



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO

**PROCESO DE CAMBIO EN ADOLESCENTES QUE HAN SIDO VÍCTIMAS DE
AGRESIONES SEXUALES Y SUS ADULTOS RESPONSABLES: NARRATIVAS
TRAS EL ALTA TERAPÉUTICA**

Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología, mención Psicología Clínica

Infanto Juvenil

Mariela Vega Ponce

Profesora Guía: Claudia Capella Sepúlveda

Santiago de Chile, Enero 2020

RESUMEN

El presente estudio tiene como finalidad describir y comprender el contenido y evolución del cambio, experimentado en adolescentes que han sido victimizados sexualmente y que han finalizado procesos psicoterapéuticos. Para esto se profundizó en sus narrativas y en la de sus adultos responsables, a través de entrevistas realizadas luego de al menos un año de egresados de psicoterapia por agresiones sexuales, en centros especializados de SENAME. La muestra estuvo constituida por 5 adolescentes y sus adultos responsables. Las entrevistas fueron analizadas desde un marco de análisis narrativo. Cabe señalar que este estudio forma parte del Proyecto de Fortalecimiento de Productividad y Continuidad en Investigación FPCI 2017, "Trayectorias de cambio en niños y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales y han participado de un proceso psicoterapéutico, durante y posterior a la psicoterapia". Dentro de los principales resultados se destaca la mantención y fortalecimiento de los cambios iniciados durante la psicoterapia, observándose cambios en distintas esferas, relevándose la relación de mayor confianza y comunicación entre los adolescentes y sus adultos a cargo, con mayor cercanía afectiva que ha permitido afianzar el vínculo, a partir del reconocimiento de las necesidades del otro. Siendo este aspecto reconocido mayoritariamente por los adolescentes, como favorecedor para la mantención del cambio post terapia, al igual que el sentirse empoderados, con mayor seguridad de sí mismos, relevando el esfuerzo personal como facilitador durante la psicoterapia y posterior a ésta. Dentro de las conclusiones se destaca, la relevancia de la participación del adulto en el proceso de cambio de los adolescentes, tanto para favorecer el cambio durante la psicoterapia como en la mantención del cambio luego del alta. Estimándose la importancia de la participación activa de éstos en los procesos psicoterapéuticos de los adolescentes, a través de objetivos acordados no sólo a las necesidades protectoras.

Palabras Claves: Agresiones Sexuales, Psicoterapia, Cambio Psicoterapéutico, Seguimiento, Adolescentes.

Agradecimientos

En primer lugar agradezco la oportunidad de haber sido parte del Proyecto de Fortalecimiento de Productividad y Continuidad en Investigación FPCI 2017, “Trayectorias de cambio en niños y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales y han participado de un proceso psicoterapéutico, durante y posterior a la psicoterapia”. Instancia la cual me permitió compartir con un equipo de investigación dedicado y comprometido, que enriqueció la reflexión y análisis a partir de la integración de distintas miradas.

Agradeciendo especialmente a Claudia Capella, quien como investigadora responsable del proyecto, estuvo siempre presente desde el compromiso, dedicación, generosidad y calidez, apoyando el recorrido laborioso de esta investigación.

También agradezco la confianza y generosidad de los adolescentes y sus familias, quienes a partir de sus historias permitieron concretar este proyecto.

Finalmente, quisiera agradecer a mi familia por su constante apoyo, comprensión y amor, lo cual fue esencial para transitar por este camino de innumerables desafíos y aprendizajes, que trascendieron lo académico y profesional.

INDICE

1	INTRODUCCIÓN	1
2	MARCO TEÓRICO	10
2.1	Agresiones Sexuales	10
2.1.1	Definición	10
2.1.2	Principales Características del Fenómeno	12
2.1.3	Consecuencias de las Agresiones Sexuales.....	15
2.2	Psicoterapia en Agresiones Sexuales.....	22
2.2.1	Consideraciones Generales	22
2.2.2	Objetivos de la Psicoterapia en Agresiones Sexuales	25
2.3	Cambio en Psicoterapia.....	28
2.3.1	Conceptualización	28
2.3.2	Cambio Psicoterapéutico en Víctimas de Agresiones Sexuales	31
2.4	Seguimiento.....	40
2.5	Rol del Adulto Responsable.....	44
3	OBJETIVOS.....	49
4	MARCO METODOLÓGICO	50
4.1	Diseño	50
4.2	Muestra	50
4.3	Técnicas de Recolección de Datos.....	54
4.4	Consideraciones Éticas.....	57
4.5	Análisis de Datos	58
5	RESULTADOS	61
5.1	Análisis de las Narrativas de los Adolescentes	62
5.1.1	Contenido del Cambio.....	62
5.1.1.1	Cambio durante la Psicoterapia.....	62
5.1.1.2	Cambio Post Terapia	64
5.1.1.3	Proyección/Evaluación de los Cambios.....	68
5.1.2	Trayectoria/Evolución del Cambio.....	69
5.1.2.1	Trayectoria del Cambio durante la terapia.....	69
5.1.2.2	Trayectoria del Cambio Post terapia.....	70
5.1.3	Facilitadores/Mantenedores del Cambio	71
5.1.3.1	Facilitadores del Cambio durante la Terapia	71

5.1.3.2	Facilitadores del Cambio Post Terapia.....	72
5.1.4	Obstaculizadores del Cambio	74
5.2	Análisis de las Narrativas de los Adultos Responsables	75
5.2.1	Contenido del Cambio.....	75
5.2.1.1	Cambio durante la Psicoterapia.....	75
5.2.1.2	Cambios Post Terapia	78
5.2.1.3	Proyección/Evaluación de los Cambios.....	82
5.2.2	Trayectoria/Evolución del Cambio.....	83
5.2.3	Facilitadores/Mantenedores del Cambio	84
5.2.3.1	Facilitadores del Cambio durante la Terapia	84
5.2.3.2	Facilitadores del Cambio Post Terapia	85
5.2.4	Obstaculizadores del Cambio	87
6	ANÁLISIS DE LAS NARRATIVAS DE LOS ADOLESCENTES Y SUS ADULTOS RESPONSABLES	88
7	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	96
8	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	110
9	ANEXOS	126

1 INTRODUCCIÓN

En Chile, durante los últimos años, ha existido un aumento gradual de las denuncias por delitos sexuales, lo cual pudiese asociarse a la instauración de la reforma procesal penal en todo el país y a la mayor visibilización del tema a nivel nacional. Si se consideran solo las denuncias formales realizadas entre el 2006 y 2013 la cifra total sobrepasa las 150.000 (Fundación Paz Ciudadana, 2014), siendo más de la mitad de las víctimas menores de edad (Subsecretaría de Prevención del Delito, 2015), lo que ilustra la focalización de este tipo de problemática en la población infanto-juvenil. Esta cifra sin embargo, podría extenderse ampliamente si se toma en cuenta la alta proporción de casos que no se denuncian, llegando algunos autores a estimarla alrededor del 50% (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2005). En este último aspecto, es relevante considerar también que de acuerdo a las investigaciones internacionales en la temática, se estima que las develaciones en la infancia o adolescencia de dichos delitos no alcanzan al 50% de los casos, siendo la edad adulta en la que las personas que han sido víctimas tienden a develar las agresiones (Draucker et al., 2009).

Es el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la entidad que viene dando cuenta desde el año 1994, como el maltrato afecta a niños, niñas y adolescentes¹ de nuestro país, a través de estudios de prevalencia realizados cada seis años. Es así como en los datos obtenidos en el 4º Estudio de Maltrato Infantil del año 2012, se observa una tendencia al aumento en el número de denuncias por abuso sexual a lo largo de los años, arrojando una prevalencia del 8,7% (UNICEF, 2015). Lo cual puede ser explicado por la mayor visibilidad en la agenda pública de este tipo de problemas, los cambios en la legislación, la puesta en marcha de la reforma procesal penal y/o el impacto que ha provocado en nuestro país la ratificación de las distintas convenciones internacionales y su incorporación a la legislación nacional (UNICEF, 2011).

Según la Subsecretaría de Prevención del Delito, durante el año 2016 en el país hubo una tasa de denuncias por el delito de violencia sexual contra NNA de 91,3

¹ En adelante se utilizará la abreviatura NNA para hacer referencia a niños, niñas y adolescentes.

por cada 100.000 habitantes (Observatorio Niñez y Adolescencia, 2018). En cuanto a las diferencias de tasas de denuncias según el sexo de la víctima, se obtuvo que las denuncias correspondientes a niñas y adolescentes mujeres son mucho mayores, presentando una diferencia total de más de cinco veces respecto a la tasa de denuncias de niños/as y adolescentes hombres. Esta diferencia se acentúa en el rango de edad entre los 14 a 17 años, donde las tasas de denuncias de mujeres son casi 12 veces más que las de los hombres. El año 2016, ingresaron al Ministerio Público, 15.408 víctimas por delitos de violencia sexual a NNA en el ámbito nacional, lo que equivale a 30 víctimas diarias.

Considerando la alta prevalencia del fenómeno y la evidencia de las consecuencias negativas a corto y largo plazo para los niños/as, en los últimos 20 años se ha avanzado en Chile en su consideración como un grave problema social. Permitiendo así el auge de centros especializados en la atención de agresiones sexuales² en todo el país. Desde la ratificación de la Convención Internacional de los Derechos del Niño por parte del Estado de Chile en 1990, la política pública chilena favorece la visualización de las distintas formas de vulneración de la infancia y la adolescencia, así como la generación de distintas estrategias de enfrentamiento de dichas vulneraciones (Guerra & Arredondo, 2017).

De esta forma, en 1990 el Gobierno de Chile elabora el primer Plan Nacional de Protección de la Infancia 1990-2000 seguido del correspondiente al período 2001-2010 (Ministerio de Planificación y Cooperación, 2010). Los objetivos centrales de estos planes fueron plantear e implementar diferentes líneas de acción dirigidas a resguardar los Derechos del Niño y del Adolescente, estableciendo como prioridad las diferentes situaciones de violencia contra los niños/as, especialmente en el contexto familiar. En este marco se articulan los cambios a la legislación nacional vigente que, en el caso de la violencia sexual infantil, implica importantes modificaciones a la ley relativa a los delitos sexuales (Ministerio de Justicia, 1999). Específicamente, se incorporan nuevos tipos penales, se redefinen las penas

² Este término se utilizará para hacer referencia a los diferentes delitos sexuales tipificados en la legislación chilena (abuso sexual, violación, estupro, entre otros).

asociadas a ellos y se modifican algunos procedimientos investigativos (SENAME, 2004).

En el ámbito de la intervención, surge en Chile en 1997 la primera línea programática especializada en intervención de tipo reparatoria de la violencia sexual infantil desde el Servicio Nacional de Menores (SENAME). Actualmente, este tipo de intervención se inscribe en la denominada Línea de Programas de Protección Especializada en Modalidad Maltrato Infantil Grave y Abuso Sexual (SENAME, 2015). Según el Catastro de la Oferta Programática de SENAME, a junio del año 2017 existen a nivel nacional 147 Programas en Maltrato y Abuso Sexual infantil (PRM) para NNA víctimas de delitos sexuales y maltrato grave, siendo el 10,2% respecto de la oferta total (Observatorio Niñez y Adolescencia, 2018).

Esta línea programática especializada, define el problema de atención desde el marco jurídico penal, identificando el ASI³ como delito. El objetivo general de esta línea de intervención se estipula como “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, 2015, p.3) e integra como objetivos específicos 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 b) favorecer el proceso de resignificación de la experiencia de maltrato o abuso en el niño, niña o adolescente y el adulto responsable, c) fortalecer los recursos familiares y sociales para el bienestar psicológico y social del niño, niña o adolescente, víctima de maltrato y abusos.

En este punto, cabe señalar que desde SENAME (2015) la conceptualización de la reparación, se refiere a la resignificación del daño asociado a la experiencia de maltrato grave o agresión sexual y se enfatiza tanto en la superación de las secuelas psicoafectivas como en la reelaboración de la experiencia abusiva. Por su parte Vergara (2011), plantea que el cambio en torno al significado, implica una resignificación “es decir que el sujeto pueda reevocar una experiencia, tanto en

³ Abuso sexual infantil (ASI), en este texto se utilizará de manera indistinta con el término agresión sexual, esto asociado a su comprensibilidad en el ámbito psicosocial. Por lo que ambos términos aludirán a los diferentes tipos penales. Además se utilizará considerando no sólo a la población infantil, sino también a la adolescente.

términos emocionales como cognitivos, de manera tal, de incorporar nuevos contenidos que contribuyan a una comprensión del acontecimiento que propicie el logro de la coherencia interna” (p.87).

Es así como en las agresiones sexuales, la resignificación según Capella y Gutiérrez (2014) implica que la persona que ha sido víctima, desde un rol activo, pueda elaborar la experiencia abusiva, integrándola a su historia vital al darle un nuevo significado a ésta de una manera adaptativa. Dando cuenta que la superación es un proceso en curso, en donde se podría entender según Draucker et al. (2011) que las personas se ven envueltas en un proceso dinámico que incluye tanto la recuperación como el crecimiento, es decir implica poner la experiencia de abuso en perspectiva dentro de la propia vida, reconocerlo como un hecho más, pero no como toda la vida. La superación entonces, es entendida como un proceso que se desarrolla a través de las distintas etapas de la vida y que conlleva momentos de avances y retroceso, por lo que no es un proceso lineal (Capella y Gutiérrez, 2014).

De esta manera se propone que la Psicoterapia ocurriría en un momento de la vida de la persona, pero la integración de la experiencia de abuso al continuo vital continuará desarrollándose siempre (Capella, 2011; Capella & Miranda, 2003; Capella & Gutiérrez, 2014). Es así como la Psicoterapia, favorece a la superación de los efectos del abuso sexual en un momento específico de la vida, no implicando que no pueda haber algunas significaciones desadaptativas en etapas posteriores. Este es un aspecto que cobra relevancia para la oferta de atención y su evaluación en el ámbito público, esto sobretodo si se considera a la resignificación como continua a lo largo de la vida y dependiente de factores evolutivos (Capella y Gutiérrez, 2014).

Es considerando que la resignificación y superación de la experiencia de ASI, se ve favorecida por la psicoterapia, que resulta relevante revisar cómo se desarrolla el cambio psicoterapéutico en NNA que han sido victimizados sexualmente.

Es así como el cambio psicoterapéutico, se puede comprender como un proceso subjetivo que ocurre mediante la incorporación de nuevos modelos de explicación, tanto de sí mismos como del mundo que lo rodea (Gonçalves, Matos y Santos, 2009; Krause et al., 2006).

En psicoterapia en población clínica general, el cambio se describe como un proceso de etapas sucesivas que se inicia antes de la terapia y se extiende más allá del término de ésta (Altimir et al., 2010; Dagnino et al., 2014; Krause et al., 2006) y que considera una modificación en la teoría subjetiva del paciente, provocando un cambio en sus patrones de interpretación y explicación que inciden en la construcción de nuevos significados y teorías comprensivas de sí mismo, al mismo tiempo que se complejiza a través del tiempo (Echávarri et al., 2009; Krause et al., 2006).

Es considerando la pregunta de qué es lo que cambia en Psicoterapia, que nos encontramos con que los estudios al respecto, han abordado principalmente el cambio conductual y sintomático (Krause, 2005). Existiendo nuevas líneas de investigación que han comenzado a considerar el Cambio Psicoterapéutico, como un fenómeno esencialmente subjetivo. Así, aunque no hay un acuerdo operacional respecto del concepto de cambio (Roussos, 2013), al menos no de manera explícita, Gonçalves et al. (2009), plantean que el cambio psicoterapéutico consideraría la construcción de narrativas alternativas del sí mismo y el mundo, que no sean concordantes con el discurso dominante del problema. Por su parte, Krause (2005) comprende este proceso como un “cambio en los patrones subjetivos de interpretación y explicación que llevan al desarrollo de nuevas teorías subjetivas” (p.333).

Es así como el fenómeno del cambio es visto de diversas maneras, de acuerdo al autor que lo investigue y elabore conceptualizaciones sobre él. A continuación se exponen aspectos sobre lo que es el cambio y cómo se da, considerando principalmente la Teoría Subjetiva del Cambio de Krause (2005; Krause et al., 2006), modelo que busca ser genérico, es decir común a diferentes enfoques teóricos, y cuya definición sobre el cambio fue la que guio la presente investigación.

Desde esta teoría, el efecto de la psicoterapia se ve reflejado en unos cambios, que si bien están de acuerdo a la noción de Helmeke (2000, citado en Krause 2005) quien afirma que los cambios se observan principalmente en el plano cognitivo, son llamados de manera más general por la autora como cambios “representacionales”, ya que lo que cambia son los patrones de explicación o interpretación de las personas,

el cambio es propio de la dimensión de los significados. Al respecto Krause (2005) refiere:

El cambio psicoterapéutico genérico tiene que ver, en primer término, con la mirada subjetiva del consultante, con respecto a sí mismo y sus dificultades, a sus problemas y síntomas y con respecto a la relación de estos con el entorno en que acontecen. Este cambio, que las propias personas expresan a través de términos como “cambios en el modo de pensar” o en el “modo de ver las cosas”, puede ser conceptualizado como cambio en los patrones subjetivos de interpretación y explicación que llevan a un desarrollo de nuevas teorías subjetivas. (p.333)

De acuerdo a Krause et al. (2006) los cambios evolucionan en etapas sucesivas, y por esto tras varias investigaciones propusieron operacionalizar el cambio a través de los Indicadores Genéricos del Cambio (IGC) en los que explican cómo se van desarrollando los cambios a lo largo de la psicoterapia. Para Altimir et al. (2010) el Cambio Psicoterapéutico es un proceso irregular, progresivo, con avances y retrocesos, por lo que no es lineal, sino cíclico.

En virtud de lo anteriormente expuesto, podría ser plausible suponer que el cambio en psicoterapia también permitiría comprender los procesos de recuperación de NNA que han sido víctimas de agresiones sexuales, quienes a partir de etapas sucesivas van desarrollando cambios en los patrones de explicación e interpretación de la experiencia abusiva, otorgándole un nuevo significado de una manera adaptativa.

El cambio en psicoterapia ha sido escasamente estudiado en procesos de tratamientos de niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales, lo cual constituye una necesidad, encontrándonos con escasa especificidad de los términos al trabajo clínico que se realiza con niños/as en Chile (Águila et al., 2016). Destacándose en este ámbito, el trabajo desarrollado por Gómez (2016), quien a través de la integración de diversos elementos conceptuales, describe el cambio psicoterapéutico en NNA que han sido víctimas de agresiones sexuales, como:

Un proceso de crecimiento y transformación global del niño/adolescente respecto de la visión del sí mismo, sus relaciones y el mundo, a través de un proceso de reconceptualización de la experiencia de agresión sexual. Esto implica la progresiva construcción y consolidación de una narrativa personal y relacional más fortalecida, diversificada, coherente y flexible; en un proceso que se da en relación con el contexto, y en especial, en conjunto con su/s figuras parental/es. (p.76)

Dentro del contexto nacional, es relevante mencionar investigaciones que evalúan el cambio a través de intervenciones específicas, encontrándonos con la investigación realizada por Capella & Miranda (2003), el cual se constituye en el primer estudio publicado que aborda la psicoterapia (grupal) en población infantil que ha sido victimizada sexualmente, evaluando cualitativamente el cambio psicoterapéutico. Además encontramos estudios en contextos específicos, como el desarrollado por Del Río (2007), quien realiza un análisis de la construcción de significados a nivel evolutivo en niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales.

Destacándose en este ámbito, el proyecto FONDECYT “Cambio psicoterapéutico en agresiones sexuales: perspectiva de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas, sus padres y psicoterapeutas”, en donde un equipo de investigación liderado por Claudia Capella, se planteó como objetivo caracterizar el contenido y fases en que se produce el cambio psicoterapéutico (Capella y Rodríguez, 2018).

Para el presente estudio se considerará el Cambio Psicoterapéutico no sólo como una mejora a nivel sintomatológico, sino que a transformaciones en diversos aspectos de sí mismo y la relación con el entorno, en donde principalmente la respuesta de sus figuras de cuidado, resulta fundamental en cuanto al proceso de superación. Según el estudio realizado por Lama (2014), aparece relevada desde la percepción de los terapeutas, la reacción frente a la develación, la credibilidad y el apoyo de las figuras significativas.

A nivel nacional e internacional, existe variada literatura acerca de la manera en que la familia, en especial los padres y las figuras significativas, influyen en la profundidad y características de los efectos generados a partir la agresión en quien ha sido víctima, destacándose que el soporte, la credibilidad y las conductas de apoyo de estas figuras luego de la develación, son grandes predictores del ajuste psicológico a corto y largo plazo en los niños/as y adolescentes, superando incluso la relevancia de los factores relacionados a la agresión (Elliott y Carnes, 2001).

Por lo tanto, si bien hay pocos estudios que toman en cuenta la perspectiva de los padres en el proceso psicoterapéutico (Dussert et al., 2017; Fong et al., 2016; Jessiman et al., 2016), así como la presencia de una tendencia a ser invisibilizados como víctimas indirectas de la agresión sexual (Dussert et al., 2017; Sinclair y Martínez, 2006), la incorporación de su visión resulta fundamental para comprender la complejidad del proceso de cambio y el impacto subjetivo de éste (Altimir et al., 2010). Por lo que el presente estudio integra la perspectiva de los adultos responsables de los adolescentes, de manera de aportar a la comprensión del proceso de cambio experimentado posterior al egreso de la psicoterapia.

Es considerando el concepto de superación, como un proceso que acompaña al niño o adolescente durante toda su vida, que resulta relevante contar con una mirada que permita describir y comprender cómo se continúa vivenciando el cambio sin el apoyo del contexto de intervención. De esta manera es que tras finalizar el proceso psicoterapéutico, los niños/as y adolescentes continúan el proceso de cambio sin el apoyo de la psicoterapia, en donde la superación se desarrollará durante las distintas etapas de la vida, conllevando a momentos de avances y retrocesos. Surgiendo la interrogante de ¿cómo continúa evolucionando el cambio luego de finalizado un proceso psicoterapéutico?.

A partir de ésta interrogante es que surge el objetivo del presente estudio, dirigido a comprender cómo es el proceso de cambio en adolescentes que han sido víctimas de agresión sexual, a través de sus narrativas y la de sus adulto responsables, luego de al menos un año de haber finalizado su proceso psicoterapéutico. Para este objetivo resulta fundamental incorporar el concepto de Seguimiento, elemento el cual nos permite obtener información respecto del curso y

desarrollo de procesos, en este caso la idea fue profundizar en cómo es percibido por los adolescentes y sus adultos responsables, la progresión del cambio transcurrido un tiempo de egreso de los Programas de Intervención. Es así que se utilizará “proceso de cambio”, de manera de no situarse sólo en el cambio sucedido durante la psicoterapia, sino que también en otros momentos de su evolución.

Cabe mencionar que los Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Grave (PRM) consideran etapa de seguimiento, consistente en la determinación de los cambios producidos por causa de la terapia en un período de 6 meses luego de la última sesión, siendo considerado por tanto, parte del proceso de intervención (SENAME, 2012, 2015). No existiendo antecedentes de investigaciones en nuestro país, abocadas a indagar en cómo se desarrolla o mantiene el cambio psicoterapéutico tras un tiempo del egreso. En este aspecto se destacan estudios internacionales dirigidos al seguimiento desde lo sintomático, comparando alcances desde distintos enfoques de intervención, no encontrándose estudios que incluyan también el cambio en lo representacional (Cohen, Deblinger, Mannarino y Steer, 2004; Cohen, Mannarino y Knudsen, 2009; Deblinger, McLeer y Henry, 1990; Deblinger, Steer, y Lippmann, 1999).

Es así como el presente estudio, pretende aportar al proceso de superación de adolescentes que han sido víctimas de agresión sexual, dando cuenta de cómo continúa desarrollándose el cambio luego de finalizado el proceso psicoterapéutico. Identificando posibles factores que intervienen en la mantención del cambio desarrollado durante la terapia y de los factores que entorpecen dicha mantención. Para esto se contará con sus narrativas y la de sus adultos responsables, de manera de poder también identificar las convergencias y divergencias entre ambos.

El presente estudio aspira a dar continuidad a la línea de investigación de la psicoterapia en ASI en Chile, siendo parte del Proyecto de Fortalecimiento de Productividad y Continuidad en Investigación FPCI 2017, “Trayectorias de cambio en niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales y han participado de un proceso psicoterapéutico, durante y posterior a la psicoterapia”.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Agresiones Sexuales

2.1.1 Definición

Las agresiones sexuales son consideradas como una de las peores formas de maltrato infantil (MINSAL, 2011), aludiendo esta conceptualización a distintos tipos penales de delitos sexuales como lo son la violación, abuso sexual, estupro, incesto, sodomía y otros delitos asociados a la prostitución y de pornografía infantil (Código Penal Chileno, 2013).

Una de las primeras definiciones de abuso sexual infantil (ASI), es la desarrollada por Kempe (1978, en Barudy, 1998), quien lo conceptualiza como:

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

Por su parte Barudy (1998) señala que la ASI integra no sólo la perspectiva de un acto sexual reducido al contacto genital, sino que es vista como una acción transgresora y que es impuesta por un otro con poder en la relación, e incluye todos los actos y gestos que el adulto realiza con el fin de obtener una gratificación sexual, invisibilizando las necesidades del niño/a y sus deseos.

Según el Servicio Nacional de Menores [SENAME] (2004), se habla de ASI cuando:

Un adulto utiliza diversas estrategias, tanto implícitas como explícitas (seducción, chantaje, amenazas y/o manipulación psicológica), para

involucrar a un niño/a o adolescente en actividades sexuales (insinuaciones, caricias, exhibicionismo, voyeurismo, masturbación, sexo oral, penetración oral o vaginal, entre otros), las cuales son inapropiadas para su nivel de desarrollo emocional, psicológico, cognitivo y social. (p.6)

Dentro de la génesis del abuso sexual infantil, Barudy (1998) considera como factores estructurales fundamentales la coerción y la asimetría de poder entre el adulto y el niño, basando ésta última en la diferencia de edad, la vulnerabilidad y dependencia del niño, lo cual le impide participar en un verdadero intercambio a partir de una libre decisión. Por su parte Ochotorena y Arruabarrena (1996) plantean que la asimetría en ASI podría darse de tres formas: asimetría de poder, aludiendo a la diferencia de edad, roles y/o fuerza física entre el ofensor y la víctima, así como de la mayor capacidad de manipulación psicológica que el primero tenga sobre la segunda. Esta asimetría de poder coloca siempre a la víctima en un alto estado de vulnerabilidad y dependencia. Los autores plantean que cuando se trata de una relación cercana, como la de un padre y una hija, la dependencia ya no se establece solamente sobre la base de los diversos roles y jerarquías que cada uno ocupa en el sistema familiar, sino además sobre los pilares afectivos y emocionales en los que se construye toda relación parento-filial.

Otro tipo de asimetría que podría desarrollarse en la dinámica de ASI, es la de conocimientos, es de suponer que el ofensor sexual cuenta con mayores conocimientos que su víctima sobre la sexualidad y las implicancias de un involucramiento sexual.

Y por último estaría la asimetría de gratificación, la cual alude a que en la gran mayoría de los casos el objetivo del ofensor sexual es la propia y exclusiva gratificación sexual; aun cuando intente generar excitación en la víctima, esto siempre se relaciona con el propio deseo y necesidad, nunca con los deseos y necesidades de la víctima (Ochotorena y Arruabarrena, 1996).

En cuanto al factor de coerción, SENAME (2004) lo define cuando el abusador somete y doblega al niño, niña o adolescente, no refiriéndose sólo al uso de la fuerza

y amenazas, sino que especialmente, a maniobras de presión psicológica más sutiles como la seducción, el engaño, el chantaje y la manipulación. En este aspecto la coerción pudiese desarrollarse de forma explícita o implícita, aludiendo en la primera a una violencia directa, amenazas, en cambio en la coerción implícita se utilizaría el engaño, la seducción, la utilización del vínculo de confianza, intercambio de privilegios, entrega de regalos y chantaje emocional (Glaser y Frosh, 1998), favoreciendo ésta última la mantención del secreto (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2005; Barudy, 1998). Este tipo de coerción es la que ocurriría con mayor frecuencia en las agresiones sexuales contra niños/as (CAVAS, 2003) y constituye un aspecto central en la dinámica abusiva que se establece entre víctima y agresor (Barudy, 1998).

2.1.2 Principales Características del Fenómeno

Con el objetivo de comprender el fenómeno de la ASI, es que resulta fundamental tener presente algunas distinciones, las cuales a su vez han favorecido la evaluación y la intervención en agresiones sexuales en niños, niñas y adolescentes. Dentro de estos elementos, es relevante considerar la relación previa del NNA con el agresor, utilizándose generalmente las categorías propuestas por Barudy (1998), quien distingue: agresión sexual intrafamiliar, agresión sexual extrafamiliar por conocidos y la agresión sexual extrafamiliar por desconocidos.

El vínculo previo de la víctima con el agresor, es un elemento fundamental a considerar, pues las consecuencias para el NNA y su entorno se encuentran mediados por este factor (CAVAS, 2011). Según señala Barudy (1998), la distinción de ASI intrafamiliar y extrafamiliar, va a conllevar a dinámicas clínicas muy diferentes, relevante de considerar al momento de establecer los objetivos de la intervención.

Cabe señalar que la agresión sexual intrafamiliar, hace referencia a que la agresión es perpetrada por un integrante de la familia, considerando dentro de ésta la agresión incestuosa (CAVAS, 2011). En estos casos, la persona que agrede recurre a la manipulación del vínculo familiar, haciendo uso del poder que le da su rol. Habitualmente ocurre un traspaso de límites, en donde la agresión se da de forma reiterada en el tiempo. Se impone la dinámica del secreto, lo que conlleva en la mayor

parte de los casos, en que la develación ocurra en forma tardía. Otra característica, es que este tipo de agresiones suele darse en familias con organizaciones disfuncionales, siendo el resultado de múltiples factores que obstaculizan o perturban los mecanismos naturales que regulan la sexualidad al interior de una familia (Barudy, 1998, 2000; CAVAS, 2003; Capella, 2011).

Destacándose este último aspecto, en las agresiones sexuales incestuosas, las cuales se caracterizan por las complejas dinámicas familiares específicas de este tipo de agresión, en donde la agresión es cometida por una figura que ocupa el rol parental en el ámbito intrafamiliar, ya sea el padre u otras personas con estatus parental similar, vale decir, el hombre que ha funcionado en el rol social de padre, pudiendo ser el padre biológico, el padre legal, el padrastro, la pareja de la madre (Capella, 2011). En donde según Barudy (1998), se trataría de un proceso relacional complejo que se desarrolla en el tiempo y se mantendría protegido por el secreto y la ley del silencio. En donde los abusos incestuosos, podrían considerarse como estrategias del sistema familiar, desarrolladas a lo largo de las generaciones para mantener un sentido de coherencia y de pertenencia.

La agresión sexual se desarrollaría en una de las relaciones más relevante para el desarrollo vincular de los niños/as, significando el abandono por parte de la figura paterna de su rol de cuidado y protección, junto con el rompimiento del tabú del incesto. A su vez esta transgresión, viene a alterar el vínculo padre-hijo/a, conllevando a la complejidad de que la madre de la víctima y el agresor se encuentran comúnmente ligados emocionalmente (Capella, 2011; CAVAS, 2003).

En cuanto a la categoría extrafamiliar, ésta hace alusión a cuando el agresor es totalmente desconocido para el NNA, así también para su familia o alguien conocido que participa del entorno del NNA (Barudy, 2008). En este caso, la víctima no tiene un vínculo de conocimiento o cercanía previo con el abusador, el cual comúnmente disfruta sometiendo a su víctima por la fuerza y el terror, provocándole sufrimiento. Habitualmente este tipo de agresión es una experiencia única, violenta y que mayormente afecta a adolescentes y adultos (Barudy, 1998, 2000; Capella, 2011).

En cambio, en la agresión sexual extrafamiliar por un conocido, la víctima es agredida por una persona que pertenece a su círculo social, y que por lo tanto es conocido de la víctima y de su familia (Barudy, 1998). El tipo de cercanía puede estar dado desde lo social, física o por algún rol de poder del agresor; en el caso de la agresión sexual infantil suele tratarse de actividades que permiten un contacto directo con el niño. El agresor, transgrede los límites interpersonales y la confianza que la persona o la familia habían depositado en él, destacándose que en la infancia, el agresor va progresivamente envolviendo a la víctima en una relación que pareciera afectiva, protectora y gratificante, lo que habitualmente es vivido por el NNA como confusión respecto a la relación, ya que se entremezclan la vivencia de sentirse amado, con la experiencia de agresión sexual, dificultándose su vivencia como víctima (CAVAS, 2011).

Otro aspecto a considerar, es el asociado a la frecuencia de la ocurrencia de la agresión sexual, éstas se pueden presentar como episodio único, reiterado o crónico (Capella, 2011), siendo éstas últimas las que implicarían daños más profundos en la vida psicológica y social de una persona (CAVAS, 2011).

Las agresiones sexuales de episodios únicos se presentarían sólo en una ocasión; las reiteradas hacen alusión a diversos actos abusivos que podrían sucederse en un tramo de tiempo que puede ser de semanas o meses; y las agresiones sexuales crónicas implicarían la instalación de una dinámica abusiva, siendo habituales y prolongadas en el tiempo (CAVAS, 2011).

Lo más frecuente en población general son los episodios únicos, pero en la población que consulta serían los abusos reiterados y crónicos (Capella, 2011).

Cabe mencionar que, tanto las agresiones sexuales intrafamiliares como las extrafamiliares por conocido, son las más frecuentes, representando la agresión por conocido un 88% de prevalencia, y las intrafamiliares un 50,4% (Unicef, 2015; Echeburúa y Corral, 2006).

Según los registros de los Programas de Protección de Derechos (SENAME, 2016), la causal más alta de ingreso durante el año 2014, estaría constituida por casos de abuso sexual, siendo esta equivalente al 84.9%. Encontrando que por causal de violación, existiría una cifra de 9.0%.

2.1.3 Consecuencias de las Agresiones Sexuales

Al igual que otras situaciones de violencia, el abuso sexual a niños, niñas y adolescentes puede conllevar a consecuencias negativas en su salud mental, tanto a corto como a largo plazo. Sin embargo, no existiría un patrón único de síntomas, y los efectos tanto a corto como a largo plazo no necesariamente se presentan en todas las víctimas (Cantón-Cortés, Cortés y Cantón, 2011; Kendall-Tackett et al., 1993; Echeburúa y Corral, 2006), se señala así, que alrededor de un 80% de los niños/as víctimas de ASI, presentan efectos negativos como producto de esta vivencia (Echeburúa y Corral, 2006). Señalando además que habrían algunos efectos de la agresión sexual que pueden darse en cualquier etapa del período infantil, mientras otros son más específicos de determinada etapa (Cantón y Cortés, 2000). Glaser y Frosh (1998) piensan en términos similares, señalando que si bien aproximadamente dos tercios de los niños/as abusados padecen perturbaciones psicológicas, no todos los que sufren una experiencia de este tipo resultan dañados.

A pesar de lo anterior, la postura imperante entre los autores dedicados al tema es que, en la gran mayoría de los casos, el abuso constituye una experiencia traumática que tiene repercusiones negativas en el estado psicológico de las personas que lo sufren (Echeburúa y Guerricaechevarria, 2005). Siendo relevante mencionar, que con experiencia traumática hacemos alusión a la significación que el sujeto da a un evento externo disruptivo, el cual supera sus capacidades de afrontamiento, en la medida que altera sus esquemas previos (Capella, 2011). Es decir, si la experiencia de agresión sexual se constituye como traumática, se producirán desequilibrios en la estructura del NNA, en la medida en que esta experiencia no puede ser asimilada, ni incorporada en el continuo vital (Capella, 2011; Sepúlveda 2008).

