras te solicito información al ingreso del caso XX ahora llevan XX meses desde el ingreso. (Recordar en qué mes se hizo la entrevista de 6/12 meses y han pasado X meses de la terapia).

II. Características de la fase a realizar

Para entrevista 6 meses: La niña/o q adolescente y su familia ya participó en un primer momento de esta investigación, hace unos meses atrás.

Para otros momentos: Tú, la niña/o q adolescente y su familia ya han participado de un "momento anterior". Esta ~~consistió~~ consistió en la entrevista de los x meses.

Como te comenté esa vez, esta investigación tiene diferentes momentos. Hoy realizaremos la segunda fase de esta (o nombrar el momento al cual corresponde entrevista), en la cual te haremos una breve entrevista a ti, luego a la niña/o q adolescente y a sus padres/adultos responsables.

III. Aspectos éticos

Para no tomar nota, te recuerdo que estas entrevistas serán grabadas en audio, recuerda que todo lo que hablemos aquí es confidencial y anónimo.

IV. Consigna inicial

Tal como se planteaba, la presente investigación intenta recoger como es que se produce el cambio terapéutico 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 en este caso en particular se ha realizado el proceso hasta ahora. Nos interesa mucho tu impresión como psicóloga/o tratante pues eres la persona más idónea para poder contarnos su proceso.

Recuerda que el objetivo no es evaluar tu desempeño sino conocer como ha sido el proceso de cambio en este caso. Entendemos que quizás alguna de las cosas que te preguntemos no correspondan al caso y/o al momento de intervención en el que estás, lo importante es que nos puedas contar lo más posible de este caso. En la/s entrevista/s

anterior/es que tuvimos hemos hablado ya de algunas cosas, y puede que algunas preguntas se repitan, pero lo importante de ésta entrevista es conocer tu visión actual.

Entonces, ahora te pediría me contaras todo lo que quieras acerca de este caso y cómo ha sido/fue la terapia con este niño/a o adolescente y esta familia hasta ahora. **QUEDARSE LO MÁX POSIBLE EN ESTA FASE DE NARRATIVA LIBRE.**

Considerar estas frases para profundizar en la narrativa libre del entrevistado:

- Cuéntame más de eso; Háblame más de eso; A que te refieres
- Dame un ejemplo – Me podrías dar un ejemplo?
- Repetir (o reflejar) lo que el entrevistado/a ha dicho; Utilizar las mismas palabras del entrevistado para profundizar
- Técnicas de animación y elaboración (observaciones, ruidos o gestos que indican que entrevistador acepta lo que va diciendo y desea que siga hablando: mmm, ya, ah, ¿y entonces?)
- Técnicas de aclaración (¿Cómo te diste cuenta de ...? ¿por qué pensaste eso?)

V. Guión de profundización

Una vez que el terapeuta haya realizado narración, se puede profundizar las siguientes áreas relevantes, pidiendo ejemplos. El orden del guión puede variar, dependiendo de lo que vaya emergiendo. Sin embargo, **es necesario que se contemple la exploración de todos los ejes temáticos, si es que no se han abordado antes.** Las preguntas tomarlas como ejemplos o referencias, **priorizar las preguntas subrayadas, y sólo realizar las siguientes sino se ha profundizado en el eje temático.**

*En entrevista intermedia y final: mencionar al entrevistado que algunas temas ya han sido conversados, pero nos interesa saber si su opinión sigue igual o ha cambiado.

