



**UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE POSTGRADO**

**“CAMBIO TERAPÉUTICO CON ADULTOS QUE HAN VIVIDO ABUSO SEXUAL  
INFANTIL, DESDE PSICOTERAPIAS HUMANISTAS-EXISTENCIALES”**

**Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica de Adultos**

**KARINA PAMELA REYES MANRIQUEZ**

**Profesor Guía:  
Pablo Herrera Salinas**

**Informantes:  
Claudia Capella  
Adriana Espinoza**



**CAMBIO TERAPÉUTICO CON ADULTOS QUE HAN VIVIDO ABUSO SEXUAL  
INFANTIL, DESDE PSICOTERAPIAS HUMANISTAS-EXISTENCIALES**

## **“CAMBIO TERAPÉUTICO CON ADULTOS QUE HAN VIVIDO ABUSO SEXUAL INFANTIL, DESDE PSICOTERAPIAS HUMANISTAS-EXISTENCIALES”**

### **Resumen:**

El abuso sexual infantil (de siglas ASI), es considerado un fenómeno prevalente en diversos lugares del mundo, incluyendo Chile. Entendido como trauma relacional, genera múltiples efectos en la salud mental de los adultos. Desde la escasa investigación chilena en psicoterapia en ASI con esta población, y escasas propuestas humanistas de otros países, se hace necesario conocer el cambio en la práctica clínica, permitiendo contar con lineamientos para su abordaje efectivo. Esta investigación se sitúa en un paradigma fenomenológico hermenéutico, con metodología cualitativa, que busca comprender el cambio en psicoterapia con adultos que han vivido ASI, desde terapias humanistas-existenciales. La recopilación de datos se realizó mediante entrevistas de casos a terapeutas, entrevistas sobre los efectos de la terapia a pacientes, además de focus group con terapeutas y entrevistas a expertos en la temática. El análisis de los datos se realizó bajo principios de Teoría Fundamentada. Los resultados muestran el carácter dinámico y particular de los cambios con estos pacientes, en donde los episodios de estancamiento tienen relación con los núcleos traumáticos profundos y el vínculo opera como vehículo del cambio. También se desprenden cambios específicos en torno al ASI y efectos ligados a la reactivación del potencial de crecimiento del paciente.

Palabras clave: abuso sexual infantil, psicoterapia con adultos, cambio terapéutico.

## AGRADECIMIENTOS

La investigación que se expone a continuación, tiene su origen en mis primeros encuentros laborales con adultos (padres y madres) que vivieron abuso sexual en su infancia. La conmoción de sus historias, la dificultad para poner en palabras lo vivido, y la reactivación de su pasado en la mirada de sus hijos e hijas; me alentó una curiosidad inexplicable por comprender los procesos de sobrevivencia. Más tarde me enfrentaría a algunas de estas madres desde el rol de terapeuta en el programa Bahía Esperanza de Antofagasta, contemplando in situ procesos de transformación que me parecían casi "milagrosos".

A muchas de ellas les consulté directamente "¿qué pasó durante la terapia que la llevó a este estado de bienestar?" La mayoría de las veces recibí como respuesta palabras de afecto (las cuales atesoro hasta hoy en día), pero seguían dejando la duda sobre cómo se desarrollaron dichos cambios. Dedico este trabajo a todas esas pacientes del programa. Admirables mujeres que me enseñaron nuevas formas de comprensión del dolor, del valor de los vínculos, el amor y la superación.

También agradezco a todos aquellos que me alentaron a seguir mi curiosidad. Al equipo de Bahía Esperanza, en especial a mi colega y amiga Katherine, quien, con su calidez y profesionalismo, me presentó la mirada de los niños y niñas tras los adultos que atendí. A mis padres, por enseñarme disciplina y pasión por nuestro trabajo. A mi compañero Álvaro, quien presenció, escuchó y acompañó cada paso de esta investigación con palabras de aliento y amor. Y por, sobre todo, a mi madre de corazón María Flores, cuyo ejemplo de resiliencia trascendió su presencia en este mundo, siendo parte medular de mi trabajo como psicóloga clínica.

Agradezco además a las personas valiosas que conocí en este camino. A mis ahora amigas Misury, Francisca, Nicole y Antonieta, cuyo compañerismo hizo de combustible en cada etapa del trabajo investigativo.

Finalmente, quiero destacar el rol de los participantes de esta investigación. Terapeutas con tremendo valor humano, profesionalismo y compromiso. Algunos se transformaron en verdaderos porristas del proceso investigativo. También a los pacientes que, con su generosidad, me permitieron conocer sus procesos terapéuticos y dejarme admirar por sus cambios y búsqueda de bienestar.

*“A mí me hicieron daño por fuera, pero ahora me doy cuenta que puedo sanar esa herida desde adentro”*

Clara (2016)

*“Quizás nunca seré un modelo de equilibrio, pero puedo estar segura de que soy sólida a mi manera. No avanzo lineal ni unidireccionalmente, y tampoco es que me la pase retrocediendo o cayendo en la vida, como he creído. Es solo que mi espíritu se mueve en espiral; capaz de curvarse entre afectos, errores, memorias y gratitudes.”*

Vinka Jackson, (Agua Fresca en los Espejos, 2011)

## ÍNDICE

1. Introducción .....	Pág. 8
2. Preguntas y objetivos de investigación .....	Pág. 14
3. Marco teórico.	
3.1 Abuso Sexual Infantil (ASI) .....	Pág. 15
Definición y fenomenología del ASI.	
Consecuencias del ASI.	
Comprensión del ASI desde la noción de trauma.	
3.2 Psicoterapia del ASI .....	Pág. 26
Psicoterapia del ASI desde una mirada humanista.	
Psicoterapia del ASI desde otras perspectivas teóricas.	
3.2 Cambio terapéutico.....	Pág. 37
Cambio terapéutico: conceptos y componentes.	
La relación terapéutica como elemento clave de la psicoterapia.	
Cambio terapéutico y superación del ASI	
4. Marco Metodológico .....	Pág. 46
4.1 Primera Fase: diseño inicial y búsqueda de casos clínicos.	
4.2 Segunda fase: recolección de experiencias clínicas generales.	
4.3 Análisis de los datos.	
5. Resultados .....	Pág. 54
5.1 Abuso sexual en la terapia.....	Pág. 59
5.2 Cambio terapéutico.....	Pág. 62
5.3 Estancamiento.....	Pág. 72
5.4 Efectos.....	Pág. 76
5.5 Vínculo terapéutico.....	Pág. 78
5.6 Factores facilitadores y obstaculizadores.....	Pág. 83
6. Discusiones .....	Pág. 88
7. Bibliografía .....	Pág. 100
8. Anexos .....	Pág. 105

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años, en Chile ha habido aumento en denuncias por delitos sexuales con focalización en la población infantojuvenil (Guerra y Arredondo, 2017; Subsecretaría de Prevención del Delito, 2015). Según una encuesta aplicada por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2015) en esta población, el abuso sexual infantil (ASI) presentaría una prevalencia del 8,7%, siendo un 75% de las víctimas niñas y 25%, niños.

En otros países, los estudios retrospectivos estiman una alta tasa de adultos victimizados sexualmente en su infancia (Cortés et al., 2011; Finkelhor et al., 1990). Así mismo, la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020) señala que una de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declaran haber sufrido ASI. Finkelhor (1994) llevó a cabo uno de los estudios más citados en cuando a violencia sexual a menores de edad, mediante revisión de encuestas epidemiológicas de 21 países (básicamente de alto y medio ingreso), encontrando que entre el 7% y el 36% de las mujeres había vivido ASI en la niñez, y en el caso de los hombres, entre un 3% a un 29%. Años después, Pereda et al. (2009) hicieron una revisión actualizada de 38 artículos encontrando similitudes en las distribuciones de prevalencia con el estudio anterior, concluyendo un patrón general constante a lo largo de los años, sobre todo en las mujeres, mostrando que el ASI seguía siendo un problema social generalizado.

Hasta la fecha, los únicos estudios dirigidos a adultos en Chile, fueron realizados por Fundación Para la Confianza (2018) en la Región Metropolitana, y por Pinto-Cortez et al. (2017) en la ciudad de Arica con población masculina. El primero arrojó que un 38,7% de las mujeres encuestadas de la región fueron víctimas de ASI, y un 20,3% de los hombres, siendo en su mayoría reiterados (Murillo et al, 2021). En los resultados, también se aprecia que el 87,8% de los participantes no denunció ante ningún organismo judicial. En el segundo estudio, los autores señalan estimar una prevalencia de ASI en varones adultos del norte en un 8,4%.

Igualmente, se debe tener presente que las cifras obtenidas pueden conformar solo estimaciones de la real magnitud del problema del ASI. Lampert (2015) señala que, en general, es una experiencia poco develada y también se hace necesario analizar las cifras acorde a la variable de género, ya que en variados estudios se muestra una mayor prevalencia de ASI en mujeres. No obstante, en la investigación de Pereda et al. (2009) se muestra en las cifras mayor variabilidad por género a lo largo de diferentes países, llegando en algunos a ser más altas en hombres.

Alaggia (2005) señala en un estudio con sobrevivientes adultos de ASI, que en general la tendencia es a retrasar la develación de la experiencia, aunque habiendo diferencias por género: los hombres entrevistados reportaron dificultad para contar por temor a ser vistos como homosexuales y como víctimas, mientras que en las mujeres resaltaba el miedo a que se les culpara o no les creyeran. Al respecto, Holmes y Slap (1998) sostienen que la sociedad en su conjunto ha pensado que las mujeres son más victimizadas sexualmente, generando un contexto en el que no se generan las condiciones para que varones cuenten sus experiencias. De esta forma, niños y hombres tendrían mayor tendencia a no develar, negando el impacto en sus vidas. Esto podría explicar que en la encuesta de Fundación para la Confianza (2018), solo el 43,1% de los hombres que mencionan experiencias de ASI se visualicen como víctimas, en contraposición con el 76% de las mujeres. Esto lleva a pensar en la posibilidad de que las cifras aún no logren reflejar la magnitud del fenómeno.

En cuanto a las consecuencias, diversos autores coinciden en que el ASI no deriva en un síndrome único y homogéneo en la vida adulta (Batres, 1997; Ibaceta, 2007; Llanos y Sinclair, 2001; Perrone y Nannini, 1997). Habría múltiples factores que amortiguan o complejizan el daño, interactuando con otros factores vitales y sociales, y pudiendo activarse síntomas en diversas etapas de la vida (Pereda, 2010), siendo el ASI un factor de riesgo general e inespecífico para la psicopatología (Maniglio, 2009). Las víctimas tendrían más probabilidad de presentar en la adultez: aislamiento, baja autoestima, tensión, dificultades relacionales y con la sexualidad, abuso de alcohol y drogas, e incluso mayor riesgo de ser violentados por otras personas (lo que se ha denominado “poli victimización”), que va generando un daño acumulativo y complejo (Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales [CAVAS], 2004).

Otros estudios concluyen que los adultos que vivieron traumas infantiles (como el ASI) son más propensos a desarrollar alteraciones de salud mental (Kendler et al., 2000; Scott, 1992; Vitriol, 2005). Pinto-Cortez et al. (2017), concluyen que los varones ariqueños que fueron víctimas de ASI presentaban mayor incidencia de síntomas obsesivos-compulsivos, depresión, somatización, hostilidad, ansiedad y mayores dificultades sexuales, siendo consistente con estudios de otros países con población masculina. Por otro lado, en la encuesta aplicada a población general en la Región Metropolitana (Fundación Para la Confianza, 2018), las personas que se reportaron haber sido víctimas de ASI muestran menor nivel de satisfacción en su estado de salud general en comparación con personas no victimizadas.

Desde esto, se estima necesario conocer cómo llevar a cabo procesos terapéuticos efectivos que ayuden a los pacientes a superar estas experiencias y así prevenir el desarrollo o mantención de cuadros de salud mental.

En los últimos 20 años, en Chile se han implementado centros especializados en ASI (Guerra y Arredondo, 2017), extendiéndose programas en diversos lugares del país, licitados por organismos como el Servicio Nacional de Menores, Policía de Investigaciones, Ministerio de Justicia y del Interior. La mayoría de éstos, enfocan el trabajo terapéutico en ASI con casos judicializados de niños/as y adolescentes, siendo escasa la red institucional especializada para adultos víctimas de violencia sexual.

Los “CVS de Mujeres” (licitados por el Ministerio de la Mujer y Equidad de Género) serían los únicos que trabajan con adultas victimizadas, en solo tres regiones del país. Los Centros de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales [CAVAS], brindan psicoterapia reparatoria a niños/as y adultos ingresados por experiencias recientes de violencia sexual, pudiendo trabajar con aquellos que fueron victimizados en su infancia como motivo secundario. Por otro lado, Fundación para la Confianza brinda orientación y ha implementado Grupos de Ayuda Mutua, aunque no psicoterapia específicamente. Se conoce otra experiencia en Fundación Tierra de Esperanza, quienes implementaron un área para Terapia de Adultos en un Programa de Reparación en Maltrato y Abuso Sexual Infantil (PRM) de Antofagasta.