Según Neimeyer, Herrero y Botella (2006) los eventos traumáticos interrumpen la forma en que las personas se narran a sí misma y ordenan sus experiencias vitales. Plantea tres formas en que las narraciones se desorganizan a partir de las experiencias traumáticas. La primera hace referencia a la desorganización de las narrativas, en que los acontecimientos traumáticos tienen el potencial de introducir experiencias que no sólo son radicalmente incoherente con la

trama narrativa de la vida de una persona, sino que invalidan sus temas centrales, emocionales y metas. Luego plantea las narrativas dominantes donde el núcleo del cual se desarrollan las narraciones es lo traumático. Un tercer proceso de interrupción narrativa se refiere a la disociación de la memoria traumática, existiendo una historia en el secreto que es imposible de integrar (Neimeyer et al., 2006).

Si bien los efectos de las ASI no se presentan de manera uniforme en la población infantil que ha sido victimizada, se han descrito ciertas consecuencias en una amplia cantidad de víctimas, siendo importante tener presente que cada niño y su familia, reaccionan de manera diferente frente a esta experiencia (Capella y Miranda, 2003; CAVAS, 2011; Guerra y Farkas, 2015).

La variabilidad en los efectos visibles del abuso sexual no es tan sorprendente si se considera la amplia gama de experiencias que se incluyen dentro del abuso sexual, y la disparidad de los contextos en que éste puede ocurrir. Los hallazgos, tanto en población clínica como en muestras comunitarias, enfatizan que los niños/as que han sufrido abuso sexual exhiben más síntomas que los niños/as no abusados del grupo control (Browne y Finkelhor, 1986; Kendall - Tackett et al., 1993; Mannarino, Cohen & Gregor, 1989; Guerra y Farkas, 2015).

Al respecto Echeburúa y Corral (2006) plantean que el impacto emocional de una agresión sexual estaría modulado por cuatro variables: el perfil individual de la víctima (estabilidad psicológica, edad, sexo y contexto familiar); las características del acto abusivo (frecuencia, severidad, existencia de violencia o de amenazas, cronicidad, etc), las consecuencias asociadas al descubrimiento del abuso y la relación existente con el abusador, refiriéndose este último no sólo al grado de parentesco sino también al nivel de intimidad existente.

En cuanto a la develación y la credibilidad del entorno frente a ésta, puede influir favorablemente en los efectos, ya que se ha estudiado que mientras más temprana es la develación, mayor credibilidad familiar y mayor apoyo de la figura protectora, mejor será el pronóstico terapéutico (Draucker y Martsolf, 2008). En este aspecto se ha descrito que las consecuencias emocionales del abuso son mayores cuando este no es develado y, por tanto se hace crónico (Finkelhor, 1993; Martínez, 2012).

Finalmente, Finkelhor, Ormrod y Turner (2007) señalan que los NNA que a lo largo de sus vidas han sido sometidos a más de una forma de victimización (maltrato físico, abuso sexual, abandono) tenderían a presentar consecuencias emocionales más graves, planteando que el efecto de las distintas experiencias de vulneración sería acumulativo.

A partir de la revisión de estudios transversales realizada por Kendall -Tackett et al. (1993), en donde se incluyeron muestras con niños y niñas de edad preescolar hasta la adolescencia, es posible llegar a ciertas conclusiones concernientes a lo evolutivo. Dentro de dichos resultados se destaca que muchos de los síntomas asociados al abuso sexual no aparecen de un modo uniforme en los distintos grupos etarios. De acuerdo a Cantón y Cortés (2000), algunos efectos pueden atravesar todos los períodos evolutivos, mientras que otros son específicos de etapas determinadas.

En relación a la etapa preescolar (0 a 6 años aproximadamente), Kendall -Tackett et al. (1993) indican que los síntomas más comunes son la ansiedad, las pesadillas, la inhibición, el retraimiento, temores diversos, la agresividad, el descontrol y las conductas sexuales inapropiadas.

En los escolares (7 a 12 años de edad aproximadamente), los síntomas más sobresalientes son el miedo, la agresividad, las pesadillas, los problemas escolares, la hiperactividad y la conducta regresiva (Kendall -Tackett et al., 1993). De acuerdo a Echeburúa y Guerricaechevarría (2005), en esta etapa son más frecuentes los sentimientos de culpa y vergüenza frente al abuso.

Finalmente, en los adolescentes los síntomas más típicos son la depresión, el retraimiento, las conductas suicidas o autodestructivas, los trastornos somáticos, los actos ilegales, las fugas y el abuso de sustancias (Kendall -Tackett et al., 1993).

Considerando que en esta etapa del desarrollo se cuenta con mayor conciencia del alcance del abuso junto con el real riesgo de embarazo, que los adolescentes víctimas de ASI pudiesen llegar a presentar sintomatología de carácter grave (Cutajar et al., 2010; Echeburúa y Corral, 2006; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2005; Capella, 2011).

Dentro de los resultados observados en el estudio de Kendall -Tackett et al. (1993), se destaca que la conducta sexualizada y los síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) ocurrieron con una frecuencia relativamente alta, no apreciándose un solo síntoma que ocurriera en la mayoría de los casos independiente de la etapa evolutiva. Estos también parecían ser los únicos dos síntomas más comunes en niños/as abusados sexualmente que en otros grupos clínicos. Aunque no ocurren en todas las víctimas, algunos teóricos han transmitido el TEPT y las conductas sexualizadas como las manifestaciones principales del trauma por abuso sexual (Corwin, 1989; Jampole y Weber, 1987; Wolfe et al., 1989 en Kendall-Tackett, 1993).

En este aspecto el estudio realizado por Deblinger et al. (1989), en donde se analiza la presencia de TEPT en tres muestras de niños/as hospitalizados (víctimas de ASI, maltrato físico y niños/as sin ASI), con similar edad, sexo y status socioeconómico, arroja que el 21% de los niños/as víctimas de ASI cumplía los criterios de TEPT, presentando además una tasa significativamente superior a las de los otros dos grupos en cuanto a conducta sexual inapropiada. Cabe tener presente que aunque muchos otros niños/as tienen síntomas relacionados, como miedos, pesadillas, quejas somáticas, excitación autónoma y sentimientos de culpa, no está claro si esto es evidencia de la dinámica del TEPT. Siendo relevante tener presente que el trastorno de estrés postraumático no es específico para el abuso sexual, en el sentido de que muchos niños/as no abusados sufren de trastorno de estrés postraumático (Kendall-Tackett, 1993).

En esta línea, se destaca a nivel nacional el estudio realizado por Guerra y Farkas (2015), en donde se describe la sintomatología en adolescentes (entre 12 y 17 años) víctimas de ASI y su relación con la gravedad del abuso. En dicho estudio habrían participado 143 adolescentes, 83 víctimas de ASI y 60 sin antecedentes de abuso, dentro de los resultados se destaca que ambos grupos presentaron niveles similares de depresión y ansiedad, pero los adolescentes con antecedentes de abuso presentaron mayor estrés postraumático.

El TEPT ha servido como punto focal para el análisis del trauma por abuso sexual en parte porque es una teoría bien desarrollada y generalizada de los procesos

traumáticos (Kendall-Tackett, 1993). Sin embargo, Finkelhor (1987), ha planteado algunas preguntas sobre qué tan bien el modelo de TEPT explica el trauma del abuso sexual. En general el TEPT es explicado como el resultado de experiencias abrumadoras, repentinas y peligrosas, sin embargo muchos de los abusos sexuales carecen de estos componentes, especialmente el abuso que se produce a través de la manipulación de los afectos del niño y la tergiversación de las normas sociales. Por lo tanto, aunque muchos niños/as pueden sufrir los síntomas que se explican con el modelo de TEPT, la teoría y los hallazgos empíricos no apoyan la sintomatología de TEPT como universal al abuso sexual o como el patrón más característico (Kendall-Tackett, 1993).

En este punto se destaca lo propuesto por Capella (2011), quien plantea que para comprender las consecuencias de las agresiones sexuales, resulta esencial ir más allá de una comprensión sintomatológica. Siendo relevante visualizar las características del evento, así como comprender cómo se configura desde la subjetividad y vivencia particular del sujeto, no siendo posible uniformar los efectos en todas las víctimas (Capella, Escala y Núñez, 2008; Capella, 2011; CAVAS, 2011). Es así como dependiendo de la vivencia y significación que el niño realice de la agresión sexual, que ésta pueda resultar en una experiencia vital traumática (Capella, 2011).

En este contexto, el trauma asociado a la experiencia de agresión sexual es único a causa de la naturaleza del estresor y de las dinámicas implicadas, por lo que la expresión, curso e intensidad del fenómeno está mediada por la vivencia subjetiva del niño o adolescente y por los factores particulares que influyen sus efectos (Finkelhor y Browne, 1985; Núñez, 2012).

En esta misma línea resulta relevante considerar lo propuesto por Ronen (2002), quien plantea que al momento de evaluar la respuesta de un niño frente a una experiencia traumática, no sólo se consideren los criterios establecidos en el DSM-IV para TEPT, sino que también el comparar la conducta actual con un índice normal de comportamiento dentro de su ambiente sociocultural particular y por último considerar los componentes del desarrollo, ya que en las diversas etapas los niños/as exhiben diferentes formas de entender las situaciones, de manejar emociones

complejas, así como diversas necesidades, temores y mecanismos de afrontamiento. Ronen (1996) indica que, lo que da la característica de traumático a un evento, no es éste en sí mismo, sino que la forma personal en la cual el niño le atribuye significado a éste, como lo procesa y lo reconstruye.

Es así como nos encontramos con lo planteado por Finkelhor y Berliner (1995) quienes refieren, “el abuso sexual es una experiencia, no un trastorno o un síndrome. Puede dar lugar a un trastorno o un síndrome, pero no es uno en sí mismo” (p.1413).

Desde este planteamiento pudiésemos entender que basarse únicamente en el estudio de la sintomatología, resulta insuficiente para comprender el real impacto del abuso sexual. Basta considerar que la remisión de los síntomas no necesariamente implica una resolución del trauma y además que no se ha demostrado que los niños/as asintomáticos se hayan visto menos afectados por la experiencia de abuso (Finkelhor y Berliner, 1995). En este último aspecto, estudios empíricos muestran que la mayoría de los niños/as determinados en las investigaciones como asintomáticos, en realidad se mantienen sintomáticamente inactivos, en procesos de negación, o se usaron tal vez instrumentos no suficientemente sensibles para pesquisar la sintomatología o en el momento de la evaluación aún no manifestaban síntomas (Kendall -Tackett, 1993; Finkelhor y Berliner, 1995).

Cabe señalar la existencia de diversos modelos explicativos de los efectos del abuso sexual. Estas conceptualizaciones de carácter teórico describen el impacto traumático que tiene la experiencia abusiva y son válidos para comprender tanto las reacciones que aparecen en los niños/as como las que muestran los adultos que sufrieron abuso en su infancia. Un importante marco de referencia lo constituye el trabajo desarrollado por Finkelhor y Browne (1985), en el que se pone énfasis en la relación entre la experiencia de agresión sexual, las dinámicas abusivas subyacentes y los efectos psicológicos descritos para este fenómeno (Capella y Miranda, 2003). El trabajo de estos autores propone cuatro dinámicas traumatogénicas, las que, en su conjunción, constituyen la experiencia de agresión sexual como un tipo único de trauma.

Sexualización traumática: proceso mediante el cual el desarrollo sexual del niño/a se configura de una manera inapropiada y disfuncional para su nivel evolutivo. Esto, mediante el involucramiento en actividades sexuales inadecuadas para su edad, lo que generaría alteraciones en el desarrollo psicosexual normal, evidenciado a través de un interés sexual fuera de lo esperado para su etapa evolutiva, confusión respecto al rol de la sexualidad en las relaciones afectivas, distorsión de los significados de la sexualidad, entre otros.

Traición: Hace referencia al descubrimiento del niño/a de que quienes debían cuidarlo y protegerlo le hicieron daño, tanto el agresor como personas de la familia, que pudieron haber protegido y no lo hicieron o no prestaron credibilidad. Esta dinámica generaría como efectos, por una parte, la dependencia extrema de otros, y por otro lado, desconfianza excesiva en los demás.

Indefensión: Da cuenta del surgimiento de sentimientos de ineficacia y vulnerabilidad, asociados al escaso control sobre la invasión a su espacio corporal de manera repetida, lo que genera como efecto la disminución de la percepción de autoeficacia, junto con el surgimiento de sentimientos de ansiedad y miedo producto de la imposibilidad de controlar eventos externos dañinos.

Estigmatización: Da cuenta de los mensajes de connotación negativa comunicados al niño/a respecto de la experiencia de agresión sexual (culpa, vergüenza o maldad), las que son incorporadas a su autoimagen, los que pueden ser entregados por el agresor directamente o ser reforzados negativamente por otras personas del círculo familiar o social del niño/a una vez ocurrida la develación. Como efectos psicológicos se encuentran la percepción de aislamiento, vergüenza y culpa, sumados a la sensación de ser diferente a otros, producto de la vivencia de abuso.

Desde su publicación, el modelo de dinámica traumatogénica (Finkelhor y Browne, 1985) ha tenido un impacto considerable en el estudio de la ASI y sus secuelas, con herramientas de evaluación de la ASI, intervenciones terapéuticas y metodologías de investigación diseñadas a su alrededor (Cantón-Cortés, Cortés y Cantón, 2012). En donde a partir de la conjunción de éstas cuatro dinámicas, hace al trauma del abuso sexual único, diferente de otros traumas (Capella, 2011).

2.2 Psicoterapia en Agresiones Sexuales

2.2.1 Consideraciones Generales

Al profundizar en las consecuencias de la experiencia de agresión sexual, resulta fundamental establecer lineamientos psicoterapéuticos que permitan favorecer la superación de las conflictivas desarrolladas. Es así como en Chile desde el año 1997 a través de SENAME, se comienza a implementar Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Grave (PRM), haciéndose cargo de una realidad emergente a nivel nacional (SENAME, 2013).

Dichos Programas desarrollan intervenciones psicoterapéuticas y sociales orientadas a:

Generar procesos de reparación del daño en niños, niñas y adolescentes que ha sufrido maltrato físico o psicológico grave, constitutivo de delito y/o agresión sexual infantil, mediante acciones que permitan la interrupción de estas situaciones activando los mecanismos judiciales requeridos para resolver la situación legal de las víctimas y facilitar el acceso a la justicia; favorecer el proceso de resignificación de estas experiencias y fortalecer los recursos familiares y sociales para el bienestar psicológico y social del niño, niña o adolescente. (SENAME, 2019, p.27)

En este contexto es que la psicoterapia se desarrolla como parte de un tratamiento interdisciplinario, donde participan profesionales como trabajadores sociales, abogados, psiquiatras y psicólogos entre otros. Favoreciendo de esta forma la incorporación de distintos conocimientos para un apoyo integral de los NNA y sus familias (CAVAS, 2011; SENAME, 2012; Capella y Miranda, 2003).

Frente a este objetivo general basado en el concepto de reparación, resulta relevante revisar otras conceptualizaciones que han ido enriqueciendo los lineamientos que sustentan la psicoterapia de ASI en Chile. Para esto es fundamental profundizar en conceptos como resignificación y superación.

El objetivo central de los PRM, se basa en el concepto de reparación, el cual según Martínez (2014) provendría de marcos principalmente legales y sociales adoptándose al contexto psicoterapéutico sin adecuar totalmente su uso, por lo que no daría cuenta a cabalidad del proceso vivido por los niños/as y adolescentes. La autora considera que esta visión sería cosificante y patologizadora de los niños/as, adolescentes y del proceso psicoterapéutico, entrampándolos en una revictimización y en una relación terapéutica que imposibilita validar al sujeto, reconocerlo como un legítimo otro y comprenderlo más allá de la experiencia abusiva (Martínez, 2012).

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

Es así como pareciera que el concepto de reparación no es el más adecuado o suficiente para la comprensión de la psicoterapia en ASI; más bien, parece importante relevar el concepto de resignificación, ya que este guarda relación con la manera en que los niños/as y adolescentes víctimas de ASI, otorgan significado a la experiencia abusiva, posicionándolos en un rol activo respecto de este proceso (Capella, 2011). Lo que resulta coherente con los fundamentos de la psicoterapia constructivista, en donde se plantea que la persona a partir del proceso terapéutico, toma conciencia de ser un agente activo en la organización de su propia identidad personal, descubriendo que puede restablecer el equilibrio psíquico y la adaptación en el medio, junto al logro de una disminución o superación de la sintomatología (Sepúlveda, 2013).

Según señala Vergara (2011), la resignificación implica un cambio en torno al significado “es decir que el sujeto pueda reevocar una experiencia, tanto en términos emocionales como cognitivos de manera tal, de incorporar nuevos contenidos que contribuyan a una comprensión del acontecimiento que propicie el logro de la coherencia interna” (p.87). La resignificación, entonces implica un cambio en torno al significado que el sujeto da a la experiencia abusiva, incorporando nuevos contenidos que contribuyan a una comprensión más adaptativa de la situación vivida y en donde

la experiencia no se constituya como núcleo central del sí mismo (Capella, 2011; Capella y Miranda, 2003). Esta resignificación será acorde a los recursos evolutivos del sujeto, por lo que el mismo evento, puede ser significado de forma diferente en distintos tiempos (Capella y Gutiérrez, 2014).

Esta mirada implica la superación de las consecuencias de las agresiones sexuales, manifestada en la remisión sintomática, sin embargo va más allá de eso, pues favorece la integración de la experiencia. Lo que implicaría que las narrativas del NNA respecto al evento van a cambiar, ya que involucraría una significación diferente de éste (Capella y Gutiérrez, 2014).

Es así como nos encontramos con el concepto de superación (Capella y Gutiérrez, 2014), el cual surge a partir de estudios a nivel internacional con población adulta victimizada en la infancia, en tanto éste da cuenta de que las personas que han sido víctimas de tales experiencias, no sólo afrontan las consecuencias negativas resultantes, como podría aludir el concepto de reparación, sino que éstas además se ven inmersas en un proceso dinámico, que implica tanto la recuperación como el crecimiento (Capella, 2011; Draucker et al., 2011, Draucker et al., 2009). Así, se entiende la superación como ir más allá de la estabilización de los aspectos psicoafectivos afectados como producto de la ASI, siendo caracterizado por lo tanto este proceso, como la generación de una nueva significación respecto de la experiencia y la integración de la misma a la historia vital, como un evento negativo dentro de un conjunto de experiencias más, en el que en este proceso de hacer sentido de la experiencia abusiva, el sujeto se ve fortalecido (Capella, 2011).

La persona que ha vivido una experiencia abusiva, no regresa a su modo de funcionamiento anterior, por lo que la superación se visualiza como un proceso que va más allá del enfrentamiento de los efectos de la experiencia de abuso (Draucker et al., 2011). La superación es entendida como un proceso que se desarrolla a través de las distintas etapas de la vida- en un proceso en curso- y que conlleva momentos de avances y retroceso, por lo que no es un proceso lineal. Decir que la experiencia abusiva se supera no implica decir que se llega a una meta y que el proceso culmina, sino que continuará siempre, siendo un proceso en curso (Capella y Gutiérrez, 2014).

2.2.2 Objetivos de la Psicoterapia en Agresiones Sexuales

Considerando los fundamentos teóricos del constructivismo, encontramos que la psicoterapia con víctimas de agresiones sexuales, se orienta principalmente a que la persona pueda expresar, explorar y elaborar los conflictos asociados a la experiencia abusiva vivida, integrándola como una experiencia negativa de su vida, pero como una más dentro de un conjunto de ellas que por sí sola no determina su futuro ni la visión de sí mismos (Capella, 2011; Capella y Miranda, 2003; Capella & Gutiérrez, 2014). En este sentido, no se puede volver atrás, no se puede borrar lo sucedido, pero sí se pueden revisar los recursos que permitieron sobrellevar la experiencia, tanto de manera previa, como cuando ocurrió, y posterior a esta. Para esto es relevante, reconocer a quien ha vivido esta experiencia como un sujeto activo, actor de la propia vida (Capella, 2014).

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

En este aspecto, Ronen (1996) plantea que antes de intentar favorecer un cambio en el significado que los niños/as atribuyen a un evento, resulta esencial relacionarse con su mundo interior. Como subraya Mahoney (1991; citado en Ronen, 1996) la meta del niño debe consistir en encontrar un nuevo significado o inventar un nuevo marco interpretativo para el mundo en lugar de luchar contra el antiguo significado.

Por lo tanto, cuando se trata a niños/as traumatizados, el principal esfuerzo es ingresar al propio mundo del niño a través de la comprensión empática. En lugar de buscar una realidad objetiva o información externa válida y confiable, el terapeuta debe tratar de alcanzar una comprensión de lo que el evento significa para el niño. El terapeuta debe (dentro de su propio sistema conceptual) aprender a sentir lo que el niño siente, cómo percibe el evento, qué cree el niño que representa esta reacción y cómo el niño ha construido su propia realidad (Ronen, 1996).

De esta forma, la terapia psicológica posibilitaría que el sujeto pudiera continuar con el logro de las tareas evolutivas del desarrollo propias de su edad, conformando una identidad positiva e integrada. Es así como podría superar las secuelas ocasionadas por la agresión sexual, considerando que este desarrollo generalmente se ve afectado por dicha experiencia (Capella, 2011; Capella & Miranda, 2003; Capella et al., 2008).

El proceso de terapia, más allá de la superación de los efectos de la ASI, debe tener como premisa fundamental el conocimiento del niño de manera integral, fortaleciendo su potencialidad para hacer frente a los aspectos más difíciles de la victimización y de las consecuencias socio-familiares, y que por lo tanto, permitan su crecimiento personal más allá de la superación de las consecuencias negativas (Capella y Miranda, 2003).

En cuanto a las principales fases del tratamiento en víctimas de agresiones sexuales, Capella et al. (2008) proponen una primera fase, pre-terapéutica interdisciplinaria que tiene como objetivo central asegurar la protección y contención del niño y su familia. En cuanto a las fases psicoterapéuticas propiamente tales, las autoras proponen una primera fase inicial donde el objetivo central se encuentra asociado al fortalecimiento de recursos en el niño y su familia y el desarrollo del vínculo terapéutico confiable y seguro, donde el niño pueda expresar sus conflictivas y estabilizarse psicológicamente. Luego, se desarrollaría la fase intermedia, que estaría enfocada principalmente a la elaboración de la experiencia abusiva, y luego una fase final, donde se trabaja en el cierre del proceso terapéutico, la desvinculación progresiva con la intervención y el terapeuta, y el fortalecimiento de los logros y recursos alcanzados por el niño y su familia durante la psicoterapia. Estas fases del tratamiento estarían asociadas a la posibilidad de una elaboración cada vez más profunda de las conflictivas asociadas a la experiencia abusiva, y a la vez, a una mejora en el bienestar psicológico.

Ronen (1996) plantea ayudar a los niños/as traumatizados considerando tres objetivos principales, dos sobre el presente y el tercero sobre el futuro. El primer objetivo se dirige a la experiencia inmediata del trauma: ayudar a los niños/as a aceptar que han experimentado un suceso traumático, para tomar conciencia y

permitirles expresar los pensamientos, emociones y comportamientos asociados; y tratar tanto de vivir con estas respuestas y entender que en el tiempo podrían ser cambiadas. El segundo objetivo es cambiar la construcción de significado del evento con el fin de hacer frente de manera más eficaz. El tercer objetivo se dirige hacia el futuro, ayudar a los niños/as a crecer fuera de la experiencia traumática, posibilitando autonomía de explorar el mundo y dar la oportunidad de tener otras experiencias.

El modelo consta además de cinco fases, cada una de ellas se dirige a los tres objetivos: aprender a dar un nuevo significado al evento traumático, analizar respuestas no deseadas, identificar señales internas y el tercer objetivo se dirige hacia el futuro, ayudar a los niños/as a crecer fuera de la experiencia traumática, posibilitando autonomía de explorar el mundo y dar la oportunidad de tener otras experiencias. El modelo propuesto por Ronen, tiene como objetivo ayudar a los niños/as a aceptar el trauma, como parte de la vida, a entenderlo, reconstruirlo, y ser conscientes de él, y de utilizar sus habilidades positivas para esforzarse por seguir adelante con la vida. El trauma no se puede evitar ni cambiar, pero la manera en que la persona lo procesa y aborda los sentimientos de culpa, miedo y otros que lo pudiesen acompañar, puede tener un impacto crítico en su capacidad para vivir una vida plena y adaptativa después de la experiencia traumática (Ronen, 1996).

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

Es considerando lo planteado por Neimeyer (2006), en cuanto a que los eventos traumáticos interrumpen la forma en que las personas se narran a sí misma y ordenan sus experiencias vitales, que la psicoterapia se orientaría a la organización de las narraciones a fin de consolidar la forma de comprensión y la integración, focalizándose dichas narrativas en la coherencia. Señala a su vez que los acontecimientos vitales traumáticos, o no traumáticos, que alteran la estructura de la forma en que nos contamos nuestras vidas sirven como un importante motor del crecimiento psicológico, desde el esfuerzo por expresar, integrar, y finalmente, superar la ruptura traumática de su historia de vida en la psicoterapia.

Considerando lo planteado, es que se puede decir que para poder integrar la experiencia abusiva desde la superación y el fortalecimiento personal es relevante primero reconocer las narrativas de daño y trauma. Esto implica reconocer el desequilibrio que provocó la experiencia y a partir de elaborar y resignificar esa situación traumática, poder construir la superación. Al no reconocer el daño y el trauma no se favorece la coherencia narrativa (Capella, 2011).

2.3 Cambio en Psicoterapia

2.3.1 Conceptualización

En el contexto de las investigaciones en psicoterapia, emerge el concepto de cambio psicoterapéutico, el cual es definido por Roussos (2013) como el crecimiento que ocurre durante el tratamiento. La efectividad de la psicoterapia, se ha evaluado comúnmente a partir del cambio ocurrido durante la terapia, lo que a partir de investigaciones se ha hecho mayoritariamente por intermedio de instrumentos cuantitativos, que se abocan a evaluar el cambio sintomatológico, dejando fuera la subjetividad del paciente (Altimir et al., 2010).

Es así como la respuesta respecto de qué es lo que cambia ha girado alrededor de lo conductual-sintomatológico, pero gradualmente se ha ido incorporando la esfera de lo representacional⁴, en donde a nivel nacional Mariane Krause y su equipo, han propuesto el concepto de cambio psicoterapéutico genérico, puesto que pretende ser común a diferentes modalidades terapéuticas, tanto en términos de orientación teórica, como en lo referente a convocatorias (individual, familiar, entre otras) (Krause et al., 2006).

El cambio psicoterapéutico a nivel genérico, se aprecia en el cambio sintomatológico y en el área representacional, incluyendo aspectos cognitivos y afectivos (Krause et al., 2006). Es así como el **contenido del cambio** a nivel representacional, puede conceptualizarse como cambios en las construcciones y teorías subjetivas de las personas (Krause et al., 2006), las cuales se definen como

⁴ Se entiende en sentido amplio, es decir, incluye aspectos tanto cognitivos, como afectivos y valorativos (Krause et al. 2006)

un conjunto complejo de cogniciones personales sobre uno mismo y el mundo que sirven para guiar el comportamiento y optimizar la autoestima (Krause, 1998, 2005; Altimir et al., 2010). De esta manera es que las personas, cambiarían a través del desarrollo de nuevos modelos explicativos sobre ellos mismos y el mundo que los rodea, lo que también guía sus nuevas acciones, emergiendo una nueva narrativa interna. Por ende, es un cambio en esencia subjetivo, aunque algunos elementos que lo propician no sean subjetivos en sí mismos, como lo podría ser algún cambio en una conducta específica (Krause, 2005; Krause et al., 2006).

Este proceso de cambio en los patrones subjetivos de interpretación y explicación (Krause et al., 2006), dan cuenta de una **evolución** en etapas sucesivas que comienza antes de que la terapia comience y termina después de la finalización de la terapia, combinando factores tanto intra, como extra terapéuticos (Krause, 2005). Además implicaría un nivel progresivamente creciente de complejidad y elaboración de estos patrones que se basan en los anteriores y menos complejos (Krause et al., 2007). Este incremento progresivo de la complejidad de los patrones psicológicos de explicación e interpretación, no sería un proceso lineal, más bien, implicaría la construcción de fases que conllevarían a la sucesiva psicologización de los mismos (Altimir, 2010; Krause, 2005; Krause et al., 2006).

A partir de estos lineamientos, es que se desarrolla un modelo de evolución del cambio psicoterapéutico genérico, para lo que los autores construyeron una lista de indicadores de cambio que al mismo tiempo de referirse a la dimensión representacional, también fueran susceptibles de ser observados externamente (Krause et al., 2006).

Éstos indicadores genéricos de cambio ICG (Krause et al., 2006) se encuentran jerarquizados según la fase del proceso terapéutico y en donde un cambio posterior engloba el anterior, complejizando el proceso de cambio, por lo que algunos cambios son más esperables al inicio de la terapia, mientras que otros serían propios de una etapa media o final. En este contexto, Dagnino et al. (2014), destacan la presencia al inicio de la psicoterapia de IGC de bajo nivel jerárquico, mientras que hacia el final del proceso se vislumbran indicadores de mayor nivel jerárquico.

Echávarri et al. (2009), consideran la propuesta elaborada por Krause et al. (2006) y agrupan los IGC en tres fases: inicial, media y final. En la fase inicial se incluyen los indicadores relacionados a la construcción de la relación terapéutica, en la fase media los orientados a la construcción de la base para la elaboración de nuevos significados y en la final los ligados a la construcción y consolidación de éstos últimos.

Gonçalves et al. (2009), proponen una visión del cambio desde una perspectiva narrativa, planteando que las personas cambian en la medida que en psicoterapia transforman las historias que cuentan sobre sus vidas, concibiendo al paciente como un narrador de su propia historia.

La terapia narrativa considera la construcción de nuevas narrativas que coinciden con la elaboración de momentos innovadores, es decir, el surgimiento de algo nuevo en su historia diferente a cómo la persona se narra a sí misma y por ende, brindando el espacio para la aparición del cambio (Gonçalves et al., 2009). Es así como los momentos innovadores permiten la aparición de nuevas historias y significados que desafían a la narrativa saturada de problemas, cuando se transforman a través del tiempo, la acción y la conciencia (Gonçalves et al., 2009).

El cambio psicoterapéutico sería un proceso cíclico con avances y retrocesos, en donde a través de los momentos innovadores de acción, reflexión y protesta se evidencia que algo distinto está sucediendo, pero es la reconceptualización el momento que consolida el cambio desde una meta-reflexión y que permite una re-autoría de su propia historia al dar paso a nuevas narrativas. De esta manera es que éstos cuatro momentos innovadores son necesarios para validar el cambio, lo cual a su vez posibilitará la capacidad para proyectar una narrativa alternativa a la saturada de problemas en el futuro y, por ende otorgarle continuidad al sí mismo (Gonçalves et al., 2009).

2.3.2 Cambio Psicoterapéutico en Víctimas de Agresiones Sexuales

A partir de las conceptualizaciones revisadas en relación al cambio psicoterapéutico, nos encontramos que éste se ha desarrollado en forma genérica, siendo habitualmente utilizado en investigaciones en psicoterapia. Es así como el concepto de cambio psicoterapéutico, también debiese permitirnos comprender los procesos de recuperación de niños/as que han sido víctimas de agresiones sexuales, a partir de la integración de los conceptos de resignificación y superación.

Con este fin es que hablaremos de proceso de cambio, de manera de integrar no sólo el contenido y evolución acontecido durante la psicoterapia, sino que también posterior a ésta, de manera de dar cuenta de cómo se continúa sucediendo la superación de la ASI en el tiempo, teniendo siempre presente que éste es un proceso en curso que se desarrolla en las distintas etapas de la vida (Draucker et al., 2011; Capella y Gutiérrez, 2014).

En el contexto nacional, Álvarez, Socorro y Capella (2012) desarrollaron una definición asociada a las intervenciones reparatorias con víctimas de agresiones sexuales infantiles, puesto que en la literatura especializada no existen definiciones claras al respecto. De esta manera, las autoras basándose en la teoría de las dinámicas traumatogénicas propuesta por Finkelhor y Browne (1985), y los principales referentes en psicoterapia, definen el cambio psicoterapéutico asociado a las intervenciones reparatorias en agresión sexual infantil:

“como un proceso que implica una serie de modificaciones del niño/a y el sistema en que está inmerso, en que estos incorporan nuevas percepciones y conocimientos respecto del modo en que se perciben a sí mismos, los otros y el mundo, resignificando el daño ocasionado por la agresión sexual, asociado a las distintas dinámicas traumatogénicas. Esto ocurriría con participación activa del niño/a y cooperación del sistema, en pos de la resignificación de la vivencia abusiva” (Álvarez, Socorro y Capella, 2012, p.36).

Por otro lado Gómez (2016), integrando diferentes referentes teóricos, conceptualiza el cambio en víctimas de ASI como un proceso de crecimiento, transformación sobre sí mismo, sus relaciones y el mundo, destacando en este proceso la reconceptualización de la experiencia abusiva. Desde este punto de vista, sugiere que el cambio psicoterapéutico en esta población, implica la construcción gradual de una narrativa que surge como una alternativa a una narrativa traumática de la experiencia abusiva, lo que permite que la persona le dé un significado y la integre de manera positiva en el continuo de la vida como una experiencia entre muchas, como algo que no determina su vida y su futuro (Capella, 2011; Capella et al., 2016; Neimeyer et al., 2006; Ronen, 1996).

Al hacer sentido de la experiencia de ASI, los niños/as y adolescentes no solo se recuperan de este evento, sino que también crecen y se fortalecen, conllevando a una transformación global en la visión del sí mismo, sus relaciones y el entorno (Capella y Gutiérrez, 2014; Draucker et al, 2011; Lama, 2014; Rodríguez, 2014).

El cambio psicoterapéutico se desarrollaría por fases, es así como Gómez (2016) propone que las víctimas de abuso sexual transitarían por tres etapas principales: inicial, media y final. La etapa inicial, durante la cual ingresan al espacio psicoterapéutico, parece ser difícil, generando ambivalencia y activando un conjunto de mecanismos de resistencia en niños/as y adolescentes. Un cambio importante en esta etapa se refiere a la reducción de estos mecanismos de resistencia, ya que la psicoterapia es cada vez más válida como lugar seguro y útil, para la cual es esencial la consolidación inicial de la alianza terapéutica. En la fase media, la elaboración del abuso sexual experimentado se vuelve más intensiva, lo que permite a la persona comprender claramente el evento traumático y su dinámica. La fase final del cambio estaría vinculada a varios aspectos interconectados, que involucra la consolidación de lo que los pacientes han construido en fases previas y la visualización de sus logros. En esta última etapa, los pacientes presentarían mayor bienestar, lo que ocurre cuando el paciente logra una comprensión profunda y conciencia sobre la experiencia abusiva. Además, la persona asume que siempre recordará el evento, pero esta memoria se evoca con un menor impacto emocional negativo.

Complementando la integración teórica propuesta por Gómez (2016), se puede afirmar que el contenido del cambio psicoterapéutico en niños/as y adolescentes que han sido victimizados sexualmente, implica transformaciones en varias esferas, como la remisión sintomática, los cambios en las relaciones interpersonales, una mejor identificación y expresión de las emociones, y una comprensión más clara de su sexualidad, entre otros. Este cambio se considera como un fenómeno que está influenciado por múltiples factores, tanto intra como extra terapéuticos, que pueden tener un efecto positivo o negativo (Capella y Rodríguez, 2018; Krause, 2005).

A pesar de la importancia de la psicoterapia y el cambio psicoterapéutico en estos casos, los estudios internacionales sobre ASI se centran principalmente en las características generales del fenómeno, el diagnóstico psicológico y los procedimientos y pruebas legales (Malacrea, 2000). Considerar las perspectivas de los niños/as y adolescentes durante la psicoterapia es relevante porque se ha observado que la psicoterapia en general, y específicamente en estos casos, involucra varios momentos que poseen características diferenciales (Águila et al., 2016; Altimir et al., 2010; Echávarri et al., 2009; Gonçalves et al., 2009; Jessiman, Hackett y Carpenter, 2016).