EJES TEMÁTICOS	PREGUNTAS SUGERIDAS	POSIBLES PREGUNTAS DE PROFUNDIZACIÓN
<p><u>1. Expectativas</u></p> <p>- Expectativas de la terapia -Motivación inicial -Resistencias -Cambios durante terapia de expectativas, motivación y resistencias</p>	<p>Comunes (pero tema expectativas poner más énfasis a los 6 meses y al final): Preguntar respecto del niño y su familia. - <u>¿Qué expectativas iniciales viste?</u> y que ha pasado con eso? - <u>¿Cómo ha sido la adherencia a la terapia?</u> Ha ido cambiando? - <u>¿Quería venir?</u> ahora cómo viene? - Viste alguna dificultad o resistencia inicial? Y ahora? A los 12 meses y final: ¿Al principio querían venir? ¿y ahora? ¿Pensaban que les podía ayudar con la situación por la cual empezaron a venir?</p>	<p>Preguntar respecto del terapeuta. - ¿Qué expectativas iniciales tenías de la terapia? Y que expectativas tienes ahora? Se han cumplido? De qué manera? Ha influido en la intervención?</p>
<p><u>2. Noción del problema /Motivo</u></p>	<p>Causales de ingreso (sólo a los 6 meses) - <u>¿Cómo fue la agresión?</u>; ¿Cómo lo nombra?</p>	<p>-¿Cuál es vínculo que tiene con el agresor?, ¿Cómo lo nombra? -¿Le otorgan credibilidad?; ¿Quién?,</p>



<p>de consulta</p> <p>*Privilegiar preguntar por este eje a los 6 meses (y sólo escasamente a los 12 meses y al egreso, que más bien sea actualizar con nueva información).</p>	<p><u>¿Cómo fue la develación? ¿Cómo fue la reacción familiar ante la develación?</u></p> <p>A los 12 meses y final: Hay antecedentes de la situación de agresión que hayan cambiado? Cuáles? La credibilidad?</p> <p>Comunes: Preguntar respecto del niño y su familia: -¿Cómo hablan de lo que les pasó? -¿Qué dicen del agresor? -¿Qué saben del proceso legal?</p> <p>Proceso diagnóstico (sólo a los 6 meses) <u>¿A la fecha cuál es tu diagnóstico del caso?</u></p> <p>A los 12 meses y final: <u>Cuál es tu diagnóstico actual del caso?</u> Respecto a tu diagnóstico inicial, ha habido variaciones en cuanto a cómo percibes la dinámica familiar? Sintomatología? Dinámicas respecto a la experiencia abusiva? Impresión clínica?</p> <p>Comunes: <u>¿Cómo ha sido la participación de los padres v/o adultos responsables?</u> De qué tipo (modalidad intervención social, psi coeducación, psicoterapia individual, grupo) de intervenciones han participado? Cada cuanto ha sido? Ha sido regular?</p> <p>Para niño/as y adolescentes y sus padres: ¿Cuál es su noción del problema al ingreso y ahora? ¿Por qué cree que viene? Eso cambió? ¿Cuál es su motivo de consulta al ingreso y ahora?</p>	<p>¿Hay alguien que no le crea? ¿Esta credibilidad ha cambiado en el tiempo o no? -¿Con quién viene? -¿Está o estuvo expuesto a otras vulneraciones, de que tipo?</p> <p>- Dinámica familiar ¿con quién vive y cómo es la conformación familiar? Quién lo cuida? ¿cómo son las relaciones? - Sintomatología relevante en la niña/o o adolescente (cuando llego y ahora, ha ido cambiando) - Dinámica <u>traumatogénica</u> ¿Cómo se entiende la particularidad de la experiencia abusiva en el niño y su familia? - Impresión clínica (cuando llego y ahora, ha ido cambiando)</p>
<p>3. Contenidos del cambio (qué)</p>	<p>- <u>¿Cómo estaba el niño al principio de la terapia? ¿cómo está ahora?</u> - <u>¿Piensas que durante la terapia han</u></p>	<p>- ¿Piensas que durante la terapia el niño ha cambiado en algo? En qué? En qué lo notas? Y en algo más?</p>