Cabe considerar que la implementación de programas que aborden el ASI en infancia y adolescencia apenas lleva 20 años de desarrollo, lo que hace muy probable que adultos victimizados previo a este período, hayan debido crecer y desarrollarse al alero de las consecuencias del ASI por la escasa oferta de apoyo profesional, más aun considerando que la no develación disminuye la posibilidad de recibir ayuda temprana, aumentando más el riesgo de desarrollar problemas psicológicos en la vida adulta (Rull y Pereda, 2011). De hecho, en la encuesta aplicada por Fundación Para la Confianza (2018), un 83,5% de los encuestados que reconocen haber vivido algún tipo de ASI que consideran que les ha afectado en alguna medida y el 93,4% declara que nunca ha recibido ayuda especializada.

No obstante, Rull y Pereda (2011) mencionan que este apoyo terapéutico no siempre es suficiente para evitar efectos posteriores del ASI en la adultez, más aún si es que no se realiza un seguimiento del/la paciente. La integración de la experiencia abusiva es un proceso que se mantiene en desarrollo durante toda la trayectoria de vida (Capella y Gutiérrez, 2014), siendo la recuperación

y resiliencia al ASI un proceso continuo que no necesariamente es lineal y que incluye puntos de inflexión (Banyard y Williams, 2007); ante lo cual podría requerirse de un nuevo proceso terapéutico en otros momentos del ciclo vital.

Maniglio (2009) señala que parte del tratamiento de adultos con trastornos psiquiátricos debe requerir la indagación de abusos sexuales en la infancia. Al mismo tiempo, refiere que “al tratar con un paciente con antecedentes de abuso infantil, los médicos deben evaluar la relevancia de dicho historial para el diagnóstico actual y abordarlo terapéuticamente” (p. 656), dado que estos pacientes pueden responder con reducción de sintomatología general si se aborda la experiencia del abuso.

En términos generales, los adultos que han vivido ASI y requieren psicoterapia, acceden a ésta atendándose en su red de salud que esté más a su alcance, pudiendo ser en el sistema público o privado. Para ello, el nivel de abordaje terapéutico de la experiencia abusiva dependerá de la decisión del profesional tratante o de los lineamientos del programa o institución que lo acoja. Ibaceta (2007) menciona que, en la práctica clínica, es común que estos adultos consulten desde una referencia directa o indirecta a experiencias de ASI, o por una problemática distinta. Plantea que habitualmente en la práctica estos cuadros no son abordados desde su origen, sino que el trabajo terapéutico suele enfocarse en la sintomatología, sin un proceso que apunte a la superación de la experiencia traumática de base.

De esta forma, se hace relevante que los terapeutas contemos con herramientas para abordar la diversidad clínica de estos casos en donde experiencias de ASI no superadas estén generando malestar en el/la paciente (Llanos y Sinclair, 2011), siendo una amplia población que puede consultar por diferentes cuadros de salud mental; requiriendo de un trabajo terapéutico que vaya más allá del abordaje sintomático, con un manejo acorde a las características de la temática. Surge así la necesidad de desarrollar orientaciones terapéuticas acorde a la realidad local y a la práctica clínica que permita tratar el ASI en su especificidad (Batres, 1997) y así servir en la formación de profesionales de salud mental.

Dentro de la literatura especializada, destacan diversas propuestas de tratamiento con estos adultos, que difieren en el foco puesto, la perspectiva teórica de base y las consideraciones sobre las etapas y las técnicas a emplearse. En general, no se ha demostrado mayor efectividad de un tipo de tratamiento o enfoque psicoterapéutico por sobre otro (Ehring et al. 2014; Martsof y Draucker, 2005; Rull y Pereda, 2011; Taylor y Harvey, 2010). Taylor y Harvey (2010) plantean que las

características de los pacientes y su experiencia de abuso inciden en los resultados de las intervenciones y que las características de la terapia parecieran moderar la efectividad del tratamiento, según el interés de análisis los investigadores. Por su parte, Ehring et al. (2014) agregan que las intervenciones con mejores resultados son aquellas centradas en el trauma y de tipo individual.

De esta forma, la naturaleza multifacética y diversa de los efectos del ASI, no permite aún responder qué tipo de terapia es más efectiva para determinados pacientes (Taylor y Harvey, 2010). En la misma línea, Rull y Pereda (2011) sostienen que no es adecuado plantear una forma de intervención única para todas las víctimas de ASI, sosteniendo que la mejor terapia es aquella que considera el ASI como una experiencia que acarrea problemas específicos en personas distintas, sin tener que considerarse como un síndrome definido.

Cabe destacar que en el meta- análisis que Rull y Pereda (2011) realizan sobre programas de tratamiento de ASI con adultos entre el año 2000 y 2010, no se pudo recolectar ninguna publicación de habla hispana, ni alguna enmarcada en la línea humanista- existencial.

En cuanto a esta perspectiva, y adentrándonos más a nivel teórico, Kalsched (2013) da una lectura junguiana al trauma infantil, sirviendo como base teórica para comprender las dimensiones del impacto del ASI. Por otro lado, Fisher (2005) plantea cómo trabajar con adultos sobrevivientes desde la psicoterapia existencial, mientras que Armenta (2002) propone un enfoque terapéutico experiencial y centrado en persona para estos casos. Ambas propuestas, se basan en reflexiones teóricas de los autores en base a sus experiencias clínicas, no así en investigaciones extendidas ni empíricas.

En cuanto al escenario nacional, Guerra y Arredondo (2017) analizaron estudios nacionales sobre psicoterapia en ASI (19 trabajos), concluyendo que gran parte eran sistematizaciones de experiencias de intervención, problematizando la escasez de estudios empíricos. La gran mayoría de estos estudios corresponden a psicoterapia con niños/as y adolescentes, no así con adultos, concluyéndose la falta de investigación nacional en psicoterapia en ASI con esta población. Solo se aprecian los artículos de Llanos y Sinclair (2001) e Ibaceta (2007), basados en la reflexión profesional de los autores, enmarcándose en líneas teóricas sistémicas, evidenciando nuevamente la escasez de estudios sobre la psicoterapia en ASI desde la línea humanista-existencial. Destaca como excepción la tesis de Lorca (2012), quien introduce una mirada analítico-existencial sobre el ASI en adultos, generando una reflexión sobre las implicancias en las condiciones y

motivaciones fundamentales que sustentan la existencia, y posibles líneas de trabajo psicoterapéutico. No obstante, este trabajo se observa de corte teórico reflexivo sobre un caso, no así emergido desde una práctica clínica extendida ni centrada en el proceso de cambio.

El cambio terapéutico vinculado al ASI ha sido estudiado en Chile desde la perspectiva de niños/as y adolescentes (Capella et al., 2018), enmarcándose en línea teórica constructivista. En los resultados, los pacientes significan el cambio como un proceso gradual, con cambios positivos en cuanto a bienestar emocional y en los sentimientos ligados a la experiencia abusiva. Esto también fue estudiado con los terapeutas de los niños/as (Águila et al, 2016), aunque ningún participante trabajaba desde una perspectiva humanista- existencial.

De esta forma, se hace necesario contar con estudios en adultos sobre psicoterapia en esta temática desde la línea humanista-existencial, en donde los resultados podrían aportar en el abordaje desde esta línea a la clínica del ASI, desde la misma práctica y realidad local.

Es así como se propone una investigación de tipo descriptiva, con metodología cualitativa, que buscará comprender elementos psicoterapéuticos que facilitan el cambio, desde la experiencia de terapeutas humanistas existenciales que han implementado psicoterapias donde se haya abordado la superación del ASI con adultos. Desde los resultados, podrían emerger orientaciones terapéuticas preliminares sobre el trabajo en estos casos desde la línea humanista existencial, pudiendo servir de base para futuros estudios que analicen directamente los procesos psicoterapéuticos en todas sus fases. Esto serviría de insumo en la formación de especialistas en psicoterapia, y capacitación para profesionales de diversas áreas de la salud mental.

## **PREGUNTAS Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN**

A raíz de lo señalado anteriormente, se definieron las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cómo se desarrolla el cambio terapéutico con adultos que vivieron abuso sexual infantil (ASI), desde psicoterapias humanistas existenciales?
- ¿Qué episodios de cambio relevantes identifican los terapeutas con pacientes adultos que vivieron ASI, y en qué consistieron?
- ¿Qué episodios de estancamiento identifican los terapeutas con adultos que vivieron ASI y en qué consistieron? ¿Cómo abordaron dichos episodios?
- ¿Cómo describen los terapeutas la relación terapéutica con adultos que vivieron ASI?
- ¿Qué factores visualizan los terapeutas como obstaculizadores y facilitadores del cambio con adultos que vivieron ASI?
- ¿Qué efectos percibieron terapeutas y pacientes tras cursar psicoterapia humanista existencial?

### **Objetivo General.**

Comprender el proceso de cambio en psicoterapia con adultos que han vivido ASI, enmarcado en psicoterapias humanistas existenciales.

### **Objetivos Específicos.**

- Identificar y caracterizar episodios de cambio relevante con adultos que vivieron ASI, percibidos por terapeutas humanistas existenciales.
- Identificar y caracterizar episodios de estancamiento en psicoterapias con adultos que vivieron ASI, junto con las estrategias desplegadas por sus terapeutas para resolverlas.
- Comprender las características de la relación terapéutica con adultos que vivieron ASI, desde la perspectiva de terapeutas humanistas existenciales.
- Identificar factores que obstaculizaron y favorecieron el cambio terapéutico con adultos que vivieron ASI, desde la perspectiva de los terapeutas.
- Conocer los efectos que perciben pacientes que vivieron ASI y sus terapeutas, tras cursar psicoterapias humanistas existenciales.

## MARCO TEÓRICO

### 3.1 Abuso Sexual Infantil (ASI)

#### **Definición y fenomenología.**

En la literatura especializada, es posible apreciar diferentes definiciones que ilustran las diversas áreas desde las cuales se ha conceptualizado el ASI. Pereda (2010) señala que, dependiendo del sector profesional, se han establecido definiciones más amplias (por ejemplo, desde el ámbito psicosocial o de la salud) versus otras más restrictivas (desde el ámbito de justicia). No obstante, una de las definiciones más citadas, es la brindada por Finkelhor y Hotaling (1984), quienes propusieron criterios definitorios para estudios de prevalencia, señalando que el ASI implica dos elementos básicos. En primer lugar, es un contacto sexual “que le ocurre a un niño como resultado de la fuerza, amenaza, engaño, mientras está inconsciente o mediante la explotación de una relación de autoridad” (p. 31, Finkelhor y Hotaling (1984). En segundo lugar, para los autores se trata de un contacto sexual que ocurre entre niños/as y personas mayores, estando a favor de calificar como abuso la diferencia de 5 o más años para niños/as de 12 años y de 10 años o más para un niño de 13 a 16 años. De estos planteamientos, se desprenden dos elementos centrales en la definición del ASI: la coerción y la asimetría, evidenciando así el carácter relacional que implica (CAVAS, 2011).

Respecto de la coerción, Pereda (2010) además explica que ha de ser considerada como criterio suficiente para etiquetar una conducta de abuso sexual, destacando que no siempre implica fuerza física. De esta forma, para la autora el ASI puede ser cometido por alguien menor de 18 años acorde a la posición de poder que sostiene sobre la víctima. Esta asimetría imposibilita la capacidad de los niños/as para decidir, ya que además tienen experiencias, madurez psicológica y expectativas muy diferentes sobre la relación sexual, siendo inherentemente algo no deseado ni consentido (Barudy, 1998; Pereda, 2010). De esta forma, el acto abusivo solo lleva como finalidad la satisfacción sexual del adulto, siendo el único beneficiario, cosificando al niño/a al tomarlo como objeto (Barudy, 1998; Perrone y Nannini, 1997).

El contacto sexual del ASI también ha sido definido de varias maneras, habiendo similitud entre autores y organismos en considerarlo más allá del contacto genital y físico (Cortés et al, 2011; Finkelhor y Hotaling, 1984; Pereda, 2010; UNICEF y Ministerio de Salud de Chile, 2011;

UNICEF, 2015). De esta forma, se incluyen tanto conductas que implican contacto físico (tocaciones, masturbación, penetración oral, vaginal u anal) como aquellas que no conllevan directamente dicho contacto (exhibición de genitales para excitación o gratificación sexual, exposición a actos sexuales, proposiciones verbales explícitas, exposición a pornografía). Cabe destacar que los abusos con contacto físico (en particular la penetración en cualquier de sus formas) genera mayor riesgo de psicopatología y efectos en el ámbito sexual del niño/a (Pereda, 2010).