Dentro de los estudios con población adulta, se destaca el realizado por Draucker et al. (2011), en donde se contempló una muestra de 48 mujeres y 47 hombres que habían sido víctimas de abuso sexual en la infancia. Es a partir de entrevistas semiestructuradas y abiertas, que se les solicitó describieran sus experiencias con la superación⁵ del abuso sexual infantil y otras formas de victimización a lo largo de sus vidas. A partir de dichos resultados, se desarrolla un modelo teórico (CSA Healing Model) para describir cómo los adultos se curan del abuso sexual infantil, el cual contempla cuatro etapas a través de las cuales puede ocurrir la superación: lidiar con el significado de ASI, averiguar el significado de ASI, abordar los efectos y finalmente reclamar la propia vida. Las etapas del modelo, pretenden ser una representación conceptual de una trayectoria que llega hasta el

⁵ Los autores utilizan el término "superación de ASI" en lugar de "hacer frente a ASI", ya que abarca un crecimiento positivo más allá de un retorno a los niveles de funcionamiento pre trauma.

punto de reclamar la propia vida de una persona después de haber sido víctima de abuso sexual.

Mientras que algunos participantes discutieron las experiencias de sanación infantil, la mayoría de los datos describieron cómo se curaron cuando eran adultos. Así, el modelo representa la superación en la edad adulta. Los hallazgos indican que la superación es una trayectoria compleja y dinámica (Draucker et al., 2011).

Hasta la fecha se han realizado escasos estudios en cuanto al cambio psicoterapéutico en niños/as y adolescentes víctimas de agresiones sexuales, la mayoría de los datos sobre los efectos del abuso sexual en los niños/as se han recopilado en forma transversal, con datos obtenidos solo una vez por niño. Es a partir de estos datos transversales, que ha sido posible plantear algunas hipótesis de desarrollo de los cambios en la sintomatología.

En esta línea se destaca el estudio cualitativo realizado por Jessiman, Hackett y Carpenter (2016), cuyo eje era conocer la perspectiva de 12 niños/as entre 5 a 18 años, afectados por ASI y sus 17 cuidadores respecto de la intervención psicoterapéutica, la cual habrían finalizado recientemente (asistieron entre 6 y 30 sesiones individuales). El objetivo general del estudio, fue proporcionar información sobre las experiencias de los afectados por ASI desde el punto de vista de los niños/as y sus cuidadores. En particular, las principales preguntas de investigación se basaron en ¿Qué valoran los niños/as, los jóvenes y los cuidadores sobre el trabajo terapéutico realizado con ellos después de una experiencia de ASI? y ¿Qué factores afectan la satisfacción de los niños/as y cuidadores con la terapia?.

Es a partir de la propia opinión de los niños/as, adolescentes y cuidadores, que surgieron cuatro temas del análisis temático que influyó en la satisfacción de los participantes con la intervención: la atribución de la recuperación del niño/a al apoyo terapéutico recibido; la relación terapéutica entre el niño/a y el profesional; el recuerdo de los niños/as de aspectos importantes de la intervención y la relación entre el cuidador y el profesional del niño/a.

Los autores destacan que el estudio demuestra el valor de emprender una investigación sobre las opiniones de los niños/as y los cuidadores, sobretodo porque existe evidencia de que los usuarios de la intervención, pueden tener diferentes

percepciones de sus necesidades a los de los profesionales que trabajan con ellos (Draucker y Petrovic, 1996).

Jessiman et al. (2016) sostienen que los niños/as y jóvenes que han experimentado agresiones sexuales, son un grupo que ha sido desempoderado y silenciado como resultado de sus experiencias abusivas. Desde ahí, la relevancia de darles voz no sólo para informar el desarrollo de las intervenciones después del abuso sexual, sino también para desafiar el silenciamiento al que han sido sometidos producto del abuso.

Los hallazgos de este estudio facilitan una mejor comprensión de las percepciones de los niños/as sobre una intervención terapéutica y, en particular, los elementos de esa intervención que valoran. Otorgando a su vez relevancia a las opiniones de sus cuidadores, cuyo apoyo es vital para el proceso de recuperación (Jessiman et al., 2016).

Anterior a dicho estudio, encontramos el realizado por Nelson-Gardell (2001) el cual fue de carácter exploratorio y buscó conocer según la perspectiva de niñas y adolescentes victimizadas sexualmente, qué deberían considerar los tratamientos para su proceso de recuperación y cómo otros (padres, servicios sociales, etc.) los podrían haber ayudado a superar el impacto negativo de la victimización sexual. Para el estudio se realizaron 5 focus group donde participaron en total 34 niñas y adolescentes entre 10 y 18 años, los que antes de convertirse en grupos de investigación, eran grupos terapéuticos para niñas que habían sido abusadas sexualmente. Las características de las agresiones, número de ofensores y edad al momento de la victimización fueron variadas.

Dentro de los principales resultados, se destaca que los entrevistados valoran como elemento que los ayudó durante la terapia, el hecho de hablar de lo que pasó. Si bien la mayoría reconoció que hablar de la experiencia de agresión puede ser un proceso emocionalmente doloroso, es un elemento central de la terapia (Nelson-Gardell, 2001). Los entrevistados destacan aquellas intervenciones donde el terapeuta facilitaba la expresión emocional y señalaron que hablar de los sentimientos, es parte importante del proceso ya que no hacerlo (por ejemplo,

'guardarse' las emociones) podría tener consecuencias negativas en el futuro para ellas.

Otra investigación que considera la perspectiva de los NNA, es la llevada a cabo por Foster y Hagedorn (2014), quienes consideraron una muestra de 21 NNA víctimas de ASI, de edades entre 6 y 17 años, participantes de una terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma. Intervención dentro de la cual se les solicitó una narrativa escrita sobre trauma, describiendo sus pensamientos, sentimientos y creencias sobre sus experiencias respecto de tres temas a) recuerdos de la agresión sexual, b) develación y sucesos posteriores, c) el viaje de sanación.

En donde a partir del análisis de las narrativas, se logra comprender mejor sus percepciones respecto de su experiencia de agresión sexual y de su proceso psicoterapéutico. A partir de lo cual, los autores desarrollan recomendaciones para el diseño de enfoques de prevención y para los profesionales a cargo de las intervenciones, con el fin de favorecer su eficacia.

De esta manera es que gradualmente comienzan a desarrollarse estudios que contemplan las opiniones de niños/as y cuidadores, comenzando a emerger mayor comprensión de cómo los niños/as, adolescentes y sus figuras de cuidado experimentan y perciben la psicoterapia en ASI.

En el contexto nacional se ha desarrollado una línea de investigación enfocada en estudiar el proceso de superación y de cambio psicoterapéutico de las experiencias de ASI mediante el estudio de las narrativas de los niños, niñas y adolescentes que han sido víctimizadas (Capella, 2011; 2012, Capella et al., 2016; Rodríguez, 2014, entre otros).

Al respecto se destaca el proyecto FONDECYT "Cambio psicoterapéutico en agresiones sexuales: perspectiva de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas, sus padres y sus psicoterapeutas", desarrollado entre los años 2014-2017, por un equipo de investigación del Departamento de Psicología de la Universidad de Chile, liderado por Claudia Capella. Cuyo objetivo general fue caracterizar el contenido y fases en que se produce el cambio psicoterapéutico en NNA que han sido víctimas de agresiones sexuales. Para el logro de dicho objetivo, se consideraron 40 casos de NNA que se encontraban participando de intervención en PRM, aplicándose

en la etapa inicial de la intervención, instrumentos cuantitativos para evaluar sintomatología. Luego se realizaron entrevistas a los NNA, sus padres y psicoterapeutas, durante distintos momentos del proceso psicoterapéutico, siendo realizadas aproximadamente a los seis meses de iniciada la intervención, a los doce meses y al momento del egreso. Siendo invitados a desarrollar una narrativa del proceso de psicoterapia, vinculado a cómo ellos visualizaban el cambio psicoterapéutico y los elementos que favorecieron o dificultaron dicho proceso.

En el caso de los NNA, las entrevistas se complementaron con el uso de dibujos. Al momento del egreso del PRM, se aplicaron los mismos instrumentos cuantitativos que al inicio. Además durante las entrevistas con los niños/as, se les mostró un dibujo del “termómetro de las emociones”, a partir de lo cual pudieron reportar cómo se han sentido en los distintos momentos del proceso de psicoterapia.

Dentro de las principales conclusiones, se destaca la presencia de diversos cambios relacionados a la psicoterapia, la cual en general es visualizada de forma positiva. Apreciándose cambios especialmente a nivel emocional que conllevan al logro de bienestar. Resultando la psicoterapia fundamental para el proceso de cambio. Además emergen otros factores esenciales, como lo es el apoyo familiar y social (escolar, amistades). En donde el acompañamiento y apoyo brindado por el adulto responsable, un ambiente familiar cálido y la vinculación afectuosa son identificados como favorecedores del cambio psicoterapéutico. Por otro lado, a nivel del paciente se reconocen como favorecedores los recursos y esfuerzos personales, la capacidad reflexiva y elementos de maduración.

Como obstaculizadores del cambio, los participantes refieren aspectos asociados a la relación con la familia, el contexto judicial y elementos vinculados a la terapia y el centro. Siendo mayormente mencionados los relacionados con la familia, en donde los participantes destacan la ausencia de apoyo parental, ausencia de credibilidad de la ASI por parte de integrantes de la familia y relaciones conflictivas entre el adulto responsable.

A partir de este mismo proyecto, encontramos el estudio desarrollado por Capella, Gutiérrez, Rodríguez y Gómez (2018), cuyo objetivo fue identificar los significados del cambio psicoterapéutico de 10 niños/as y adolescentes de entre 6 y

16 años, seleccionados de la muestra mayor del FONDECYT. Para este fin se utilizaron las entrevistas, los dibujos y el termómetro, de manera de facilitar la expresión de sentimientos y pensamientos de manera más cómoda y natural, especialmente con niños/as más pequeños.

Dentro de los principales resultados, cabe destacar que tanto niños/as como adolescentes reconocieron cambios en múltiples áreas del desarrollo, especialmente en la esfera emocional. Es considerando que el contenido del cambio es subjetivo (Krause et al., 2006), que las investigadoras observan como los entrevistados presentan cambios en su visión de sí mismos, mayor confianza (cambios en el autoconcepto) y cambios relacionados con el crecimiento. En donde habrían algunos elementos de sí mismos que permanecen, otorgándoles un sentido de continuidad (Capella et al., 2018).

Respecto de la conceptualización del cambio, los niños/as y adolescentes lo reconocen como gradual, y aunque observan varios aspectos cambiados, habrían otros cambios que continúan incompletos, manteniendo la expectativa de mejorar más aún en el futuro (Capella et al., 2018).

En este punto, las autoras se detienen para considerar la evolución del cambio en relación a la ASI, ya que en el estudio consideraron la etapa inicial y media de la terapia, en donde los entrevistados dan cuenta de cambios tempranos relacionados con el abuso, sin observar cambios más profundos asociados con la superación de la experiencia. Es considerando un estudio previo realizado por Capella et al. (2016), en donde se contemplaron 20 niños/as y adolescentes que se encontraban finalizando o ya habían finalizado un proceso terapéutico, que éstos refieren haber transitado por un proceso durante el cual se curaron gradualmente del abuso sexual, describiéndolo como un proceso continuo, positivo y con crecimiento personal (Capella et al., 2018). Es a partir de esto, que las autoras creen que el cambio en relación al abuso, se encuentra asociado a la etapa en que se encuentra la terapia, lo que se condice con lo propuesto por Krause et al. (2006) en cuanto que los cambios serían sucesivos, basándose en los anteriores.

Se destaca además que al inicio de la terapia, los entrevistados reportaron mayores cambios afectivos, principalmente relacionados con la remisión

sintomatológica y una mayor sensación de bienestar. En base a esto, las investigadoras plantean el supuesto que la primera etapa en el proceso de cambio terapéutico se relacionaría con los cambios en la esfera emocional, lo que haría posible una sensación de bienestar general. Una vez logrado dicho estado, la persona podría avanzar en el proceso terapéutico y eventualmente elaborar el trauma (Capella et al., 2018).

Las narraciones de los entrevistados, dan cuenta de la conceptualización del cambio como un proceso, ya que transmiten la idea de que es progresivo y no sucede de repente. Reportando que sentirse mejor está mediado por el paso del tiempo y que el bienestar se alcanza gradualmente (Capella et al., 2018).

De esta manera es posible observar la contribución de este tipo de estudio, al dar voz y protagonismo a niños/as y adolescentes víctimas de ASI, considerando sus propias perspectivas y necesidades en cuanto a sus procesos de resignificación y superación. Demostrándose el valor de emprender estudios que contemplen la opinión de los niños/as y adolescentes, lo que permitirá identificar aspectos a fortalecer durante los procesos de intervención y así favorecer el cambio psicoterapéutico.

En esta misma línea, surge también la pregunta respecto de ¿cómo continúa evolucionando el cambio generado en el espacio terapéutico, una vez finalizada la terapia?, siendo relevante para esto desarrollar estudios longitudinales que pudiesen dar cuenta del proceso de cambio en distintos momentos, surgiendo el concepto de seguimiento como fundamental para dar respuesta a la interrogante respecto de la evolución del cambio post terapia.

En este sentido, entendemos que la resignificación que haga un niño/a o adolescente durante el proceso psicoterapéutico, depende en parte importante de sus características evolutivas, por lo cual es esperable que se le asignen significados diferentes al mismo suceso abusivo en diversas etapas evolutivas (Capella et al., 2008; Capella & Miranda, 2003; Vergara, 2011). Junto con esto, se reitera la idea de que la psicoterapia ocurre en un momento vital del sujeto, pero la integración de la experiencia abusiva al continuo vital es un proceso que continuará desarrollándose durante toda la vida (Capella et al., 2008; Capella y Miranda, 2003 en Capella 2011).

2.4 Seguimiento

La investigación actual ha tendido a centrarse en las evaluaciones del trauma en una edad específica o en un punto en el tiempo (estudios transversales), siendo útil conocer más sobre el curso de la sintomatología y la recuperación a lo largo del tiempo (Kendall-Tackett et al., 1993). Al generar estudios que recopilen datos en más de un punto de tiempo, se favorecerá a partir del enfoque de desarrollo, el conocer el recorrido de las diferentes posiciones subjetivas del niño o adolescente, respecto de la experiencia de agresión sexual y sus consecuencias.

Considerando la interrogante de cómo continúa evolucionando el cambio psicoterapéutico post terapia, es que cualquier investigación sobre resultados debería al menos allanar el camino para un posible seguimiento posterior, obteniendo permiso para volver a contactar a los sujetos y registrando datos que facilitarían dicha investigación en el futuro. Además de estudiar el abuso en múltiples momentos, la investigación del desarrollo significa incorporar las múltiples dimensiones del desarrollo de los niños/as (Kendall-Tackett et al., 1993).

El seguimiento de los casos tratados, debiese realizarse durante el primer y hasta el segundo año de finalizada la intervención, con el objetivo de observar tanto los efectos de la intervención como de la sintomatología "dormida" (UNICEF, 2011). Aludiendo con este último concepto, a manifestaciones sintomáticas que aparecen transcurrido el tiempo, desencadenándose muchas veces al verse el NNA enfrentado a situaciones asociadas al desarrollo, como por ejemplo relaciones amorosas, identidad sexual, vida sexual, convertirse en padres entre otros (Noll, 2008). Dentro de los síntomas "dormidos", que pudiesen presentarse por primera vez en la adolescencia o la edad adulta, se destacan conductas de agresión, abuso de sustancias y propensión a la revictimización (Briere, 1992).

La fase de seguimiento debiese ser parte de protocolos de atención post intervención, a través de controles periódicos del niño, niña o adolescente y el adulto significativo. El foco de estos controles se relaciona con el nivel de adaptación de NNA en todas las áreas del desarrollo y en todos sus contextos de desenvolvimiento. También se sugiere considerar la visita domiciliaria como una alternativa de

intervención consensuada para satisfacer la necesidad de seguimiento (UNICEF, 2011).

En esta línea se destaca el estudio realizado por Weiss, Catron y Harris (2000), consistente en dos años de seguimiento de la efectividad de una terapia tradicional, en donde se contempló una muestra de 53 niños (edad promedio 10 años) y un grupo control de 53 niños, (edad promedio 10.5 años). Los cuales fueron seleccionados de escuelas públicas, con un procedimiento diseñado para escoger participantes con una heterogeneidad similar en psicopatología.

De dicho estudio se desprenden tres aspectos relevantes respecto de la realización de estudios de seguimiento de largo plazo: primero, un seguimiento más largo facilita la evaluación de cambios no lineales. Una segunda razón por la que puede ser valioso, es porque permite evaluar de manera más adecuada un "efecto durmiente" del tratamiento, es decir un efecto retardado del tratamiento (Kendall, 1991). El efecto durmiente pudiese ocurrir porque la terapia pudo haber permitido a los padres tomar un mejor control de sus vidas y las de sus hijos, pero puede haber tomado varios meses o años antes de que se manifestara el impacto de este efecto indirecto; o también pudiese suceder porque los niños/as pueden haberse beneficiado de la psicoterapia a un nivel no manifiesto, y los beneficios se hicieron evidentes solo en el transcurso de varios años a medida que los niños/as desarrollaban y aplicaban gradualmente lo que habían aprendido en el tratamiento (Kendall, 1991).

Y el tercer aspecto a destacar, guarda relación con las implicancias de los resultados nulos, es decir cuando no se observan alcances asociados a la terapia, sugiriéndose ser cuidadosos en la consideración de explicaciones alternativas como por ejemplo el efecto durmiente. En donde existe la posibilidad de que el efecto del tratamiento pudiese retrasarse, si el niño/a y la familia aprendieron habilidades durante la psicoterapia pero no estaban listos o no pudieron aplicarlo en ese momento, tal vez hasta que su comprensión o experiencia hubiese aumentado (Kendall, 1991). Otra posibilidad pudiese ser que durante la intervención ocurran cambios iniciales relativamente pequeños, permaneciendo así hasta que el entorno del NNA los refuerce.

A partir de estos elementos, es que Weiss et al. (2000) plantean que si la terapia tradicional se consideró ineficaz, entonces ésta debería tener la máxima oportunidad de demostrar su efectividad, cobrando alta relevancia la evaluación de seguimiento a largo plazo.

A nivel internacional podemos destacar la realización de algunos estudios de carácter longitudinal, en donde se ha llevado a cabo seguimiento a niños/as durante aproximadamente 12 a 18 meses, con unos pocos que van de 2 a 5 años (Bentovim et al., 1988; Waterman en prensa, citado en Kendall-Tackett, 1993). Estos estudios han permitido una perspectiva sobre dos cuestiones importantes: ¿Cuál es el curso de la sintomatología en el tiempo y qué contribuye a la recuperación?. Según Kendall-Tackett et al. (1993) la imagen proporcionada por los estudios longitudinales es provisional, siendo posible realizar algunas generalizaciones. A partir de los estudios revisados por los autores, se da cuenta en general, que los síntomas parecían disminuir con el tiempo, siendo el patrón de recuperación distinto para los diferentes síntomas, habiendo algunos niños/as que al parecer habían empeorado.

En esta línea cabe mencionar el estudio realizado por Deblinger, Steer y Lippmann (1999), destacándose por ser uno de los pocos estudios de seguimiento en niños/as víctimas de ASI. El principal objetivo se enfocó en determinar si las ganancias terapéuticas previas y posteriores a 12 semanas que identificaron Deblinger et al. (1996) en una muestra de 100 niños/as que experimentaron abuso sexual y presentaban síntomas de estrés post traumático, se mantendrían 2 años después de haber participado en terapia. A los niños/as y sus madres que habían participado en el estudio preliminar de Deblinger et al. (1996), se les aplicó nuevamente el Inventario de Comportamiento (CBCL), el Inventario de Depresión Infantil (CDI) y un Índice de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) a los 3 meses, 6 meses, 1 año y 2 años después de la terapia. Y a los padres no ofensores se les aplicó la versión modificada del Cuestionario de Prácticas Parentales (PPQ), en los mismos períodos a excepción de los 6 meses.

Dentro de los principales resultados, se indica que para las tres variables que habían demostrado cambios significativos en el estudio original (Deblinger et al., 1996), es decir, externalización en el CBCL, CDI y TEPT, el seguimiento a los 3, 6

meses, 1 y 2 años después del tratamiento fueron comparables con los puntajes posteriores al tratamiento. Sugiriendo dichos resultados que la mejoría post tratamiento en cuanto al comportamiento externalizante, la depresión y el TEPT, se mantuvieron durante el período de seguimiento de 2 años. Por lo que se concluye que con el paso del tiempo, no hubo retorno a niveles previos de sintomatología en estas medidas de ajuste de los niños/as.

Respecto de las prácticas de crianza medidas en las madres por el Cuestionario de Prácticas Parentales, éstas presentaron un aumento en la efectividad en el pre y post prueba, apareciendo un deterioro leve pero significativo en el punto de seguimiento realizado al año. En cuanto a la evaluación de seguimiento de 2 años, los resultados indicaron que no hubo una disminución adicional en las prácticas efectivas de crianza de los hijos. En este aspecto los autores plantean que se espera una disminución en el uso de habilidades de crianza recién adquiridas, pudiendo no ser clínicamente significativa dada que no hay un aumento en los problemas de comportamiento de los niños/as (Deblinger et al., 1999).

Los hallazgos del estudio de Deblinger et al. (1999), proporcionan un apoyo preliminar para la efectividad a largo plazo de las intervenciones cognitivo-conductuales para niños/as que han experimentado agresiones sexuales. Destacando que el mantenimiento de las ganancias del tratamiento durante dos años, es particularmente significativo dada la naturaleza a menudo crónica y recurrente de los síntomas de TEPT.

En el contexto nacional, los Programas de intervención en maltrato grave (PRM) consideran etapa de seguimiento, consistente en la determinación de los cambios producidos por causa de la terapia en un período de 6 meses luego de la última sesión, sin embargo, podrá ser menor en aquellos casos en que la seguridad de los logros alcanzados se observe con antelación. De esta manera el seguimiento en éstos Programas, sería considerado como parte del proceso de intervención (SENAME, 2015).

A nivel nacional, no existen antecedentes de investigaciones abocadas a indagar en cómo se desarrolla o mantiene el cambio psicoterapéutico, desde la perspectiva de los NNA víctimas de ASI; tras un tiempo de finalizada la terapia.

Instancia que posibilitaría acceder al curso del proceso de cambio, visualizar si se mantienen los cambios desarrollados durante la terapia, si emergen nuevos cambios y que favorece u obstaculiza la mantención de éstos. El lograr dar respuesta a este tipo de interrogantes, nos permitiría aportar a los lineamientos de atención en el área de terapia en ASI, de manera de tener en consideración aspectos que a futuro podrían propiciar la mantención del cambio psicoterapéutico o la aparición de nuevos cambios, que aporten al bienestar de niños, niñas, adolescentes y sus familias.

2.5 Rol del Adulto Responsable

Si bien los procesos psicoterapéuticos se centran en los niños/as y adolescentes, no puede ser entendido sin la consideración y el dialogo con la familia, especialmente con el adulto responsable, quien se constituye en un marco de referencia para el niño y adolescente, siendo su espacio inicial de socialización e intercambio con el medio y sobretudo un apoyo en el logro de equilibrios evolutivos (Sepúlveda, 2013).

Muchas veces, lo sufriente o traumático en una experiencia abusiva, no solo corresponde a la situación abusiva “en sí”, sino a aspectos relacionados con ésta, tales como la manera en que otros reaccionan frente a la develación de la situación, en especial, el entorno familiar (Barudy, 1998; Gil, 1997; Ronen, 1996; Kouyoumdjian, Perry y Hansen, 2009). En donde elementos como el soporte, la credibilidad y las conductas de apoyo de las figuras de cuidado, luego de la develación, son grandes predictores del ajuste psicológico a corto y largo plazo en los NNA, superando incluso la relevancia de los factores relacionados a la agresión (Elliott y Carnes, 2001; Manion et al., 1998).

Escasos estudios han examinado la relación entre el funcionamiento familiar y ajuste con poblaciones adolescentes. Dentro de los cuales se destaca el efectuado por Feiring, Taska y Lewis (1998), quienes investigaron angustia psicológica en el momento del descubrimiento del abuso en una muestra de 87 niños/as y 67 adolescentes, e indicaron que los bajos niveles de apoyo de los padres estaban significativamente relacionados con angustia psicológica elevada. Asimismo, la falta de apoyo materno se relacionó significativamente con depresión en una muestra de

50 sobrevivientes de abuso sexual femenino adolescente en busca de tratamiento (Morrison y Clavenna-Valleroy, 1998) y beber en exceso en una gran muestra de adolescentes varones y mujeres con antecedentes de abuso sexual (Luster y Small, 1997).

Otra investigación que da cuenta de dicho aspecto, es la llevada a cabo por Meyerson, Long, Miranda y Marx (2002), cuyo propósito fue examinar la influencia del entorno familiar, el género y la victimización infantil (sexual y física) en el ajuste psicológico de los adolescentes. Planteando la hipótesis de que los adolescentes que experimentaron abuso infantil (abuso sexual o abuso físico), reportarían tener entornos familiares caracterizados por un alto conflicto y una baja cohesión en relación con los adolescentes no abusados. Para esto contemplaron una muestra de ciento treinta y un adolescentes (72 mujeres y 58 hombres) entre las edades de 16 años y 18 años, quienes participaban de un programa laboral a partir de la derivación del Departamento de Servicios Sociales o de la Corte de Menores o debido a su reciente alta de la atención hospitalaria. Dentro de los principales resultados, se destacan diferencias importantes en el funcionamiento familiar de adolescentes no abusados y abusados sexualmente o físicamente. No solo el historial de abuso parece estar relacionado con el nivel de problemas familiares reportados, sino que estas características del entorno familiar, además de la presencia tanto de abuso sexual como de abuso físico, son factores importantes en el desarrollo de la depresión y la angustia adolescente.

En general, los resultados de este estudio apuntan a la importancia de considerar tanto los tipos de experiencias de abuso de adolescentes sobrevivientes, como el papel de las características familiares en la predicción del ajuste (Meyerson et al., 2002).

Es considerando, la relevancia del entorno familiar y principalmente de las figuras de cuidado, que resulta significativo y fundamental considerar procesos psicoterapéuticos que incluyan a las figuras responsables del cuidado y protección de niños/as y adolescentes (Malacrea, 2000; SENAME, 2012). Además, es importante considerar que estas figuras se constituyen en víctimas indirectas de la situación

abusiva, en tanto sufren también consecuencias de elevada amplitud y profundidad a partir del conocimiento de la agresión (Echeburúa, Corral y Amor, 2002).

Según Manion et al. (1996), al igual que las víctimas directas, luego de la develación, ambos padres experimentan variadas consecuencias a nivel psicológico, que pueden dificultar su capacidad de ajuste ante la situación vivida. En este aspecto Elliot y Carnes (2001), refieren que a pesar de que las significaciones atribuidas a la experiencia traumática son distintas a nivel infantil y parental, las vivencias de culpa y duelo suelen presentarse en la mayoría de los casos, tanto para la víctima directa como para las figuras de cuidado.

La intervención con el adulto responsable, estará principalmente orientada a proveer contención emocional, mediante la escucha de las ansiedades y temores que le dificultan el afrontamiento de la situación de ASI, así como a favorecer el rol protector hacia el niño/a y adolescente (Álvarez, 2003; SENAME, 2012). En este aspecto, se destaca lo planteado por Álvarez y Socorro (2009), quienes señalan que la inclusión de los padres en un proceso terapéutico de apoyo, favorecería las posibilidades de resignificación de sus hijos, significando un gran aporte al proceso reparatorio de los NNA.

En este aspecto, desde la intervención realizada por los Programas colaboradores de SENAME (2015), se destaca el objetivo específico de “fortalecer los recursos familiares y sociales para el bienestar psicológico y social del niño, niña o adolescente, víctima de maltrato y abusos” (p.6). En donde la intervención se centra principalmente en las necesidades de los NNA, considerando a la familia en la intervención en la medida que contribuya a su bienestar (Espeleta, 2017).

Estos Programas además de considerar la intervención psicológica con el NNA, contemplan el apoyo e intervención social el cual está orientado principalmente a que “la familia o adultos protectores, pueda acceder rápida y oportunamente a los recursos institucionales y comunitarios para satisfacer sus necesidades y mejorar su bienestar, y principalmente, del niño/a o adolescente” (SENAME, 2012, p.20). Para este objetivo son los los/as trabajadores/as sociales, quienes asumen un rol mayormente activo en cuanto a realizar primeramente diagnósticos familiares, evaluando riesgos y capacidades protectoras de los referentes familiares. A su vez es posible que

intervengan sobre la dinámica relacional de la familia, en coordinación con psicólogas/os (SENAME, 2015).

A partir de lo descrito, es posible dar cuenta, de que la intervención de PRM con la familia y/o el adulto responsable, responde principalmente al desarrollo de recursos y herramientas que favorezcan la protección del NNA. En donde el abordaje directo de la vivencia y afectación emocional de los adultos responsables, estaría sujeto a los objetivos de las terapias de los NNA, más que a necesidades terapéuticas propias de los padres (Dussert, 2014). En caso de que se estime que el adulto requiere intervención psicoterapéutica, se deriva a alguna institución para recibir tratamiento con la finalidad de favorecer las condiciones de recuperación de su hijo en pos de la configuración de un contexto familiar protector (CAVAS, 2011).

En este sentido, cobra relevancia la investigación llevada a cabo por Dussert (2014) y Espeleta (2017), en donde se da cuenta que las intervenciones sistemáticas con los adultos acompañantes del niño o adolescente, les permitiría vivenciar un proceso de superación en conjunto con sus hijos, transformando su identidad parental, la relación con sus hijos y adquirir mayores recursos y herramientas, lo cual favorecería tanto el proceso de superación de los niños/as, como el de los propios padres.

En tratamientos que involucran tanto a hijos como a padres no agresores, se plantea que en términos generales, estos mostrarían mayores ventajas respecto de tratamientos que no consideran a estas figuras (Harvey y Taylor, 2010; Hetzel-Riggin et al., 2007; Ramchandani y Jones, 2003). Por otro lado, sobre todo en tratamientos donde se evidencia sintomatología relacionada con el trastorno de estrés postraumático, Harvey y Taylor (2010) señalan que los tratamientos que incorporan a miembros de la familia, aseguran mejores resultados que los que no.

El apoyo de los padres es considerado como una condición fundamental para que el niño sea capaz de participar en la psicoterapia (Odhammar y Carlberg, 2015). Respecto de la inclusión de padres en el tratamiento de niños/as víctimas de agresiones sexuales, ésta se considera beneficiosa (Corcorán y Pillai, 2008; Elliot y Carnes, 2001; Hill, 2006; MINSAL y UNICEF, 2011; Sinclair y Martínez, 2006).

Para Corcorán y Pillai (2008) el tratamiento que involucra a padres es el mejor para la victimización sexual en las esferas de internalización de los síntomas, la externalización de síntomas, conductas sexualizadas y trastorno de estrés postraumático, e incluso otorga cierta ventaja en comparación a otras condiciones de tratamiento (como lo es trabajar solo con el niño). Además, la respuesta del adulto responsable puede mediar el nivel de síntomas psicológicos en los niños/as e impactar a nivel general en la angustia de sus hijos (Elliot y Carnes, 2001). De este modo, las intervenciones que incluyen el trabajo con padres pueden afectar positivamente en la terapia de los niños/as al considerar al grupo familiar como un aporte en el proceso psicoterapéutico (SENAME, 2015).

En esta misma línea, Hill (2006) plantea que hay evidencia de que el nivel de apoyo proporcionado al niño por parte de su figura parental, es el factor más influyente en su recuperación. Hill (2006) estudió las razones para incorporar a los padres de víctimas de abuso sexual en la terapia de juego de sus hijos, mencionando que el involucrarlos beneficia en múltiples esferas de la intervención.

Es considerando el significativo rol que cumplen los adultos responsables durante el proceso psicoterapéutico, que se constituyen en un agente relevante de considerar al momento de realizar un seguimiento del proceso de cambio, pudiendo complementar la mirada de los propios adolescentes respecto de la progresión del cambio una vez finalizada la terapia.

3 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL: Comprender el proceso de cambio en adolescentes entre 15 y 20 años, que han sido víctimas de agresiones sexuales, a través de sus narrativas y la de sus adultos responsables, luego de finalizado el proceso psicoterapéutico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir el proceso de cambio de adolescentes que han sido víctimas de agresión sexual a través de sus narrativas, luego de finalizado el proceso psicoterapéutico.
- Describir el proceso de cambio de adolescentes que han sido víctimas de agresión sexual, a través de la narrativa de sus adultos responsables, luego de finalizado proceso psicoterapéutico.
- Identificar en las narrativas de los participantes, posibles factores que favorezcan y dificulten la mantención del cambio psicoterapéutico, luego de finalizado el proceso psicoterapéutico.
- Identificar convergencias y divergencias entre los adolescentes y sus adultos responsables sobre el proceso de cambio, luego de finalizado el proceso psicoterapéutico.

4 MARCO METODOLÓGICO

4.1 Diseño

La presente investigación es de carácter cualitativa, ya que se considera la más adecuada para acceder a la comprensión de los participantes dentro de su marco de referencia, entendiendo en profundidad la subjetividad de éstos.

Por otro lado, el Tipo de Estudio es Descriptivo pues busca especificar los contenidos desde el medio naturalista de los participantes, intenta buscar, interpretar y describir hechos, además de las posibles relaciones existentes entre éstos.

El Diseño escogido es de corte Transversal, en tanto recolecta los datos en un solo momento y en un tiempo único (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

4.2 Muestra

La muestra es parte del universo de participantes del Proyecto FPCI «Trayectorias de Cambio en niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales y han participado de un proceso terapéutico». El cual es continuidad del proyecto Fondecyt “Cambio psicoterapéutico en agresiones sexuales: perspectiva de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas, sus padres y psicoterapeutas”, en donde se consideró una muestra total de 40 NNA entre 6 y 18 años. Ambos proyectos fueron liderados por la profesora Claudia Capella, como investigadora responsable.

Para la presente investigación, se seleccionó de dicha muestra, 5 casos de adolescentes entre 15 y 20 años al momento de la entrevista, junto a sus adultos responsables, que se encontrasen egresados hace 1 año o más de centros especializados en reparación de maltrato grave y abuso sexual, SENAME.

El período evolutivo escogido, es por considerar que en dicha etapa los participantes cuentan con mayores posibilidades de análisis y reflexión respecto de procesos psicoterapéuticos (Sepúlveda, 2013). Logrando desarrollar narrativas con mayor descripción y profundización respecto de las diversas fases asociadas al proceso de cambio posterior al egreso de la psicoterapia.

Se consideró contemplar al adulto responsable del adolescente, ya que este es actor relevante en los procesos de resignificación (Kouyoumdjian et al., 2009; Álvarez

et al., 2012; Dussert, 2014; Harvey & Taylor, 2010; Hetzel-Riggin et al., 2007; Ramchandani & Jones, 2003), esto tanto durante los procesos de intervención, como posterior al egreso.

El tiempo transcurrido desde el egreso, se consideró para permitir acceder a una perspectiva sobre el curso del proceso de cambio en el tiempo, sin el apoyo que brindaba la psicoterapia.

Es así como el método de muestreo es de tipo Teórico o Intencionado, pues tiene relación con la revisión teórica realizada y con los objetivos y necesidades del estudio (Flick, 2004; Glaser & Strauss, 1967).