<p>+></p> <p>- Percepción de cambio -Significaciones y descripciones del cambio *Privilegiar preguntar por este eje al egreso.</p>	<p><u>habido cambios?</u> - <u>¿Ha habido cambios respecto a la situación de abuso?</u></p>	<p>-¿Cambio algo en otros (padres, adulto responsable, familia, etc.)? ¿En qué? En qué lo notas? -¿Hay cosas que no han cambiado y que serían importantes que cambiaran? <u>¿Qué crees que pasará con eso?</u></p>
<p>4. Proceso de cambio (cómo)</p> <p>Proceso de cambio: - Cómo fue cambiando - Momentos significativos - Momentos difíciles</p> <p>Metodologías, Técnicas, estrategias de intervención e intervenciones realizadas</p> <p>Como se ve el cambio a futuro *Privilegiar preguntar por este eje a los 12 meses.</p>	<p>Comunes: -(De acuerdo a lo que diga que ha cambiado) <u>¿Cómo fue cambiando?</u> ¿Desde cuándo fuiste notando estos cambios? <u>¿Cómo lo fuiste notando?</u> ¿Crees que seguirá cambiando? <u>¿Cómo?</u> -<u>¿Hay algún momento que recuerdes de la terapia como importante?</u> ¿Qué pasó? - <u>¿Ha existido algún aspecto difícil en la terapia?</u> ¿Qué pasó? ¿Cómo fue? ¿Cómo se solucionó? - <u>¿Cuáles son los objetivos terapéuticos en este caso?</u> Han ido cambiando? <u>¿Cómo?</u> - <u>¿Qué técnicas o intervenciones has utilizado en este caso?</u></p>	<p>¿Hay algo que te sorprendió de esta terapia? ¿Qué tipo de intervenciones has planificado? Cuáles han podido realizarse? Y si no, por qué? ¿Qué técnicas han favorecido más la expresión del niño durante la terapia?, Cuáles le gustan más?, Cuáles no?, ¿Cuáles piensas que le han ayudado? En qué lo notas? Dame un ejemplo? - ¿Cómo se han incluido los padres en la terapia del niño? Con qué objetivo?</p>
<p>5. Noción psicoterapia</p> <p>-Visión de la psicoterapia; Cómo ve que continuará la terapia *Preguntar al final de la entrevista</p>	<p>- Consideras que la terapia desarrollada hasta aquí, representa tu forma de intervenir en este tipo de casos? De <u>qué manera?</u></p>	
<p>6. Relación terapéutica</p> <p>- Relación terapéutica, Visión del terapeuta; Dificultades y desencuentros en la relación terapéutica; Evolución de la relación terapéutica *Preguntar por relación terapéutica con los padres y con los niños</p>	<p>- <u>¿Cómo es la relación entre ustedes?</u> ¿Siempre ha sido así? ¿Ha ido cambiando? ¿Crees que va a cambiar? -<u>¿Crees que ha influido en la terapia?</u> - <u>¿Hay algún momento especial respecto de la relación terapéutica que recuerdes con el niño?</u> - <u>¿Cómo se ha desarrollado el vínculo con los padres?</u></p>	<p>-¿Ha habido algún momento difícil/ de desencuentro? ¿Qué pasó? ¿Cómo se resolvió?</p>

<p>*Privilegiar preguntar por este eje a los 12 meses.</p>		
<p>7. Facilitadores y obstaculizadores del cambio</p> <p>- Factores que favorecen/dificultan el cambio (Indagando aspectos familiares, de la terapia)</p> <p>*Privilegiar preguntar por este eje al egreso.</p>	<p>- ¿Qué aspectos han favorecido el cambio en terapia?</p> <p>- ¿Qué aspectos lo han obstaculizado?</p>	<p>- Del niño/a o adolescente</p> <p>- De la familia</p> <p>- De la agresión sexual (vínculo con el agresor, duración)</p> <p>- De la terapia</p> <p>- Del contexto? (Judicial, colegio)</p>
<p>8. Proceso de término</p> <p>EN CASO QUE CORRESPONDA:</p> <p>-Motivos, experiencia y proceso de <u>deserción</u></p> <p>-Proceso de término, en casos de <u>término</u> (por cumplimiento objetivos)</p> <p>- Proyección de cambio a futuro</p> <p>*Privilegiar preguntar por este eje al egreso.</p>	<p>- ¿Cómo fue el término de la terapia?</p> <p>- ¿Cómo te diste cuenta que estaba pronto al alta terapéutica?</p> <p>- ¿Crees que el tiempo de terapia fue adecuado?</p> <p>-¿Cómo ves al niño a futuro? ¿Crees que se van a mantener los cambios?</p> <p>-¿Crees que el niño volvería al psicólogo/a si fuera necesario?</p> <p>(En deserción: ¿Qué crees que influyó en la deserción?)</p>	<p>- ¿Cómo se ha desarrollado el cierre de la terapia?</p> <p>- ¿Hay algo que te hubiese gustado que fuera distinto?</p>
<p>9. Otros (en los casos que corresponda)</p> <p>Dependiendo del caso:</p> <p><u>Percepción del cambio de terapeuta o centro</u> u otro y su influencia en el proceso</p>	<p>- ¿Crees que el cambio de terapeuta/centro influyó en la terapia? De qué manera?</p>	