También se destaca otra forma de ASI, como lo es explotación sexual, la que puede tomar varias formas relacionadas entre sí: la producción de pornografía infantil, la explotación sexual (denominada por algunos como “prostitución infantil”) o la trata de niños/as y adolescentes con fines de explotación sexual (Pereda, 2010).

También se ha diferenciado el ASI en intra y extrafamiliar. El intrafamiliar es efectuado por algún/a pariente o por personas que cumplan funciones parentales, quien manipula el vínculo mediante el poder del rol que ejerce, generándose habitualmente un traspaso sucesivo de límites hasta concretarse el abuso como tal (CAVAS, 2011). En estos casos, es más probable que las agresiones sean reiteradas y que debido al vínculo familiar, la develación de los hechos sea más tardío. En el ASI extrafamiliar, la persona que agrede es ajeno al círculo familiar de la víctima, pudiendo ser totalmente desconocido. Estos casos, habitualmente son eventos únicos de mayor violencia, que suelen afectar mayoritariamente a adultos y adolescentes (Escaff, 2001, citado en CAVAS, 2011). Barudy (1998) señala dentro de los abusos extrafamiliares, están los perpetrados por personas conocidas que habitualmente gozan de la confianza de la familia, introduciéndose en su cotidianeidad o teniendo un rol social en su entorno (como guías espirituales, profesores, amigos de la familia, etc).

Diversos autores han propuesto teorías que buscan explicar la dinámica del ASI. Como señalan en CAVAS (2011), estos planteamientos no necesariamente aplican de forma homogénea a todos los casos. No obstante, permiten una mayor comprensión de los procesos relacionales implicados en los abusos reiterados o crónicos, sobre todo aquellos de índole intrafamiliar.

Barudy (1998), sostiene que en los abusos perpetrados por un miembro de la familia implica un proceso relacional enmarcado en el sistema familiar, el cual se encuentra en equilibrio mientras las transgresiones se mantienen bajo secreto. Desde su trabajo clínico, ha podido desprender tres fases: seducción, interacción sexual abusiva y develación. En la primera, el ofensor manipula la confianza del niño/a, invitando a participar de actos abusivos, presentándolos como juegos o

comportamientos normales, generándose una preparación del lugar y del momento del abuso. La segunda fase, implica un proceso gradual y progresivo, donde puede haber conductas exhibicionistas, caricias con intenciones eróticas, felación, penetración digital hasta el coito que suele producirse en una fase avanzada de la relación abusiva. Esto implica la instauración explícita o no explícita del secreto, en donde el niño/a no tiene otra alternativa que la adaptación. Finalmente, la develación del secreto puede ser accidental o premeditada a causa del malestar de los niños/as o producto de una crisis de autonomía cuando son adolescentes. En esta instancia, suele generarse una crisis familiar y del entorno social, lo que puede seguirse de una fase represiva en donde la familia busca desesperadamente el equilibrio para mantener la cohesión familiar, lo que puede darse a través de la negación de los hechos, cuestionamiento a la víctima o que se le señale como culpable; lo que explica muchos casos de retractación.

Por otro lado, Perrone y Nannini (1997) realizan un acercamiento comprensivo a la dinámica entre abusador(a) y víctima, señalando que ésta se compone de una relación psicológica, que los autores denominan “hechizo”, en donde uno ejerce un dominio sobre el otro: “Se trata de una suerte de invasión de territorio, como una negación de la existencia, del deseo, de la alteridad y de la subjetividad de la víctima” (p. 166).

Dentro de esta dinámica, la relación de dominio no está enunciada claramente. La persona dominada tiene una imagen ilusoria del otro, ya que las mismas características de la relación alteran sus funciones psicológicas. Los autores señalan que la víctima entra en un estado de trance prolongado, que implica un estado de conciencia alterado o modificado, caracterizado por una disminución del umbral del sentido crítico y una focalización de la atención; lo cual puede durar aún después de haberse interrumpido la relación abusiva. Desde esta teoría, la dinámica del hechizo y del abuso sexual se crearía a través de tres tipos de prácticas relacionales implicadas entre sí: efracción, captación y programación (Perrone y Niannini, 1997). Estos autores señalan que, desde su experiencia clínica, aun cuando el abusador ejerce un dominio sobre su víctima, el ASI no siempre es resultado de un hechizo, existiendo diferentes formas de influjo. Puede haber casos con la presencia de algunos de estos elementos de la dinámica y no todos en su conjunto, lo que brinda la particularidad a cada experiencia.

Por otro lado, un elemento relevante en la fenomenología del ASI, tiene relación con la develación de los hechos. Capella (2010) lo ha definido como el “proceso por el cual el abuso sexual es conocido por personas ajenas a la situación abusiva (personas distintas del agresor y la víctima),

siendo la primera instancia en que esta situación es descubierta o divulgada” (p. 46). Diversos estudios y autores señalan que las víctimas de ASI a menudo no develan o muestran demoras significativas (Gutiérrez, Steinberg y Capella, 2012; Alaggia 2005; McElvaney, 2015; Collin-Vézina et al, 2015; Summit, 1983), pudiendo comunicar el ASI vivido solo en la edad adulta o al ser preguntados en el marco de estudios.

La develación puede generarse de diferentes formas, teniendo además diferentes componentes motivacionales. Alaggia (2004), desde su estudio con adultos sobrevivientes de ASI, concluyó las complejas facetas de la develación, en tanto además de las categorías tradicionales de divulgación “accidental, intencional y solicitada por terceros”; detectaron intentos verbales conductuales e indirectos, desencadenadas por recuerdos recuperados y otras retenidas intencionalmente.

De esta forma, la develación más que un evento único y delimitado, implica un proceso relacional que involucra tanto a víctima como a terceros (Capella 2010). En esta línea, resulta interesante la mirada sistémica-ecológica de Collin-Vézina et al. (2015), quienes en su estudio con adultos sobrevivientes de ASI, detectan tres categorías de factores que inhiben la develación. En primer lugar, se encuentran las barreras internas (sentimientos de culpa, mecanismos defensivos, nivel de desarrollo psicológico al momento del ASI), las barreras relacionadas con terceros (violencia y disfunción familiar, dinámicas de poder, conciencia del impacto de develar y escaso apoyo social) y las ligadas al entorno social (estigmatización, tabúes sobre la sexualidad, falta de servicios disponibles y otros elementos culturales).

### **Consecuencias del ASI.**

En una revisión sistemática, Maniglio (2009) concluye que existe evidencia de que los sobrevivientes de ASI tienen mayor probabilidad significativa de padecer una amplia gama de trastornos médicos, psicológicos, conductuales y sexuales; transformándose así en un factor de riesgo inespecífico. También existe consenso, en que la cronicidad de los abusos y el nivel de cercanía con la figura ofensora, incide en la gravedad de las manifestaciones psicopatológicas en el largo plazo (CAVAS, 2011; Plaza, Beraud y Valenzuela, 2014; Vitriol, 2005). Del mismo modo, en una revisión meta-analítica, Amado, Arce y Herraiz (2015), concluyen que el ASI conlleva un daño psicológico significativo, sobre todo en aquellos casos donde hay penetración, pudiendo haber mayor probabilidad de agudización de cuadros clínicos, como, por ejemplo, la distimia.

Diversos estudios coinciden en que el ASI conlleva repercusiones a nivel psicológico en el mediano y largo plazo, aunque esto no constituye un conjunto homogéneo de síntomas o un síndrome específico. En una revisión de estudios sobre la asociación entre ASI y trastornos de personalidad, Pereda, Gallardo-Puyol y Jiménez (2011) señalan que los efectos suelen ser inespecíficos, dando importancia a la variabilidad interindividual, lo que conlleva a la consideración del concepto de resiliencia como moderador en el desarrollo de psicopatología.

Pereda (2010), señala además que no se ha confirmado la existencia de una relación determinística entre el ASI y problemas psicológicos en la adultez, existiendo múltiples variables que pueden incidir en esta relación. Sin embargo, pese a la heterogeneidad de las consecuencias del ASI, resulta útil considerar dimensiones en las que los sobrevivientes pueden verse afectados.

Al respecto, Pereda (2010) realizó una clasificación de los resultados de investigaciones de una década, concluyendo de que los efectos psicológicos pueden resumirse en cinco áreas específicas: problemas emocionales, problemas de relación, problemas funcionales, problemas de adaptación y problemas sexuales.

En los *problemas emocionales*, se cuenta principalmente con trastornos depresivos y bipolares, trastornos ansiosos, estrés post traumático, trastorno de personalidad límite, baja autoestima, conductas auto lesivas, ideas o intentos suicidas, conductas de riesgo o ausencia de autoprotección. En cuanto a los *problemas de relación*, la autora señala que esta es una de las áreas más afectadas, tanto en la época posterior a los abusos como en el largo plazo. Esto puede manifestarse en aislamiento, ansiedad social y desajuste en las relaciones de pareja (inestabilidad o evaluación negativa de las mismas). También pueden presentar dificultades en la crianza con los hijos, tal como estilos parentales más permisivos, mayor frecuencia en el castigo físico o una visión negativa de su rol parental.

En cuanto a los *problemas de conducta y adaptación social*, Pereda (2010) señala resultados que dan cuenta de mayor hostilidad y conductas antisociales, junto con mayor riesgo de huida del hogar a edades tempranas o involucramiento en conductas delictivas.

Respecto de los *problemas funcionales*, la autora recalca la relación existente entre ASI y un peor estado de salud física general, lo que también fue concluido por Maniglio (2009). Esto implica que los sobrevivientes de ASI presentan mayor tendencia a los dolores físicos sin razón médica, tal como cefaleas, fibromialgia, trastornos gastrointestinales, desórdenes ginecológicos. También

refiere en este apartado la mayor frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria, conversión, somatización, abuso de sustancias y síntomas disociativos.

En cuanto a los *problemas sexuales* señala evidencia de mayor posibilidad de presentar alteraciones en esta área, como por ejemplo, una sexualidad insatisfactoria, conductas de riesgo sexual o promiscuidad.

Por otro lado, Finkelhor y Browne (1985) propusieron un modelo comprensivo para las consecuencias del ASI, siendo uno de los más citados en la bibliografía asociada al tema. Los autores plantean cuatro dinámicas traumatogénicas (indefensión, traición, estigmatización y sexualización traumática) las que en su conjunto, harían del ASI una experiencia traumática diferente a otras adversidades infantiles. Si bien en su origen estuvo pensado en los efectos en los niños/as, puede ser extrapolable a la adultez, en tanto permite configurar áreas de afectación a lo largo del ciclo vital (Ibaceta, 2007). En la siguiente descripción, será posible observar algunas similitudes con la clasificación de Pereda (2010), mencionada anteriormente.

En cuanto a la *indefensión*, esto implica que el niño/a víctima de ASI se ve sometido en contra de su voluntad, experimentando imposibilidad de controlar aquello que le ocurre. Esto se traduce, en el largo plazo, en sensación de falta de poder personal y vulnerabilidad, manifestándose con síntomas como ansiedad, angustia y bajo sentido autoeficacia; lo que podría relacionarse con los problemas emocionales descritos anteriormente. Por otra parte, la persona también puede intentar compensar la pérdida de poder, bajo necesidad de control y dominación sobre otros o su entorno (CAVAS, 2011; Ibaceta, 2010).

Respecto de la dinámica de *traición*, deviene del hecho de que les ha causado daño una persona de quien dependían o en quien confiaron; implicando un daño a nivel vincular por la pérdida de confianza. En el largo plazo esto puede manifestarse en alteraciones en los vínculos. Por ejemplo, por un lado, puede surgir la necesidad de protección lo que implicaría dependencia emocional, bajo tendencia a establecer vínculos estrechos o fusionados, o en el otro extremo, que la persona se vincule desde la desconfianza y la hostilidad, manifestando rechazo al establecimiento de relaciones íntimas (CAVAS, 2011). En este sentido, el vínculo afectivo puede significarse como una experiencia que arriesga su integridad personal pudiendo transitar entre el rechazo y la necesidad apremiante de cercanía.

La dinámica de *estigmatización*, implica la internalización de connotaciones negativas, como maldad, culpa o vergüenza, que los sobrevivientes incorporan en su autoimagen. Estos mensajes

pueden provenir directamente del agresor o ser reforzado por otros, como figuras significativas o por la comunidad frente al conocimiento del ASI (CAVAS, 2011). También suele estar aparejado en la sensación de ser diferentes o en la anticipación de que serán rechazados si los demás conocen sus experiencias abusivas.