De esta manera, es que la muestra se encuentra constituida por 5 adolescentes, 3 mujeres y 2 hombres y sus respectivos adultos responsables, en donde 3 serían las madres y en los otros dos casos, serían las abuelas maternas. La totalidad de los casos participaron de psicoterapia reparatoria en distintos PRM, todos pertenecientes a organismos colaboradores de SENAME, con una permanencia en psicoterapia entre 7 y 19 meses. Cabe mencionar que el caso de menor permanencia, corresponde a Williams; el adolescente de mayor edad al momento del seguimiento, quien habría finalizado el proceso psicoterapéutico por dificultades de asistencia asociadas a razones académicas, dificultad de la madre para situarse en objetivos terapéuticos y pronto cumplimiento de mayoría de edad. Por otro lado, Rafael egresa asociado a cumplimiento de tiempo administrativo, permaneciendo en psicoterapia durante 1 año, 6 meses. Sólo estos dos casos habrían contado con una intervención sin cambio de terapeuta, ocurriendo en los tres restantes cambio de profesional en una ocasión, siendo éstos egresados por cumplimiento de objetivos.

La totalidad de los casos habrían sido víctimas de abuso sexual y en uno de los casos también de violación, ocurridos en la mayoría en contexto intrafamiliar, no existiendo al momento del seguimiento contacto con el agresor (ver tabla N°1).

Tabla N°1: Características de la Muestra

Pseudónimo Adolescente	Edad Ingreso Centro	Edad Entrevista Seguimiento	Tipo de Agresión	Frecuencia Agresión	Vinculación con el agresor	Agresor	Tiempo Intervención	Tiempo Egreso-Seguimiento	Adulto Responsable	Edad
Trinidad	14	17	Abuso Sexual	Reiterado	Intrafamiliar	Padre	1 año, 7 meses	1 año, 7 meses	Madre	47
Viviana	15	18	Abuso Violación	Crónico	Intrafamiliar	Pareja de la madre	1 año, 4 meses	1 año, 10 meses	Abuela materna	68
Amalia	12	15	Abuso Sexual	Crónico	Intrafamiliar	Abuelo paterno	1 año, 6 meses	1 año, 5 meses	Madre	28
Rafael	13	16	Abuso Sexual	Único	Extrafamiliar	Amigo de tío materno	1 año, 6 meses	1 año, 5 meses	Abuela materna	60
Williams	17	20	Abuso Sexual	Reiterado	Intrafamiliar	Pareja de la madre	7 meses	2 años, 2 meses	Madre	36

De manera de contextualizar cada caso de la muestra, se presenta a continuación una breve caracterización, la cual es obtenida a partir de las entrevistas realizadas en el marco de investigación FONDECYT, pero que no fueron consideradas para el análisis de esta investigación.

Trinidad, adolescente de 14 años al momento de iniciar la psicoterapia, quien fue víctima de abuso sexual por parte del padre, esto habría ocurrido en forma reiterada en contexto de visita (padres separados). Tras la denuncia se interpone medida cautelar de alejamiento del agresor. Al inicio de la psicoterapia, la adolescente presentaba sintomatología depresiva y ansiosa, infligiéndose cortes e intento de suicidio. Adulto responsable es la madre, quien la acompañó durante la psicoterapia. Por parte de hermano mayor, habría existido credibilidad ambivalente respecto de ASI, manteniendo contacto con el padre, lo que Trinidad habría resentido fuertemente. Aproximadamente a los dos meses de psicoterapia se produce cambio de terapeuta, manteniéndose con este último hasta el término del proceso, el cual duró 1 año, 7 meses, finalizando por cumplimiento de objetivos.

Viviana, adolescente de 15 años de edad al ingreso a PRM (previamente habría participado de otro proceso terapéutico). Habría sido víctima de abuso sexual y violación por parte de la pareja de la madre, siendo de carácter crónico (desde los 8 años). La joven inicia psicoterapia presentando sintomatología depresiva, destacándose tristeza, aislamiento social, dificultades de expresión emocional y problemas con pares. Durante la intervención psicoterapéutica, su adulto responsable habría sido la abuela materna, quien asume su cuidado personal, luego de que la madre no otorga credibilidad a la situación de ASI experimentada por Viviana, conllevando al distanciamiento de la madre y de sus tres hermanas menores. Producto de esta situación, la adolescente habría permanecido institucionalizada durante unos meses, antes de iniciar la psicoterapia. El proceso psicoterapéutico se ve interrumpido durante seis meses, luego de que la primera terapeuta se retira del PRM, contando durante ese tiempo con intervención sólo de trabajadora social. Tras este tiempo Viviana retoma psicoterapia con nueva psicóloga, con la que finaliza el proceso, permaneciendo en el PRM durante 1 año, 4 meses, egresando por cumplimiento de objetivos. Al momento del seguimiento, la adolescente expresa su preocupación por el bienestar de sus hermanas menores, quienes permanecen bajo el cuidado de la madre, quien mantiene convivencia con el agresor.

Amalia, adolescente de 12 años de edad al momento de iniciar la psicoterapia, quien fue víctima de abuso sexual por parte del abuelo paterno, de carácter crónico. Al inicio de la intervención psicoterapéutica, la adolescente habría presentado grave sintomatología depresiva con ideación suicida. La madre fue el adulto responsable que acompañó el proceso de Amalia. El padre no habría otorgado credibilidad a ASI, distanciándose de la adolescente. Luego de 3 meses de terapia, hay un cambio de terapeuta. La duración de la terapia es de aproximadamente 18 meses, luego trabajadora social continúa apoyando algunos meses más. Egreso asociado a cumplimiento de objetivos.

Rafael, adolescente de 13 años de edad al ingreso en PRM, quien fue víctima de abuso sexual en episodio único, por parte de un amigo de un tío materno. La develación fue tardía y dirigida a profesionales del contexto escolar. Adolescente fue víctima de otras vulneraciones (abandono, negligencia y maltrato familiar por parte de

la madre y familia extensa). Adulto responsable es la abuela materna. No se produjo cambio de psicóloga, sí de trabajadora social. El adolescente de manera previa a la intervención en PRM, mantenía conductas de autolesión e ideación suicida, lo que habría gatillado internación psiquiátrica de corta estadía. Su permanencia en el PRM es de 1 año, 6 meses, siendo egresado por cumplimiento de tiempo administrativo.

Williams, adolescente de 17 años al ingreso en el PRM, quien fue víctima de abuso sexual de manera reiterada, por parte del padrastro cuando contaba con 6 años aproximadamente, la develación se produce de forma tardía. La madre es quien se encontraba a su cuidado, no manteniendo contacto con el padre biológico. Se interrumpe contacto con el agresor, tras orientación de PRM y de Fiscalía. Al inicio del proceso psicoterapéutico, Williams habría presentado problemas conductuales y bajo rendimiento escolar, siendo víctima de bullying en el colegio, además habría desarrollado conductas de aislamiento, encerrándose en su dormitorio, evitando el contacto con los demás. Se destaca en Williams, su alta motivación por participar en psicoterapia, sin embargo habría comenzado a presentar inasistencias asociadas a la realización de práctica profesional, cumpliéndose a su vez la mayoría de edad, por lo cual habría sido egresado del centro. Además es relevante mencionar, la dificultad de la madre para situarse en los objetivos de la intervención, focalizándose principalmente en la condición de homosexualidad de Williams. Durante los 7 meses que habría durado la psicoterapia, no habría presentado cambio de terapeuta.

4.3 Técnicas de Recolección de Datos

Es considerando el interés principal de la investigación, que se optó por utilizar entrevistas en profundidad como técnica de obtención de datos. La cual permite comprender la perspectiva de los participantes acerca de su vida o experiencia en sus propias palabras, permitiendo acceder a los significados. La entrevista en profundidad es definida como una técnica que permite comprender la perspectiva del/a informante acerca de su vida o experiencia en sus propias palabras (Taylor & Bogdan, 1998). Es un instrumento abierto en que la recolección de datos es flexible, siendo una entrevista abierta en la cual se establece una relación entre el objeto y sujeto de estudio, siendo el objeto el discurso y el sujeto un facilitador en la aparición de éste (Canales, 2006).

Como principales ventajas de esta técnica de obtención de datos, se destaca que su estilo abierto permite la obtención de una gran variedad informativa en palabras y enfoques de los entrevistados. Proporcionando al investigador la oportunidad de clarificar y seguimiento de preguntas y respuestas en un marco de interacción directa, flexible y espontánea. Destacándose su capacidad de eficacia en el acceso a la información difícil de obtener, optando por ella por su intimidad o comodidad (Valles, 2003).

La entrevista en profundidad al ser abierta tiene una pauta flexible, organizada por temas delimitados, que permite variar la estructura y el orden de las temáticas a abordar, sin que esto varíe los lineamientos a investigar en ella (Canales, 2006).

Es considerando la técnica escogida, que junto al equipo de FPCI se confeccionaron guiones de entrevistas para niños/as y adolescentes y otro para los adultos responsables, esto a partir de las temáticas que se abordaron en la revisión teórica y objetivo general del estudio de FPCI, desarrollándose de esta forma preguntas que favorecieran la narrativa de los distintos participantes.

Las pautas de entrevistas fueron elaboradas a partir de los siguientes ejes temáticos:

1. Proceso psicoterapéutico.
2. Contenido del cambio durante la terapia
3. Contenido del cambio posterior al proceso de terapia.
4. Proceso del cambio durante la terapia
5. Proceso del cambio posterior al proceso de terapia.
6. Factores favorecedores y dificultadores del cambio, durante la terapia.
7. Factores favorecedores y dificultadores del cambio, posterior al proceso de terapia.
8. Proyección de los cambios.

Desde éstos ejes temáticos se desglosaron diversas preguntas que permitieron direccionar la entrevista, manteniendo la flexibilidad en cuanto a variar la estructura y el orden de las temáticas abordadas (Canales, 2006). Permitiendo así la posible emergencia de nuevos contenidos, que pudieran aportar al logro de los objetivos

propuestos (ver guiones de entrevistas, adolescentes y adultos en Anexos). Cabe mencionar que asociado al FPCI, se aplicaron dibujos como complemento a las entrevistas efectuadas a los adolescentes, las cuales si bien no son parte del análisis de este estudio, favorecieron mayor descripción en las narrativas de los adolescentes.

Los participantes fueron seleccionados a partir de un muestreo intencionado, que diese respuesta a los objetivos del estudio, en donde se consideró casos que correspondiesen al rango etéreo adolescente al momento del seguimiento y que hayan sido egresados de PRM en un período mayor a un año, esto último para contar con un período de tiempo que diese cuenta del recorrido del cambio post terapia.

Dentro de los casos del proyecto Fondecyt antes mencionado, se seleccionaron casos que en las entrevistas finales de dicho proyecto, se hubiera observado condiciones de estabilidad proteccional y emocional, debido a consideraciones éticas, preveyendo que el contacto en el seguimiento no implicara una situación de desestabilización. Luego se establece contacto con los PRM en los cuales participaron los adolescentes, planteando la posibilidad de realizar la investigación de seguimiento asociada al FPCI, de manera de contar con su autorización para recontactar a los casos y acordar contar con su apoyo en el caso de que surgieran situaciones de riesgo en el bienestar de alguno de los adolescentes, que requiriese de su intervención o coordinación.

Una vez que se contó con la autorización y acuerdo de los centros respectivos, se establece contacto telefónico con los adultos responsables de los adolescentes, de manera de presentar los objetivos del estudio e invitarlos a participar. Tras confirmar su interés y motivación, se acuerda fecha y hora para asistir a su domicilio a realizar las entrevistas, para lo que asistieron dos miembros del equipo FPCI, quienes en forma paralela realizaron ambas entrevistas (al adolescente y su adulto) de forma separada. La totalidad de las entrevistas, se realizaron entre los meses de mayo y julio del año 2018, siendo éstas grabadas en sistema digital de audio y transcritas textualmente para su posterior análisis.

Una vez en el domicilio de los entrevistados, los miembros del equipo describieron y explicaron nuevamente las principales características y objetivos de la investigación, resolviendo dudas y acordando realizar devolución telefónica respecto de los

principales resultados. En esta misma instancia se hace lectura del asentimiento y consentimiento informado, solicitando en caso de estar de acuerdo la firma correspondiente al adolescente y al adulto (ver Anexos).

4.4 Consideraciones Éticas

Dentro de los resguardos éticos, se elaboró en conjunto con el equipo de investigación del Proyecto FPCI “Trayectorias de Cambio en niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales y han participado de un proceso terapéutico”, los siguientes documentos:

- Carta de Consentimiento para los adultos responsables y adolescentes mayores de 18 años y Carta de Asentimiento para los menores de 18 años, en donde se especificaron los objetivos de la investigación, procedimientos e información de la investigadora responsable. En ambas cartas se planteó que la participación en el estudio, les permitiría reflexionar respecto de la mantención de los cambios alcanzados durante la terapia y su actual evolución, además de detectar tempranamente nuevas necesidades de intervención. Estableciéndose el compromiso de realizar devolución telefónica de información relevante, la cual también pudiese aportar al proceso de reflexión favorecido por las entrevistas realizadas. Planteándose que en el caso de identificarse alguna situación de riesgo en el bienestar del adolescente, se les daría a conocer de manera de gestionar derivación pertinente a la situación detectada.
- Protocolo de Acción, en donde se estableció con los Programas de Reparación (PRM), el compromiso de que en caso de ser detectada alguna situación de riesgo o desestabilización emocional en los adolescentes contactados, se evaluaría la posibilidad de ser reingresado en el Programa o realizar gestiones de coordinación para otro tipo de intervención. Dentro de los casos contemplados en el presente estudio, no se reconoció ninguna situación de riesgo que requiriese algún tipo de intervención.

4.5 Análisis de Datos

Es considerando el objetivo de la investigación, que se consideró para el análisis de los datos el Análisis Narrativo, el cual resulta especialmente útil para el análisis sistemático de los procesos, a través de los cuales las personas otorgan significado a sus experiencias (Bernasconi, 2011). Este enfoque reconoce que una forma básica a través de la cual los seres humanos otorgan sentido a sus experiencias es pensándolas como historias o relatos. A su vez, constata que la práctica de contar historias (o la narrativización) constituye una forma de comunicación humana fundamental (Bernasconi, 2011). Es así como la narrativa pudiese entenderse como el uso del lenguaje para relatar experiencias de vida o características del sí mismo, siendo un “texto que conecta y avalúa acontecimientos/experiencias a través del tiempo” (Menard-Warwick, 2010, p.1 citado en Capella, 2013).

Considerando diversas posturas, existiría un relativo acuerdo en entender por relato a una historia que da cuenta de un suceso o una serie de sucesos asociados o conectados en un todo que haga sentido, en donde usualmente se recurre a la cronología (Bernasconi, 2011), los relatos se caracterizarían por estructurarse en relación a una trayectoria. Teniendo en cuenta lo planteado por Polkinghorne (1987, citado en Bernasconi, 2011), podemos considerar que un relato estará usualmente conformado por dos tipos de referentes: las experiencias que se narran en la historia y la trama que les otorga significado, de forma tal que “la organización de la experiencia vivida en tramas representaría la operación narrativa”. (p.17)

Cabe destacar que lo central del Análisis Narrativo es el considerar la narrativa como un todo, como fuente esencial de interpretación, sin fragmentarla ni segmentar el texto, siendo esto lo que la distingue de otros tipos de análisis, como el de contenido por ejemplo (Capella, 2013; Riessman, 2008).

La investigación narrativa busca entender cómo las personas piensan los eventos y le dan sentido al mundo, para lo cual es esencial estudiar cómo las personas hablan de los eventos de su vida y cómo les dan sentido, requiriendo el involucrarse en entender las experiencias del participante en profundidad (Riley y Hawe, 2005 en Capella, 2011).

En la investigación narrativa generalmente la muestra es intencional y no aleatoria, ya que el objetivo central no es que sea generalizable a la población, sino lograr una interpretación profunda del significado construido por los participantes (Riessman, 2008).

Dentro de los métodos más usados de Análisis Narrativo, Riessman (2008) destaca: Análisis Estructural, Dialógico-Performativo y el Temático. Para la presente investigación se optó por el **Análisis Temático**, ya que este se centra en el contenido de la narrativa y su relación con los recursos lingüísticos y culturales disponibles, intentando responder la pregunta por el ¿qué se narra?, atendiendo al significado del relato con el propósito de crear categorías analíticas (Bernasconi, 2011).

Es considerando los fundamentos del análisis temático, que la información obtenida se analizó en distintas etapas, siendo la primera de ellas a nivel de intracaso. Lo que contempló primeramente, la lectura completa de cada una de las entrevistas efectuadas a los adolescentes, de manera de comprenderse en la globalidad de la narrativa. Luego de esto, se realizó una organización respecto de los principales temas identificados, a partir de conceptos que representaran su contenido y que a su vez se incluyeron en temas de mayor nivel de análisis, relevándose los significados asociados a los focos del estudio y a los temas emergentes. Mismo procedimiento se realizó luego con las entrevistas efectuadas a los adultos responsables, manteniendo constantemente el resguardo que cada unidad de análisis, guardara relación con la globalidad de la narrativa de cada entrevista.

En un segundo momento, se llevó a cabo un análisis intercaso, es decir relacionando todas las entrevistas tanto de adolescentes como de los adultos, en donde se consideró los temas identificados en cada entrevista para generar una organización global de unidades temáticas.

Y por último, en una tercera etapa se analizaron los temas convergentes y divergentes entre las entrevistas de los adolescentes y los adultos responsables, dando cuenta de aspectos comunes y otros con miradas opuestas en cuanto al proceso de cambio experimentado durante y posterior a la psicoterapia, emergiendo a su vez temáticas nuevas que se integraron y enriquecieron el análisis del fenómeno estudiado.

Cabe destacar que el análisis realizado, contó en todo momento con un procedimiento de triangulación, con participación de otros integrantes de la investigación FPCI, quienes a partir de su mirada favorecieron la contrastación y triangulación de la información obtenida desde las entrevistas, conllevando a un acuerdo intersubjetivo que permitió contar con mayor validez en el desarrollo del análisis y en los resultados finales (Midgley, 2004; Riessman, 2008).

5 RESULTADOS

Los resultados del análisis respecto de las narrativas tanto de los adolescentes como sus adultos responsables, se expondrán a partir de cuatro ejes temáticos, desde donde se desglosan las principales temáticas desarrolladas. Las cuales posteriormente se integran, para dar respuesta a los objetivos y a la pregunta de investigación.

Tabla N°2: Ejes Temáticos

EJES TEMÁTICOS	SUBTEMAS
1.- Contenido del Cambio	1.1. Cambio durante la terapia 1.2. Cambios Post terapia 1.3. Proyección/Evaluación de los cambios
2.- Trayectoria/Evolución del cambio	2.1. Trayectoria del cambio durante la terapia 2.2. Trayectoria del cambio Post terapia
3.- Obstaculizadores del cambio	3.1. Obstaculizadores del cambio durante la terapia 3.2. Obstaculizadores del cambio Post terapia
4.- Facilitadores/Mantenedores del cambio	4.1. Facilitadores del cambio durante la terapia 4.2. Facilitadores del cambio Post terapia

A continuación se presentan los principales resultados asociados al análisis de las narrativas de los adolescentes y luego de sus adultos responsables, esto acompañado de citas textuales de ambas narrativas.

5.1 Análisis de las Narrativas de los Adolescentes

5.1.1 Contenido del Cambio

5.1.1.1 Cambio durante la Psicoterapia

Respecto del contenido del cambio durante el proceso psicoterapéutico, algunos adolescentes reconocen **cambios ocurridos en su adulto responsable**, destacándose que en dos casos de la muestra, el adulto responsable de los cuidados serían las abuelas. Los adultos a cargo de sus cuidados, habrían logrado desarrollar mayor comprensión respecto de las necesidades e intereses de los adolescentes, estando más atentos y disponibles a responder de acuerdo a sus requerimientos.

“ella también me ayudó mucho porque más que nada, porque mi apoderado en ese momento era (abuela), era como que, se preocupaba mucho de mí, pero así demasiado, era muy asfixiante [] ahora como que no; no me gusta estar tan ... en presión digámosle, y yo le decía “no”. Me di cuenta que ahí ya no estaba presionando tanto y cada vez iba bajando, o sea, preguntando que tenía, lo que, eh, lo que debía preguntar, o sea, ¿qué tal el colegio?”, materia, los rojos y me dejaba, no me había dejado, como obviamente como todo apoderado, quería saber con quién iba a salir, pero ya no me pedía “dame su dirección, dame el número de su papá” y cosas así, me tenía más confianza yo siento” (Rafael).

Así mismo, es como los adolescentes reconocen en los adultos un cambio en cuanto a que a partir del proceso psicoterapéutico, comienzan a experimentar mayor bienestar y felicidad en sus vidas, logrando reconocer en ellos elementos que daban cuenta de un anterior malestar que atentaba contra su satisfacción personal.

“Ella también trató su tema porque ella también no, yo no diría que estaba pasando su depresión (incomprensible) que seguía en depresión. Eso es lo que a mí se me viene en mente y ahí ahora está mejor” (Amalia).

Respecto al contenido del **cambio en sí mismos**, la gran parte de los adolescentes logran dar cuenta de los cambios experimentados producto de la psicoterapia, en los cuales consideran aspectos emocionales, de apariencia, en

relación con los otros y asociados a la ASI. En donde en uno de los casos, se destaca que la forma de darse cuenta de sus propios cambios, fue a partir del reconocimiento que otro hace al respecto.

Uno de los aspectos que reconocen como significativos, guarda relación con el desarrollo de mayor autoestima, graficado en mayor seguridad y confianza en sí mismos, destacándose que en la mayor parte de los adolescentes se observa la sensación de mayor bienestar, satisfacción personal y felicidad. Observándose en algunos casos el desarrollo de mayor apertura social, ya que señalan que anterior a la psicoterapia tendían al aislamiento, presentando dificultades en el establecimiento de relaciones interpersonales.

“estar más feliz, ya no, ya no me deprimó tanto como antes, ya no ando así como enojada todos los días. Sí, ando más alegre, ahora me puse a trabajar” (Viviana).

“sí, porque yo llegué súper achacado y salí súper feliz. Súper bien, daban ganas de ir al centro con ella. Eh, pero no, súper bien el trabajo de la terapeuta, nada que decir con ella” (Williams).

“porque antes como era más inseguro, no me preocupaba mucho de, eh, ir ordenado o cosas así, y ahora sí, como que me ordeno” (Rafael).

La mayoría de los adolescentes dan cuenta del cambio en la **relación con su adulto responsable**, destacando principalmente el desarrollo de mayor confianza, lo que ha conllevado a una mayor expresión respecto de sus necesidades, vivencias y emociones, generando gradualmente mayor cercanía, observándose en uno de los casos el reconocimiento de una relación mayormente afectuosa con su adulto responsable.

“eh, hay confianza en todo, yo creo, nos hemos contado más cosas, eh, me ha dado consejos, o sea, siempre me ha dado consejos, pero ahora como ha habido más confianza para contarnos las cosas, puedo contarle más cosas. Sí porque antes yo era muy cerrado, lo mío era mío, y era mío y con suerte se lo contaba a mi amiga, porque ella sabía más cosas, pero con mi mamá ahora nos hemos contado más cosas. Y eso ha sido como, igual, bueno. Es como diferente la relación en ese sentido...” (Williams).

En relación a la **experiencia de abuso**, la mayoría de los adolescentes destacan cambios experimentados a partir del proceso psicoterapéutico. Instancia que les permitió comenzar a tener menos presente dicha situación, integrándola gradualmente a su repertorio de experiencias. Señalando que la psicoterapia, habría favorecido el sobrellevar la ASI con menos dolor y el desarrollo de mayor comprensión respecto de lo vivenciado. En uno de los casos, el proceso psicoterapéutico le habría permitido desarrollar mayor confianza para declarar en el juicio y mayor empoderamiento para enfrentar al agresor.

“no me deprimó, como, ah! ya es una experiencia de vida y quizás nunca podré borrar de mi mente, pero tampoco tengo que definir qué es lo que me está pasando aquí en el presente” (Amalia).

“mm, me sirvió como conllevar la situación, conllevar, esa es la palabra. Llevarla, ya, mm, me sirvió en llevar la situación. mm, no lo veo de otra mirada, o sea siempre lo voy a ver desde la misma mirada. Creo que me sirvió mucho para llevar la situación y que no me afecte tan, eh, tan directamente, o sea - - que me - - que no me cueste tanto llevar eso conmigo” (Rafael).

A partir de las narrativas de los adolescentes, es posible observar la relevancia que otorgan al proceso psicoterapéutico en la generación de cambios tanto para ellos como para sus adultos responsables, en donde a pesar del tiempo transcurrido desde que finalizó dicho proceso, logran reconocer los alcances principalmente en aspectos emocionales, relación con el adulto y asociado a la experiencia de ASI. Logrando gradualmente experimentar mayor satisfacción en sus vidas, lo que se grafica en mayor bienestar y felicidad, lo cual también reconocen en los adultos.

5.1.1.2 Cambio Post Terapia

Al indagar en la perspectiva de los adolescentes sobre el cambio post terapia, se considera necesario mencionar aspectos contextuales actuales, ya que dan cuenta de algunas diferencias en relación al tiempo en que se efectuó la terapia.

Destacándose en uno de los casos (Williams), la incorporación a la vida laboral y el inicio de estudios superiores, contando con 20 años de edad al momento en que se realiza el seguimiento. A partir de esto se aprecia al adolescente, enfrentando hitos significativos asociados a su etapa evolutiva.

En otro caso se releva el hecho de haber restablecido contacto con figura significativa, con la cual se habría producido el distanciamiento como consecuencia de la develación de ASI, lo cual habría provocado en ese entonces fuerte afectación emocional.

“no, sí, es que ahora mi hermano cambió caleta (risa). Sí, se podría decir que sí en realidad, porque ahora, no es que venga mucho, porque ahora no tenemos los mismos horarios. y - o sea, pero cuan- la otra que vino, ya no estaba, me trajo todos los materiales así, me compró como diez block []. No sé, mi mamá dice que igual siente culpa por no haber estado ahí, yo creo que no sé” (Trinidad).

En cuanto al contenido del cambio reconocido por los adolescentes **en relación a otros significativos**, algunos destacan que su adulto responsable presentaría mayor capacidad para contener, proteger y escuchar sus necesidades, destacando una mejor relación con mayor empatía hacia ellos. Dando a entender un cambio de actitud por parte del adulto, caracterizado por mayor apertura y respeto respecto de las opiniones del adolescente.

“cómo decirlo? no, no sé, no está tan cerrada en ella, o sea...en lo que ella piensa, si no, también trata de ver varios puntos de vista y que también de escucharme en lo que yo pienso, también, o sea, también ver si ella está errónea o no y así, lo mismo”(Amalia).

En sólo uno de los casos (Viviana), la adolescente observa un cambio que connota como negativo, en cuanto a que la madre habituaría faltar a la verdad, apreciándose distanciamiento en cuanto a dicho referente. Cabe destacar en este caso, que luego de la develación de ASI, sería la abuela materna quien asume su cuidado y quien también participa de la terapia, ya que la madre no presta credibilidad a experiencia de ASI, continuando al momento del seguimiento relación de pareja con el agresor.

Además, la mayoría de los adolescentes destaca que luego de finalizado el proceso psicoterapéutico, han desarrollado una relación de mayor confianza con su adultos responsables, en donde existirían una mejor comunicación, lo que conlleva a su vez a experimentar mayor bienestar. Dando cuenta que esta relación más cercana habría comenzado a gestarse durante la participación en el PRM, siendo posible observar un gradual fortalecimiento de dichos logros en el transcurso del tiempo.

“eh, yo creo que el lazo con mi mamá se ha mantenido... y ha mejorado un poco, eh, ahora lesiamos más, porque antes, ya, podríamos haber estado bien pero ahora se tira más la talla en la casa... ehm, a lo mejor tallas en doble sentido y todo, pero se da la confianza ahora para poder compartir, eh, pero no, ha sido igual un poco lento. Pero: ha ido mejorando, así que eso es como lo bueno, lo que me tiene bien. Es todo de a poco, obviamente tampoco va a ser todo a la, a la rápida” (Williams).

“sí, si ha habido cambios, si, por ejemplo, como lo decía, ahora está más cerca mío, está más cerca de mis hermanos, eh, pucha ahora si le pasa algo, al menos lo cuenta” (Amalia).

En algunos casos se destaca que luego de finalizar sus procesos psicoterapéuticos, han logrado focalizarse y esforzarse en el **cumplimiento de sus objetivos y metas**, desarrollando actividades que los gratifican en lo académico y en instancias extra programáticas, apreciándose motivados y orgullosos frente a los logros alcanzados.

“o sea, siempre he:, no sé si sea - - cómo decirlo? estoy, sé lo que quiero. Y cómo sé lo que quiero, quiero, estoy trabajando en ello. Claro, y poner un algo para por si acaso, por ejemplo, yo estoy en el colegio y tengo buen promedio, tengo promedio seis” (Amalia).

“eh, sí, o sea me da alegría se podría decir, no sé, ehm, o sea hago todo, no dejo pasar ninguna oportunidad de nota (risa)” (Trinidad).

“que ya no era así como, que ya no era como que leseaba tanto, ahora leseo menos, estoy como más enfocada en no repetir el año, en que igual he tenido, tenía ganas de salir y ahora no poh, ahora trabajo, y el colegio no más poh” (Viviana).

Es a **nivel emocional**, en donde la totalidad de los casos reconoce cambios relevantes y significativos, dando cuenta del desarrollo de mayor bienestar, estabilidad y regulación emocional. Aspectos que habrían comenzado a desarrollarse durante el proceso psicoterapéutico y que en la actualidad conllevan a que cuenten con mayores y mejores recursos emocionales; los que a su vez favorecen el establecimiento de relaciones interpersonales.

“eh: eso, estoy mucho más optimista, eh: estoy más perseverante”
(Amalia).

“ah, ehm, ya, ha sido más, eh, fácil por decirlo así, o sea ya no está ese peso de tener yo que aguantarme todo, más que nada porque tenía que decir, ahora me pasa algo y lo digo, y es como que no me aguanto nada. Y - nada, ayuda más a - a rodearme de otras personas que solamente estar solo” (Rafael).

De los casos, uno de ellos destaca cambios en cuanto a la mayor capacidad para expresar sus necesidades e intereses, logrando a su vez mayor autoestima, confianza, superando miedos e inseguridades.

A **nivel identitario**, la mayoría de los jóvenes de la muestra relevan una actitud de mayor empoderamiento respecto de sus vidas, percibiéndose con mayor control, autonomía y madurez para enfrentar diversas decisiones y situaciones. Apreciándose con anhelos y metas por cumplir, en distintos ámbitos de la vida, para lo que desarrollan una actitud activa y propositiva.

“Eh, yo creo que en todo, en alegría, en seguir teniendo vínculos con gente, en poder conocer gente, en a lo mejor viajar, estudiar, eh, mirar, yo creo que como toda persona tener tu casa, tener tu familia, tener tu cartón, poder enmarcarlo, poder llegar a ser lo que tú (? :uno) , anhelas ser. Yo anhele ser un chef destacado y yo sé que puedo serlo, porque no soy de los buenos cocineros y yo sé que puedo ser de los mejores. Entonces, en todo sentido, en alegría, en vínculos, en todo” (Williams).

En el **ámbito social**, algunos adolescentes se reconocen con mayor interés en establecer relaciones interpersonales, contando con una actitud de mayor apertura al

respecto. Dando cuenta de una progresión en este aspecto, ya que la mayoría señala que anteriormente a la psicoterapia, tendían al aislamiento social.

En cuanto a los cambios relacionados con la **experiencia de abuso**, los adolescentes presentan apreciaciones que dan cuenta de la disminución del dolor asociado a dicha experiencia, en donde el tiempo transcurrido pareciese ser un factor que ha aportado en este aspecto. Siendo posible también observar, la sensación de que posterior a la psicoterapia, pensarían cada vez menos en lo ocurrido, relevando el hecho de estar experimentando mayor felicidad y bienestar en sus vidas. Dando cuenta a partir de sus narrativas, que la experiencia de ASI no influiría en el desarrollo de su identidad, en donde la han logrado integrar en su mayoría como una experiencia más de sus vidas. Destacándose además una actitud que favorece el reconocimiento de sus emociones y el alcance de éstas.

“ehm ya no no me afecta, obviamente como antes, o sea ya fue hace muchos años. Retomar lo a los diecisiete a lo mejor, ya se abrió, pero igual había pasado años, entonces, como ya, ya pasó, no soy rencoroso, así que sigo mis estudios no más. Para qué retomar un tema que ya está cerrado y que ya pasó. Sí para, yo no soy quien pa, pa pa decirle algo, ya obviamente la vida se encarga de aquello, si, después la vida le da algún golpe, fue por algo, y él va a saber por qué” (Williams).

“el hecho de no tener que dejar de que lo que me pasó me defina a mí. Eh si ser tolerable, estar tolerable con mis emociones, sentimientos y todo eso, contro...controlar mis impulsos” (Amalia).

5.1.1.3 Proyección/Evaluación de los Cambios

En cuanto al futuro, la mayoría de los adolescentes entrevistados se proyectan desplegando acciones para concretar sus metas y sueños, siendo estos asociados principalmente al ámbito académico y laboral. Apreciándose con claridad en cuanto a sus opciones y respecto a los pasos necesarios para el logro de sus proyectos. Algunos adolescentes manifiestan la idea de que algunos cambios se mantendrán y otros se continuarán generando en el transcurso del tiempo.

“entonces, a mí las notas no me toman mucho en cuenta, pero por ejemplo, que mi otra meta para mí es ser psicóloga ... (risa) claro, ser psicóloga, entonces, ahí sí necesito las notas. Necesito tener un NEM. Claro, y el otro sería estudiar turismo” (Amalia)

“eh, algo de, mm, eh, medicina criminalística, pero lo que yo quiero estudiar se llama médico forense. Si no párvulos con psicopedagoga... exacto, ahí tener mi casa, mi auto, mi familia o si no verme mi auto, mi casa, pero viajando, mm, con mis compañeras, todo eso” (Viviana)

Así también en uno de los adolescentes, aparece el anhelo de seguir mejorando la seguridad en sí mismo y su desenvolvimiento en el ámbito social, aspectos que habría comenzado a desarrollar durante el proceso psicoterapéutico. Siendo este cambio el que el adolescente destaca durante el proceso psicoterapéutico, post terapia y a futuro.

5.1.2 Trayectoria/Evolución del Cambio

5.1.2.1 Trayectoria del Cambio durante la terapia

Durante el proceso psicoterapéutico, la mayor parte de los casos refiere que los cambios se habrían ido sucediendo de forma gradual, relevando el respeto del/la terapeuta en cuanto a los tiempos de los/las adolescentes. Además, algunos de ellos señalan no identificar momentos que hayan conllevado a retrocesos o estancamientos durante sus procesos.

“ehm, no, yo creo que fue de menos a más y por eso me pude soltar con la terapeuta, porque iba a pasos, iba por sesiones, iba tranquila para no poder cometer errores y no poder retroceder porque ella decía que a lo mejor podía ir muy rápido o podía perjudicar a las sesiones, entonces la (terapeuta) se tomaba su tiempo en una sesión y podíamos avanzar súper rápido” (Williams).

Destacándose en uno de los casos, el reconocimiento del cambio al término de la terapia, al realizar una mirada retrospectiva de dicho proceso logra darse cuenta que el cambio fue desarrollándose progresivamente hasta lograr un estado de mayor bienestar.

“es que no sé si decir que fue de manera rápida o de manera lenta, porque uno se va dando cuenta después. Porque uno va cambiando, pero no se va dando cuenta, porque por ejemplo cuando a uno le va creciendo el pelo, no se da cuenta hasta después cuando uno se ve en el espejo o que alguien más lo ve, que te sientes más feliz por ejemplo”(Trinidad).