VI. Cierre:

a) Preguntas finales:

- Hay algo más que quieras agregar o que sea importante que sepamos del proceso llevado a la fecha.
 - Consideras que la terapia desarrollada hasta aquí, representa tu forma de intervenir en este tipo de casos? De qué manera?

- **(Persona del terapeuta)** ¿Cómo ha sido tu experiencia como terapeuta de este caso?
- ¿Cómo te sentiste durante esta entrevista?

En entrevista del final del proceso de terapia:

¿Qué significa para ti el cambio?

¿Qué crees sería importante destacar de este proceso?

¿Crees que algo se podría haber realizado de una forma distinta? ¿Qué?

Después de esta revisión que has hecho del proceso, ¿con qué sensación te quedas respecto a éste?

En entrevista del final del proceso de terapia: Dibujo Piloto (al final de la entrevista)

Te cuento que estamos introduciendo nuevas metodologías de investigación, y en ese contexto estamos haciendo un piloto de dibujo a los terapeutas. Entonces, sólo si te sientes cómodo/a, estás dispuesto/a y tienes tiempo, te quiero pedir realizar un dibujo. Además pedimos un dibujo similar en los niños/as y adolescentes, por lo cual la idea es contrastar esta metodología con los terapeutas. El objetivo de este dibujo es tener visiones del cambio más simbólicas o metafóricas, tener otro registro del cambio. La idea es tu visión, pudiendo ser un dibujo metafórico si así lo quieres. La idea no es evaluar la calidad de tu dibujo o su ejecución, sino tu visión del cambio en el niño/a o adolescente. (Si está dispuesto): **Consigna:** Dibuja como tú ves que el niño/a o adolescente estaba al principio de la terapia y cómo está ahora.

***Para entrevistas de 12 y final:** si es que hay algo que contraste mucho entre entrevistas, recordarlo y preguntar qué ha cambiado y cómo. Ejemplo (en caso de contradicción): la vez anterior me dijiste tal cosa, ¿qué piensas ahora de eso?

BUENO AHORA TE PEDIRÍA QUE PUDIÉRAMOS LLENAR UNA PEQUEÑA FICHA DE LOS DATOS DE ESTA FASE DE LA INVESTIGACIÓN (llevar ficha del momento anterior y preguntar por cambios, y preguntar también por las cosas que no hayan aparecido en la entrevista, sino completar en entrevistador).

Muchas gracias por la disposición y nos contactaremos contigo para la próxima entrevista que sería a los XX meses.

b) Recordar las fases que vienen: Tal como te he comentado, nos vamos a seguir viendo en x oportunidades más (según fase de la investigación). Intentaré ser yo, sino vendrá una de mis compañeras.

a) c) Agradecimientos por participación: Muchas gracias por compartir tu experiencia conmigo, estoy segura nos ayudará a conocer mucho mejor cómo es la terapia en estos casos. En egreso entregar regalo.

VII. Realización de "Notas de Campo" (grabadas en audio luego de entrevista, en cada uno de las 3 fases).

a) Fecha de la entrevista, entrevistador, CÓDIGOS de niño y Centro y entrevistado (niño/a, adulto, terapeuta)

b) Observaciones del entrevistador: Lo esencial de la vivencia del participante que el entrevistador se queda después de la entrevista, características relevantes del entrevistado, disposición a la actividad, tono emocional, relación con el entrevistador.