En cuanto a la *sexualización traumática*, Finkelhor y Browne (1985) señalan que se refiere al proceso por el cual el niño/a u adolescente forma de manera inadecuada su desarrollo sexual como resultado de los abusos. Concretamente, esto ocurre en la entrega de afecto privilegios o refuerzos por parte de la figura agresora a cambio de conductas sexuales, o también en la asociación de lo sexual con el temor y el sometimiento; transmitiendo así una visión distorsionada de la sexualidad. Esto implica en el largo plazo, alteraciones en el desarrollo psicosexual, que pueden ir desde la erotización de las relaciones, promiscuidad y repetición compulsiva y no satisfactoria de conductas sexuales; o en el otro extremo, mediante el rechazo a todo lo vinculado con lo sexual, inhibición, problemas en la identidad sexual o escaso disfrute. Este aspecto dice relación con la dimensión de “problemas sexuales”, mencionado por Pereda (2010).

Al observar ambos planteamientos sobre las consecuencias del ASI, es posible desprender que los efectos se extienden a diversas áreas del funcionamiento de la persona, pudiendo instalarse como ejes estructurantes de la personalidad, configurando así la visión de sí mismo y de los otros (CAVAS, 2011). Con el avance del ciclo vital, esto puede conllevar una alteración crónica en el control de impulsos, la tolerancia a eventos estresantes y en la conservación del criterio de realidad, lo que podría explicar que algunos pacientes sean diagnosticados con trastornos de personalidad. Sin embargo, lo mencionado no indica afectación global ni estándar a todos los sobrevivientes de ASI.

### **El Abuso Sexual Infantil como experiencia traumática.**

Otra perspectiva a considerar en las consecuencias del ASI es la noción de éste como trauma. Van der Kolk (2017), señala que lo traumático está constituido por el carácter disruptivo y terrible de la experiencia, superando la capacidad defensiva de la víctima, ya que luchar o huir no son alternativas accesibles para protegerse, conllevando el sentimiento de indefensión y dificultad para prever el fin del tormento (Ogden, Minton, y Pain, 2006; Sánchez, 2011; Stupiggia, 2010).

Van der Kolk (2017) refiere que, ante estas experiencias, el cerebro cambia a distintos niveles para reajustarse, por lo que el sistema nervioso se sitúa en estado de alerta para hacer frente al peligro

y poder lidiar con lo impredecible de los hechos. Sin embargo, estas reacciones emocionales pierden su función de sobrevivencia y de control sobre su entorno (ya que, por ejemplo, las agresiones siguen ocurriendo), por lo que, en el largo plazo, muchos adultos y niños traumatizados ven afectada la capacidad de utilizar sus emociones como guía de acción eficaz. Igualmente, estas respuestas físicas y emocionales quedan alojadas como pautas somáticas automáticas ante estímulos leves, siendo similares a las del pasado. Esto genera una consiguiente re actualización repetitiva a través de imágenes, conductas, sentimientos, estados fisiológicos y formas de relación interpersonal.

La disociación ha sido descrita un aspecto esencial del trauma, ya que la experiencia abrumadora se divide y se fragmenta, quedando alojada en la memoria bajo extractos sensoriales de recuerdos no integrados (Van der Kolk, 2017). Esto implica el retiro de la mente del aparato sensorial (Stupiggia, 2010), conformándose en un mecanismo defensivo que separa en dos o más estados psíquicos, funcionando de manera inconsciente e independiente, pudiendo disociarse por ejemplo, los afectos y pensamientos, la psique y el soma, o la conducta y los pensamientos (CAVAS, 2011). En el diagnóstico clínico tradicional asociado a trauma, se ha definido el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT). El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013), considera que los criterios centrales de este trastorno implican la exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, además de síntomas intrusivos relacionados con el suceso traumático, evitación de estímulos similares a éste, alteraciones negativas cognitivas y en el estado de ánimo, y estado de alerta y reactividad.

Sin embargo, esta definición ha sido blanco de críticas por parte de diferentes autores. Finkelhor y Browne (1985) señalaron que los criterios de aquel entonces presentaban problemas cuando se aplicaban al ASI, ya que no tomaba en cuenta todos los síntomas, argumentando que el TEPT localizaba las manifestaciones del trauma en el ámbito afectivo, sin encajar con muchos tipos de ASI. Concluyeron que las consecuencias de estas experiencias podían compartir elementos con el TEPT, pero cualitativamente se presentaban de manera diferente (Finkelhor y Browne, 1985; Finkelhor, 1987).

Esta perspectiva también fue referida por Putnam (1998), quien señaló que el modelo de TEPT debe ampliarse y corregirse de modo de integrarse en un modelo más amplio en torno a los efectos del trauma y la victimización. Del mismo modo, Ogden, Minton y Pain (2009), plantean que la traumatización va más allá que la hiperactivación fisiológica señalada en el TEPT, implicando alto

grado de indefensión combinado con el abandono de figuras protectoras. También Herman (1992) señala que el TEPT se deriva de la observación de sobrevivientes de situaciones traumáticas relativamente circunscritas: desastres guerras o violación; sin captar las secuelas de un trauma prolongado y repetido, que suelen ocurrir cuando la víctima no puede huir o se encuentra bajo el poder de un perpetrador (como suelen ser los abusos sexuales de infancia).

Para Van der Kolk (2017), en el TEPT desde el DSM-5, los efectos traumáticos están situados desde el acontecimiento específico, sin embargo, en los casos de niños con historiales de abuso, maltrato u abandono, las raíces de sus conductas con menos obvias, especialmente porque rara vez comentan qué les ha sucedido. De hecho, el autor señala que el 82% de los niños traumatizados atendidos en la red estadounidense para el estrés traumático infantil, no cumple con los criterios diagnósticos de TEPT, siendo diagnosticados con una medida de 3 a 8 diagnósticos co mórbidos. De esta forma, Van der Kolk (2017) y su equipo de investigación, han propuesto otro diagnóstico que consideran más apropiado, que han denominado “trastorno del trauma del desarrollo”; que estaría caracterizado por un patrón generalizado de des regulación, problemas de atención y concentración, y dificultad para llevarse bien consigo mismos y con los demás.

Estas perspectivas son relevantes para la comprensión de los efectos del ASI en los adultos, en tanto los diagnósticos clínicos tradicionales, como el TEPT, no siempre engloban los síntomas de los adultos sobrevivientes. Del mismo modo, si se considera la noción del “trastorno de trauma del desarrollo”, y se proyectan en el largo plazo dichas alteraciones en las áreas descritas, sería posible un acercamiento más atingente a los malestares globales de pacientes adultos que consultan en la práctica clínica.

Al respecto, es igualmente relevante el concepto de “Trauma Complejo”. Herman (1992, 1997) plantea que las personas que han estado sometidas a traumas prolongados desarrollan un desorden de estrés postraumático progresivo que invade y erosiona la personalidad, el cual puede coexistir con el TEPT tradicional, pero implica una amplificación de éste a varias áreas de la persona. Por ejemplo, a nivel somático, la autora sostiene que se les observa mayormente hiper vigilantes y agitados, pudiendo desarrollar múltiples malestares físicos. Del mismo modo, los sentimientos de abandono por la desprotección experimentada, la imposibilidad de defenderse y la noción negativa de sí mismos, puede conllevar en algunos casos a un estado crónico de depresión.

También Herman (1992, 1997) sostiene que en el trauma complejo se observan alteraciones y oscilaciones en el sistema de apego, en donde todas las estructuras del yo (imagen del cuerpo, de

los otros, sentido de coherencia del sí mismo) son invadidas, sosteniendo que las víctimas de ASI desarrollan deformaciones en su identidad aún más complejas. Este aspecto es concordante con estudios neurocerebrales, que muestran que las personas con trauma crónico en la infancia presentaban menor activación en zonas cerebrales encargadas de la autopercepción, traduciéndose en dificultad para registrar estados internos y evaluar la relevancia personal de la información circundante (Van der Kolk, 2017).

Otro elemento relevante a considerar, es la dimensión corporal de lo traumático. Diversos autores señalan la noción del “trauma encarnado”, ya que éste queda alojado en la memoria corporal, bajo fragmentos somatoriasoriales, dañándose el sentido del propio cuerpo en tanto se experimenta como un lugar no seguro (Ogden, Minton, y Pain, 2009; Nieto y López, 2016; Stupiggia, 2010). Es así como lo disruptivo de la experiencia traumática interpela directamente al cuerpo, en tanto a través de él se establece un contacto directo con la realidad (Sánchez, 2011).

Ogden, Minton y Pain (2009) plantean que las experiencias traumáticas alteran la regulación fisiológica y emocional del cuerpo, generando profundos efectos en el procesamiento de la información. Para los autores, los síntomas esenciales de los trastornos de origen traumático se vinculan con la baja tolerancia a la activación fisiológica y la desregulación afectiva, lo que puede llevar a la hiperactivación (evitación del daño mediante conductas de lucha o huida) o a la hipoactivación (evitación del daño mediante sometimiento), transformándose en respuestas crónicas que incluso pueden alternarse entre sí.

Para Stupiggia (2010), este aumento de la activación fisiológica y de memorias corporales que se pueden desencadenar repentinamente sin conexión con el presente, conlleva que los sobrevivientes de ASI tengan la sensación de que su cuerpo no les pertenece. Muchas veces sus pensamientos y sensaciones físicas viajan en direcciones diferentes. Además, en el ASI, la transgresión es aplicada directamente sobre el cuerpo, por lo que éste se transforma en un lugar de permanencia del otro, alterando así la noción de barreras internas y los propios límites, generando en el largo plazo reducción de la capacidad de reconocerse internamente. Esta forma de ataque directo al cuerpo, establecido además desde un otro, brinda argumento para que el autor señale el abuso sexual como un “trauma relacional corporal”.

Cabe destacar igualmente, la mirada que brindan otros autores cercanos a la línea humanista sobre lo traumático, lo cual brinda un marco de referencia interesante para comprender los efectos del ASI.

Langle (2009), terapeuta analítico existencial, describe el trauma como grave herida anímica, que nos confronta con la vulnerabilidad que es parte de la estructura de la existencia humana, en el sentido de estar expuestos al mundo que trae consigo “tragedias” como el sufrimiento, la culpa y la muerte. Esta herida anímica afecta simultáneamente las cuatro motivaciones fundamentales de la existencia: la confianza fundamental, el valor de la vida, el valor del ser-persona y el sentido del todo tocando así la capa más profunda de la existencia. En la misma línea, Fischer (2005) plantea que en los casos de ASI intrafamiliar, los niños/as le dan la espalda a su experiencia para adaptarse a la realidad familiar, lo que implica la subyugación del yo intuitivo (lo que denomina su “brújula interna”). Esto conlleva dificultades profundas en la vida adulta, afectando su capacidad para ‘estar en el mundo’, sin poder establecer relaciones sanas consigo mismos ni con otros.

Desde la perspectiva experiencial, los traumas constituyen interrupciones severas o completas del proceso de avance de la vida, en donde el organismo va indicando el proceso detenido a través de síntomas corporales, pensamientos intrusivos, flashbacks y luchas emocionales (Gendlin, 1996). De modo que los síntomas traumáticos son el resultado del proceso incompleto de avance. Esto se revierte hasta que se completa el proceso de llevar adelante (último paso del proceso experiencial), devolviendo al cuerpo su estado biológicamente adaptativo y fluido (Dearly, 2019).

Estos planteamientos se asimilan a lo señalado por Armenta (2002), quien analiza el ASI desde la terapia centrada en la persona. El autor argumenta que estas vivencias generan una merma en la capacidad para un funcionamiento pleno, interrumpiéndose el proceso de crecimiento, quedando obstruido, congelado o temporalmente disminuido. Es así como las consecuencias traumáticas y su psicopatología muestran la desintegración de las distintas partes del self, generándose patrones defensivos que en momento del abuso ayudan al niño/a a sobrevivir, pero en su adultez generan un crecimiento obstruido.

Por otro lado, el psicoanalista junguiano Donald Kalsched (2010), sostiene que los traumas tempranos consisten en un dolor profundo que absorbe todo el proceso normal de desarrollo, generando un temor innombrable que amenaza con la disolución de un yo coherente. Ante este ataque, y por la inmadurez de la etapa evolutiva de los niños, emerge desde el inconsciente un sistema de defensas que utiliza la disociación y la escisión para compartimentar los afectos intolerables de la experiencia traumática; denominándolo el “Sistema de Autocuidado”. Éste tiene una base arquetípica, al ser arcaico y típico de las operaciones auto preservativas de la psique.