5.1.2.2 Trayectoria del Cambio Post terapia

Del tiempo transcurrido luego de finalizar los procesos de terapia, la gran parte de los adolescentes refieren que los cambios experimentados **se han mantenido e inclusive en algunos casos se han fortalecido gradualmente en el tiempo**, principalmente en lo concerniente a la mejor relación establecida con los adultos responsables. Cabe mencionar que en dos casos, los adolescentes logran reconocer el cambio experimentado durante la psicoterapia, posterior a la finalización de ésta, dando cuenta a partir de una mirada retrospectiva del efecto positivo que esto conllevó para sus vidas.

“eh, yo creo que el lazo con mi mamá se ha mantenido y ha mejorado un poco, eh, ahora lesiamos más, porque antes, ya, podríamos haber estado bien pero ahora se tira más la talla en la casa. Ehm, a lo mejor tallas en doble sentido y todo, pero se-se da la confianza ahora para poder compartir, eh, pero no, ha sido igual un poco lento. Pero ha ido mejorando, así que eso es como lo bueno, lo que me tiene bien. Es todo de a poco, obviamente tampoco va a ser todo a la, a la rápida” (Williams).

“Después como que estaba más, más tranquila, más estable, como... sí, mucho después, era como, estaba bien, pero como que yo decía ‘ya - - terminó’, entonces, pero después, tiempo después me dí cuenta de que a mí me sirvió de verdad” (Trinidad).

Dos de los adolescentes significan como nuevos cambios, aspectos que dan cuenta del fortalecimiento de cambios iniciados durante la psicoterapia, no reconociéndose en general nuevas dificultades o retrocesos en cuanto a los logros alcanzados.

“no, ha habido nuevos cambios. La madurez también, maduré más que antes” (Viviana).

“eh: eso, estoy mucho más optimista, eh: estoy más perseverante”
(Amalia).

5.1.3 Facilitadores/Mantenedores del Cambio

5.1.3.1 Facilitadores del Cambio durante la Terapia

Respecto del cambio experimentado durante el proceso psicoterapéutico, la totalidad de los adolescentes reconocen diversos factores que lo habrían facilitado. Destacando que la mayoría de la muestra, señala **aspectos de la familia** como relevantes para que esto sucediese. Es así como el apoyo y disponibilidad de figuras significativas, se constituye en un factor que habría favorecido el desarrollo del cambio.

“Mi abuela, yo considero que mi abuela, eh en eso fue súper fundamental, o sea, ella siempre ha sido mi apoyo. La relación que yo tengo con mi abuela, eh, ah, no mi abuela siempre estuvo ahí, o sea, era como una un tipo de psicóloga particular (risa). Sí, eh: pucha, ella también me decía que, eh: es cierto que cuando yo estuviera mal también recurriera a ellos y que les contara todo, todo, todo, todo, todo. Porque ellos siempre iban a estar ahí como para aconsejarme a mí” (Amalia).

La mayoría de los adolescentes, señalan que sus adultos responsables habrían desarrollado mayor comprensión respecto de sus necesidades, reconociéndolos con mayor disponibilidad y capacidad para apoyarlos durante el proceso psicoterapéutico. Este cambio reconocido en los adultos, se connota como un favorecedor fundamental para el proceso de cambio experimentado por los adolescentes.

Otro aspecto que destacan como favorecedor, es asociado a las **características de la intervención**, en donde la mayoría de los adolescentes da cuenta de un gradual acercamiento y desarrollo de confianza con el/la terapeuta, siendo la persona del terapeuta significada como relevante para favorecer el cambio. Mencionando a su vez una acogedora recepción del Centro. Además algunos adolescentes destacan el apoyo recibido por el/la terapeuta y excepcionalmente en un caso el abordaje gradual de la experiencia de abuso.

“Muy cómodo y no me recuerdo el niña, la niña con la que me estaba atendiendo que era súper joven, era súper amorosa, entonces, me ayudó mucho a soltarme con ella. Que yo soy igual un poco esquivo con ciertas personas... entonces, ella me ayudó bastante, me hizo soltarme con ella, hubo mucha confianza...demasiado siendo que, como le digo, soy muy esquivo, pero me ayudó bastante, sí” (Williams).

“Sí, porque de alguna u otra manera siempre trataban de que yo hablara de mi vida y yo “no” y al final como que ya, los últimos - meses, seis meses, cinco meses, ya estaba, ya era como si, como si fuera un cuento y empecé a hablar. Creo que mi psicóloga? psicóloga, cierto?. Y más que nada, ya de por sí todo el departamento que me apoyó, pero ella en especial, porque ella fue como la que, eh, iba a cada vez que yo le hablara y después como que ya, le hablé un día y ya estaba esperando para hablarle al otro día y así sucesivamente, y (risa) así como que me, me abrí y fue como que luego me fue mucho más fácil abrirme a otras personas, porque tomé como referencia a ella” (Rafael).

Casi la totalidad de los adolescentes, coinciden que los logros experimentados durante la terapia se vieron favorecidos a partir del **esfuerzo personal**, en donde su propia disposición al cambio resultó fundamental para que éste efectivamente se produjese.

“Yo pienso que uno tiene que poner de su parte. Si tú quieres estar bien, tienes que poner de tu parte también, no todo te lo van a arreglar” (Trinidad)

“No me hace a mi como persona, obviamente, deja algunas cosas en tu vida, sí, la marca en cierta forma, pero es ahí donde tú tienes que entrar y decir “no, esto no tiene por qué influenciar e-en mí persona...debo seguir” (Amalia)

Excepcionalmente una de las adolescentes de la muestra, connota como favorecedor de su proceso la realización del juicio oral, lo que significa como una instancia que permite cerrar una etapa.

5.1.3.2 Facilitadores del Cambio Post Terapia

Es posible destacar que tras 17 a 22 meses del egreso del proceso psicoterapéutico, la mayoría de los adolescentes manifiestan que la mantención de los cambios logrados durante la psicoterapia, se ha visto **favorecido por la mayor**

comprensión y apoyo presentado por su adulto responsable, lo que coincide con uno de los aspectos facilitadores durante el proceso psicoterapéutico. Dando cuenta de la relevancia del apoyo y disponibilidad del adulto para que se produzca y mantenga el cambio.

“Estoy viviendo en una casa en donde está viviendo toda mi familia denuevo, entonces siento que hay un calor de familia denuevo. Siento que antes, claro, no había, eh, mi padre biológico jamás ha estado, pero ha estado mi mamá. Entonces siento que ella siempre ha sido mi pilar fundamental y siento que estoy tirando para arriba, siento que estoy floreciendo, denuevo” (Williams).

Respecto a **sí mismos**, la gran parte de los adolescentes reconocen como facilitadores al igual que durante la terapia, el **esfuerzo y motivación personal** como aspectos que ha permitido mantener los cambios en el transcurso del tiempo. En donde su voluntad y disposición a un estado de mayor bienestar han sido fundamentales en este aspecto. Apreciándose una actitud que tiende a la reflexión, al mayor reconocimiento de emociones y repercusiones para sus vidas.

“Siento que he sabido ocupar bien mi cabecita (risa) que cuando estoy triste, no, trato de no tirarme más para abajo, más para abajo. Si no, siempre he subido, por ejemplo, cuando estoy triste pensar por qué lo estoy. O por qué las cosas van mal. Claro, siempre es seré yo? será el resto? qué pasará? son preguntas que me hago siempre. Trato de llegar a una solución” (Amalia)

“a ver, lo que identifico, o sea, lo hago por mí, lo hago por porque me enseñaron a - - a que no debería cargar todo solo, o sea, no debería estar aguantándome todo solo así, y lo puse en práctica más que nada y es como que me quedó gustando, fue como “ah”” (Rafael).

A su vez emerge en algunos casos, un nuevo aspecto facilitador en cuanto a sí mismos, lo que se basa en el **sentirse mayormente empoderados**, es decir con mayor seguridad respecto de sí mismos, sus capacidades y opiniones, presentando mayor responsabilidad ante sus decisiones y acciones.

“El estar trabajando ahora, ganar la plata por mí misma. Tener mis cosas con mi plata, el trabajar en, en el curso y decir ‘es que esto es así y acá, y si tú no lo ves así, (incomprensible) la nota’, esas cosas más que nada” (Viviana)

5.1.4 Obstaculizadores del Cambio

Considerando los factores que pudiesen haber interferido en el proceso de cambio **durante el proceso psicoterapéutico**, dos de los adolescentes refieren no haber experimentado situaciones que pudiesen haber interferido con el cambio que estaban desarrollando.

En otro de los casos, la adolescente señalaría que la relación conflictiva con su madre, quien no habría dado credibilidad a la situación de ASI, ni tampoco habría ejercido una conducta protectora, habrían sido elementos que obstaculizaron el proceso de cambio. Agregando además que desde la intervención, la reiteración de temas y técnicas durante la terapia, habrían sido también obstaculizadores de su proceso.

“como el tema del dibujo, como siempre era lo mismo, que ‘dibuja esto, que dibuja los sentimientos que tiene cada parte de tu cuerpo’ y era así como...” (Viviana)

Excepcionalmente Williams, el adolescente de mayor edad de la muestra, identifica que el hecho de presenciar en la televisión noticias asociadas a abuso sexual, provocaba en él afectación que interfería con el curso de su proceso de cambio.

En cuanto a elementos que pudieran haber obstaculizado la mantención o el logro de nuevos cambios **posterior al egreso del proceso psicoterapéutico**, la mayoría manifiesta que no se han presentado situaciones que pudiesen interferir o perjudicar los cambios logrados. Destacándose en el caso de Viviana, la mantención de la conflictiva relación con la madre, quien continuaría convivencia con la figura del agresor, estando sus hermanas menores bajo su cuidado, lo que provocaría en la adolescente continua preocupación y temor.

En general los adolescentes de la muestra, dan cuenta que los cambios logrados se han mantenido en el tiempo, fortaleciéndose y generando mayor bienestar.

5.2 Análisis de las Narrativas de los Adultos Responsables

5.2.1 Contenido del Cambio

5.2.1.1 Cambio durante la Psicoterapia

Los adultos entrevistados, refieren haber experimentado en sí mismos diversos cambios asociados al proceso psicoterapéutico de los adolescentes, destacándose en algunos de ellos la preocupación por conductas de riesgo en las que éstos pudiesen incurrir. Esto vinculado principalmente a las relaciones amorosas que comienzan a sostener y en uno de los casos en relación al bajo compromiso escolar, en donde los adultos habrían desarrollado incertidumbre respecto del abordaje de dichas conductas.

“Antes Rafael se me encerraba, eh [] hasta cuando está en la terapia igual pasaba encerrado y llegaba temprano, súper temprano y se encerraba en la pieza y yo decía “qué tengo que hacer?”, trataba de sacarlo y no, encerrado y si no estaba encerrado aquí se encerraba al frente en la casa del amigo que también encerrado, y decía yo “pero si lo saco, a dónde va a ir? va a estar en la calle, la calle cuál rumbo va a tomar”, entonces no sabía qué, qué...[] en la calle hay droga [] el Rafael empieza a salir, no me pregunta de cuadernos, nada, Rafael los cuadernos no existían, eran, uh, eh, hojas rayadas, hojas, nada, nada, [] no veía un cuaderno con nada, nada, nada, nada, las notas de Rafael eran horribles, eran malísimas...” (abuela de Rafael).

“ y no me recuerdo cómo le saqué la clave y lo abrí - - vi muchas cosas, hablaba súper mal él de mí, como que yo lo tenía chato, que en cualquier momento él se iba a ir de la casa, hablaba de sus parejas que él tenía y su pareja que era bisexual, entonces que yo siempre le decía, pero Williams yo le decía “cómo podís estar con una persona que no conoces? él vive por allá, tú vives acá, tú no sabes lo que hace, a lo mejor él te dice que es bisexual, a lo mejor él tiene una pareja allá, tú no tienes idea”(madre de Williams).

Por otro lado, varios adultos manifiestan que durante la intervención psicoterapéutica habrían comenzado a presentar una **conducta mayormente protectora, con mayor atención y comprensión** respecto de las necesidades e intereses de los adolescentes. Comenzando a presentar una conducta más atenta a las diversas señales comunicativas que presentaban los adolescentes.

“sí, entonces ahí, eh, empecé a ver al Rafael que se había sentido como un niño, eh, abusado, que se había sentido como un niño abandonado, un niño recogido y empecé a ver todo su tema - - yo no lo veía así, decía “pero si es mi nieto, es de la casa, ha vivido aquí, se ha criado aquí, cómo se va a sentir así?”, [] Y empezaron a aparecer muchas cosas que tenía guardadas y entre esas cosas él había sido como abusado, cosa que yo nunca había sabido, entonces fueron muchas cosas que de esta caja de pandora salieron, salieron para bien porque yo sé que quedan cicatrices... pero ya las va manejando” (abuela de Rafael).

Dos de los adultos, señalan que durante el proceso emerge en ellos la necesidad de contar con instancias que aborden el desarrollo de competencias parentales, que les permitan el mejor ejercicio de su parentalidad. En uno de éstos casos, la madre habría presentado intento suicida, a partir de lo sobrepasada que se sentía por el contexto familiar experimentado tras la develación de ASI, en donde a partir del proceso psicoterapéutico de su hija y la cercanía a la iglesia, comienza a desarrollar mayor bienestar en su vida.

En cuanto al **funcionamiento familiar**, uno de los adultos refiere haber comenzado a desarrollar conducta mayormente protectora, en donde los integrantes de la familia habrían evitado exponer a la adolescente a temáticas asociadas con la situación de ASI o en relación al agresor, intentando así evitar re victimizarla.

“ así a full con la Amalia, que no hay secretos, que no hay cosas, o sea, yo puedo llegar y hacer una pregunta abiertamente y yo sé que ella me la va a responder y no me va a mentir, que tiene más que claro que si llega a pasar algo soy yo la que doy la cara por ella y la tengo que defender, entonces ella en ese sentido no, no, ella se siente bien protegida por mí y por mis papás” (madre de Amalia).

En relación a los **cambios que habrían presentado los adolescentes durante el proceso psicoterapéutico**, todos los adultos reconocen aspectos que fueron cambiando a partir del proceso experimentado por los adolescentes. En este sentido algunos destacan el **cambio en la relación con ellos**, en donde habría comenzado a desarrollarse una **relación de mayor confianza**, de mayor comunicación y validación en cuanto a sus necesidades y vivencias.

“Aprender a comunicarnos. A saber comunicar sí, y aprendí a creerle, cuando el Rafael me dice algo. Sí, a creerle, mm” (abuela de Rafael).

También alguno de ellos, reconocen que los adolescentes habrían comenzado gradualmente a **sobrellevar la experiencia de ASI**, integrándola al resto de sus experiencias. Destacándose en uno de los adultos, menor culpabilización respecto de la ASI, desarrollando con el tiempo mayor comprensión de dicha situación.

“ Sí, sí, sí, fijate que sí, pero más porque yo tenía como el sentimiento de culpa, pero yo creo que sentimiento de culpa estuvo, pero ahora ya de a poquitos, de a poquitos ha ido desapareciendo, porque gracias a Dios, yo siempre doy las gracias a Dios que la Amalia no, aprendió a vivir ya con esto, el dolor no se lo voy a sacar, no, pero aprendió a vivir con esto y a raíz de esto que le sucedió a ella, ella ve la vida de otra manera” (madre de Amalia).

A **nivel emocional**, es donde los adultos reconocen mayor cantidad de cambios en los adolescentes durante la psicoterapia, en donde la mayoría identifica una **mejor autoestima** que se refleja en una valoración más positiva respecto de características personales, apareciendo en la mayoría una preocupación por su apariencia personal. Lo observado, refieren ha sido resultado de un proceso gradual, iniciado durante el proceso psicoterapéutico y que se ha fortalecido tras el tiempo de egreso.

“Claro, es que eso fue ahí, bueno, para, para la Trinidad que, que en un principio ella no, era irreconocible poh, ahora tú la ves y se ve de forma distinta, ella anda con cositas como más lolita. Sí, fue como un proceso, el año pasado yo la vi un poquito más y ahora ella está (risa) se arregla de repente, cosas que no hacía y que como que ella no se preocupaba

mucho de ella, se ponía una capucha y listo y con suerte se bañaba (risa) y eso, pero ahora ha estado bastante bien...” (madre de Trinidad)

La mayor parte de los adultos, destacan que los adolescentes habrían comenzado a desarrollar una **actitud de empoderamiento ante sus vidas**, graficado en mayor seguridad, valorización de sí mismos/as y menos temores, con mayor expresión respecto de sus necesidades, comenzando progresivamente a exponer con seguridad sus opiniones y puntos de vista.

“no pues lo que te dije po, que le sirvió en empoderarse más de ella, en, en en terminar con unos miedos, en, en quererse ella, en quererse ella” (madre de Amalia).

“Sí, qué me devuelven ellos a mí? me devuelven a un joven, porque ya es un joven - - muy claro, el Rafael, bueno, siempre ha sido un niño inteligente, pero ahora lo siento más empoderado de él, con las cosas mucho más claras, creo que la psicóloga, la señora, ay, no me acuerdo del nombre de ella - - de verdad hizo un muy buen trabajo con Rafael, Rafael se sintió como escuchado, entendido y apoyado, porque la tiene muy clara...” abuela de Rafael).

Durante el proceso psicoterapéutico, la mayoría de los adolescentes habrían comenzado a asumir con **mayor responsabilidad su rendimiento escolar y decisiones respecto de sus vidas**, lo que es connotado por sus adultos como un cambio en relación al tiempo anterior al ingreso a los Programas de Intervención. En donde evocan momentos y situaciones que demuestran a los adolescentes en un estado de aparente pasividad e indiferencia, ante diversas situaciones atingentes a su contexto.

5.2.1.2 Cambios Post Terapia

Considerando el tiempo transcurrido desde la finalización del proceso psicoterapéutico, es que algunos adultos refieren **cambios ocurridos a nivel contextual**, en donde específicamente dos de los adolescentes habrían iniciado actividad laboral, lo cual es connotado por los adultos como un hecho que demuestra el desarrollo de mayor autonomía y responsabilidad.

Algunos adultos, señalan que post terapia se ha **fortalecido su rol parental**, logrando establecer con mayor claridad reglas y límites, las que se observan apuntan a que los adolescentes no incurran en conductas que pudiesen ubicarlos en situaciones de riesgo.

“Es así la cosa, entonces yo le digo Viviana si la calle es peli- es peligro andar en la calle, por eso no quería que trabajas’, el día sábado a veces entra a las doce y sale a las diez porque la han dejado en caja, entonces yo digo ‘no Viviana no te quedas hasta muy tarde, diles que tienes que venirte temprano porque yo, yo soy la responsable tuya, bueno ya tienes dieciocho años, pero no quiero que te pase nada, esa es mi preocupación...”(abuela de Viviana)

Otra situación que es foco de preocupación para la mayor parte de los adultos, es el **establecimiento de relaciones de pareja de los adolescentes**, en donde surge principalmente el temor a embarazo y a contagio de enfermedades de transmisión sexual. Esto último efectivamente habría ocurrido en el caso de Williams, quien posterior al egreso del proceso psicoterapéutico habría adquirido hepatitis B, conllevando a vivenciar un fuerte período de incertidumbre y preocupación en cuanto a los alcances de dicha enfermedad. Cabe mencionar que esta temática es planteada sólo en la entrevista de la madre, al igual que la orientación sexual del adolescente.

“que a veces le digo yo, ‘no porque ahora las niñitas al tiro’ le digo yo, ‘se van a la cama’ y yo le digo las cosas bien claras, ‘se van a la cama al tiro’[] no, la aconsejo hartito ‘no quiero verte’ le digo yo ‘tan chica con una guagua’ le digo yo ‘no, eso sí que no, porque’ le digo ‘vas a perder tu vida, ahora tú sales donde quieres, estudias, te vas para otro lado, estás trabajando y con una guagua se echa a perder la vida, te echas a perder la vida y ahora como está”(abuela de Viviana).

A la mayoría de los adultos le preocupa el **futuro de los adolescentes**, esto asociado a que logren cursar estudios superiores, el establecimiento de relaciones de pareja y en un caso en particular, surge el temor de que el adolescente vaya a incurrir en conductas de agresión sexual hacia otros.

“no, a Trinidad la veo que tiene, que tiene que estudiar. O sea yo la veo entusiasmada, que eso es lo que me interese, me interesa que ella

estudia, yo me preocupo que no vaya a quedar, la tengo con la cosita ahí para que no vaya a quedar embazada, porque tú pestañas y tú sabes poh, “no queremos que crezca la familia” le digo yo “así que hay que arreglar esta situación al tiro por si acaso” (madre de Trinidad).

En general los adultos entrevistados reportan que en la actualidad contarían con **mayor bienestar en sus vidas**, recurriendo a comparaciones con estados anteriores para dar cuenta de dicho cambio. Refieren mayor satisfacción respecto de sus vidas en cuanto a seguridad, autonomía, proyectos familiares y laborales, lo que a su vez reconocen repercute en el bienestar de los adolescentes. Apreciándose en algunos casos, la superación de emociones negativas asociadas a la situación de ASI, significando el espacio terapéutico de los adolescentes, como favorecedor de cambios en sí mismos.

“Yo rejuvenecí y mi hija me ve feliz. Me ve feliz, porque ella estaba muy feliz, yo quedé sorprendida cuando le dijo a la, a la doctora (Psiquiatra), quedó sorprendida, “es que estoy muy feliz”, “por qué están tan feliz?”, “pero cuéntale no más”, “si tú eres la de la, tú vienes aquí, así que” y de ahí ya la dieron de alta a todo esto” (madre de Trinidad).

“Yo encuentro que para las dos, porque a mí me ayudó harto...me ayudó más y cómo decir - no tener tanta rabia o qué sé yo, eh, no pensar tanto, porque yo tenía como depresión y eso me ayudó harto...a pensar distinto” (abuela de Viviana).

En cuanto al **contenido del cambio en los adolescentes**, gran parte de los adultos refieren que luego del egreso de la psicoterapia, se ha desarrollado una relación de mayor confianza, en donde se ha logrado una mejor comunicación que ha permitido reconocer de mejor manera las vivencias y emociones de los adolescentes, quienes son descritos por los adultos con mayor expresión de sus necesidades e intereses.

“sí, conmigo no quería hablar, no quería hablar, ella lloraba no más conmigo, yo llamaba a la M (tía), “qué hago? qué hago?” y ella venía y también la abrazaba, con ella hablaba también. Claro, conmigo no, como que a mí me vio afectaba más - - así que ahí poh - - así que ahora estamos tranquilas y felices (risa)” (madre de Trinidad).

En sí, la mayor parte de los adultos, refieren que los adolescentes han logrado **mayor bienestar en sus vidas**, en donde se observa un aumento en el interés por el desempeño académico y en realizar diversas actividades que los gratifican, como por ejemplo deporte, actividades artísticas, etc. Lo cual habría comenzado a desarrollarse durante el proceso psicoterapéutico, dando cuenta de su mantención y fortalecimiento en el tiempo transcurrido desde el egreso.

“ bien, bien, ella, bueno ella sabe que, que ella tiene que cumplir en el colegio y tiene que cumplir en las dos cosas, o si no se le quita una de las dos cosas, pero ella no, le ha ido súper bien, o si no se le quita el tema del baile, porque yo siempre le digo que prioridad para mí es el colegio pero tiene buenas notas gracias a Dios porque yo cuando fui la última vez a, a la reunión aparece en el diario mural con el segundo lugar” (madre de Amalia)

Otro aspecto a destacar, es que los adolescentes son reconocidos por los adultos con una **mejor autoestima y confianza personal**, empoderados en cuanto a sus decisiones y acciones conducentes al logro de metas y sueños.

"no poh, que ahora se defiende bastante bien, yo creo que ahora es demasiado, me dijeron que, que ella, para que ella se auto defienda, es decir, que ella es valiosa, es una cosa así, como que le pusieron mucho parece, porque se defiende bastante bien [] Claro, no poh, claro, antes no se defendía nada poh. Si no, ella no, no se apreciaba nada poh. Era, era un pollito, escondidita, pero ahora no, ahora la veo distinta" (madre de Trinidad).

Además, algunos adultos señalan que los adolescentes a su cargo, han presentado **un gradual aumento en la confianza hacia otros**, desarrollando actitudes más cercanas y amistosas hacia su entorno, lo que significan como un cambio relevante, considerando su anterior actitud de evitación y aislamiento social.

“Entonces de verdad lo dejo, con las compañeras están ahí alrededor de él, entonces la compañera le dice “ay, tengo frío”. Se deja querer. Entonces yo creo que eso a él lo ha, lo ha parado, se siente ya completo, sí” (abuela de Rafael).

“Más cercanía porque [] ahora digo “vamos” y vamos poh, y ahora ella sale conmigo, ella me acompaña, “no, que tenemos que ir para allá, tienes que participar”, siempre, eh, pero ahora participa, participa con sus primo, ellos estaban preocupados mucho tiempo de no verla, no la veían poh - - no la veían, no la veían en los cumpleaños, no iba a los cumpleaños, no quería ir a ningún lado” (madre de Trinidad).

En cuanto a la **experiencia de ASI Post terapia**, la mayor parte de los adultos señalan que el tiempo transcurrido ha permitido a los adolescentes y a sí mismos sobrellevar la ASI, pensando cada vez menos en lo sucedido, por lo que también ya no se conversaría al respecto. Se releva que en uno de los casos, el adulto responsable identifica en la adolescente, diversos cambios asociados a dicha experiencia, destacando un descenso en cuanto a la afectación emocional, menor culpa, remitiendo conducta suicida y apreciándose con mayor bienestar; sin embargo aún se mantendría afectación por no credibilidad por parte de la figura paterna, manteniendo la costumbre iniciada tras la experiencia de ASI, de dormir con la luz prendida.

“la Amalia se intentó matar un montón de veces. Pero ahora no, ella dice que no lo haría por nada. No, ya no, ya no porque ella tiene tantos sueños, tan joven que, y eso ella dice “yo tengo tantos sueños” que tiene que luchar por esos sueños no más” (Madre de Amalia).

5.2.1.3 Proyección/Evaluación de los Cambios

La mayoría de los adultos participantes de la muestra, sostienen que a futuro se mantendrán los cambios logrados por los adolescentes, confiando en que las herramientas desarrolladas y el apoyo de ellos, les permitirán enfrentar diversos desafíos. Es así como la totalidad de los adultos, imaginan a los adolescentes cumpliendo metas y sueños, esto principalmente asociado al ámbito educacional y laboral. Lo que les permitirá a su vez ir logrando mayor autonomía e independencia.

“Y ahora, eh, hace los trabajos, lo veo estudiando, entonces yo digo “Rafael tuvo un vuelco grande” y ahora él dice “no, yo voy a la universidad”, entonces está con hambre, con ganas de hacer cosas” (Abuela de Rafael)

“Entre broma y broma el Williams me dice que él después, como (risa) que dice que él se va a ir a vivir solo, yo le digo que sí sé, si eso yo, eso yo lo tengo claro - después le digo “no! tú no me podí dejar sola” pero sí, si yo sé, pero él tiene sus proyectos, es terminar de estudiar y trabajar y ser - - él quiere ser un gran chef” (madre de Williams).

5.2.2 Trayectoria/Evolución del Cambio

En cuanto a la **trayectoria del cambio durante la terapia**, la mayor parte de los adultos, refieren que el cambio desarrollado por los adolescentes se habría **desarrollado de manera gradual**, aludiendo a un proceso que implicó diversos cambios que se fueron sumando en el tiempo en que transcurrió la terapia.

“Sí, de a poquito y ya se sacó el capuchón, y me decía “no, que vienes bonita”, le decían a la Trinidad, porque ya venía con más colores, aparte que yo me visto súper vistosa, entonces ella empezó a agarrar ese tema también, de ponerse, porque yo ocupo en verano poleras fosforescentes, entonces ella también “mamá, qué linda la polera” y se la ponía” (madre de Trinidad).

En donde además algunos adultos, manifiestan que durante la intervención psicoterapéutica, no habrían ocurrido eventos que pudiesen haber conllevado a retrocesos o estancamientos en cuanto al curso de los cambios.

“No, fue avanzando, siempre fue avanzando. No, como te decía, no como te digo yo, que ese momento del juicio yo pensé que íbamos a tirar para atrás, pero yo estaba muy, yo ya estaba, estaba en eso, yo ya estaba ya - ya estaba ya, sea lo que sea, “tenemos que llegar a esto, tenemos que hacerlo y tenemos que”, “mamá, no, vamos, tenemos que hacerlo” (Madre de Trinidad).

En cuanto a la **trayectoria del cambio post terapia**, la totalidad de los adultos señalan que los cambios que habrían presentado los adolescentes se han mantenido e inclusive se han fortalecido con el tiempo. Dando cuenta de los recursos desarrollados por los adolescentes durante el proceso psicoterapéutico, los que les han permitido tras el egreso de los PRM, dar continuidad a sus vidas a través de una

actitud empoderada, activa en cuanto a generar acciones dirigidas a la satisfacción de diversas áreas propias de la etapa evolutiva.

5.2.3 Facilitadores/Mantenedores del Cambio

5.2.3.1 Facilitadores del Cambio durante la Terapia

La mayor parte de los adultos refieren que **el apoyo que desplegaron hacia los adolescentes** durante el proceso psicoterapéutico, habría sido un favorecedor de los cambios. En donde su disponibilidad a participar y acompañarlos en las diversas etapas del proceso, habría conllevado a que éstos los sintieran mayormente cercanos y atentos a sus requerimientos, generando a su vez una relación de mayor confianza.

“Bueno, sobre todas las cosas yo creo que siempre el apoyo de nosotros, que nunca se sintió sola, siempre se sintió protegida y amada, por sobre todas las cosas y que le creyeran” (madre de Amalia).

“Muy motivada para el estudio, muy motivada y yo le dije “bueno, estudia lo que quieras, total yo me voy a mover, yo me muevo con lo que sea”. Sí poh, sí poh, si ella no tenía interés de estudiar. Si ella no quería estudiar nada, me costaba un mundo [] Que afirmara su personalidad, que es importante y aparte que yo estoy siempre pendiente, “qué te pasa” o cualquier cosa ...” (madre de Trinidad).

De esta manera es que éstos mismos adultos, reconocen como facilitador del cambio el hecho de haber desarrollado durante el proceso de intervención, **mayor comprensión respecto de las diversas necesidades de los jóvenes**, generando instancias que permitiesen la satisfacción de lo requerido por ellos.

Además en uno de los casos de la muestra (Amalia), la madre identifica como facilitador del cambio en su hija, el hecho de que la familia le habría **otorgado credibilidad frente a la develación de ASI**, generando acciones que permitiesen el distanciamiento del agresor y su familia.

En cuanto a **aspectos de la intervención**, algunos adultos destacan como facilitador del cambio las características del/la terapeuta y del/la Trabajador/a Social, en donde relevan el apoyo, confianza y cercana relación establecida con ellos y los

adolescentes. Elementos que implicaron una vinculación mayormente cercana y de confianza, tanto para los adolescentes como para los adultos.

“No, po eh, el, le ayudaron “ene”, “ene” po [] una vez la psicóloga me dijo “la Amalia viene toda mal, ella es como un estropajo así tiradita en el suelo” y ellos de a poco la fueron armando, armando hasta que se convirtió en la niña que es ahora” (madre de Amalia).

“La psicóloga, la asistente social también a mí me ayudó harto y también me ayudó harto para sacar a la Viviana también porque ella se movió mucho, la asistente social del PRM, mucho, llevaba todos los informes a los tribunales... y por eso es que yo saqué a la Viviana a los seis meses. Sí, me ayudó mucho la asistente social y la psicóloga, mucho” (abuela de Viviana).

En general, los adultos reconocen al Centro como un **espacio de apoyo y contención para ellos mismos**, lo que favoreció el cambio en los adolescentes y también en sí mismos. Pues a partir de la relación de confianza desarrollada, lograron fortalecer capacidades necesarias para apoyar, contener y proteger a los adolescentes.

“A mí me gustaba porque era como familiar. Era como familiar y era como acogida, aparte que todo el mundo te saluda y todo el mundo (risa) y uno “están todos felices acá, están igual que yo”, pero es eso” (madre de Trinidad).

5.2.3.2 Facilitadores del Cambio Post Terapia

Considerando el tiempo transcurrido desde el término de la psicoterapia, algunos adultos reconocen que el **aconsejar a los adolescentes** en distintos aspectos de la vida, ha sido un favorecedor en cuanto a la mantención de los cambios. Lo cual habría comenzado a gestarse durante el proceso psicoterapéutico, a partir del desarrollo de mayor comunicación y comprensión respecto de las necesidades de los adolescentes. En este aspecto, señalan estar atentos a temas atingentes a la etapa evolutiva que se encuentran transitando, destacando lo académico, relaciones amorosas y el futuro principalmente.

“Conversar todos los días. Darle consejos todos los días (tos) disculpe, darle consejos, estar siempre diciéndole las cosas, lo bueno, lo malo. Bien presente, sí, bien presente [], ‘mira’ le digo yo, ‘tú eres joven, hay mucho tiempo para pololear, para muchas cosas, otras niñas de dieciocho, diecinueve años, se van a vivir con los pololos, no Viviana’ le digo yo, ‘no lo hagas, tú no, porque tú tienes que aprovechar tu juventud’ (abuela de Viviana).

Estos mismos casos, que coincidentemente corresponden a abuelas de dos de los adolescentes de la muestra, señalan en más de una ocasión **apoyarse en la fe cristiana** para enfrentar las diversas circunstancias de la vida. Quienes a partir de sus narrativas, dan a entender lo relevante que ha sido para ellas contar con instancias externas de apoyo, frente al hecho de ser las responsables de los cuidados y crianza de sus nietos/as. Figurando además el apoyo de los PRM como fundamental y significativo para el desarrollo de herramientas para enfrentar el cuidado de los adolescentes, instancia la cual sienten pueden volver a recurrir.

“... bueno yo le doy las gracias todos los días a mi dios porque de verdad me ha puesto muchos ángeles, ya? y digo que nunca es tarde para aprender, ya? y para mí este, si verdad fue con mucho dolor, vergüenza, con todo, pero fue, cuando tú te haces una herida y te ponen bálsamo?. Eso, fue como sí, y como ellos cuando nosotros salimos nos dejaron las puertas abiertas (PRM) que si un día queríamos visitarlos, podemos ir, y no hemos ido. Pero yo sé por ejemplo si le pasara algo a Rafael o algo, yo puedo ir” (abuela de Rafael)

En cuanto a lo observado en los adolescentes, algunos adultos reconocen que éstos se encuentran **mayormente empoderados respecto de sus decisiones**, demostrando mayor seguridad en sus relaciones, decisiones y actos, lo que es reconocido como facilitador en la mantención de los cambios desarrollados durante el proceso psicoterapéutico.

En uno de los casos, el adulto responsable destaca como facilitador el apoyo recibido por el Programa de Intervención en cuanto al juicio. En donde la madre recurre a ellos para contar con soporte emocional para enfrentar dicho hito judicial, sobretodo porque la adolescente habría comenzado a presentar inestabilidad emocional frente a esta situación.

“que ese momento del juicio yo pensé que íbamos a tirar para atrás, [] yo ya estaba ya - ya estaba ya, sea lo que sea, “tenemos que llegar a esto, tenemos que hacerlo y tenemos que”, “mamá, no, vamos, tenemos que hacerlo”. Y después dijeron, el A (psicólogo) no está pero, pero me dio hasta el teléfono, [] la atendió otra señora a la Trinidad, entonces no, eh, habló con ella por teléfono, no, sí. No, sí, sí, “siempre dispuesto” me dijo, “ningún problema” entonces eso fue bueno también porque ella se sentía como apoyada, yo siempre decía que eso es importante “has tenido personas que han estado muy firmes contigo”, y eso” (madre de Trinidad)

5.2.4 Obstaculizadores del Cambio

En cuanto a los obstaculizadores del cambio durante la terapia, dos de los adultos manifiestan que no habrían existido situaciones que obstaculizaran el proceso de cambio de los adolescentes. En los otros casos, refieren aspectos asociados a la **falta de apoyo de familiares significativos y en uno de ellos relación conflictiva con familiar** que también vivía con el núcleo familiar.

“no porque yo cuando, después cuando llegaba y conversaba con la D (tía) lo justo, lo justo y lo que me correspondía, hablo con ella, por ejemplo, eh, cuando ella se imponía, cuando ella hablaba, cuando ella mandoneaba a Rafael, no si yo le decía “D, sí es verdad tú eres la tía, eres la madrina”, “es que” ella me decía “lo hago para enseñarle, para que sea más hombrecito, que se haga más hombre”, pero esa palabra ‘para que se haga más hombre’, entonces como que ahí la fuimos como trabajando” (abuela de Rafael).

Respecto de **obstaculizadores tras el egreso de los Programas de Intervención**, varios adultos señalan no observar aspectos que pudiesen estar afectando la mantención de los cambios. Sin embargo, en uno de los casos el adulto responsable; la madre de Williams, señala su dificultad para aceptar la homosexualidad de éste, condición que el adolescente habría explicitado con mayor claridad durante el proceso psicoterapéutico. Y lo cual reconoce pudiese estar dificultando la mantención de los cambios logrados por el adolescente.

“yo lo único que le dije que, solo me tenía que dar tiempo, porque, yo no lo estaba rechazando. Porque yo a él yo lo quiero, yo lo amo, él pah mi es todo - pero sí que me tenía que dar tiempo. Solo tiempo, no sé cuánto, pero es tiempo, yo sé lo que, solo le pido que se cuide - - solo le pido que se cuide - - y que estudie porque es lo único que yo le puedo dejar a él” (madre de Williams).

En este caso, cabe mencionar que durante el proceso psicoterapéutico de Williams, la madre habría presentado dificultades para situarse en el objetivo de abordar la ASI, observándose en su narrativa la constante focalización en la orientación sexual de su hijo, temática que continuaría presente al momento de realizar el seguimiento.

6 ANÁLISIS DE LAS NARRATIVAS DE LOS ADOLESCENTES Y SUS ADULTOS RESPONSABLES

Al considerar ambas narrativas respecto del proceso de cambio de los adolescentes egresados de los Programas de Intervención, es posible apreciar convergencias y divergencias entre los adolescentes y sus adultos responsables, las cuales se describirán a continuación.

Tanto los adolescentes como sus adultos responsables, reconocen en su mayoría que **durante el proceso psicoterapéutico**, los adultos fueron cambiando en cuanto a desarrollar mayor comprensión respecto de las necesidades e intereses de los adolescentes. En donde a partir de sus relatos, se da cuenta de mayor receptividad del mundo emocional de los jóvenes, lo cual habría conllevado a lograr una relación más cercana afectivamente, lo que es valorado positivamente tanto por los adultos como por los adolescentes.

A su vez, coinciden en que los adolescentes producto de la terapia, habrían comenzado a confiar más en sus adultos responsables, en donde gradualmente habrían desarrollado mayor expresión de sus emociones y necesidades, aspecto que también habría beneficiado la relación. Tanto los adolescentes como los adultos, manifiestan que la confianza y comunicación lograda durante la intervención psicoterapéutica, se ha mantenido en el tiempo, aspecto que valoran positivamente para el logro de su actual estado de mayor bienestar en cuanto a la relación.

En cuanto a los adolescentes, tanto ellos como los adultos identifican cambios significativos en relación a su autoestima, logrando mayor reconocimiento y valoración de sus habilidades y capacidades, desarrollando a su vez mayor seguridad y confianza. Aspecto que en algunos casos también es observado en la apariencia personal, en donde los jóvenes mostrarían mayor preocupación por su imagen, principalmente en vestimenta y condición física.

“No sé, o sea, es que, me acuerdo que me dijeron el último día que cuando llegué yo iba ultramegatapada así, como que iba con ropa ancha, todo, y después me vestí más como, como yo poh, como yo me vestía antes. Y como que eso fue un cambio que yo no me había dado cuenta (Trinidad).”

“Claro, es que eso fue ahí, bueno, para, para la Trinidad que, que en un principio ella no, era irreconocible poh, ahora tú la ves y se ve de forma distinta, ella anda con cositas como más lolita... Sí, fue como un proceso, el año pasado yo la vi un poquito más y ahora ella está (risa) se arregla de repente, cosas que no hacía y que como que ella no se preocupaba mucho de ella, se ponía una capucha y listo y con suerte se bañaba (risa) y eso, pero ahora ha estado bastante bien...” (mamá de Trinidad).

En algunos casos tanto los adultos como los adolescentes, reconocen que durante el proceso psicoterapéutico éstos últimos habrían comenzado a presentar mayor estabilidad emocional, ya que señalan que anterior al ingreso a los Programas de Intervención, presentaban diversas manifestaciones afectivas y conductuales que daban cuenta de afectación e inestabilidad. Este mismo proceso habría conducido gradualmente al logro de mayor bienestar respecto de sus vidas, comenzando a experimentar con mayor frecuencia estados de satisfacción y felicidad. Esto último también es reconocido en los adultos, quienes coinciden con los jóvenes en cuanto al logro de mayor bienestar y satisfacción con sus vidas, en donde la mayor estabilidad emocional desarrollada ha permitido a su vez, logros personales que favorecen también el bienestar familiar.

“Ver qué es lo que realmente en mí pasa, que es lo que pasa también en, en-en entorno, también aprender a ser empática con los demás, o sea, empática (risa) eh: qué más? eh: saber controlar mis impulsos porque me recuerdo que en ese tiempo yo, soy súper sensible o sea,

todavía, pero a comparación de que antes a mí me pasaba alg-algo, yo lloraba, lloraba, lloraba, lloraba, lloraba, y a mí nadie me calma, nadie me calmaba” (Amalia).

“La Amalia ya no llo- o sea, llora re poco, toca el tema re poco, como que ella ya eh, quiere eh, ahora tú la ves, una niña alegre, le gusta hacer, está haciendo lo que a ella le gusta, o sea, no deja que nadie le diga nada, que nadie le conteste, que nadie la dañe, si le dicen algo que bien, si no, le da lo mismo, eh, es eso” (madre de Amalia).

En relación a la **experiencia de ASI**, adultos y adolescentes coinciden que durante la terapia habrían comenzado a aprender a sobrellevar la situación, señalando que esto no implica olvidar si no que integrarlo como una experiencia más de la vida. En donde la asistencia a psicoterapia, habría favorecido el reconocimiento de la experiencia como abuso, logrando mayor comprensión respecto de lo experimentado.

“Ehm, creo que, sí, yo igual en ese tiempo estaba como súper achacado con el tema porque como le dije fue como retomar todos aquellos temas, pero no, ella (terapeuta) me ayudó a: igual, obviamente a pesar de que son temas delicados. Son temas fuertes. Pero la vida sigue poh, lo hecho, hecho está, eh, obviamente yo no soy rencoroso, no le guardo rencor a: la persona. Ehm, me pidió disculpas obviamente, yo obviamente, no soy quien para disculpar, ni aceptar disculpas ni perdón, pero: la vida sigue poh . Y creo que sí sigue la vida porque estoy estudiando, y estoy tirando pah arriba y sé que voy a sacarla, como la (terapeuta) me lo dijo” (Williams).

“Entonces como que: ya, después pasó el tiempo y: como que yo vivo así – vivo con: con la pena, trato de dejar la pena de un lado, vivo como el día a día con él. Porque: el tema de del abuso deshonesto que él sufrió yo lo he conversado con él, y él me dice que – como que él ya lo dejó atrás - - - que él aprendió a vivir con eso y eso. Pero siempre está ahí como el - - que siempre va a ser el - - no sé si es para mí el decir su condición sexual si fue porque él es así o por que fue el, el papá o el padrastro” (madre de Williams).

Es considerando el tiempo transcurrido del egreso de los PRM, que es posible dar cuenta que en su mayoría los adultos y adolescentes, han logrado mantener y fortalecer los cambios iniciados durante la psicoterapia, destacándose la relación de

mayor confianza y comunicación, lo que ha favorecido mayor cercanía afectiva que ha permitido afianzar el vínculo a partir del reconocimiento de las necesidades y afectos del otro. Coincidiendo que en la actualidad experimentarían mayor bienestar en sus vidas, en donde varios de los adolescentes, han logrado mayor participación en actividades que los gratifican tanto en lo laboral, académico o actividades extra programáticas, apreciándose comprometidos y motivados en el logro de metas y sueños.

Dentro de las convergencias, cabe destacar que tanto adultos como adolescentes relevan el hecho de que éstos últimos están mayormente empoderados respecto de sus vidas, asumiendo con mayor autonomía y control diversas decisiones. En donde también reconocen el logro de mayor autoestima y confianza personal.

En algunos casos existe un reconocimiento de mayor apertura en el ámbito social, apreciándose a los adolescentes con mayor disponibilidad a establecer relaciones interpersonales, logrando relacionarse con mayor confianza frente a otros.

Respecto a los **cambios asociados a ASI post terapia**, se aprecian algunas convergencias asociadas principalmente a la disminución del dolor, de la vergüenza, en donde a través del tiempo se pensaría menos respecto de dicha experiencia, conllevando a la sensación de mayor felicidad y bienestar.

A nivel de **proyección respecto de los cambios**, casi la totalidad de adultos y adolescentes imaginan el futuro asociado al cumplimiento de metas y sueños, esto relacionado principalmente en el ámbito académico y laboral. Apreciándose en general, que los adolescentes logran en sus narrativas, desarrollar con mayor profundidad aspectos asociados a su visión del futuro, en donde los adultos plantean una proyección más general relacionada con bienestar.

“Entonces siento que es un árbol que me representa mucho y obviamente antes está mucho más opaco. Pero, ahora, actualmente siento que estoy floreciendo porque estoy estudiando. Me está yendo súper, eh, sé que puedo sacar mi título y sé que puedo ir mucho más allá” (Williams).

“Quiere estudiar gastronomía. Y le encanta y su proyecto es ser un gran chef, él me dice “yo voy a estar ahí, yo voy a estar en la tele” dice - - y yo sé que lo va a hacer (sollozo)” (madre de Williams).

Dentro de los **facilitadores del cambio durante la terapia**, adultos y adolescentes coinciden en que el apoyo y disponibilidad familiar fueron factores fundamentales para propiciar el cambio. En donde además el apoyo y confianza establecida con el terapeuta, son significados en varios de los casos de la muestra como relevantes para el proceso de cambio, dando cuenta de la importancia de la construcción de la alianza terapéutica.

Apreciándose también similitud en cuanto a reconocer el apoyo y mayor comprensión del adulto responsable, como facilitadores para que se produjese el cambio durante el proceso psicoterapéutico.

“Porque igual mi mamá se preocupaba caleta y que yo no le dijera nada, sería no sé, me ayudó harto yo pienso, entonces. Yo igual le contaba todo a mi mamá, si me sentía mal yo le decía. mm, a ver, es que igual estuvo ahí como harto, harto tiempo, me llevaba (risa) me llevaba” (Trinidad).

“Bueno, en el día se bajoneó, pero era obvio, pero después, como, como ya la tenía aleonada de lo que iba a suceder o de lo que podría suceder, porque fue (incomprensible). Entonces yo le dije “puede suceder esto, esto otro, pero simplemente” le digo “en algún momento lo va a pagar todo porque lo que hizo él no estuvo bien”, así que y no meterle tanto tampoco, yo trato de no hablar mucho del tema si ella - para ella su papá se murió, si él, entonces no le toco, ella se acuerda de cosas de antes de, pero yo la escucho, nunca le digo, no, nada, pero eso, pero después ella como que ya no, no toca el tema” (madre de Trinidad).

Un facilitador destacado por casi la totalidad de los adolescentes, es el asociado al esfuerzo personal, el cual converge sólo con un adulto, quien destaca la motivación de la adolescente en asistir al proceso de terapia.

Considerando el período de post terapia, es que se aprecia como la mayoría de adolescentes y adultos convergen como favorecedor en la mantención del cambio, el hecho de que los adultos han desarrollado mayor comprensión y apoyo hacia los adolescentes, coincidiendo a su vez con uno de los facilitadores identificado durante

el proceso psicoterapéutico. Dando cuenta de lo significativo de este aspecto, para la mantención en el tiempo del cambio iniciado durante la psicoterapia, el cual es reconocido mayoritariamente por los adolescentes.

Además en algunos casos se releva el sentirse empoderado, como una característica relevante para la mantención de los cambios a través del tiempo transcurrido del egreso de los PRM.

En cuanto a los obstaculizadores del cambio, durante el proceso de psicoterapia tanto adolescentes como adultos convergen en su mayoría, en que no se habrían producido eventos que conllevaran a interferir en el avance del proceso de cambio. Figurando sólo en el caso de Trinidad, el distanciamiento del hermano como un obstaculizador reconocido tanto por la adolescente como por su madre.

En relación a la etapa de Post terapia, se mantiene en la mayoría de adolescentes y adultos, la ausencia de obstaculizadores que interfieran en la mantención o en la aparición de nuevos cambios.

En cuanto a la **trayectoria del cambio**, se destaca que durante el proceso psicoterapéutico tanto adultos como adolescentes, coinciden con que el curso del cambio se habría producido de forma gradual, es decir de forma progresiva en el tiempo, no observándose retrocesos ni estancamientos.

Posterior al egreso de la psicoterapia, la mayoría de adultos y adolescentes de la muestra, convergen en que los cambios desarrollados durante el proceso psicoterapéutico, se han mantenido en el tiempo e inclusive algunos de ellos se han fortalecido.

Es considerando las divergencias en las narrativas de adultos y adolescentes, que es posible destacar que durante la psicoterapia, algunos adultos manifiestan la preocupación en cuanto a posibles conductas de riesgo que pudiesen incurrir los adolescentes, esto principalmente asociado a relaciones amorosas y en un caso en el bajo rendimiento escolar y aislamiento social. En donde en dos de estos casos, los adultos reconocen que durante el proceso psicoterapéutico de los adolescentes, ellos habrían desarrollado recursos protectores, lo que posiblemente favoreció el reconocimiento y preocupación en cuanto a la posibilidad de conductas de riesgo.

Otra divergencia observada, es en cuanto a las narrativas del cambio asociado a ASI durante la psicoterapia, en donde los adolescentes logran mayor descripción y profundidad en cuanto a la resignificación y superación de la experiencia, en donde sólo convergen con la narrativa de los adultos, en que se logra sobrellevar la situación.

Además, sólo los adultos relevan que los adolescentes durante la psicoterapia comienzan a desarrollar mayor empoderamiento y confianza, asumiendo a su vez mayor responsabilidad en cuanto a decisiones y conductas, lo que es destacado principalmente en el ámbito escolar.

En cuanto al tiempo de **Post terapia**, se aprecia que sólo los adultos reconocen un fortalecimiento en su rol parental en donde identifican mayor consistencia en los límites establecidos en cuanto a conductas de los adolescentes. Manteniéndose además la preocupación por posibles conductas de riesgo, asociadas principalmente al establecimiento de relaciones amorosas de los adolescentes. Otro aspecto que sólo emerge en los adultos, es la preocupación por el futuro de los adolescentes, lo que no figura en las narrativas de éstos últimos.

Un aspecto reconocido sólo por los adolescentes es el relacionado con el logro de mayor estabilidad emocional, en donde refieren sentir mayor regulación de su mundo afectivo. En este aspecto los adultos sólo mencionan mayor bienestar en los adolescentes, siendo éstos últimos quienes desarrollarían mayor descripción de este aspecto.

En relación a los facilitadores de la mantención del cambio post terapia, se destaca que algunos adultos mencionan el apoyo en la fe cristiana y el aconsejar a los adolescentes, no observándose divergencias en cuanto al reconocimiento de aspectos que pudiesen estar obstaculizando la mantención del cambio.

En cuanto a la **trayectoria del cambio durante el período de post terapia**, es posible apreciar que los adolescentes identifican que la evolución del cambio ha sido rápida, sin retrocesos en cuanto a los logros alcanzados, los cuales en algunos casos son reconocidos en el período de post terapia. En donde además algunos adolescentes logran reconocer inclusive nuevos cambios desarrollados tras el término de la psicoterapia. En este aspecto los adultos sólo manifestaron que los

cambios logrados durante la psicoterapia se mantendrían, y en algunos casos se habrían fortalecido.

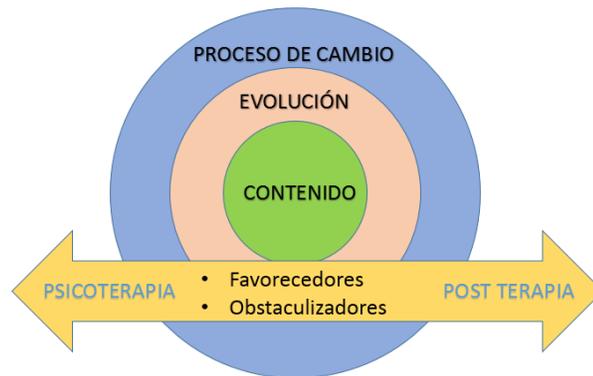
7 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A continuación se presentan los principales hallazgos obtenidos de los análisis de las narrativas de los adolescentes y sus adultos responsables, respecto del proceso de cambio. En donde a partir de la integración de los elementos resultantes y emergentes, se da respuesta a la pregunta y objetivos de la investigación.

A partir de la Figura N°1, se representan los elementos que se consideraron para comprender el proceso de cambio de los adolescentes de la muestra. El cual contempló el cambio ya iniciado en el proceso psicoterapéutico, desde donde comienzan a desarrollarse nuevas construcciones y teorías subjetivas en los jóvenes, destacándose que en el caso de las víctimas de ASI, implica además un proceso gradual de resignificación de la experiencia de agresión. Teniendo presente los planteamientos teóricos respecto de la superación de la ASI, es que se grafica el proceso de cambio de forma longitudinal, dando cuenta que la superación se desarrollaría más allá del espacio psicoterapéutico (Draucker et al., 2009, Lama, 2014), siendo un proceso dinámico que involucra transformación y crecimiento (Capella y Gutiérrez, 2014; Draucker et al, 2011; Lama, 2014; Rodríguez, 2014).

Contemplándose para esto el contenido del cambio y su evolución, aspectos que nos permiten observar y comprender cómo es el curso del cambio no sólo desde el espacio psicoterapéutico, sino como parte de un continuo que recorre las distintas etapas de la vida. Aspecto significativo, si consideramos que el cambio se va complejizando, en la medida que se avanza en distintas etapas evolutivas (Echávarri et al., 2009). Por último se grafican los factores que favorecen y obstaculizan el cambio, no sólo en la psicoterapia sino que posterior a ésta. Para esto se consideró que la psicoterapia sería un factor que propicia el cambio, existiendo otros factores intra y extraterapéuticos (Krause, 2005) que influirán en su mantención, retrocesos o en la generación de nuevos cambios en el tiempo.

Figura N°1: Elementos del Proceso de Cambio



A continuación, se presentan los principales resultados, de acuerdo a los cuatro ejes temáticos considerados en el análisis de las narrativas.

De esta manera nos encontramos primeramente con el concepto de **Contenido del Cambio**, el cual fue abordado considerando el contenido acontecido durante la psicoterapia, el cambio sucedido luego de finalizada dicha intervención y la proyección de los cambios, lo que nos permite reconocer las principales características del proceso, desde una perspectiva de evolución en el transcurso del tiempo. Aspecto de la investigación, fundado en la mirada de que el cambio se describe como un proceso de etapas sucesivas (Altimir et al., 2010; Dagnino et al., 2014; Krause et al., 2006), en donde la psicoterapia con víctimas de ASI, favorece la superación de sus efectos, ocurriendo en un momento determinado de la vida, desarrollándose la integración de la experiencia abusiva en el continuo vital, no siendo un proceso lineal (Capella, 2011; Capella y Miranda, 2003; Capella et al., 2008).

En este aspecto, nos encontramos que tanto en las narrativas de los adolescentes como de los adultos, se da cuenta de una serie de cambios desarrollados durante el proceso psicoterapéutico tanto en lo sintomático, conductual y representacional, conllevando en general al desarrollo gradual de mayor bienestar en los adolescentes. Lo que a su vez, también repercutió en el bienestar de los adultos, quienes en su rol de acompañantes y víctimas indirectas, se ven beneficiados de la intervención de los adolescentes. Estos últimos relevan cambios emocionales en los adolescentes durante

el proceso psicoterapéutico, lo que coincide con investigaciones que aluden a que durante la primera etapa de la intervención, se sucederían mayoritariamente cambios en este ámbito, lo que conllevaría gradualmente a desarrollar mayor bienestar (Capella et al., 2018). En este aspecto, se destaca que durante la psicoterapia se habrían iniciado cambios en relación a una mejor autoestima, mayor bienestar reflejado en mayor satisfacción personal y felicidad, comenzando a presentar mayor apertura social.

A su vez, resulta significativo el cambio ocurrido en la relación establecida entre los adolescentes y sus adultos, ya que se destaca en ambos el hecho de que durante el proceso psicoterapéutico, se generó una relación mayormente cercana, con mejores canales de comunicación que han favorecido que los adultos reconozcan los diversos requerimientos de los adolescentes. Siendo coincidente con los resultados del estudio llevado a cabo por Dussert (2014), en donde se plantea que la vivencia de superación a nivel parental, favorecería la relación parento-filial, permitiéndoles a los adultos lograr una mayor comprensión respecto de la situación de ASI y los efectos psicológicos en los NNA, favoreciendo a su vez una mejor comunicación.

Este cambio positivo a nivel relacional, coincide con los aspectos teóricos que dan cuenta que los NNA mejoran la relación con su adulto responsable al percibir de forma más positiva y menos amenazante a su entorno familiar en general, aumentando la capacidad para establecer un vínculo de confianza con su figura parental (Dussert et al., 2017; Gómez, 2016; Jessiman et al., 2016). Logro que tanto los adolescentes como los adultos, refieren se mantendría en el tiempo transcurrido luego del término de la terapia, valorándolo y significándolo a su vez como un elemento favorecedor del bienestar alcanzado. Dando cuenta de que los adultos responsables son agentes fundamentales en el proceso de cambio experimentado por los adolescentes, no sólo durante la psicoterapia sino que también posterior a ella.

Los adolescentes identifican que es durante el proceso psicoterapéutico, que comienzan a desarrollar cambios, tanto desde la disminución de síntomas como desde un cambio más representacional. Valorando que en la actualidad se han mantenido y fortalecido dichos cambios, pudiendo reconocerlos en acciones que grafican su autonomía, independencia y seguridad, en donde la experiencia de ASI se encuentra

menos presente, lo que no implica olvidarla, sino que han logrado integrarla como una experiencia más de sus vidas. Aspectos que podrían vincularse con los hitos más específicos del período evolutivo, destacándose en la adolescencia el desarrollo de la identidad personal (Capella, 2011; Sepúlveda, 2013). Al experimentar la resignificación de la ASI, los adolescentes gradualmente han logrado posicionarse como agentes de su propia vida, con mayor sentido de control y poder, lo que también se ve favorecido por las mayores capacidades cognitivas que les permiten la construcción de nuevas interpretaciones.

Este aspecto resulta coincidente con los postulados de Ronen (1996), en cuanto a los objetivos a abordar durante la psicoterapia, en donde el tercero de ellos se dirige hacia el futuro, hacia la generación de autonomía, capacidad de explorar el mundo con confianza, propiciando oportunidades de nuevas experiencias. Logro que es posible advertir en las narrativas tanto de los adolescentes como de sus adultos, en cuanto a la autonomía progresiva que han ido adquiriendo con el tiempo, relevando el anhelo y disposición para seguir forjando su camino a partir de sus propios requerimientos.

En donde a partir del enfrentamiento de nuevas situaciones, algunas propias de su etapa evolutiva tales como establecer relaciones amorosas, iniciar estudios o vida laboral, los adolescentes han logrado poner en práctica los recursos adquiridos durante el proceso psicoterapéutico. Destacándose el empoderamiento y esfuerzo personal, como un aspecto relevado por ellos en cuanto al contenido del cambio post terapia y el cual ha conllevado a que se movilicen a realizar acciones para el cumplimiento de metas y anhelos, observándose lo referido por Draucker et al. (2011), en cuanto a los elementos que favorecen el proceso de superación, quienes mencionan está la actitud y disposición de la víctima, destacando la importancia de la determinación personal. Elemento también coincidente con los resultados del estudio efectuado por Dussert (2014), en donde la relevancia del esfuerzo personal de los adolescentes, fue un aspecto que les permitió afrontar la experiencia y sobreponerse a los eventos críticos derivados del proceso de recuperación.

En cuanto al contenido de los cambios post terapia, los hallazgos son coincidentes con resultados de estudios realizados al finalizar el proceso psicoterapéutico (Capella et

al., 2016), lo que nos permite reconocer la continuidad de los logros alcanzados durante la psicoterapia, manteniéndose mayor estabilidad emocional y recursos adquiridos para resignificar la ASI y construir nuevos significados.

Es en este punto, donde es posible apreciar la relevancia de contar con instancias de seguimiento en distintos momentos del proceso de cambio, no sólo durante la psicoterapia, esto de manera de lograr visualizar el alcance a largo plazo de los beneficios que pudo otorgar el proceso psicoterapéutico, además de permitir cubrir la posible emergencia de síntomas dormidos (Briere, 1992), es decir manifestaciones sintomáticas que pudiesen desarrollarse con el transcurso del tiempo. En este aspecto, cabe mencionar que en la investigación, no se observaron indicadores que diesen cuenta de la aparición de nueva sintomatología, ni tampoco manifestaciones sintomáticas que hubiesen estado presente al inicio de la psicoterapia. Destacándose en los adolescentes recursos adaptativos frente a su entorno, el cual enfrentan con una actitud empoderada, y de esfuerzo en el cumplimiento de anhelos y metas.

A partir de lo descrito, es posible apreciar como el cambio psicoterapéutico en los adolescentes de la muestra, ha continuado desarrollándose y fortaleciéndose en el transcurso del tiempo, a través de momentos sucesivos que dan cuenta de un proceso gradual, en donde las manifestaciones sintomáticas desarrolladas al inicio de la psicoterapia ya no se encuentran presente. Esto último coincide con estudios de seguimiento realizados hasta dos años de finalizada la intervención (Deblinger et al., 1999, Deblinger et al., 2006), en donde se da cuenta de la mantención de la remisión sintomática, destacándose sobre todo en niños/as que habrían presentado sintomatología crónica.

En cuanto a los ejes temáticos de **facilitadores y obstaculizadores del cambio**, debemos tener presente que el cambio psicoterapéutico estaría influenciado por factores intra como extra terapéuticos (Krause, 2005; Capella y Rodríguez, 2018), por lo que es esperable que el proceso de cambio que experimenten los adolescentes que han sido víctimas de ASI, esté también mediado por factores que no necesariamente correspondan sólo a la psicoterapia. En donde ésta, a partir de lo planteado por Gómez (2016) podría vincularse al logro de cambios terapéuticos de mayor complejidad y

profundidad, las que solo en un proceso de cambio en conjunción con otros factores, podrían implicar un cambio más global.

Desde esta mirada, es que resulta plausible considerar aspectos favorecedores y obstaculizadores ocurridos durante la psicoterapia como posterior a ésta, de manera de lograr reconocer elementos que pudiesen también tener continuidad en el tiempo.

En relación a esto, encontramos que durante el proceso psicoterapéutico y posterior a éste, los adolescentes como los adultos destacan facilitadores del cambio en distintos aspectos: familiares, del adulto responsable, de la intervención, sociales y del adolescente. Prevalciendo en la mirada de éstos últimos, elementos asociados principalmente al apoyo y disponibilidad familiar, relevando la mayor comprensión y apoyo de su adulto responsable, aspecto que sería connotado como un cambio producto de la psicoterapia y el cual a su vez es significado como un facilitador durante el proceso y luego de finalizada la psicoterapia, dando cuenta de la continuidad y relevancia de dicho facilitador para el proceso de cambio en el transcurso del tiempo.

Este elemento es coincidente con lo observado por Capella et al. (2018), quienes a partir de entrevistas a NNA realizadas en distintos momentos de la psicoterapia, hallaron que el apoyo familiar se constituía en un elemento relevante para promover el cambio durante dicho proceso, constituyéndose en un hallazgo del presente estudio el hecho de que dicho aspecto continúe siendo reconocido como un facilitador significativo en la mantención del cambio post terapia. Lo que nuevamente nos permite confirmar la importancia de la inclusión de los adultos responsables en los procesos psicoterapéuticos de los adolescentes, estimándose la conveniencia de establecer objetivos acordes no sólo a las necesidades proteccionales de los adolescentes, sino que también en recursos personales que les permitan enfrentar diversas situaciones atinentes a los distintos momentos del ciclo vital de los adolescentes. Siendo coincidente con estudios que evidencian dicha necesidad (Álvarez, 2012; Capella, 2011; Capella et al., 2014; Draucker y Martsof, 2008; Dussert, 2014).

Otra aspecto a destacar como favorecedor del cambio durante el proceso psicoterapéutico, radica en el reconocimiento del esfuerzo personal de los adolescentes, dando cuenta de la voluntad y empeño por salir adelante de las dificultades, elemento que encontramos nuevamente presente en la etapa de post terapia, siendo connotado

por los adolescentes como un facilitador del estado de mayor bienestar que han logrado. Este elemento también es reconocido como favorecedor durante la psicoterapia, en el estudio realizado por Capella et al. (2018), al igual que con el realizado por Lama (2014), lo que nos permite observar la continuidad de dicho facilitador durante el proceso de cambio en distintos momentos.

Se destaca que en el período de post terapia, los adolescentes comienzan a adoptar mayor control y poder de la propia vida, lo que significan a través del sentirse más empoderados como un facilitador del cambio luego de finalizado el proceso psicoterapéutico. Reflejando el asentamiento de los cambios iniciados durante la psicoterapia, en donde comienza en ellos a emerger mayor seguridad y confianza, elementos que han favorecido se posicionen como agentes activos de su propia vida, con una identidad más fortalecida, presentando mayor capacidad para enfrentar y superar desafíos propios del avance evolutivo.

Esto último, nos permite reconocer la relevancia de reforzar durante el proceso psicoterapéutico, los recursos personales con los que cuentan los adolescentes, ya que junto a otros factores (sociales, familiares, de intervención) serán sus propias estrategias y capacidades las que les permitirán abordar la experiencia de ASI, las consecuencias que conlleve en distintas esferas del desarrollo y el afrontamiento posterior a la psicoterapia de diversos momentos de su ciclo vital. Lo cual resultará aún más significativo cuando inicien una vida autónoma, más independiente de sus figuras de cuidado, en donde deberán desplegar diversos recursos para el afrontamiento de distintos momentos o dificultades.

En cuanto a factores que pudiesen obstaculizar el proceso de cambio, se observa que durante la psicoterapia se releva tanto en adolescentes como adultos, la falta de apoyo de familiares significativos, no reconociendo aspectos de su situación actual que estuviesen interfiriendo mayormente en el curso del cambio. Sin embargo, se destaca el caso de Viviana (18 años), adolescente que debe enfrentar dificultades con la madre, lo cual también habría ocurrido mientras participó de la psicoterapia, lo que en ese momento connotó como obstaculizador. Y en otro caso, nos encontramos al momento del seguimiento, que la madre de Williams presenta dificultades en aceptar la orientación sexual del adolescente, lo que habría comenzado a presentar durante el proceso

psicoterapéutico y lo que ella misma identifica como obstaculizador para el cambio. Este último caso, fue el que contó con menor tiempo de intervención, lo cual pudo haber repercutido en el proceso desarrollado por la madre, quien no logró profundizar en su afectación y dificultades para enfrentar las características y necesidades de su hijo.

Este último aspecto, refleja la necesidad de adecuar los tiempos de intervención a las necesidades particulares de cada caso, lo cual muchas veces se ve interferido por el cumplimiento de lineamientos institucionales que atentan contra la continuidad de la intervención.

En relación a la **evolución de los cambios**, es posible concluir que los cambios reconocidos tanto por los adolescentes como por los adultos durante el proceso psicoterapéutico, se han logrado mantener en el transcurso del tiempo y en algunos casos inclusive consolidado y fortalecido, no presentando retrocesos y generando la mantención de un estado general de bienestar. Es así, como es posible observar que progresivamente en el tiempo, los beneficios del proceso psicoterapéutico se han hecho evidentes a partir de la integración de lo aprendido en una nueva narrativa que da cuenta de un crecimiento personal, que les ha permitido posicionarse ante la vida con una mirada distinta, que ha conllevado a retomar gradualmente el curso de sus vidas.

De esta manera logramos identificar dos tipos de curso del cambio, posterior al egreso de la psicoterapia, cambios que se **fortalecen y consolidan**, y cambios que se **mantienen**. Es relevante mencionar el caso de Viviana, quien a pesar de las dificultades asociadas a la relación con la madre, quien sigue manteniendo convivencia con el agresor, ha logrado enfrentar dicha situación con mejores recursos desarrollados durante la psicoterapia, constituyéndose la abuela materna en un referente de cuidado y protección, que ha favorecido en ella niveles de seguridad, que le permiten ubicarse en su entorno con mayor sentido de control. En este caso puntual, la adolescente continúa de forma indirecta relacionada con el agresor, preocupándole que sus hermanas menores convivan con éste. Apreciándose durante la entrevista de seguimiento, manifestaciones que daban cuenta de su afectación, ya que además debía pronto enfrentar juicio para determinar régimen de contacto con sus hermanas.

Esta situación nos da cuenta de la relevancia de mantener la distancia del agresor o de las figuras significativas, en este caso la madre, que no han prestado credibilidad a la situación de ASI, ni mucho menos han apoyado o colaborado en el proceso psicoterapéutico, manteniendo una actitud similar en el transcurso del tiempo posterior al egreso. Lo que claramente se constituye en una dificultad para la adolescente y para la progresión de los cambios, provocando afectación emocional que interfiere con el bienestar alcanzado.

Es en el estudio llevado a cabo por Capella et al. (2018), que se señala que la falta de apoyo familiar se constituye en un obstaculizador del cambio durante la psicoterapia, encontrándonos a partir de este caso, que posterior al egreso ésta también se presenta por lo menos como un dificultador en la evolución de los cambios. En donde en este caso, la adolescente hace uso de los recursos desarrollados y a un evidente esfuerzo personal, para sobrellevar la preocupación y afectación que implica que sus hermanas continúen conviviendo con la madre y el agresor.

En base a lo descrito, podemos observar que tanto los adolescentes como adultos, identifican que el proceso de cambio iniciado durante la psicoterapia se ha continuado desarrollando de **forma gradual**, presentando una evolución progresiva en el tiempo, que en la mayoría de los casos ha implicado una consolidación de los cambios a partir de poner en práctica los recursos adquiridos y/o fortalecidos. Relevándose para dicho logro, no sólo los aspectos individuales desarrollados; sino que también el relacional, principalmente el apoyo por parte de los adultos responsables, encontrándonos que el contexto posterior a la psicoterapia, resulta fundamental para el curso que tome el proceso de cambio.

En cuanto a las **convergencias y divergencias** identificadas a partir de las narrativas de los adolescentes y sus adultos, se destaca mayoritariamente coincidencias, lo que pudiese estar influenciado por el proceso de recuperación interrelacionado entre ambos y también a la mejora en el vínculo desarrollado durante la psicoterapia. Observándose convergencias sobre todo en lo concerniente al contenido del cambio iniciado durante la psicoterapia y el cual reconocen se mantendría en el tiempo transcurrido de su finalización. En donde relevan el cambio a nivel relacional, en cuanto a haber comenzado a experimentar mayor cercanía y reconocimiento de las necesidades

de los adolescentes, aspecto valorado durante y posterior a la psicoterapia. La confianza que comienzan a experimentar los adolescentes en relación a los adultos, habría gradualmente conllevado a desarrollar mayor expresión de sus emociones y necesidades, en donde han logrado a partir del tiempo mayor bienestar y satisfacción en sus vidas.