Este Sistema de Autocuidado puede considerarse como un conjunto de esquemas que operan internamente, reflejando patrones relacionales que se han generalizado e internalizado, determinando la forma en que el mundo interpersonal se interpreta y se experimenta. Su función es proteger el núcleo sagrado de la personalidad (al que denomina “alma” o “espíritu personal imperedecero”), dividiendo el self al conformar una parte que progresa sobre adaptativamente y protege a otra, que hace un movimiento regresivo, conservándose en un estado infantil. El Sistema de Autocuidado y su estructura diádica, en términos simbólicos emerge bajo la forma de un “niño interior” y su “guardián”, el cual puede tomar formas protectoras y a la vez persecutorias. Si bien este sistema permite la preservación de la psique, se transforma en el largo plazo en una resistencia frente a las expresiones espontáneas del self en el mundo, de modo que la persona sobrevive al trauma, pero no puede vivir de forma creativa, auténtica ni actualizada a la realidad presente.

### **3.2 Psicoterapia del Abuso Sexual Infantil con Adultos.**

Esta temática ha sido abordada por diferentes corrientes terapéuticas, en donde si bien se comparten las nociones básicas de la fenomenología del ASI, los autores y autoras proponen formas de tratamiento basados en sus principios epistemológicos, generando diferencias entre sí. A continuación, se efectuará una revisión de diferentes propuestas, en donde algunas se sitúan de forma precisa en la intervención terapéutica de los efectos del ASI, mientras que otras están plateadas para experiencias traumáticas violentas en general, siendo igualmente relevantes de considerar. Algunas han emergido desde la experiencia clínica de sus autores, conformando verdaderos modelos de intervención, mientras que otros explican la aplicación de una psicoterapia específica a los casos de ASI.

Cabe destacar que, si bien se presentará un apartado para aquellas ligadas a la línea humanista-existencial, existen propuestas terapéuticas que no es posible separar ni definir tajantemente en una sola corriente, ya que, en sus principios, conjugan elementos de diversas teorías, siendo interesantes por la integración que proponen.

## **Psicoterapias enmarcadas en corrientes humanistas-existenciales.**

Para empezar, se contextualizarán algunos conceptos básicos de la psicoterapia centrada en la persona de Carl Rogers y el desarrollo posterior de la terapia experiencial, exponiéndose algunas propuestas interesantes para el trabajo terapéutico con adultos que han vivido ASI.

Como referente de la psicología humanista, Rogers (1957, 1961) planteó que las condiciones que propician el cambio terapéutico tienen relación con la actitud del terapeuta al plantearse frente al cliente: la autenticidad, la congruencia, la aceptación y el aprecio positivo incondicional; relevando así, el respeto a la dignidad de la persona y la comprensión de su mundo interno por sobre las categorías diagnósticas. Rogers consideraba que los seres humanos, tenemos una orientación hacia nuestro propio desarrollo, a lo que denominó la tendencia a la actualización. Sostiene que en la creación de un espacio psicológicamente seguro y con las condiciones relacionales descritas anteriormente, el cliente puede retomar su propio crecimiento.

Por otra parte, la psicoterapia experiencial fue planteada por Eugene Gendlin en Estados Unidos, mientras era parte del equipo de investigación de Carl Rogers. En sus investigaciones, Gendlin observó que pacientes con avances terapéuticos mostraban particularidades en la forma de expresar sus vivencias: un lenguaje más tentativo, más pausado, en primera persona y chequeando con algo interno que les iba ocurriendo (incluyendo sensaciones corporales). A partir de estas investigaciones, Gendlin desarrolla la teoría experiencial y el focusing como herramienta para la psicoterapia.

El concepto de experiencing (Gendlin, 1961) implica un continuo flujo de experiencias corporalmente sentidas, que se despliega en el momento presente, surgiendo de la interacción entre el organismo y el ambiente. Este proceso sustenta e impulsa la conducta y la creación de significados. Para el autor, el cambio en la personalidad involucra un flujo afectivo o un proceso de sentimiento, teniendo lugar en el contexto de una relación interpersonal en marcha. El focusing es una herramienta del modelo experiencial (Gendlin, 1996) que implica atención receptiva a las cualidades emocionales de la conciencia sensorial con respecto al entorno, a los demás y a uno mismo. Está formulada en seis fases o movimientos como guía para que los psicoterapeutas ayuden a los clientes a ponerse en contacto con su experiencia interior inmediata y a aprender a comunicarse con ella.

De este modelo, se deriva la Psicoterapia Orientada al Focusing (siglas en inglés: FOT), que mantiene principios de la Psicoterapia Centrada en la Persona de Rogers, y presta especial atención al experiencinng y la relación terapéutica, desarrollándose bajo fases definidas.

Dearly (2019) plantea la aplicación del FOT a experiencias traumáticas. Sostiene que el dolor emocional nunca es malo en sí mismo, sino que puede estancarse e impedir que la persona se desarrolle en experiencias adicionales. Es así como los terapeutas deben ayudar a sus clientes a relacionarse con lo doloroso (sin sobre identificarse), de modo de desarrollar otros pasos y cambios de contenido. Por ende, sanar el trauma implica restaurar la totalidad e integrar aspectos desconectados o fragmentados del yo, de modo que cuerpo-mente-entorno deben abordarse como un organismo en unidad. Este proceso puede desencadenar los mecanismos de auto protección de los clientes, por lo que desde esta terapia el acercamiento al trauma es a través de la sensación sentida y no enfrentándolo directamente, lo que se traduce en experimentar con apertura y sin juicio lo presente, desde una distancia óptima y segura (Dearly, 2019).

La autora plantea fases de la terapia FOT al trauma, aunque destaca que no son lineales y en ocasiones ocurren de forma simultánea. El tránsito por éstas se da a partir de la elección personal del cliente y la sintonía con sus necesidades.

La primera fase es condición previa que debe estar presente en todo el proceso terapéutico: la estabilización y el establecimiento de la seguridad; considerándose incluso el tratamiento en sí mismo (Herman, 1997). Esto implica que el terapeuta apoye activamente desde la atención, contención y sintonización al cliente, mientras que le promueve estar presente en su experiencia, dándole una base segura para la exploración interna. Además, progresivamente se ayuda a encontrar la distancia óptima con el dolor, sin imponer autoridad.

En la segunda fase, se efectúa el recuento del trauma desde la seguridad trabajada anteriormente, siguiendo el ritmo de pausar, sentir, procesar, completar, pausar, permitiendo que el proceso experiencial se vaya completando desde la sensación sentida; de modo de que ésta vaya marcando los pasos a seguir.

La tercera fase, se promueve la transformación del trauma, en donde el terapeuta debe notar los aspectos de la experiencia del cliente que funcionan implícitamente, pero que aún están fuera de su conciencia, facilitando que surjan de manera corporal y emocional, de modo de que su proceso detenido restaure su flujo natural.

En la última y cuarta fase, se trabaja sobre la integración y el moverse hacia adelante hacia nuevas experiencias y significados. Aquí la reconstitución y la integración de los fragmentos de la experiencia del cliente lleva a la restauración de la totalidad de su ser y su capacidad de autopropulsión.

Por otro lado, Scharwächter (2005) también propone la aplicación del FOT al tratamiento de estrés post traumático, pero haciendo un cruce con el modelo de tres fases para el tratamiento del TEPT, propuesto por Janet (Van der Hart et al, 1989) y Herman (1997). Este modelo, se corresponde con fases naturales del proceso de recuperación y se ha utilizado como estándar en varias formas de tratamiento terapéutico. A continuación, se desarrollarán, con las correspondientes aplicaciones del modelo de FOT:

- La primera fase reactiva natural del trauma, consiste en una negación emocional aguda, incredulidad y desconcierto. Los pacientes muestran conductas evitativas respecto a los estímulos asociados con el trauma, por lo que el objetivo del tratamiento está en la estabilización y reducción de síntomas, de modo de recuperar una sensación de seguridad y control. Si bien en la psicoterapia con adultos que han vivido ASI, el tratamiento se inicia años después de la experiencia traumática, el principio de estabilización y seguridad se hace relevante para brindar un soporte emocional que les permita la elaboración de las fases sucesivas. Para esto Scharwächter (2005), sostiene la importancia de trabajar la preparación para el focusing, la distancia apropiada y límites de sus malestares, y la creación de un espacio interno seguro, desde la sensación sentida.

- La segunda fase reactiva natural se caracteriza por la reexperimentación de lo traumático, en donde el tratamiento debe buscar amortiguar a la vez que expresar los sentimientos por lo sucedido, de modo que se pueda asimilar e integrar como un evento que forma parte de la historia vital. Como esto implica riesgo de desorganización, los terapeutas deben volver siempre a los principios de regulación y seguridad de la fase uno.

Al igual que para Dearly (2019), esto implica la exploración de los recuerdos, pero Scharwächter destaca que la decisión de ahondar está únicamente en el paciente y en su capacidad para avanzar en ello.

- En una tercera fase reactiva, se produce la recuperación desde modelo de tres pasos. Esto implica que los pacientes ya no están fijados en los recuerdos traumáticos o en evitarlos, y pueden quedarse con ellos sin sentirse abrumados por sus emociones. En términos de tratamiento, las últimas fases del focusing son las que toman más protagonismo (hacer preguntas y recibir), de

modo de que el paciente puede encontrar nuevos significados y necesidades de desarrollo. También se continúa el fortalecimiento del yo, se promueve el ajuste a su entorno y se trabaja en la prevención de recaídas.

De lo anterior, se aprecia que ambas propuestas consideran el focusing como herramienta clave para transitar por las fases de recuperación, mostrando elementos en común, como la exploración del trauma desde la sensación sentida y de forma paulatina, de modo de promover la seguridad emocional del paciente. Si bien ambas están planteadas desde etapas sucesivas, el modelo experiencial se caracteriza por seguir aquello que los pacientes van mostrando como necesidad, lo que puede darle flexibilidad al proceso y protagonismo a los pacientes.

Resulta interesante, además, como el encontrar la distancia experiencial apropiada para abordar los sentimientos traumáticos, puede ayudar en su abordaje. Este punto también es resaltado por Armenta (2002), quien propone un enfoque terapéutico centrado en la persona y experiencial para adultos que vivieron ASI. El autor señala la utilidad de la aplicación del focusing en estos casos, ya que permite el desarrollo paulatino de una visión de observador de su sentir. Incluso si la persona está muy disociada, permite hacer un acercamiento al problema en un margen de tolerancia.

En la propuesta de Armenta (2002), el/la terapeuta debe ser sensible a la experiencia subjetiva del paciente y adentrarse en el mundo fenoménico para comprender el impacto del ASI, evitando basarse en generalizaciones o cuadros sintomáticos descritos teóricamente. Si bien se debe tener presente esta información, lo relevante es como afectó el ASI a este paciente en particular y cómo ha sido su forma de enfrentarlo.

Destaca que los principios de Rogers, sobre la relación terapéutica, facilitan que los pacientes tengan más apertura a su experiencia y aprecio hacia sí mismos. Describe el rol del terapeuta como un acompañante del proceso de cambio, quien provee una presencia confiable, no una guía, destacando el rol de colaboración. También señala la utilidad de técnicas de expresión activa tomadas de gestalt y psicodrama, como las re actuciones, silla vacía para asuntos inconclusos, o el diálogo de dos sillas para aspectos del self que están en conflicto.

Por otro lado, la Terapia Centrada en las Emociones ha desarrollado un enfoque aplicado al trauma complejo (siglas en inglés: TCE-TC) (Paivio y Pascual-Leone, 2010, citado en Mlotek y Paivio, 2017). Esta terapia está diseñada para el corto plazo, estando basada en la evidencia. Integra principios de relación centrados en el cliente, intervenciones de terapia experiencial y Gestalt,

utilizando fundamentos del papel adaptativo de las emociones y la literatura sobre apego y trauma. La TCE-TC trabaja desde una estructura basada en fases que comienza con la provisión de seguridad, seguida del trabajo de la memoria y finalmente la integración de las experiencias. Esta terapia postula que los mecanismos claves del cambio son la relación terapéutica y el procesamiento emocional del material traumático, accediendo a emociones adaptativas previamente inhibidas y creando nuevos significados desde la información proporcionada por estas emociones (Mlotek y Paivio, 2017). Uno de los principales objetivos de TCE-TC es la resolución de problemas pasados con los autores de abusos o figuras de apego, mediante el trabajo con “asuntos inconclusos”, utilizando una intervención de diálogo de silla vacía derivada de Gestalt.

Pasando a la psicoterapia existencial, Fischer (2005) sostiene que ésta no es un sistema de tratamiento propiamente, sino una actitud que enfatiza las capacidades internas del cliente. Al igual que en otros enfoques de índole humanista, hace énfasis en la presencia, la autenticidad, la conciencia y en la confianza en el conocimiento inherente del cliente, enfatizando el potencial humano y su crecimiento.