En esta línea, se destaca dentro de las divergencias, un tema emergente significativo para la continuidad del cambio, y es que en el caso de los adultos responsables aparece durante el proceso psicoterapéutico, la preocupación por conductas de riesgo que pudiesen presentar los adolescentes, en cuanto a relaciones amorosas, embarazo, enfermedades de transmisión sexual, manifestando su inquietud en cómo abordar dichas situaciones. Preocupación que se ha mantenido en el transcurso del tiempo, en donde los adultos dan cuenta de las dificultades que han presentado para enfrentar situaciones en este ámbito. Aspecto que resulta significativo, en el sentido de las competencias de los adultos para abordar hitos relevantes en el desarrollo de los adolescentes, dando cuenta de la necesidad de fortalecer durante el proceso psicoterapéutico, competencias en los adultos que les permitan ir acompañando a los adolescentes de acuerdo a los distintos momentos y situaciones que deben ir enfrentando de acuerdo a su avance evolutivo.

En este aspecto emergente, es conveniente considerar el estudio realizado por Deblinger et al., (1999), en donde al medir las prácticas de crianza al año de seguimiento aparece un leve deterioro, luego en la evaluación de seguimiento de 2 años, los resultados indicaron que no hubo una disminución adicional en las prácticas efectivas de crianza de los hijos. En este aspecto, los autores plantean que se espera una disminución en el uso de habilidades de crianza recién adquiridas, pudiendo no ser clínicamente significativa dada que no hay un aumento en los problemas de comportamiento de los/as niños/as.

Sin embargo en la etapa adolescente, se presentan tareas acordes a la etapa evolutiva, observándose el desarrollo de mayor sentido de independencia y autonomía, con mayor diferenciación de la familia, elementos que posiblemente durante la psicoterapia aún no estaban presentes o estaban recién emergiendo. Por lo que los

adultos durante el período de post terapia, han debido enfrentar directamente estas situaciones que vienen a desafiar los recursos y competencias desarrollados durante el proceso de psicoterapia, dando cuenta a partir de sus narrativas, de su preocupación en cuanto a los recursos con los que cuentan para apoyar a los adolescentes, presentando debilidades al momento de enfrentar nuevas situaciones. A partir de esto, podría plantearse la necesidad de mayor profundización y fortalecimiento de competencias parentales durante la participación en la psicoterapia de los/las adolescentes, de manera de que éstas lograsen internalizarse significativamente en el tiempo y no sólo sean resultado de un efecto inmediato de la intervención.

Además cabe destacar que dentro de la muestra, dos de los adultos responsables corresponden a las abuelas por línea materna, en donde una de ellas asume el cuidado tras un tiempo de la develación de ASI y de que la adolescente permaneciese en Residencia. Implicando para la abuela, el desafío de retomar temas asociados a crianza, de lo cual ya se encuentra con mayor distancia de tiempo y de contextualización de temáticas atingentes a la etapa adolescente, por lo que posiblemente sus competencias o habilidades requieran de mayor acompañamiento y fortalecimiento. En ambos casos, existe la búsqueda de apoyo en la fe cristiana, desde donde reconocen recibir un apoyo espiritual y emocional para enfrentar las vicisitudes de la vida. Esta adscripción a la fe cristiana, concuerda con los resultados del estudio desarrollado por Dussert (2014), en donde emerge que la espiritualidad actuaría como un elemento personal altamente influyente en la recuperación de la experiencia de agresión para las figuras parentales, reflejando la necesidad de los adultos de contar con instancias de apoyo y contención emocional, que les permita ejercer un rol protector con recursos emocionales mayormente fortalecidos.

A partir de esto, es posible afirmar la relevancia de reconsiderar el tipo de intervención que se está llevando a cabo a nivel familiar en los Programas de Reparación de SENAME, puntualmente con los adultos responsables, quienes son incorporados a partir de los objetivos protectores planteados con los adolescente, desarrollándose una intervención de apoyo psicosocial principalmente (SENAME, 2015). Apreciándose en el presente estudio, la relevancia de contemplar objetivos específicos en cuanto a las competencias parentales dirigidas no sólo a lo protectoral, sino también al desarrollo

de recursos que les permitan situarse en diversos escenarios asociados a los hitos de la etapa evolutiva, lo que posiblemente favorecerá que los adolescentes puedan transitar de mejor manera éstas situaciones. Estimándose necesario abordar sobre todo cuando el adulto responsable no corresponde a la diada parental. Es decir, es otro adulto que asume el cuidado y protección tras la develación de la agresión, implicando un desafío con matices distintos dentro de la intervención, en donde a partir del presente estudio dichos adultos explicitan el requerimiento de apoyo en cuanto a estilos de crianza. Constituyéndose a su vez en un aporte para la mirada de los terapeutas, de manera de ampliar sus perspectivas de intervención respecto de los ámbitos que favorecen la continuidad del cambio.

Considerando los planteamientos anteriores, que es posible dar respuesta a los objetivos del estudio, en donde a partir de las distintas narrativas se da cuenta de diversos aspectos del proceso de cambio, tanto de su contenido como del curso que ha desarrollado a través del tiempo, permitiéndonos apreciar la evolución de un proceso que es considerado como continuo a lo largo de la vida y dependiente de factores evolutivos y contextuales. Es así como los diversos hallazgos, se constituyen en un aporte a la investigación en la superación de agresiones sexuales en adolescentes, favoreciendo la comprensión del cambio más allá del momento de la psicoterapia.

Siendo relevante destacar que este tipo de estudios de carácter longitudinal, nos otorga la posibilidad de observar los distintos momentos por los que transita el adolescente y el adulto, en cuanto al proceso de cambio iniciado durante la psicoterapia. Aportando con una mirada de proceso, acorde a la concepción del cambio planteado desde lo teórico (Draucker et al., 2011; Gonçalves et al., 2009; Krause et al., 2006), estimándose así la relevancia de contar con instancias de seguimiento del cambio. En donde los programas que atienden a adolescentes víctimas de ASI, no sólo debiesen contemplar evaluación en fase intermedia o final del proceso, sino también dejar acordado al finalizar la psicoterapia, la posibilidad de recontactarse transcurrido un período de tiempo, para abordar cómo ha sido el curso de los cambios iniciados durante la psicoterapia, explicitando que su fin es aportar a la mantención de los logros a largo plazo.

También podemos considerar la contribución al ámbito jurídico, ya que las investigaciones asociadas a ASI, pueden aportar con herramientas básicas para que los actores judiciales comprendan el fenómeno en cuanto a sus características diversas en su evolución en cuanto a manifestaciones, consecuencias, intervención, proceso de cambio, facilitadores y obstaculizadores de los procesos de superación. A su vez los hallazgos podrían considerarse en el ámbito preventivo, en donde pudiesen reforzarse aspectos vinculares con el adulto responsable y recursos personales principalmente.

En términos metodológicos la investigación aporta en cuanto a la consideración de las narrativas tanto de los adolescentes como a los adultos responsables, permitiendo además establecer convergencias y divergencias en cuanto al contenido y evolución del cambio. Dando voz a los actores principales del proceso de cambio, lo que permite integrar ambas miradas para aportar al establecimiento de lineamientos acordes a sus reales necesidades.

Lo anterior permite respaldar la necesidad de futuras investigaciones, en cuanto al seguimiento del cambio en distintos momentos de la vida, permitiendo además evaluar los posibles beneficios a largo plazo de las intervenciones psicoterapéuticas. Este se considera un paso esencial para propiciar que los adolescentes que han finalizado sus procesos terapéuticos, mantengan y fortalezcan los cambios logrados a partir de la incorporación en psicoterapia de elementos que emerjan como significativos para la continuidad del cambio.

Otro aspecto relevante producto de los resultados, es la necesidad de que los procesos psicoterapéuticos se finalicen asociados al cumplimiento de los objetivos terapéuticos, y no se interrumpan por cumplimiento de lineamientos institucionales, lo cual afecta la progresión del cambio. Para lo que resulta imprescindible que los programas de atención, cuenten con mayor flexibilidad en relación a los tiempos de intervención, que éstos sean acordes a las necesidades del caso y no se interrumpan procesos por responder a requerimientos institucionales.

En el ámbito de la intervención, se destaca que los hallazgos del estudio aportan en cuanto a la relevancia de continuar desarrollando investigación en la temática de seguimiento post terapia, lo que contribuirá a construir un sustento sólido que permita

orientar de mejor manera las políticas públicas respecto de las intervenciones en población infanto juvenil que ha sido victimizada sexualmente.

Por otra parte, también resulta relevante mencionar las principales limitaciones de la investigación, destacándose dentro de ellas la reducida muestra tanto en cantidad como diversidad de género, ya que éstos aspectos limitan la generalización de los resultados, por lo que los presentes hallazgos pudiesen considerarse preliminares. Otro aspecto que pudiese considerarse como limitante, es el relativo a que la totalidad de los casos son egresos exitosos, lo que posiblemente influya en los resultados asociados principalmente a la mantención de los cambios. A partir de esto, se plantea la utilidad de replicar este estudio en una muestra con mayor cantidad de participantes, mayor diversidad de género y distintos tipos de egreso.

Además se considera el tiempo de seguimiento relativamente breve, por lo que sería relevante contar además con otro punto de evaluación, que lograrse dar cuenta de cómo se desarrolla el curso del cambio en distintos momentos. Esto considerando que los hallazgos de numerosas investigaciones, sugieren que los efectos perjudiciales de la ASI pueden llegar a presentarse a largo plazo, Cohen et al., (2004), al igual que puede presentarse un efecto retardado de la psicoterapia (Kendall, 1991).

Siendo a su vez interesante, llevar a cabo una investigación de carácter longitudinal en adolescentes que no cuentan con adulto responsable durante la psicoterapia, ya que como se ha demostrado el apoyo del adulto es fundamental para el proceso de cambio, tanto en la psicoterapia como posterior a ésta, lo que posiblemente nos demuestre un curso del cambio distinto al observado en el presente estudio.

Por último, cabe mencionar la limitación asociada a las escasas referencias bibliográficas relacionadas con seguimiento en ASI, encontrándonos sólo con referentes internacionales. Lo que a su vez, viene a apoyar la necesidad de continuar investigando en éste aspecto del proceso de cambio, de manera de favorecer el bienestar, cuidado y protección de NNA a partir de la investigación contextualizada en nuestra realidad nacional, de manera que la práctica tenga un real sentido y alcance para ellos y sus familias.

8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Águila, D. (2015). *Cambio psicoterapéutico en niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales: Narrativas de sus psicoterapeutas*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología mención Psicología Clínica Infanto Juvenil, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Altimir, C., Krause, M., De la Parra, G., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N. et al. (2010). Clients', therapists', and observers' agreement on the amount, temporal location, and content of psychotherapeutic change and its relation to outcome. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 20(4), 472–487.
- Álvarez, K. (2003). Abuso sexual en la niñez y adolescencia. En Almonte, C., Montt, M.E. & Correa, A. (Eds). *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia* (pp.486-506). Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo.
- Álvarez, P. & Socorro, A. (2009). *Intervención grupal psicoeducativa para madres de niños/as víctimas de agresiones sexuales: evaluación de la influencia en el cambio psicoterapéutico de sus hijos/as*. Memoria para optar al título de Psicóloga. Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Álvarez, A., Socorro, A. & Capella, C. (2012). Influencia de una intervención grupal para madres en el cambio psicoterapéutico de sus hijos/as víctimas de agresiones sexuales. *Revista de Psicología*, 21, 31–54.
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Barcelona, España: Paidós.
- Barudy, J. (2000). *Maltrato infantil. Ecología social: prevención y reparación*. Santiago: Editorial Galdoc.

- Bentovim, A., van Elberg, A., & Boston, P. (1988). The results of treatment. In A. Bentovim, A. Elton, J. Hildebrand, M. Tranter, & E. Vizard (Eds.), *Child sexual abuse within the family: Assessment and treatment* (pp. 252-268). London: Wright.
- Bernasconi, O. (2011). Aproximación narrativa al estudio de fenómenos sociales: Principales líneas de desarrollo. *Acta Sociológica*, 56, 9-36.
- Briere, J. (1992) Methodological Issues in the Study of Sexual Abuse Effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (2), 196-203.
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). The impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin*, 99, 66-77.
- Canales, M. (2006). Presentación. En: Canales, M. (coordinador-editor). *Metodologías de investigación social: Introducción a los oficios*. Santiago, Chile: LOM Ediciones.
- Cantón, D.J., & Cortés, M.R. (2000) *Guía para la Evaluación del Abuso Sexual Infantil*. Ediciones Pirámide. Madrid.
- Cantón-Cortés, D., Cortés, M. R. & Cantón, J. (2011). Naturaleza de los abusos sexuales a menores y consecuencias en la salud mental de las víctimas. *Gaceta Sanitaria*, 25(2), 157-165.
- Cantón-Cortés, D., Cortés, M. R. & Cantón, J. (2012). The role of traumagenic dynamics on the psychological adjustment of survivors of child sexual abuse. *European Journal of Developmental Psychology*, 9, 665–680.
- Capella, C. & Gutiérrez, C. (2014). Psicoterapia con niños y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales: Hacia una resignificación del concepto de reparación. *Psicoperspectivas*, 13(2), 93-105.

- Capella, C. & Miranda, J. (2003). *Diseño, implementación y evaluación piloto de una intervención psicoterapéutica grupal para niñas víctimas de abuso sexual*. Memoria para optar al Título de Psicóloga, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Capella, C. (2011). *Hacia narrativas de superación: El desafío para la psicoterapia con adolescentes de integrar la experiencia de agresión sexual a la identidad personal*. Tesis para optar al grado de Doctora en Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Capella, C. (2012). *Proceso de superación de las agresiones sexuales: narrativas de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas, sus padres y sus psicoterapeutas* (Proyecto de Investigación U-Inicia 5/0612). Santiago, Chile: Universidad de Chile, Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo.
- Capella, C. (2013). Una propuesta para el estudio de la identidad con aportes del análisis narrativo. *Psicoperspectivas*, 12(2), 117-128.
- Capella, C. (2014). *Cambio psicoterapéutico en agresiones sexuales: perspectiva de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas, sus padres y sus psicoterapeutas* (Proyecto de Investigación FONDECYT11140049). Santiago, Chile: Universidad de Chile.
- Capella, C., Escala, C.L. & Núñez, L. (2008). *Intervención psicoterapéutica con niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales: Profundización en el uso de técnicas*. Curso de actualización de Postítulo. Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile.
- Capella, C., Lama, X., Rodríguez, L., Águila, D., Beiza, G., Dussert, D. & Gutiérrez, 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, 73-92.

- Capella, C., Gutiérrez, C., Rodríguez, L., & Gómez., C. (2018). Change during psychotherapy: the perspective of children and adolescents who have been sexually abused. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*; volume 21:24-39.
- Capella, C. & Rodríguez, L. (2018). Buenas prácticas que favorecen el cambio psicoterapéutico en caso de agresiones sexuales: Integrando la perspectiva de niños/as y adolescentes que han sido víctimas, sus padres y psicoterapeutas. *Revista Señales*, año 11 / N° 18.
- Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales [CAVAS] (2003). *Centro de Asistencia Víctimas de Atentados Sexuales CAVAS Metropolitano: 16 años de experiencia*. Policía de Investigaciones de Chile.
- Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales [CAVAS] (2011). *Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales: Una revisión de la experiencia*. Santiago: Instituto de Criminología, Policía de Investigaciones de Chile.
- Código Penal Chileno (2013). Vigésima edición. Santiago: Editorial Jurídica de Chile.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. A. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 393-402.
- Cohen, J. Mannarino, A. & Knudsen, K. (2009). Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect*, 29,135-145.
- Corcorán, J., & Pillai, V. (2008). A Meta-Analysis of Parent-Involved Treatment for Sexual Abuse. *Research on Social Work Practice*; 18(5): 453-464.

- Corwin, D. L. (1989). Early diagnosis of child sexual abuse: Diminishing the lasting effects. In G. E. Wyatt & G. J. Powell (Eds.), *Lasting effects of child sexual abuse* (pp. 251-270). Newbury Park, CA: Sage
- Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R. P., Thomas, S. D., Wells, D. L. & Spataroc, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse & Neglect*, 34(11): 813-822.
- Dagnino, P., de la Parra, G., Jaramillo, A., Crempien, C., Padilla, O., Gómez-Barris, E., Luzio, P., Reyes, L., Said, M., Escobar, R., Martínez, D. & Rodríguez, S. (2014). El devenir del cambio: Cómo es y hacia dónde se dirige. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23 (1), 23-40.
- Deblinger, E., McLeer, S. V., & Henry, D. (1990). Cognitive behavioral treatment for sexually abused children suffering post-traumatic stress: Preliminary findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 747–752.
- Deblinger E, Lippmann J, Steer R (1996). Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: initial treatment outcome findings. *Child Maltreat* 1:310-321
- Deblinger, E., McLeer, S. V, Atkins, M. S., Ralphe, D., & Foa, E. (1989). Post-traumatic stress in sexually abused, physically abused, and nonabused children. *Child Abuse and Neglect*, 13, 403-408.
- Deblinger, E., Steer, R., & Lippmann, J. (1999). Two-year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 23(12), 1371-1378.

- Deblinger, E., Ph.D., Anthony P. Mannarino, Ph.D., Judith A. Cohen, M.D., And Robert A. Steer, Ed.D. A Follow-Up Study Of A Multisite, Randomized, Controlled Trial For Children With Sexual Abuse-related Ptsd Symptoms. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 45:12, December 2006.
- Del Río, M. (2007). *La construcción de significado psicológico de niños abusados*. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- Draucker, C. & Petrovic, K. (1996). Healing of Adult Male Survivors of Child Sexual Abuse. *Journal of nursing scholarship*, 28(3), 325-330.
- Draucker, C., Martsof, D. (2008). Storying Childhood Sexual Abuse. *Qualitative Health Research*. 18, 8; 1034-1048
- Draucker, C.B., Martsof, D., Ross, R., Cook, C.B., Stidham, A. W. & Mweemba, P. (2009). The essence of healing from sexual violence: a qualitative metasynthesis. *Research in Nursing and Mental Health*, 32, 366-378.
- Draucker, C.B., Martsof, D., Roller, C., Knapik, G., Ross, R. & Warner Stidham, A. (2011). Healing from Childhood Sexual Abuse: A Theoretical Model. *Journal of Child Sexual Abuse*, 20(4), 435-466.
- Dussert, D. (2014). *Significaciones en torno al proceso de superación de agresiones sexuales: Acercamiento a narrativas de padres de niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas*. Memoria para optar al título de Psicóloga, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

- Dussert, D., Capella, C., Lama, X., Gutiérrez, C., Águila, D., Rodríguez, L., y Beiza, G. (2017). Narrativas de Padres de Niños, Niñas y Adolescentes que han finalizado Psicoterapia por Agresiones Sexuales: Un Proceso de Superación Conjunta. *Psykhe*, 26(1), 1-14
- Echávarri, O., González, A., Krause, M., Tomicic, A., Pérez, C., Dagnino, P., De la Parra, G., Valdés, N., Altimir, C., Vilches, O., Stasser, K., Ramírez, I. & Reyes, L. (2009). Cuatro terapias psicodinámicas breves exitosas estudiadas a través de los indicadores genéricos de cambio. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(1), 5-19.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12, 43-44.
- Echeburúa, E., Corral, P. & Amor, P. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14, 139-146.
- Echeburúa, E. & Guerricaechevarría, C. (2005). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. España: Ariel.
- Elliot, A. & Carnes, C. (2001). Reaction of Nonoffending Parents to the Sexual Abuse of their Child: A review of Literature. *Child Maltreatment*, 6(4), 314-331.
- Espeleta, M. (2017). *Cambio Psicoterapéutico en Niños/as que han sido Víctimas de Agresiones Sexuales: La Perspectiva de sus Padres*. Memoria para optar al título de Psicóloga, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Feiring, C., Taska, L.S., Lewis, M. (1998). Social support and children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 13, pp. 240-260.

- Finkelhor, D. (1993). Abuso sexual: análisis de los conocimientos actuales. II *Congreso estatal sobre infancia maltratada*. Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco, Bilbao, España.
- Finkelhor, D. (1987). The Trauma of Child Sexual Abuse: Two Models. *Journal of Interpersonal Violence*, 2(4), 348–366.
- Finkelhor, D. & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530-541.
- Finkelhor, D. & Berliner, L. (1995). Research on the treatment of sexually abused children: a review and recommendations. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44 (11), 1408-23
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K. & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31, 7–26
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata, S.L.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] & Ministerio de Salud de Chile. (2011). *GUÍA CLÍNICA Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Menores de 15 años, Víctimas de Abuso Sexual*.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2015). *Cuarto estudio de maltrato infantil en Chile*. Santiago de Chile: UNICEF.
- Fong, H.F., Bennett, C.E., Mondestin, V., Scribano, P.V., Mollen, C. & Wood, J.N. (2016). Caregiver perceptions about mental health services after child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 51, 284–294.

- Foster, J.M., & Hagedorn, W.B. (2014). Through the Eyes of the Wounded: A Narrative Analysis of Children's Sexual Abuse Experiences and Recovery Process. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23:5, 538-557.
- Fundación Paz Ciudadana. (2014). *Balance de la Delincuencia 2013*. Recuperado de <http://www.pazciudadana.cl/wp-content/uploads/2015/01/balance-2013.pdf>
- Gil, E. (1997). *Tratamiento sistémico de la familia que abusa*. Buenos Aires, Argentina: Granica.
- Glaser, D. & Frosh, S. (1998). *Abuso Sexual de Niños*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New York: Aldine.
- Gómez, C. (2016). *Cambio psicoterapéutico en niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales: Una aproximación y propuesta teórica*. Memoria para optar al Título de Psicóloga, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Gonçalves, M., Matos, M. & Santos, A. (2009). Narrative therapy and the nature of "innovative moments" in the construction of change. *Journal of Constructivist Psychology*, 22, 1–23.
- Guerra, C., Arredondo, V. (2017). Investigación sobre psicoterapia en abuso sexual infantil: ¿Una tarea pendiente en Chile?. *Summa Psicológica UST*, Vol. 14, Nº 1, 1-11.
- Guerra, C. & Farkas, Ch. (2015). Sintomatología en víctimas de abuso sexual: ¿son importantes las características "objetivas" del abuso? *Revista de Psicología*, 24(2), 1-19.

- Harvey, S. & Taylor, J. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with sexually abused children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 30, 517-535.
- Hernández, S., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw-Hill.
- Hetzel-Rigglin, M., Brausch, A. & Montgomery, B. (2007). A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: An exploratory study. *Child Abuse & Neglect*, 31, 125-141.
- Hill, A., (2006). Play therapy with sexually abused children: Including parents in therapeutic play. *Child and Family Social Work* 2006, 11, 316–324.
- Jampole, L., & Weber, M. K. (1987). An assessment of the behavior of sexually abused and nonsexually abused children with anatomically coned dolls. *Child Abuse and Neglect*, 11, 187-192.
- Jessiman, P., Hackett, S., & Carpenter, J. (2016). Children's and carers' perspectives of a therapeutic intervention for children affected by sexual abuse. *Child and Family Social Work*, 22(2), 1024-1033.
- Kendall, P.C. (1991). *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures*. New York: Guilford Press.
- 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*, Vol. 113, No. 1, 164-180

- Kouyoumdjian, H., Perry, A.R. & Hansen, D.J. (2009). Nonoffending Parent Expectations of Sexually Abused Children: Predictive Factors and Influence on Children's Recovery. *Journal of Child Sexual Abuse*, 18:1, 40-60
- Krause, M. (1998). Construcción y transformación de teorías subjetiva a través de la psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 7, 29-43.
- Krause, M., Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N.,... Ben-Dov, P. (2007). The evolution of therapeutic change studied through generic change indicators. *Psychotherapy Research*, 17(6): 673-689.
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y Cambio. Una mirada desde la subjetividad*. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica.
- Krause, M., Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N.,...Ramírez, I. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 299–325.
- Lama, X. (2014). *Narrativas de superación de adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales y de sus terapeutas*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología mención Psicología Clínica Infanto Juvenil, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Luster, T., & Small, S. A. (1997). Sexual abuse history and problems in adolescence: exploring the effects of moderating variables. *Journal of Marriage and the Family*, 59, 131–142.
- Malacrea, M. (2000). *Trauma y reparación: el tratamiento del abuso sexual en la infancia*. Barcelona: Paidós.

- Manion, I., McIntyre, C, Firestone, P., Ligezinska, M., Ensom, D & Wells, G. (1996). Secondary Traumatization in Parents Following the Disclosure of extrafamilial Child Sexual Abuse: Initial Effects. *Child Abuse & Neglect*, 20(11), 1095-1109.
- Manion, I., Firestone, P., Cloutier P., Ligezinska, M., McIntyre J., & Ensom, R. (1998). Child extrafamilial sexual abuse: predicting parent and child functioning. *Child Abuse & Neglect*, 22(12), 1285-1304.
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Gregor, M. (1989). Emotional and behavioral difficulties in sexually abused girls. *Journal of Interpersonal Violence*, 4, 437-451.
- Martínez, J. (2012). Abuso sexual infantil ¿qué se repara en la terapia?. En Aretio, M.C. & Heresi, M (Eds.). *Temas de psicología clínica infanto juvenil: Aportes y reflexiones* (pp.95-111). Santiago, Chile: Ediciones Universidad Diego Portales.
- Martínez, J. (2014). *Abuso sexual infantil y psicoterapia: Análisis crítico del concepto "reparación"*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología mención Clínica Infanto Juvenil, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Meyerson, L., Longa, P., Miranda, R. & Marx, B. (2002). The influence of childhood sexual abuse, physical abuse, family environment, and gender on the psychological adjustment of adolescents. *Child Abuse & Neglect* 26 (2002) 387–405.
- Midgley, N. (2004). Sailing between Scylla and Charybdis: Incorporating qualitative approaches into child psychotherapy research. *Journal of Child Psychotherapy*, 30, 89-111.
- Ministerio de Salud [MINSAL] y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2011). *Guía Clínica: Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, víctimas de abuso sexual*. Recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/aaa27720f363a745e04001011e011120.pdf>

- Ministerio de Planificación y Cooperación (2010). *Política Nacional y Plan de Acción Integrado a Favor de la Infancia y Adolescencia*. Gobierno de Chile 2001-2010. Recuperado de http://www.oei.es/quipu/chile/politica_infancia.pdf
- Ministerio de Justicia (1999). *Modificaciones a la Ley 19617*. Recuperado de <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=138814>.
- Morrison, N. C. & Clavenna-Valleroy, J. (1998). Perceptions of maternal support as related to self-concept and self-report of depression in sexually abused female adolescents. *Journal of Child Sexual Abuse*, 7, 23–40.
- Neimeyer, R., Herrero, O., & Botella, I. (2006). Chaos to coherence: Psychotherapeutic integration of traumatic loss. *Journal of Constructivist Psychology*, 19, 127-145.
- Nelson-Gardell, D. (2001). The voices of victims: Surviving child sexual abuse. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 18(6), 401-416.
- Noll, J.G. (2008). Sexual abuse of children—Unique in its effects on development?. *Child Abuse & Neglect*, 32, 603–605.
- Núñez, L. (2012). Evaluación de daño psíquico en niños preescolares que han sido víctimas de agresión sexual infantil a partir del Test de Apercepción Infantil CAT-A. En C. Capella y L. Núñez (comp.). *Investigaciones en Psicología Clínica Infanto Juvenil. Segundo compendio de tesis de Magister en Psicología mención Psicología Clínica Infanto Juvenil* (pp.105-127). Santiago: Universidad de Chile.
- Observatorio Niñez y Adolescencia. (2018). *Cifra Negra de Violencia Sexual contra Niñas, Niños y Adolescentes: Ocultamiento de una Tragedia*. Observatorio Niñez y Adolescencia 2017. Recuperado del sitio web <http://www.observaderechos.cl/site/wp-content/uploads/2018/11/Reporte-ONA-2018.pdf>

- Ochotorena, P., & Arruabarena, M. (1996). *Manual de Protección Infantil*. Barcelona: Masson.
- Odhammar, F., & Carlberg, G. (2015). Parents' and psychotherapists' goals prior to psychodynamic child psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy & Counselling, 17*, 277-295.
- Ramchandani, P. & Jones, D. (2003). Treating psychological symptoms in sexually abused children: From research findings to service provision. *British Journal of Psychiatry, 183*, 484-490.
- Riessman, C. K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Rodríguez, L. (2014). *Narrativas de cambio y fortalecimiento: una aproximación al proceso de superación de experiencias de agresión sexual en niños y niñas*. Memoria para optar al título de Psicóloga, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Ronen, T. (1996). Constructivist therapy with traumatized children. *Journal of Constructivist Psychology, 9*:139-156.
- Ronen, T. (2002). Difficulties in Assessing traumatic Reactions in Children. *Journal Of Loss and Trauma, 7*: 87-106.
- Roussos, A. (2013). Introduction to Special Section on Clients' Perspective of Change in Psychotherapy. *Psychotherapy, 50*(4), 503-504.
- Sepúlveda, G. (2008). Perspectiva constructivista evolutiva en psicología clínica infanto juvenil. En Kaulino, A. & Stecher, A. (Eds.). *Cartografía de la Psicología Contemporánea: Pluralismo y Modernidad*. Santiago, Chile: LOM Ediciones.

- Sepúlveda, G. (2013). *Psicoterapia evolutiva con niños y adolescentes*. Santiago: Mediterráneo.
- Servicio Nacional de Menores [SENAME] (2004). *Estudio Peritajes psicológicos en Abuso Sexual Infantil*. Serie Estudios y Seminario. Santiago de Chile.
- Servicio Nacional de Menores [SENAME] (2012). *Bases técnicas específicas: Programa de Protección Especializado modalidad Maltrato Infantil Grave y Abuso Sexual*. Santiago, Chile. Recuperado del sitio web: www.sename.cl
- Servicio Nacional de Menores [SENAME] (2013). *Catastro de ofertas programáticas*. Santiago de Chile: Ministerio de Justicia. Recuperado del sitio web: www.sename.cl
- Servicio Nacional de Menores [SENAME] (2015). *Orientaciones Técnicas Línea Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Grave (PRM)*. Recuperado del sitio web: www.sename.cl
- Servicio Nacional de Menores [SENAME] (2016). *Observatorio Abuso Sexual Infantil y Adolescentes en Chile. Primer informe de abuso sexual en niñas, niños y adolescentes en Chile*. Recuperado del sitio web: <https://www.sename.cl/wsename/otros/observatorio2016/Informe-Sename-Digital-116-pag.pdf>
- Servicio Nacional de Menores [SENAME] (2019). *Catastro de la Oferta Programática de la red SENAME*. Departamento de Planificación y Control de Gestión. Santiago.
- Sinclair, C. & Martínez, J. (2006). Culpa o responsabilidad: terapia con madres de niñas y niños que han sufrido abuso sexual. *Psykhe*, 15(2), 25-35.

Subsecretaría de Prevención del Delito. (2015). *Víctimas Constatadas en los partes de Denuncias y Detenciones*. Recuperado de <http://www.seguridadpublica.gov.cl/estadisticas/datos-por-sexo-y-edad/>

Taylor, S.J. & Bogdan, R. (1998). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona, España: Editorial Paidós.

Tomm, K. (1989). Externalizing the problem and Internalizing Personal Agency. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 8 (1), 54-59.

Valles, M. (2003). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Editorial Síntesis.

Vergara, P. (2011). *El sentido y significado personal en la construcción de la identidad personal*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología mención Clínica Infante Juvenil, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Weiss, B., Catron, T., Harris, V. (2000). A 2-Year Follow-Up of the Effectiveness of Traditional Child Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 68, No. 6, 1094-1101.

9 ANEXOS

Guión de entrevista de adolescentes

Guión de entrevista de adultos responsables

Cartas de Consentimiento/Asentimiento Informado.

Anexo 1 Guión de entrevista de adolescentes



Departamento de Psicología

Guión de entrevista a niños/as y adolescentes FPCI 08-0817
1.- Consigna inicial:

Tal como te comenté previamente, esta investigación que estamos llevando a cabo, busca conocer la experiencia de los niños/as, adolescentes y sus padres, sobre la terapia a la que asistieron en centros como X, y los cambios posteriores al término de la psicoterapia. Nosotros ya te entrevistamos mientras estabas en terapia y cuando esta terminó. Y ahora nos interesa saber tu visión actual sobre eso. **Entonces te pediría que puedas contarme todo lo que quieras acerca de cómo estás ahora, cómo fue para ti ir a terapia, y sobre cómo te has sentido y lo que ha pasado en este tiempo desde que la terapia terminó.** No hay respuestas buenas ni malas, ya que nos interesa conocer tu punto de vista y lo que tú sientes, porque eres tú quien más sabe acerca de ti y tu terapia. Si tienes alguna duda preguntame, si yo tengo alguna duda te preguntaré.

QUEDARSE LO MÁS 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 niño ha dicho; Utilizar las mismas palabras del entrevistado para profundizar
- Técnicas de animación y elaboración (observaciones, ruidos o gestos que indican al niño 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?)

2.- Dibujo

Ahora me gustaría pedirte que hagas un dibujo en el cual puedas dibujar como estabas al principio de la terapia y cómo estás ahora.

a) Con plantilla en mano: Cómo puedes ver en esta hoja, hay una línea al medio. En este lado (señalar lado izquierdo), la idea es que puedas dibujar cómo estabas al principio de la terapia. Y en este otro lado (señalar lado derecho) me gustaría que pudieras dibujar cómo estás ahora. Entonces, el dibujo que te voy a pedir tiene dos partes. Para poder realizar estos dibujos/escritos, utilizaremos esta hoja que te mostré y estos lápices, los cuales puedes ocupar como tú lo desees.

(Si niño o adolescente no quiere dibujar, darle la opción de escribir)

b) Preguntar sobre el dibujo: Cuéntame lo que dibujaste o sobre lo que escribiste.

(En la narrativa del dibujo por parte del participante: Privilegiar la narrativa libre de este y realizar preguntas en relación a lo que el mismo entrevistado va señalando de su dibujo/escrito. Realizar esto de la manera lo más abierta posible (ej: cuéntame un poco más de eso))

3.- Preguntas de profundización

Una vez que el participante haya realizado la narración libre, se puede profundizar las siguientes áreas relevantes. 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.