Langle (2009) propone el trabajo terapéutico en torno al trauma inspirándose en el testimonio de Viktor Frankl. El autor sostiene que, ante el sufrimiento traumático, es necesario el desarrollo del diálogo interior, que permite el contacto con éste y la activación del valor fundamental de la vida. Al escuchar, y estar en relación con las propias experiencias, el terapeuta existencial ayuda a reparar la brecha interna del cliente y, por ende, potenciar sus capacidades para volver a estar en el mundo. Para esto, señala útil el trabajo con análisis de sueños e imágenes internas que simbolizan la capacidad de autoprotección.

Por su parte, Fischer (2005) propone la aplicación de estos principios en el trabajo con víctimas de ASI, señalando la importancia de apoyar a los pacientes en aumentar su auto conocimiento, en congruencia con lo que denomina “volver a casa, al verdadero yo” (p. 219). Para esto, deben enfrentar y revelar las partes silenciadas de sus experiencias traumáticas, de modo de experimentarse como maleables, en lugar de estar cercados por estructuras internas rígidas y defensivas. Es así como propone rescatar la “guía interna”, de modo que el sobreviviente pueda confiar en su percepción, clave de su conexión consigo mismo/a y con los demás.

No obstante, al comprender las consecuencias de estas experiencias abusivas, la autora sostiene lo complejo de aplicar estos principios, ya que, para estos pacientes, ser vistos y expuestos en el

mundo, no solo implica activar sensaciones de peligro, sino una desorganización interna importante. Es así como plantea tres elementos críticos que surgen en la relación terapéutica: confianza y traición, estructuras internas protectoras y patrones disociativos.

Es así como la relación terapéutica puede verse empañada por la sombra de una relación abusiva pasada, percibiendo las resistencias y mecanismos defensivos como una respuesta creativa a una amenaza real o interna. Para Bugental (1981, citado en Fischer, 2005), las resistencias reflejan la “anti-autenticidad”, de modo que en la niñez permitieron la seguridad del/la sobreviviente, pero en la adultez no permiten su desarrollo. Fischer sostiene que mientras la alianza terapéutica se fortalece, el/la terapeuta puede intervenir en la resistencia, escoltando al paciente a la emergencia de contenidos abrumadores. Resalta que este proceso no debe ser apresurado, ya que implica confrontar con la sensación de indefensión.

Esta mirada de las resistencias y los mecanismos defensivos también es compartida por el psicoanalista junguiano, Kalsched (1996), quien advirtió que los terapeutas no deben reprochar al cliente por estas respuestas. El autor argumenta que las personas traumatizadas ya suelen sentirse culpables por una suerte de “maldad anónima” en su interior, por lo que confrontar o responsabilizar de ello, resulta más iatrogénico.

Desde lo anterior, y pasando a la perspectiva de la terapia del trauma temprano desde el psicoanálisis junguiano, es necesario recordar el concepto del Sistema de Autocuidado (SCS) (Kalsched, 2010, 2018). El autor plantea que este sistema es el que más se opone al cambio, debido a su rol paradójico de salvador de vida /limitador de vida en la historia del paciente.

Desde la teoría del apego, puede considerarse como un conjunto de modelos operativos, que reflejan patrones de relaciones que se han generalizado e internalizado (Stern, 1985, citado en Kalsched, 2010). Pero desde la perspectiva junguiana, el SCS es más que la internalización de los patrones de relaciones externas, ya que sus imágenes y afectos son amplificadas desde el interior por el dinamismo arquetípico de la psique, que protege su centro sagrado, creando incluso historias imaginativas o sueños sobre curación. Kalsched (2010) señala que el SCS no cederá su control sin que el paciente tenga una experiencia en la cual el “niño” perdido, oculto en su mundo interior, sea alcanzado y ayudado.

El trauma puede emerger en el contexto terapéutico de varias formas: en forma de “recuerdos arquetípicos” (donde el significado arquetípico reemplaza el recuerdo personal), mediante escenas

retrospectivas no recordadas inicialmente, manifestaciones transferenciales o patrones relacionales repetidos que evocan el trauma original. Kalsched (2010) destaca que cuando estos fragmentos comienzan a surgir en la terapia, amenazan con desestabilizar toda la personalidad, por lo que la preocupación principal del terapeuta debe ser la regulación del afecto, sintonizando con las brechas disociativas, debiendo transformarse en un compañero en la regulación diádica y en la co creación de una realidad intersubjetiva nueva. Al respecto, explicita: “lo que se ha roto relacionamente, debe ser reparado relacionamente” (p. 289, 2018).

Este último punto, también es resaltado por Maurizio Stupiggia (2010), psicoterapeuta formador de la terapia biosistémica en Italia. Stupiggia efectuó una propuesta de abordaje psicocorporal del ASI, en donde integra elementos de la neurociencia, terapias corporales (como Somatic Experiencing de Peter Levine ®), elementos del psicoanálisis relacional y técnicas humanistas gestálticas.

Al igual que Kalsched, el autor destaca que al ser el ASI un trauma relacional, esta dimensión es clave en el proceso de recuperación, destacando la necesidad de un vínculo terapéutico seguro y con límites saludables.

También al tratarse de un trauma corporal, argumenta que su resolución pasa por re elaborar y completar la activación fisiológica en respuesta al hecho traumático, proponiendo una re experiencia sensorial. Esto implica que, en el contexto de seguridad relación de la terapia y habiendo transcurrido tiempo de fortalecimiento de la alianza, el paciente re escenifica la respuesta de inmovilidad (característica de eventos traumáticos), en conciencia presente, de modo de conectar las imágenes de lo vivido con la apertura a nuevos movimientos.

Esto dice relación con otro principio base de la propuesta de Stupiggia de movilizar a los pacientes de una posición pasiva (ligada con la victimización) a una de agente activo (bajo la noción del “yo controló”. Esto se traduce en siempre invitar al paciente a tener una posición activa frente a la terapia.

El autor también propone el trabajo con otras técnicas terapéuticas como el “gesto clave” (de Jerome Liss), el “método de los cinco pasos”, de Downing (que trabaja directamente sobre las sensaciones eróticas y placenteras), y una modificación del debriefing a lo psicocorporal para trabajo grupal, que busca favorecer la integración del trauma con la expresión corporal.

## **Psicoterapias para trabajo en ASI con adultos desde otras perspectivas.**

Bessel van der Kolk, ha tenido una vasta experiencia en el tratamiento con víctimas de traumas, siendo director del Trauma Center (Massachusetts, USA) y referencia constante en diversos estudios por sus investigaciones de la neurobiología del trauma.

Van der Kol (2017) sostiene que las terapias ligadas a esta temática se han desarrollado tradicionalmente en tres vías: (1) en la farmacológica, de modo de silenciar las reacciones de alarma inadecuadas o usando otros medios para cambiar el modo en que el cerebro organiza la información; (2) hablando, reconectando con los demás, comprendiendo lo que le sucede al paciente mientras procesa los recuerdos traumáticos; y (3) permitiendo que el cuerpo tenga experiencias que contrarresten los sentimientos emanados del trauma.

Él sostiene que los tratamientos deben tener una integración de los principios de estas tres modalidades, proponiendo lo que denomina una “terapia del sistema límbico”; en donde se ayude al paciente a manejar la agitación de emociones del pasado, desarrolle conciencia corporal, pueda experimentar relaciones que le den seguridad física y emocional, ritmos y sincronía con la comunidad, e integrar recuerdos traumáticos.

Para esto, resalta la variedad de técnicas y formas terapéuticas con las que se puede ayudar a pacientes traumatizados, como el EMDR, la terapia sensoriomotriz (Ogden, Milton y Pain, 2006), el arteterapia y otras disciplinas como el yoga (ya que promueve la interocepción y la autoregulación), la danza y el teatro.

Por otro lado, Judith Herman (1997) es una de las autoras más referidas en la bibliografía ligada con superación del ASI. Si bien basa sus propuestas en trabajo con mujeres, los principios que propone pueden extenderse a ambos sexos. Como principio de la psicoterapia, la autora señala que la sanación se basa en la restauración de la sensación de poder personal y la construcción de nuevos vínculos.

Esto implica que la relación terapéutica debe ser en sí misma curativa, ya que, en la posibilidad de renovar las conexiones con otros, los sobrevivientes recrean las facultades psicológicas que quedaron dañadas por el ASI. Herman argumenta que el/la terapeuta debe situarse desde una neutralidad técnica, pero no moral, ya que el trabajo con víctimas requiere de una actitud de compromiso, de solidaridad, siendo exigidos de ser testigos de la violencia vivida. Si bien sostiene

que en sí la relación terapéutica es asimétrica, el profesional debe utilizar el poder que se le ha otorgado para potenciar la recuperación del paciente resistiendo cualquier impulso de abuso o autoritarismo.

Al igual que otros autores mencionados, Herman sostiene que la recuperación se desarrolla en tres fases dinámicas y complejas, ya que no hay ningún proceso de recuperación que las siga con una secuencia lineal constante. Estas son: re establecer la seguridad y el control de sí mismo/a; el recuerdo del ASI y el luto asociado; y la tercera, la re conexión con la vida, para desenvolverse como sobreviviente. A esto añade un punto importante, que es la integración con la comunidad, de modo de favorecer la restitución de vínculos sociales saludables.

Un punto relevante a considerar en lo planteado por la autora, es la narración de los hechos abusivos en la segunda fase. Al igual que señalan otros en el apartado anterior, ésta debe llevarse a cabo dentro de límites soportables afectivamente, requiriendo un constante monitoreo y regulación de parte del terapeuta. Herman (1997) al igual que Van der Kolk (2017), señala que la narración tiene sus limitaciones, ya que estudios muestran que puede disminuir síntomas post traumáticos e incidir en el procesamiento anormal de la memoria traumática, pero no genera cambios sustantivos sobre los problemas relaciones. Además, la narración se torna compleja en casos de ASI crónico, requiriendo una cuidadosa exploración de los recuerdos que ya se tienen, de modo de que surjan espontáneamente otros, pero esto implica ayudar al paciente a afrontar el horror de lo que está tras la amnesia. Herman destaca que la rememoración trae consigo una pérdida, un proceso de luto que puede ser complejo y causa de estancamiento, en donde el terapeuta opera como aliado y acompañante.

La autora señala como indicios de una recuperación exitosa en un cambio gradual desde una sensación de peligro impredecible a la seguridad, del trauma disociado al recuerdo reconocido, y del aislamiento estigmatizado a la posibilidad de conexión social.

Para finalizar las diversas propuestas terapéuticas, sabiendo la heterogeneidad de las perspectivas de diferentes especialistas debido a su enfoque teórico, quisiera destacar el estudio realizado por Higgins y Nelson (2006) quienes exploraron las decisiones clínicas iniciales que sugirieron once expertos estadounidenses en psicoterapia del ASI.

Sobre la evaluación del impacto del ASI en los pacientes, los participantes señalaron que esto obedece a un proceso, no a un punto específico de la terapia, ya que no siempre se comunican estas experiencias, sobre todo al inicio del tratamiento.

Los expertos coincidieron que los terapeutas deben propiciar un espacio que fomente la divulgación del ASI, a través de la calidez, la compasión, el buen trato y la alianza terapéutica; afirmando que esto solo tendrá efecto en la revelación si los pacientes están listos para hablar de su experiencia traumática. De esta forma, proponen que no se debe forzar, sino más bien transmitir que es aceptable hablar de ello en la terapia.

Para las revelaciones que se producen en etapas avanzadas de la psicoterapia, sugirieron que deberían manejarse determinando la relevancia de ésta para el problema que se presenta en el momento o respondiendo cautelosamente. Se destaca que, sobre este último punto, las autoras no profundizaron cómo debería concretarse la actitud cautelosa.

En torno a la determinación del enfoque del tratamiento, los expertos señalaron que basarían sus decisiones en el historial de ASI con el que se cuenta y en el interés de los pacientes sobre qué problemas abordar, coincidiendo en que se debe promover una actitud activa en ellos, aunque haciendo la salvedad de tomar una actitud más directiva cuando hay marcada inestabilidad afectiva. La mayoría sugirió la importancia de mantener el tratamiento enfocados en el presente y el funcionamiento actual, ya que el pasado y el presente se interrelacionan en la terapia. No obstante, señalaron que cuando los clientes están experimentando desencadenantes importantes o quieren contar su historia, es importante discutir los detalles de los hechos abusivos.

### **3.3 Cambio Terapéutico.**

#### **Cambio terapéutico: conceptos y componentes.**

La investigación en psicoterapia viene desarrollándose en diversos lugares del mundo desde la segunda mitad del siglo veinte, iniciándose con estudios sobre la efectividad (Krause, 2005), concluyéndose ya para la década del 90' el efecto homogéneo de las diversas intervenciones terapéuticas. Krause (2005) menciona que esto llevó al desarrollo de tres líneas de investigación con metodologías alternativas: el estudio del proceso terapéutico (centrándose en la intervención y en el proceso de cambio), el estudio de los factores de inespecíficos (o llamados “comunes”), y estudios que relacionan tipos de tratamiento para determinadas problemáticas o trastornos.

Respecto a la segunda línea de investigación mencionada, los factores de cambio comunes incluyen condiciones generales de la terapia, por ejemplo: la estructura de la situación terapéutica; alianza terapéutica; la función del terapeuta; la forma de interacción; y la manera en que se organizan y transmiten los contenidos terapéuticos (Krause, 2005; Krause et al, 2006). Asay y Lambert (1999 citado en Krause, 2005) asignan a diferentes factores, un porcentaje de contribución a la mejoría de pacientes desde sus estudios realizados: factores del cliente y eventos extra terapéuticos (40%), factores de la relación terapéutica (30%), expectativas y efecto placebo (15%) y, factores relacionados con las técnicas y modelos teóricos (15%).

Por otro lado, en el marco del estudio del proceso terapéutico, Marmar (1990) describió la movilización de investigadores hacia la búsqueda de cambios significativos con patrones secuenciales, enfatizando la importancia de la segmentación del proceso. El autor sugiere la integración de metodologías cualitativas y cuantitativas, además del desarrollo de un lenguaje teórico transversal. Duarte et al. (2019) efectivamente plantean que, a la fecha, estas investigaciones en su mayoría se han construido desde la identificación y descripción exhaustiva de eventos, que desde determinados criterios sobresalen del proceso terapéutico, pudiendo promover el cambio o dificultarlo.

Es así como la investigación de los procesos de cambio se ha desarrollado desde diferentes perspectivas, emergiendo diversas formas de delimitar, comprender y analizar los episodios relevantes (Duarte et al., 2019). Algunos de estos conceptos desarrollados se describirán a continuación, para dar mayor profundidad a aquellos insertos en la Teoría del Cambio Subjetivo (Krause, 2005) desde la cual se sitúan los objetivos de la presente investigación.

Desde la terapia narrativa, Gonçalves et al. (2009), sostienen que el cambio ocurre en la transformación de una narrativa saturada de problemas a una “nueva regla” (pudiendo ser acciones, pensamientos, sentimientos, intenciones o proyectos), denominando a estos episodios “Momentos Innovadores”. En éstos, el cliente describe para sí mismo algo diferente a lo que inicialmente traía a terapia, permitiendo su posicionamiento activo como autor de la nueva narrativa. Para los autores, los momentos innovadores pueden ocurrir de cinco formas diferentes: acción, reflexión, protesta, re-conceptualización y cambio actuado.

Por otro lado, los estudios de los “Eventos Significativos” surgieron en el contexto de la psicoterapia experiencial y la psicoterapia centrada en la persona, en la década de los ochenta (Elliott, 1983; Elliot, James et al, 1985). Con los años, se transformó en un modelo genérico de aproximación al proceso de cambio, siendo usado en diferentes investigaciones para designar momentos terapéuticos relevantes (Duarte et al, 2019). Estos eventos sobresalen en la psicoterapia, pudiendo tratarse de una respuesta o reacción específica, una intervención, interacción relevante, o situación que resuena de forma importante en la experiencia subjetiva del cliente (o también en el terapeuta); y que por su relevancia, gatilla avances en el proceso terapéutico (Elliott y Shapiro, 1988). Estos eventos siguen siendo recordados y reinterpretados por sus participantes una vez terminada la psicoterapia, razón por la cual incluso se han desarrollado metodologías para obtener su reporte post sesión o tiempo después (Elliot, 2010).

Los estudios de eventos significativos también usan métodos mixtos y de proceso secuencial, rastreando múltiples aspectos cualitativos paralelos, intentando vincular los procesos intra sesión con los resultados posteriores a la sesión y a la misma terapia (Elliot, 2010). De esta forma, la noción de los eventos significativos implica la comprensión de la psicoterapia como un proceso complejo y dinámico, en donde se resalta la perspectiva de paciente y terapeuta.

Timulak (2010) menciona que los estudios de eventos significativos son parte de una investigación más amplia del "paradigma de eventos", el cual analiza intensamente episodios más pequeños del proceso terapéutico (Greenberg, 2007; Rice y Greenberg, 1984, citado en Timulak, 2010). Esos denominados “Eventos de Cambio” serían segmentos identificados por los clientes o episodios teóricamente relevantes, que tienen cuatro componentes: el marcador del problema del paciente, la operación del terapeuta, la actuación del cliente, y el resultado inmediato en la sesión (Greenberg, 2007).

También destaca, la Teoría del Cambio Subjetivo (Krause, 2005), desde la cual el cambio terapéutico implica la transformación de la perspectiva subjetiva del paciente sobre sus problemas, síntomas y su relación con el entorno. Es así como va construyendo nuevos modos de representación de su realidad, lo que se expresa cognitiva, afectiva y conductualmente. Esta teoría plantea el cambio como genérico, siendo común a distintos enfoques.

Para la autora, los cambios se construyen unos sobre otros, acrecentando progresivamente el nivel de complejidad de los patrones de explicación e interpretación de los pacientes, iniciándose antes de la terapia y continuando después del término de ésta, combinando factores intra y extra terapéuticos. Este proceso se caracteriza por cambios relacionados con: (1) la búsqueda de ayuda profesional, (2) la trayectoria o acceso hacia la ayuda psicológica, (3) la estructura de la relación de ayuda, (4) la interacción terapéutica y (5) la evolución de la estructura y dinámica de la relación. Inserto en esta teoría, se encuentra el concepto de “Episodios de Cambio”, siendo aquellos que resaltan como llamativos o importantes en las sesiones, implicando transformaciones en la subjetividad del cliente (Krause, 2005) y la construcción de nuevos significados (Fernández et al, 2012). Éstos tienen una duración variable (desde interacciones específicas hasta más de 20 minutos). Dentro de los mismos episodios, se puntualizan los momentos de cambio, siendo el punto culminante en que se aprecia la modificación de significados sobre un tema específico relacionado, y se asocia a un indicador de cambio genérico (Krause y Dagnino, 2006; Krause et al, 2007). También se encuentran los contenidos del cambio dando cuenta de qué es lo que cambia, el tema sobre el que está hablando el paciente y sobre los significados.

Krause et al (2006), a partir de un estudio de momentos de cambio en terapias de diferentes orientaciones teóricas, proponen un listado de diecinueve indicadores genéricos de cambio, basados en la Teoría del Cambio Subjetivo (Krause, 2005). Este listado, está propuesto desde cambios iniciales, tales como “Aceptación de la existencia de un problema” y “Aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda” (p. 288, Krause et al, 2006), hasta cambios para períodos más avanzados de la terapia como la “construcción de una Teoría Subjetiva, biográficamente fundada, sobre sí mismo y la relación con el entorno” (p. 289), referido como indicador “global”. Los autores señalan que no todos los cambios mencionados se presentan en todos los pacientes de la forma señalada, considerando el componente particular de cada proceso.

En la misma línea teórica, investigadores han propuesto los “Episodios de Estancamiento” (Herrera et al, 2009), los que se caracterizan por la detención temporal del proceso de cambio, debido a la reedición de un patrón disfuncional del paciente durante la sesión de psicoterapia, evidenciándose mediante la persistencia en formas de entendimiento, comportamiento y emociones ligadas con su problema.

En ambos episodios descritos, el foco de observación está puesto en el paciente, independiente de la acción u omisión del terapeuta y de sus aciertos o desaciertos, estudiándose en el análisis de micro procesos en sesión (“episodios” de 3 minutos aproximadamente) (Fernandez et al, 2012).

Krause (2005) señala que esta aproximación metodológica respecto del proceso terapéutico aún debe resolver problemáticas, como la divergencia entre varios actores respecto de la definición de episodios relevantes, o también la posibilidad de que el efecto de la terapia no se encuentre directamente relacionado a episodios puntuales, sino a la conexión entre varios. De esta forma, concluye que los episodios relevantes pueden señalarse en la medida que se considera el proceso terapéutico completo, junto al contexto de vida del paciente y su biografía.

### **La relación terapéutica como elemento clave de la psicoterapia.**

Corbella y Botella (2003), señalan que la psicoterapia no se puede concebir al margen del establecimiento de una relación interpersonal entre cliente y terapeuta. Así mismo, para Krause y Dagnino (2006), la relación terapéutica es el contexto en el que ocurren, y desde el que se impulsan los cambios principales de los consultantes.

La relación terapéutica, y más en concreto, el entendimiento, el encaje o la compatibilidad entre profesional y paciente facilita o dificulta directamente la alianza terapéutica (Corbella y Botella, 2003). Este último concepto, fue definido inicialmente por Bordin (1979), quien a partir de la revisión del concepto psicoanalítico de “alianza de trabajo”, propuso una conceptualización de la alianza terapéutica. Para el autor, ésta es definida como el encaje y colaboración entre cliente y terapeuta, señalando tres componentes principales que la configuran: (1) acuerdos en las tareas, refiriéndose a las acciones ligadas al trabajo terapéutico, (2) acuerdos en los objetivos a alcanzar con la psicoterapia y (3) vínculo positivo, que implica compartir confianza mutua y aceptación.

La definición de Bordin ha sido ampliamente aceptada y referenciada para investigaciones posteriores (Corbella y Botella, 2003), siendo estudiada como variable clave en el cambio terapéutico. Desde diversas investigaciones, se concluye una relación positiva entre la calidad de

la alianza terapéutica y resultados favorables de diferentes tipos de terapia (Horvath et al, 2011), considerándose uno de los predictores del éxito del tratamiento.

Corbella y Botella (2003) resaltan la dimensión relacional y dinámica de la alianza terapéutica, considerándola una construcción conjunta entre terapeuta y paciente, "...de modo que las expectativas, las opiniones, las construcciones que ambos van desarrollando respecto al trabajo que están realizando, la relación establecida y la visión del otro resultan relevantes..." (p. 208). Horvath et. al. (2011) plantean que la fuerza de la alianza, suele fluctuar dentro y entre sesiones, debido a una serie de factores. Por ejemplo, los terapeutas deben desafiar a sus pacientes a confrontar sus problemas, pudiendo generarse cambios, resistencias o malos entendidos; concluyendo que estas variaciones son esperables y favorables mientras se atiendan y se resuelvan. Así mismo, a partir de una investigación de microanálisis de conversaciones psicoterapéuticas en episodios de cambio y de estancamiento (Fernández et al, 2012), los investigadores concluyen que independientemente del tipo de episodio, tanto terapeutas como pacientes hacen intentos por preservar la relación, usando un lenguaje que busca la sintonía y entendimiento mutuo; de modo que es un componente que siempre está presente a lo largo del proceso.

El carácter dinámico de la relación terapéutica, permite comprender los procesos de cambio desde el análisis de su estructura (Krause y Dagnino, 2006). Las autoras plantean que, al inicio de la psicoterapia, existe una asimetría estructural por la definición del terapeuta como experto, la autoevaluación crítica que efectúa el paciente y la consecuente necesidad de ayuda. A medida que los cambios se van desarrollando, esta asimetría inicial se va transformando, ya que, si bien el paciente sigue percibiendo al profesional como experto, emerge la sensación de competencia frente a sus problemas y la autocritica se convierte en una atención a sus procesos psicológicos.

### **Cambio terapéutico y superación del Abuso Sexual Infantil.**

Cabe destacar, que existen pocas investigaciones en donde se profundice en específico el concepto de cambio terapéutico en ASI, lográndose obtener investigaciones chilenas ligadas a la población infanto-juvenil, otras que profundizan en las narrativas de superación de sobrevivientes o su evaluación de los tratamientos recibidos como forma de acercamiento a la temática. De esta forma, se expondrán investigaciones y revisiones de autores sobre ambos conceptos, ya que en su conjunto permiten comprender los procesos de cambio en adultos que han vivido ASI.

En cuanto al cambio terapéutico en ASI con niños/as y adolescentes, Álvarez, Socorro y Capella (2012) lo definen como un proceso que implica una serie de transformaciones del/a niño/a y su grupo familiar. En éste se incorporan nuevas formas de percibirse a sí mismos/as, a los otros y al mundo, resignificando el daño del ASI, asociado a las dinámicas traumatogénicas (Finkelhor y Browne, 1985). De esta forma, destaca el elemento familiar en el cambio terapéutico con esta población, en donde además las autoras establecen parámetros de cambio desde los efectos del ASI.