Eje temático	Posibles preguntas
<p>Proceso terapéutico</p>	<p>Qué recuerdas de la terapia? Que te gustaba? Qué no te gustaba?</p> <p>Te acuerdas de la psicóloga/o que te atendió? De qué te acuerdas? Cómo te llevabas con él/ella?</p> <p>Te acuerdas de lo que hacían en terapia? Que cosas te gustaba hacer? Hubo algo que hicieron que no te gustó?</p> <p>Hay algún momento que recuerdes como importante de la terapia?</p> <p>Hay algo que te hubiera gustado que fuera distinto?</p> <p>¿Cómo fue el término de la terapia? ¿Cómo te sentiste?</p> <p>¿Crees que deberías haber ido más o menos tiempo?</p>
<p>Contenido de los cambios en la terapia</p>	<p>Sientes que te sirvió la terapia? En qué?</p> <p>Crees que te ayudó a cambiar? Qué cosas crees que cambiaron? Algo más? Otras personas cambiaron? En qué?</p> <p>Crees que te ayudó con la situación por la cual empezaste a ir al centro? En qué?</p> <p>Te gustaría que te hubiera ayudado en algo más? En qué?</p> <p>(Si el entrevistado refiere conceptos como “olvidar” “superar”, “salir adelante”, “recuperarse”, “rehabilitarse”, etc. preguntar ¿a que te refieres con eso? ¿Qué significa eso para ti? ¿me puedes contar un poco más de eso? ¿Cómo crees que lo lograste? ¿Cómo te sientes</p>

	con eso?)
Contenido de los cambios vivenciados posterior al proceso de terapia	<p>Cómo te has sentido después de que terminó la terapia?</p> <p>Las cosas que cambiaron durante la terapia, crees que se han mantenido?</p> <p>Han cambiado otras cosas después de la terapia/ Ha habido nuevos cambios después de la terapia? Qué cosas? (de ti, de tu familia, otras cosas)</p> <p>Cómo te has sentido con la situación por la cual empezaste a ir al centro desde que terminó la terapia?</p>
Proceso del cambio (tanto dentro de la terapia como posterior)	<p>Cómo crees que se fueron dando los cambios (rápido, lento, de a poco) dentro de la terapia? Y después de la terapia?</p> <p>En qué cosas fuiste notando los cambios?</p> <p>En algún momento sentiste que no estabas avanzando o que sientes que retrocediste?</p>
Factores favorecedores y dificultadores del cambio (aspectos personales, familiares, de la terapia, contextuales, etc) (tanto dentro de la terapia como posterior)	<p>Que crees que te ayudó a cambiar durante la terapia (ej; algo tuyo, de tu familia, alguna persona, algo del colegio, tus amigos)? Y después de la terapia? Que crees que te ha ayudado a mantener esos cambios?</p> <p>Que hizo el cambio más difícil durante la terapia? Y después de la terapia? Que cosas que han pasado después de la terapia sientes que te han dificultado mantener los cambios?</p> <p>Crees que ha habido algún momento o situación que te haya hecho más fácil el cambio (dentro o fuera de la terapia)? Cuál?</p> <p>Crees que ha habido algún momento o situación que te haya hecho más difícil el cambio (dentro o fuera de la terapia)? Cuál?</p>
Proyección de los cambios	<p>¿Cómo te ves a futuro?</p> <p>¿Crees que se van a mantener los cambios? ¿Vas a seguir cambiando? Qué cosas? Y tu familia?</p> <p>¿Crees que volverías al psicólogo/a si fuera necesario?</p>

4.- Termómetro (para niños principalmente)

Para ir terminando, y resumir lo que me has dicho, te voy a pedir que me muestres cómo te sentías durante la terapia y cómo te sientes ahora, con la ayuda de éste termómetro.

Explicar termómetro (mostrar a través de plantilla): Cómo puedes ver, el número uno muestra sentirse mal, por eso tiene una cara triste. Por este otro extremo está el número 10, que significa sentirse muy bien.

Ahora te voy a pedir que me digas con el termómetro: ¿Cómo te sentías al principio de la terapia?/¿Cómo te sentías al final de la terapia?/ ¿Cómo te sientes ahora?/¿Cómo te gustaría sentirte en el futuro?

5.- Cierre:

Pensando que tú ya viviste una experiencia de terapia, me gustaría preguntarte:

¿Qué consejo le darías a otros niños o adolescentes que han vivido esta situación y están empezando la terapia?

¿Qué podrían hacer los psicólogos para ayudar a los niños y jóvenes que han vivido esta experiencia?

¿Qué podrían hacer las familias para ayudar a los niños y jóvenes que han vivido esta experiencia?

¿Cómo podrían ayudar los jueces y la policía a los niños y adolescentes que han vivido esta experiencia para sentirse mejor?

Hay algo más que quieras agregar o que sea importante que quieras decir.

¿Cómo te sentiste durante esta entrevista?

6.- Aplicación de instrumentos

7.- Firma de consentimiento/ asentimiento dibujos

8.- Agradecimientos por participación: Muchas gracias por compartir tu experiencia conmigo, estoy segura nos ayudará a conocer mucho mejor la visión de los niños y adolescentes que fueron a terapia.

Realización de “Notas de Campo: Observaciones del entrevistador.

Anexo 2 Guión de entrevista de adultos responsables



Departamento de Psicología

Guión de entrevista a adultos responsables/acompañantes FPCI 08-0817

Presentarse, explicar investigación y pedir firma consentimientos/asentimientos (en conjunto padres/hijos)

1.- Consigna inicial:

Tal como le comenté previamente, esta investigación que estamos llevando a cabo, busca conocer la experiencia de los niños/as, adolescentes y sus padres, sobre la terapia a la que asistieron en centros como X, y los cambios posteriores al término de la psicoterapia. Nosotros ya lo entrevistamos a ud y su hijo/a mientras estaban en terapia y cuando esta terminó. Y ahora nos interesa saber su visión actual sobre eso. **Entonces le pediría que pueda contarme todo lo que quiera acerca de cómo están ahora, cómo fue participar en terapia, tanto para su hijo como para usted, y sobre lo que ha pasado en este tiempo desde que la terapia terminó.**

QUEDARSE LO MÁS POSIBLE EN ESTA FASE DE NARRATIVA LIBRE.

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

- Cuénteme más de eso; Hábleme más de eso; A que se refiere
- Deme un ejemplo – Me podría dar un ejemplo?
- Repetir (o reflejar) lo que el participante ha dicho; Utilizar las mismas palabras del entrevistado para profundizar
- Técnicas de animación y elaboración (observaciones, ruidos o gestos que indican al entrevistado que entrevistador acepta lo que va diciendo y desea que siga hablando: mmm, ya, ahh, ¿y entonces?)
- Técnicas de aclaración (¿Cómo se dio cuenta de ...?; ¿por qué pensó eso?)

2.- Preguntas de profundización

Una vez que el participante haya realizado la narración libre, se puede profundizar las siguientes áreas relevantes. 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. EN CADA EJE TEMÁTICO, PREGUNTAR ACERCA DE EXPERIENCIA DE NIÑO/A Y PADRES.

Eje temático	Posibles preguntas
Proceso terapéutico	Qué recuerda de la terapia (Ud y su hijo)? Que le gustaba? Qué no le gustaba?

	<p>Que piensa de la psicóloga/o que atendió a su hijo? Que pensaba el niño? Cómo era la relación entre ellos? Y la suya con él/ella?</p> <p>Qué cosas hacía su hijo/a en terapia? Que cosas le gustaba hacer? Hubo algo que hicieron que no le gustó?</p> <p>Como recuerda la participación que usted tuvo en la terapia de su hijo/a?</p> <p>Hay algún momento que recuerde como importante de la terapia (para usted y su hijo)?</p> <p>Hay algo que le hubiera gustado que fuera distinto?</p> <p>¿Cómo fue el término de la terapia? ¿Cómo se sintió (usted y su hijo/a)?</p> <p>¿Cree que deberían haber venido más o menos tiempo?</p>
<p>Contenido de los cambios en la terapia</p>	<p>Siente que le sirvió la terapia (a usted y su hijo/a)? En qué?</p> <p>Crees que les ayudó a cambiar? Qué cosas cree que cambiaron? Otras personas de la familia cambiaron? En qué?</p> <p>Cree que les ayudó con la situación por la cual empezaron a ir al centro?</p> <p>Le gustaría que los hubiera ayudado en algo más? En qué?</p> <p>(Si el entrevistado refiere conceptos como “olvidar” “superar”, “salir adelante”, “recuperarse”, rehabilitarse”, etc. preguntar ¿a que te refieres con eso? ¿Qué significa eso para ti? ¿me puedes contar un poco más de eso? ¿Cómo crees que lo lograste? ¿Cómo te sientes con eso?)</p>
<p>Contenido de los cambios vivenciados posterior al proceso de terapia</p>	<p>Cómo se ha sentido usted y su hijo/a después de que terminó de la terapia?</p> <p>Las cosas que cambiaron, cree que se han mantenido?</p> <p>Han cambiado otras cosas después de la terapia/ Ha habido nuevos cambios después de la terapia? Qué cosas? (del niño/a, de usted, de la familia, otras cosas)</p> <p>Cómo se han sentido (usted y su hijo/a) con la situación por la cual</p>

	empezaron a ir al centro?
Proceso del cambio (tanto dentro de la terapia como posterior)	<p>Cómo cree que se fueron dando los cambios (rápido, lento, de a poco) dentro de la terapia? Y después de la terapia?</p> <p>En qué cosas fue notando los cambios?</p> <p>En algún momento sintió que su hijo/a o usted no estaban avanzando o sintió que retrocedieron?</p> <p>(Si reportan cambios en ellos y en sus hijos) Siente que los cambios suyos y los de su hijo/a se relacionaron de alguna manera (fueron en paralelo, uno cambió antes que el otro)?</p>
Factores favorecedores y dificultadores del cambio (aspectos personales, familiares, de la terapia, contextuales, etc) (tanto dentro de la terapia como posterior)	<p>Que cree que les ayudó a cambiar durante la terapia (ej; algo suyo, de su hijo/a, de la familia, alguna persona, algo del colegio, amigos)? Y después de la terapia? Que cree que ha ayudado a mantener esos cambios?</p> <p>Que hizo el cambio más difícil durante la terapia? Y después de la terapia? Que cosas que han pasado después de la terapia siente que han dificultado mantener los cambios?</p> <p>Cree que ha habido algún momento o situación que haya hecho más fácil el cambio (dentro o fuera de la terapia)? Cuál?</p> <p>Crees que ha habido algún momento o situación que haya hecho más difícil el cambio (dentro o fuera de la terapia)? Cuál?</p>
Proyección de los cambios	<p>¿Cómo ve a futuro a su hijo/a y a ustedes como familia?</p> <p>¿Cree que se van a mantener los cambios? ¿Van a seguir cambiando?</p> <p>Que podría ayudar para que se mantengan los cambios o hayan nuevos cambios?</p> <p>¿Cree que volverían al psicólogo/a si fuera necesario?</p>

3.- Cierre:

Pensando que ustedes ya vivieron una experiencia de terapia, me gustaría preguntarle:

¿Qué consejo le daría a otros padres/ familias que están empezando la terapia, para ayudar a los niños y jóvenes que han vivido esta experiencia?

¿Qué consejo le darías a los niños o adolescentes que han vivido esta situación y están empezando la terapia?

¿Qué podrían hacer los psicólogos para ayudar a los niños, jóvenes y sus familias que han vivido esta experiencia?

¿Cómo podrían ayudar los jueces y la policía a los niños y adolescentes y sus familias que han vivido esta experiencia para sentirse mejor?

Hay algo más que quiera agregar o que sea importante que quiera decir.

¿Cómo se sintió durante esta entrevista?

4.- Aplicación de instrumentos

5.- Firma de consentimiento/ asentimiento dibujos

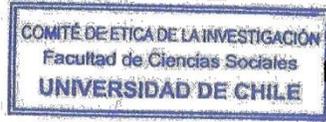
6.- Agradecimientos por participación: Muchas gracias por compartir su experiencia conmigo, estoy segura nos ayudará a conocer mucho mejor la visión de los padres de los niños y adolescentes que fueron a terapia.

Realización de “Notas de Campo: Observaciones del entrevistador.

Anexo 3 Cartas de Consentimiento/Asentimiento Informado.



FACSO
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile



Departamento de Psicología



DOCUMENTO DE ASENTIMIENTO INFORMADO

TRAYECTORIAS DE CAMBIO EN NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES QUE HAN SIDO VÍCTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES Y HAN PARTICIPADO DE UN PROCESO TERAPÉUTICO

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 Fortalecimiento de Productividad y Continuidad en Investigación (FPCI) 2017 por la Prof. Dra. Claudia Capella en calidad de investigadora responsable.

El estudio se trata del cambio durante y posterior al proceso de terapia de los niños/as y adolescentes que han vivido experiencias de agresiones sexuales. Se te ha invitado a participar ya que busca conocer la perspectiva de los niños/as y adolescentes y sus padres, que asistieron a terapia en Centros especializados en la temática tales como el que tú asististe, y debido a que participaste en un estudio anterior en el cual se te entrevistó en diferentes momentos de la terapia. 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.

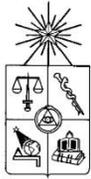
Para esto, requerimos de tu colaboración. Tú participación implicaría la realización de una entrevista de entre 45 minutos a una hora aproximadamente, en la cual se te consultará por aspectos como los cambios que viviste posterior a la terapia, realizándose preguntas abiertas al respecto, tales como qué sientes que ha cambiado, qué te sirvió de la psicoterapia, cómo te has sentido luego del término de la psicoterapia, qué cambios se han mantenido o variado y, que factores lo han favorecido o dificultado, entre otras. Además, durante la entrevista, te solicitaremos que realices un dibujo o escribas algo que te pueda ayudar a contarnos tu experiencia de cambio. También te pediremos que contestes dos breves cuestionarios.

También entrevistaremos a tú adulto a cargo. La entrevista será realizada en el lugar, día y horario que sea de la mayor conveniencia para ti y tu adulto responsable y, que pueda ser coordinada con los miembros del equipo de investigación.

Se espera que la entrevista tenga un efecto beneficioso para ti, ya que te pueden ayudar a pensar acerca de la mantención de los cambios alcanzados durante la terapia y/o detectar tempranamente nuevas necesidades de intervención.

Si se presenta como potencial riesgo cualquier situación en la que te sientas mal o triste durante la entrevista y/o si se observaran situaciones que pudieran perjudicar tu bienestar, la persona que te vaya a entrevistar, te ayudará a sentirte mejor, porque está capacitada para ello, y si se necesitara, conversaremos con los profesionales a cargo de tu anterior terapia 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.



FACSO
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile



Departamento de Psicología



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 les entregaremos ésta información.

Si accedes a participar, los datos que tú entregues, serán manejados de manera estrictamente confidencial, lo que significa que, ni tu 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 conocerá lo que contaste en las entrevistas. Los dibujos que realices o lo que escribas durante la entrevista, 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 mostrará a ti y a tu adulto a cargo, y solicitaremos su autorización a través de un consentimiento/asentimiento informado de uso de dibujo que tendrás que firmar en caso de acceder a aquello.

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 su oficina de trabajo durante el tiempo que dure la investigación, evitándose que personas ajenas a la investigación tengan acceso a ella.

La información recabada durante la entrevista podría ser transmitida a los profesionales del Centro en el cual te atendiste, únicamente en caso de ser necesario, es decir, si se detecta alguna situación de desestabilización emocional y/o se evalúan factores de riesgo que puedan interferir en tu bienestar, con el fin de buscar la mejor manera de ayudarte. Sin embargo, para esto, le pediremos la autorización a tu 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 tu decisión. De todas maneras, aunque la persona adulta haya autorizado tu participación, finalmente sólo tú debes decidir si participas o no. Para ello eres completamente libre.

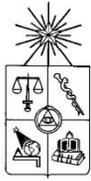
Tienes derecho a conocer los resultados de este estudio, en caso de querer hacerlo indica tu correo electrónico y te será enviado un resumen de éstos.

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 Prof. Dra. 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, te puedes comunicar con la Investigadora Responsable, Prof. Dra. 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)



FACSO
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile



Departamento de Psicología

FORMULARIO DE ASENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, de _____ años de edad acepto participar de la investigación "Trayectorias de cambio en niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales y han participado de un proceso terapéutico".

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 cambio que viven quienes han sido víctimas luego de haber participado de un proceso terapéutico.

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.

Se me ha informado que la información recabada en la entrevista podrá ser transmitida a los profesionales del Centro en el caso de ser necesario.

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 Participante

Firma Investigador/a Responsable

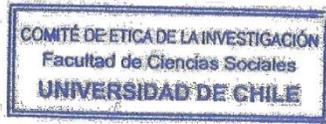
Lugar y Fecha: _____

Correo electrónico para envío de resultados generales: _____

ESTE DOCUMENTO SE FIRMA EN DOS EJEMPLARES, QUEDANDO UNA COPIA EN TU PODER



FACSO
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile



Ψ
Departamento de Psicología

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (MAYOR DE 18 AÑOS)

TRAYECTORIAS DE CAMBIO EN NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES QUE HAN SIDO VÍCTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES Y HAN PARTICIPADO DE UN PROCESO TERAPÉUTICO

Estimada/o adolescente:

Mediante esta carta nos dirigimos a tí con la intención de solicitar tu 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 Fortalecimiento de Productividad y Continuidad en Investigación (FPCI) 2017 por la Prof. Dra. Claudia Capella en calidad de investigadora responsable. A través de esta carta queremos informarte de las características de la investigación con el propósito de ayudarte a tomar una decisión respecto de la invitación a participar.

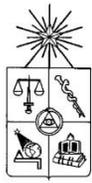
El estudio se denomina “Trayectorias de cambio en niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales y han participado de un proceso terapéutico”, y tiene como objetivo identificar y caracterizar trayectorias de cambio en niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales y han participado de un proceso psicoterapéutico, durante y posterior a la psicoterapia, integrando diferentes perspectivas.

Para esto, requerimos de tu colaboración para participar en el estudio. Has sido seleccionado a participar debido a que fuiste parte de un proceso de psicoterapia en un Centro especializado en ésta temática. Además, participaste previamente de un proyecto de investigación, en que fuiste entrevistados en diferentes momentos de la psicoterapia.

Para este estudio, que busca complementar el anterior en el cual ya participaste, queremos conocer desde la perspectiva de los niños/as y adolescentes y sus padres, sobre sus vivencias y cambios posteriores a la finalización de la psicoterapia. Los resultados de esta investigación, se espera nos ayude a conocer cómo los podemos entregar un mejor apoyo a los niños/as y jóvenes que han sido víctimas.

Tu participación implicaría la realización de una entrevista de una hora aproximadamente. También te pediremos que contestes dos breves cuestionarios y se te podría solicitar la realización de un dibujo o narrativa escrita. Adicionalmente, realizaremos una entrevista a tu madre, padre o el adulto que te haya acompañado a terapia.

La entrevista será realizada por miembros del equipo de investigación con formación avanzada en psicología, debidamente capacitados para ello. Además, tendrá como contenido los cambios vivenciados posterior al proceso de psicoterapia, realizándose preguntas abiertas al respecto, tales como qué sientes posterior al término de la terapia, qué te sirvió de la psicoterapia, qué cambios se han mantenido o variado o ha habido nuevos cambios posterior a la psicoterapia, que factores lo han favorecido o dificultado, etc., no realizando en ningún momento preguntas directas respecto de la situación que viviste. La entrevista será realizada en el lugar, día y horario que sea de tu mayor conveniencia y la de tu adulto acompañante y pueda ser coordinada con los miembros del equipo de investigación.



FACSO
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile



Departamento de Psicología

No recibirás ningún beneficio directo por participar en esta investigación. Sin embargo, tu participación puede ser beneficiosa para ti, pues te permitirá reflexionar acerca de la mantención de los cambios alcanzados durante la terapia y/o detectar tempranamente nuevas necesidades de intervención.

Tu participación no presenta ningún riesgo. Sin embargo, si se presentara cualquier situación de desestabilización emocional durante la entrevista, o se detectaran factores de riesgo asociados a tu bienestar actual, el profesional a cargo de ésta podrá contenerte en ese momento. Asimismo, si se requiriera de apoyo adicional especializado, la Investigadora Responsable coordinará con los profesionales del Centro la mejor manera de llevarlo a cabo, coordinando las acciones a implementarse para resguardarte, siendo una de las posibilidades que se pudiera volver a recibir atención en el programa en el cual te atendiste anteriormente. De no proveerse el apoyo adicional necesario 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. Para aquello, el equipo de investigación realizará, de manera periódica, un análisis de las entrevistas realizadas, con el fin de valorar las diferentes necesidades, lo cual te será informado de manera telefónica a usted en un plazo estimado de dos a tres semanas aproximadamente luego de la realización de la entrevista.

Tu participación es totalmente voluntaria y podrás decidir en cualquier momento dejar de participar sin tener que dar explicaciones de ningún tipo y sin que ello tenga ninguna consecuencia para ti.

Las entrevistas serán grabadas en audio, y dicha información será usada exclusivamente para los fines de esta investigación. Si accedes a participar se resguardará estrictamente el anonimato y la confidencialidad de la información que entregues, 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 tu nombre ni las grabaciones, así como ningún dato de identificación tuyo aparecerán en las publicaciones o presentaciones resultantes de este estudio. Los dibujos o narrativas realizados, podrían ser utilizados en la difusión de los resultados de la presente investigación. Sin embargo, la información obtenida será identificada con códigos, por lo cual no se podrán reconocer los nombres de ninguno de los participantes. En el caso que se quiera utilizar el dibujo realizado en las presentaciones o publicaciones de la investigación, se solicitará tu autorización a través de un consentimiento informado de uso de dibujo.

La información recabada durante la entrevista podría ser transmitida a los profesionales del Centro, únicamente en caso de ser necesario, es decir, si se detecta una situación de desestabilización emocional y/o se evalúan factores de riesgo que puedan interferir en tu bienestar, con el fin de tomar las acciones necesarias para resguardarte. Para aquello, indica al final del formulario de consentimiento informado, que se te informó de manera clara dicha información y estás de acuerdo con ella.

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



FACSO
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile



Departamento de Psicología

De mismo modo, en caso que tengas alguna duda o pregunta respecto de esta investigación, previa a decidir tu participación o posteriormente, te puedes comunicar con la investigadora responsable, Psicóloga Dra. Claudia Capella Sepúlveda, al fono (56-2) 29772410 o al correo electrónico ccapella@u.uchile.cl.

Asimismo, te informamos que tienes derecho a conocer los resultados de esta investigación. Así, con el fin de que recibas los resultados del estudio en términos individuales, se realizará una retroalimentación del análisis hecho en cada caso, para lo cual se le solicitará los datos telefónicos, siendo contactados en un plazo aproximado de dos a tres semanas luego de su participación en las entrevistas. A su vez, luego de finalizado el proyecto de investigación, se contará con resultados generales del estudio. En caso de querer recibir estos resultados por favor indicar tu correo electrónico más abajo.

Finalmente quisiéramos señalar que tu consentimiento para la participación en este estudio, será una contribución relevante al desarrollo de lineamientos para la intervención y tratamiento de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas y sus familias, entregándoles un mejor apoyo.

En caso que tu respuesta sea positiva, y con el fin de completar los datos de la investigación, te solicitamos que por favor firmse el Formulario de Consentimiento que se adjunta. Se te entregará una copia idéntica de este mismo documento.

Desde ya agradecemos tu disposición.

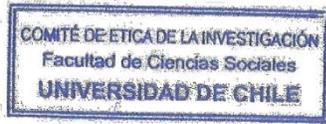
Saluda atentamente,

Claudia Capella

Investigadora Responsable



FACSO
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile



Departamento de Psicología

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (MAYOR DE 18 AÑOS)

Yo, _____, de _____ años de edad, señalo que he sido invitado a participar en la investigación "Trayectorias de cambio en niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales y han participado de un proceso terapéutico", 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. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido respondidas.

Acepto voluntariamente participar 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.

Se me ha informado de manera clara y autorizo que la información recabada en la entrevista podrá ser transmitida a los profesionales del Centro en el cual fue llevado a cabo el tratamiento anteriormente, en caso de detectar desestabilización emocional y/o factores de riesgo que puedan afectar mi bienestar.
SI ___ NO ___ (favor marcar)

Firma Participante

Firma Investigador/a Responsable

Lugar y Fecha: _____

Correo electrónico para recibir resultados generales del estudio: _____

Contacto telefónico para recibir devolución individual: _____

ESTE DOCUMENTO SE FIRMA EN DOS EJEMPLARES, QUEDANDO UNA COPIA EN TU PODER



FACSO
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile



Departamento de Psicología



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ACOMPAÑANTE MAYOR DE 18 AÑOS)

TRAYECTORIAS DE CAMBIO EN NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES QUE HAN SIDO VÍCTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES Y HAN PARTICIPADO DE UN PROCESO TERAPÉUTICO

Estimada/o madre, padre o adulto acompañante:

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 Fortalecimiento de Productividad y Continuidad en Investigación (FPCI) 2017 por la Prof. Dra. 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 “Trayectorias de cambio en niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales y han participado de un proceso terapéutico”, y tiene como objetivo identificar y caracterizar trayectorias de cambio en niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales y han participado de un proceso psicoterapéutico, durante y posterior a la psicoterapia, integrando diferentes perspectivas.

Para esto, requerimos de su colaboración a través su participación en este estudio. Usted y su hijo/a han sido seleccionados a participar debido a que fueron parte de un proceso de psicoterapia en un Centro especializado en ésta temática. Además, ustedes participaron previamente del proyecto FONDECYT 11140049 titulado “Cambio psicoterapéutico en agresiones sexuales: perspectiva de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas, sus padres y sus psicoterapeutas” a cargo de la misma investigadora responsable, en que fueron entrevistados en diferentes momentos de la psicoterapia.

Para este estudio, que busca complementar el anterior en el cual ya participaron, queremos conocer desde la perspectiva de los niños/as y adolescentes y sus padres, sobre sus vivencias y cambios posteriores a la finalización de la psicoterapia. Los resultados de esta investigación, se espera nos ayude a conocer cómo les podemos entregar un mejor apoyo a los niños/as y jóvenes que han sido víctimas.

Su participación implicaría la realización de una entrevista de una hora aproximadamente, con usted y una de similar duración con el/la adolescente, de manera separada. También le pediremos a usted y su hijo/a que contesten dos breves cuestionarios.

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 vivenciados posterior al proceso de psicoterapia, realizándose preguntas abiertas al respecto, tales como qué sienten posterior al término de la terapia, qué les sirvió de la psicoterapia, qué cambios se han mantenido o variado o ha habido nuevos cambios posterior a la psicoterapia, que factores lo han favorecido o dificultado, etc., no realizando en ningún momento preguntas directas respecto de la situación sufrida por su hijo/a. La entrevista será realizada en el lugar,



FACSO
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile



Departamento de Psicología



día y horario que sea de su mayor conveniencia y pueda ser coordinada con los miembros del equipo de investigación.

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 de la mantención de los cambios alcanzados durante la terapia y/o detectar tempranamente nuevas necesidades de intervención.

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). Sin embargo, si se presentara cualquier situación de desestabilización emocional durante la entrevista, o se detectaran factores de riesgo asociados al bienestar actual de su hijo(a), el profesional a cargo de ésta podrá contenerlo(a) en ese momento. Asimismo, si se requiriera de apoyo adicional especializado, la Investigadora Responsable coordinará con los profesionales del Centro la mejor manera de llevarlo a cabo, coordinando las acciones a implementarse para resguardarlos, siendo una de las posibilidades que se pudiera volver a recibir atención en el programa en el cual se atendió anteriormente. De no proveerse el apoyo adicional necesario 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. Para aquello, el equipo de investigación realizará, de manera periódica, un análisis de las entrevistas realizadas, con el fin de valorar las diferentes necesidades de los participantes, lo cual será informado de manera telefónica a usted y su hijo/a en un plazo estimado de dos a tres semanas aproximadamente luego de la realización de la entrevista.

Su participación será totalmente voluntaria y podrá 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. Si usted accede a participar se resguardará estrictamente el anonimato y la confidencialidad de la información que usted nos entregue, 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.

La información recabada durante la entrevista realizada a usted y su hijo/a podría ser transmitida a los profesionales del Centro, únicamente en caso de ser necesario, es decir, si se detecta una situación de desestabilización emocional y/o se evalúan factores de riesgo que puedan interferir el bienestar de su hijo(a), con el fin de tomar las acciones necesarias para resguardarlos. Para aquello, indique al final del formulario de consentimiento informado, que se le informó de manera clara dicha información y está de acuerdo con ella.

Le informamos además, que el Comité de Ética de la Investigación 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 Prof. Dra. Marcela Ferrer (Av. Capitán Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa; F. (56-2)29789726; email: comite.etica@facso.cl).



FACSO
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile




Departamento de Psicología

De mismo modo, en caso que usted tenga alguna duda o pregunta respecto de esta investigación, previa a decidir su participación o posteriormente, se puede comunicar con la investigadora responsable, Psicóloga Dra. Claudia Capella Sepúlveda, al fono (56-2) 29772410 o al correo electrónico ccapella@u.uchile.cl.

Asimismo, le informamos que usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Así, con el fin de que usted y su hijo/a reciban los resultados del estudio en términos individuales, se realizará una retroalimentación del análisis hecho en cada caso, para lo cual se le solicitará los datos telefónicos, siendo contactados en un plazo aproximado de dos a tres semanas luego de su participación en las entrevistas. A su vez, luego de finalizado el proyecto de investigación, se contará con resultados generales del estudio. En caso de querer conocer estos resultados, indicar su correo electrónico más abajo y le serán enviados.

Finalmente quisiéramos señalarle que su consentimiento para su participación en este estudio, será una contribución relevante al desarrollo de lineamientos para la intervención y tratamiento de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas y sus familias, entregándoles un mejor apoyo.

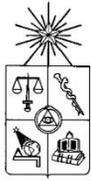
En caso que su respuesta sea positiva, y con el fin de completar los datos de la investigación, le solicitamos que por favor firme el Formulario de Consentimiento que se adjunta. Se le entregará una copia idéntica de este mismo documento.

Desde ya agradecemos su disposición.

Saluda atentamente,

Claudia Capella

Investigadora Responsable



FACSO
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile



Departamento de Psicología



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ACOMPAÑANTE MAYOR DE 18 AÑOS)

Yo, _____, señalo que he sido invitado/a a participar en la investigación "Trayectorias de cambio en niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales y han participado de un proceso terapéutico", 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. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido respondidas.

Acepto voluntariamente participar en dicha investigación, pudiendo terminar mi participación en cualquier momento. Finalmente, doy fe de que he firmado dos ejemplares de este consentimiento, quedando uno en mí poder.

Se me ha informado de manera clara y autorizo que la información recabada en la entrevista podrá ser transmitida a los profesionales del Centro en el cual fue llevado a cabo el tratamiento anteriormente en caso de detectar desestabilización emocional y/o factores de riesgo que puedan afectar el bienestar del adolescente.
SI ___ NO ___ (favor marcar)

Firma Participante

Firma Investigador/a Responsable

Lugar y Fecha: _____

Correo electrónico para recibir resultados generales del estudio: _____

Contacto telefónico para recibir devolución individual: _____

ESTE DOCUMENTO SE FIRMA EN DOS EJEMPLARES, QUEDANDO UNA COPIA EN TU PODER



FACSO
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile



Departamento de Psicología

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

TRAYECTORIAS DE CAMBIO EN NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES QUE HAN SIDO VÍCTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES Y HAN PARTICIPADO DE UN PROCESO TERAPÉUTICO

Estimada/o madre, padre 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 Fortalecimiento de Productividad y Continuidad en Investigación (FPCI) 2017 por la Prof. Dra. 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 “Trayectorias de cambio en niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales y han participado de un proceso terapéutico”, y tiene como objetivo identificar y caracterizar trayectorias de cambio en niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales y han participado de un proceso psicoterapéutico, durante y posterior a la psicoterapia, integrando diferentes perspectivas.

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 fueron parte de un proceso de psicoterapia en un Centro especializado en ésta temática. Además, ustedes participaron previamente del proyecto FONDECYT 11140049 titulado “Cambio psicoterapéutico en agresiones sexuales: perspectiva de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas, sus padres y sus psicoterapeutas” a cargo de la misma investigadora responsable, en que fueron entrevistados en diferentes momentos de la psicoterapia.

Para este estudio, que busca complementar el anterior en el cual ya participaron, queremos conocer desde la perspectiva de los niños/as y adolescentes y sus padres, sobre sus vivencias y cambios posteriores a la finalización de la psicoterapia. Los resultados de esta investigación, se espera nos ayude a conocer cómo les podemos entregar un mejor apoyo a los niños/as y jóvenes que han sido víctimas.

Su participación implicaría la realización de una entrevista de una hora aproximadamente, con usted y una de similar duración con su representado, de manera separada. Adicionalmente, a los niños/as y adolescentes, durante la entrevista, se les solicitará la realización de un dibujo o narrativa escrita. También le pediremos a usted y su representado que contesten dos breves cuestionarios.

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 vivenciados posterior al proceso de psicoterapia, realizándose preguntas abiertas al respecto, tales como qué sienten posterior al término de la terapia, qué les sirvió de la psicoterapia, qué cambios se han mantenido o variado o ha habido nuevos cambios posterior a la psicoterapia, que factores lo han favorecido o dificultado, etc., no realizando en ningún momento preguntas directas respecto de la situación sufrida por su hijo/a. La entrevista será realizada en el lugar,



FACSO
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile



Departamento de Psicología

día y horario que sea de su mayor conveniencia y pueda ser coordinada con los miembros del equipo de investigación.

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 de la mantención de los cambios alcanzados durante la terapia y/o detectar tempranamente nuevas necesidades de intervención.

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 la entrevista, o se detectaran factores de riesgo asociados al bienestar actual de su hijo(a), el profesional a cargo de ésta podrá contenerlo(a) en ese momento. Asimismo, si se requiriera de apoyo adicional especializado, la Investigadora Responsable coordinará con los profesionales del Centro la mejor manera de llevarlo a cabo, coordinando las acciones a implementarse para resguardarlos, siendo una de las posibilidades que se pudiera volver a recibir atención en el programa en el cual se atendió anteriormente. De no proveerse el apoyo adicional necesario 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. Para aquello, el equipo de investigación realizará, de manera periódica, un análisis de las entrevistas realizadas, con el fin de valorar las diferentes necesidades de los participantes, lo cual será informado de manera telefónica a usted y su representado en un plazo estimado de dos a tres semanas aproximadamente luego de la realización de la entrevista.

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. 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 cuya aparecerán en las publicaciones o presentaciones resultantes de este estudio. Los dibujos o narrativas realizados por su representado, podrían ser utilizados en la difusión de los resultados de la presente investigación. Sin embargo, la información obtenida será identificada con códigos, por lo cual no se podrán reconocer los nombres de ninguno de los participantes. En el caso que se quiera utilizar el dibujo realizado por su representado en las presentaciones o publicaciones de la investigación, se le mostrará el dibujo y se solicitará su autorización a través de un consentimiento informado de uso de dibujo.

La información recabada durante la entrevista realizada a usted y su representado/a podría ser transmitida a los profesionales del Centro, únicamente en caso de ser necesario, es decir, si se detecta una situación de



FACSO
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile



Departamento de Psicología

desestabilización emocional y/o se evalúan factores de riesgo que puedan interferir el bienestar de su hijo(a), con el fin de tomar las acciones necesarias para resguardarlos. Para aquello, indique al final del formulario de consentimiento informado, que se le informó de manera clara dicha información y está de acuerdo con ella.

Le informamos además, que el Comité de Ética de la Investigación 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 Prof. Dra. 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, se puede comunicar con la investigadora responsable, Psicóloga Dra. Claudia Capella Sepúlveda, al fono (56-2) 29772410 o al correo electrónico ccapella@u.uchile.cl.

Asimismo, le informamos que usted y su representado tienen derecho a conocer los resultados de esta investigación. Así, con el fin de que usted y su representado reciban los resultados del estudio en términos individuales, se realizará una retroalimentación del análisis hecho en cada caso, para lo cual se le solicitará los datos telefónicos, siendo contactados en un plazo aproximado de dos a tres semanas luego de su participación en las entrevistas. A su vez, luego de finalizado el proyecto de investigación, se contará con resultados generales. En caso de querer recibirlos, indicar su correo electrónico más abajo en la hoja de firmas.

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 y tratamiento 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



FACSO
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Chile



Departamento de Psicología

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, representante legal de _____, señalo que yo y mi representado hemos sido invitados/as a participar en la investigación "Trayectorias de cambio en niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales y han participado de un proceso terapéutico", 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. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido respondidas.

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.

Se me ha informado de manera clara y autorizo que la información recabada en las entrevistas conmigo y mi representado podrá ser transmitida a los profesionales del Centro en el cual fue llevado a cabo el tratamiento anteriormente en caso de detectar desestabilización emocional y/o factores de riesgo que puedan afectar el bienestar del niño/a o adolescente. SI ___ NO ___ (favor marcar)

Firma Participante

Firma Investigador/a Responsable

Lugar y Fecha: _____

Correo electrónico para envío de resultados generales: _____

Contacto telefónico para resultados individuales: _____