Dentro del mismo equipo de investigación, y a partir de resultados de un estudio de cambio desde la perspectiva de terapeutas, Águila et al. (2016), concluyeron que los profesionales identifican fases de cambio e hitos significativos, pero éstos serían dinámicos, acorde a los tiempos y necesidades de los/as niños/as, y, por ende, no generalizables a todos los casos. Como primera etapa relevante, mencionan la vinculación con el espacio terapéutico, que tiene relación con la protección y construcción de alianza terapéutica. La segunda, implica dar nuevos significados a la experiencia de ASI; mientras que la tercera, opera en torno a la consolidación de cambios, en donde se trabaja la paulatina desvinculación y empoderamiento del niño/a u adolescente y su familia.

Respecto de esta misma investigación, Águila (2015) resalta que el cambio constituye un proceso gradual, que se produce de forma progresiva, centrándose en la experiencia de ASI, pero incluyendo también otras temáticas ligadas a la identidad de los pacientes. La autora también menciona la importancia de la figura de los terapeutas, ya que participan de forma subjetiva en los cambios de los niños/as: durante el proceso, refieren experimentar el impacto de las consecuencias del ASI, y también durante los cambios y avances, transitan a emociones de bienestar y satisfacción. Es así como la investigadora propone que los profesionales no solo experimentarían lo denominado “traumatización vicaria”, sino también una suerte de “recuperación vicaria”, que implica la sanación del impacto emocional que les provocó acercarse a la victimización de sus pacientes. Este elemento resulta interesante a considerar en el proceso de cambio en ASI en la dimensión del vínculo terapéutico.

Finalmente, estas investigaciones chilenas ligadas a pacientes infanto-juveniles, han llevado a plantear que la recuperación de los efectos del ASI se lograría, pero con cierto límite (Águila, 2015; Capella, y Gutiérrez, 2014; Lama, 2014). Es así como la recuperación no se detendría en un momento específico siendo un proceso que se mantiene en curso a lo largo del ciclo vital y acorde a las etapas evolutivas; sobre en todo en casos abuso intrafamiliar.

Así mismo, Capella y Gutiérrez (2014) hacen una revisión del concepto psicoterapia “reparatoria” (referido en los objetivos de trabajo terapéutico en programas especializados en abuso sexual), proponiendo el de “superación”, tomado de los planteamientos de Draucker et al. (2009). Esta denominación también emergió desde las narrativas de adolescentes chilenos (Capella, 2011) y adultos (Fundación para la Confianza y Centro de Estudios de la Niñez Corporación Opción, 2012). Para estos adultos, la superación del ASI implicaría un proceso de cambio permanente que se desarrolla a través de distintas etapas de la vida, de manera gradual, con momentos de avance y otros de retroceso.

Capella y Gutiérrez (2014) señalan que el concepto de reparación, se encuentra centrado en el afrontamiento, la recuperación del daño y de los síntomas vinculados al ASI; argumentando que no debiera utilizarse como designación del proceso de la persona que ha sido víctima, ya que resulta cosificante. Las autoras destacan la denominación de reparación, como relevante solo para entender las “condiciones contextuales que otros deben generar para favorecer el proceso de la persona” (p. 101). Mientras que la superación, implica la posibilidad de dar un nuevo significado al ASI, integrándolo de forma adaptativa a la identidad y así fortalecerse. Es así como concluyen que el objetivo central de la psicoterapia con personas víctimas de ASI debe ser la superación, pasando por la re significación de la experiencia, en donde el reconocimiento y el apoyo social juegan un rol importante.

Acercándonos a otras investigaciones con adultos, destaca la revisión sistemática realizada por Parry y Simpson (2016), en la cual sintetizaron estudios cualitativos en inglés sobre las experiencias de pacientes adultos que vivieron ASI, en una variedad de terapias de conversación de diferentes líneas teóricas. En la síntesis, desprendieron cuatro temáticas analíticas que resultan clave para comprender los procesos de cambio y los mecanismos que los facilitan.

En primer lugar, el proceso terapéutico se transforma en un medio para formar conexiones saludables con las personas, en donde la relación terapéutica juega un rol crucial, en tanto la seguridad, credibilidad y no juicio, que les proveen sus terapeutas, les permite comenzar a confiar en otros. En este ítem también se menciona que invitar al paciente a escoger el curso de la terapia, en vez de seguir una modalidad predefinida, les ayuda a experimentar la posibilidad de elegir y controlar, favoreciendo la superación. Estos planteamientos se observan concordantes con los principios terapéuticos señalados por Herman (1997). Parry y Simpson (2016), además destacan,

que el enfoque interpersonal del terapeuta parece ser más relevante para el cambio que la modalidad terapéutica.

En la segunda temática, se plantea que, a través de la psicoterapia, los pacientes desarrollan un sentido diferente de sí mismos, siendo un proceso fluido y de múltiples etapas. Inicialmente, suele partir desde una noción de un yo difuso, avanzando hacia el reconocimiento del impacto de ASI en su sentido de sí mismos. En este punto es crucial como los pacientes van visualizando sus estrategias de sobrevivencia como una parte de su funcionamiento, para luego ir construyendo la noción de un yo integrado, adulto, independiente del trauma. Esto también implicaba reconocer sus fortalezas y auto observarse desde un sentido de bondad.

Parry y Simpson (2016), exponen como tercera temática la forma en que el ASI se inserta en el espacio terapéutico generándose momentos difíciles. Por ejemplo, los pacientes debían enfrentar la posibilidad de desencuentros con sus terapeutas o de repetir dinámicas abusivas, proyectando en ellos a figuras de autoridad. También algunos participantes tomaban una perspectiva transgeneracional de la pérdida y el abuso, viéndose confrontados al dolor de su historia y el desafío de construir a futuro para las próximas generaciones. Esto se contrapone con la seguridad que podían llegar a sentir en el espacio de intervención, en donde conocer al terapeuta con más profundidad podía reducir la percepción de amenaza. Una vez sintiéndose más seguro en la relación, los pacientes informaban como evento clave que revelar los abusos vividos, y el sentirse escuchados, les resultaba sanador e incluso permitía profundizar la relación terapéutica. Este soporte percibido, generaba a posterior sensación de pérdida cuando llegaba el momento de concluir el tratamiento, lo que era más notorio en los participantes de terapias grupales. Este punto lleva a preguntarse sobre la progresión del vínculo terapéutico una vez que se acerca el período de cierre.

La cuarta y última temática emergida, tiene relación con la movilidad entre la sanación y la angustia a lo largo del proceso. Las investigadoras mencionan que en la revisión se desprenden diferentes reacciones al compartir experiencias de ASI en grupo o con otros. Para los pacientes les resultaba desafiante escuchar historias de otros en contextos grupales y, además, hablar de sus propias experiencias también se dificultaba, ya que nunca habían desarrollado un lenguaje para expresarlas. No obstante, encontrar las palabras y revelar el abuso parece constituir un paso importante para comprender lo vivido, siendo significativo el experimentar calidez y comprensión

en el espacio terapéutico. En esto, las autoras recalcan que la conexión con las vivencias de otros parece dar al trauma un contexto y al sobreviviente una plataforma para su recuperación.

En esta temática, también emergió como relevante el aprendizaje y uso de herramientas para afrontar emociones difíciles, ya que, en el proceso terapéutico, las estrategias de afrontamiento habituales comenzaban a fallar. Ahí se tornaba relevante que los pacientes pudieran identificar sus propias fortalezas junto con habilidades aprendidas de sus terapeutas. En este punto, Parry y Simpson (2016) reflexionan lo importante de no solo hablar de la posibilidad de control y elección, sino también experimentarlo en primera persona.

Cabe destacar, como la sistematización de los procesos descritos por los pacientes presenta algunos aspectos concordantes con las propuestas terapéuticas mencionadas en el apartado anterior. También impresiona que aquello que se ha definido como fases de tratamiento, tiene directa relación con cambios generales que pudieran esperarse de cada una.

## MARCO METODOLÓGICO.

La presente investigación se enmarca en un paradigma fenomenológico- hermenéutico, donde se postula que la realidad depende de los significados que las personas atribuyen, siendo dinámica, multidireccional y modelada entre sí (Krause, 1995; Maykut y Morehouse, 1994; Salinas, 2009a). De esta forma, se utilizó metodología de investigación cualitativa, la que según Fisher (2006) es compatible con la perspectiva humanista, tomando la subjetividad de los participantes como fuente de conocimiento, teniendo en cuenta su marco referencial, significados y experiencias; de modo de ir más allá de las teorías revisadas que tratan la temática del ASI.

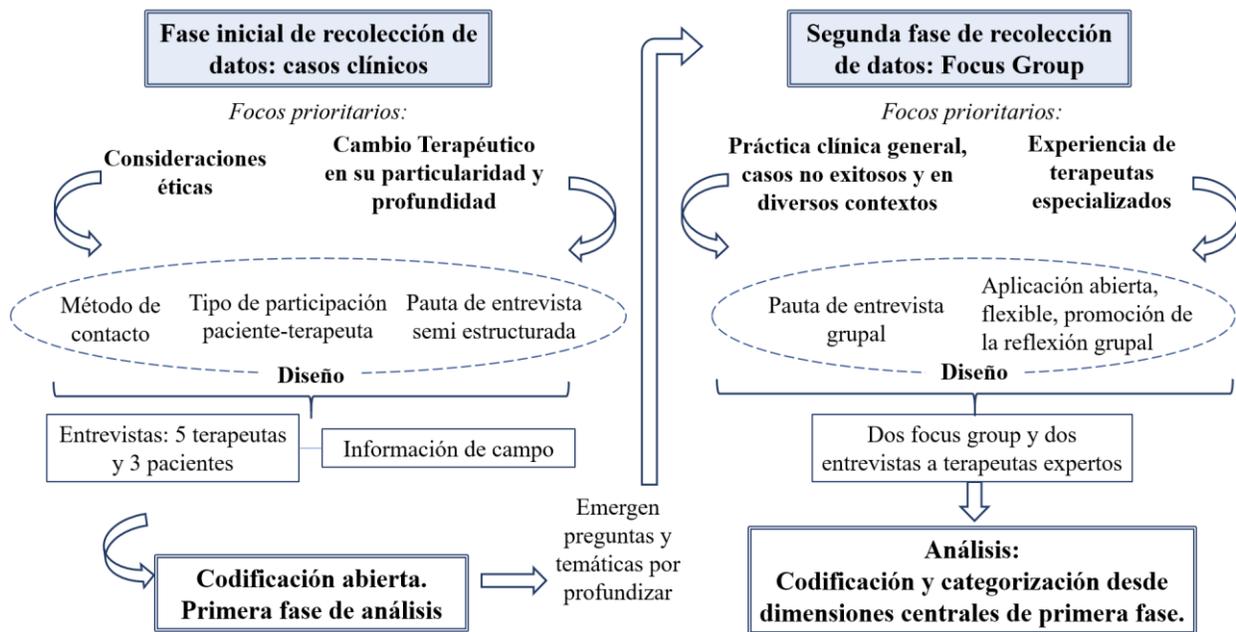
Krause (1995, 2005) señala que estas metodologías arrojan resultados interesantes en la investigación en psicoterapia respecto de los métodos tradicionales, ya que se prioriza a favor del objeto y no del método, pudiendo reconstruirse el proceso terapéutico en detalle abordando su complejidad con flexibilidad; sin la coerción que conllevan los procedimientos cuantitativos. De esta forma, el escaso conocimiento desde lo humanista-existencial sobre el cambio terapéutico con adultos que han vivido ASI, no se constituyó en una desventaja. Así mismo, precisamente el carácter más flexible y abierto de la metodología cualitativa (Ruiz, 2012; Hernández et al, 2012; Strauss y Corbin, 2002), permitió que la investigación se fuera adaptando a las necesidades emergentes. Es así como esta investigación es de alcance exploratorio, al no haber sido estudiado por la literatura vigente, llegando a un nivel descriptivo (Hernández et al, 2012).

Es importante mencionar, que el diseño investigativo implicó flexibilidad acorde a la realidad del fenómeno, las problemáticas emergentes y la información que se fue recopilando. Se trabajó desde los principios de Teoría Fundamentada, cuya metodología sostiene una relación estrecha entre la recolección, el análisis y la teoría que surge de los mismos. Para Strauss y Corbin (2002), la teoría fundamentada busca desarrollar teoría desde los datos emergidos, de modo inductivo, siendo sensible a las expresiones de los individuos del contexto considerado, va más allá de la existencia o no de estudios previos.

De este modo, el muestreo fue de tipo teórico, ya que como señalan Ruiz (2012) y Strauss y Corbin (2002) la selección de participantes fue modificándose a lo largo de la investigación, incorporándose unidades no previstas inicialmente para mejorar la calidad de la información y refinar los conceptos. El muestreo se interrumpió cuando se llegó a la saturación de datos, ya que,

si bien las últimas entrevistas permitieron profundizar lo anterior, entregaron también elementos repetidos que permitían dar respuesta a las preguntas de investigación.

El desarrollo del proceso investigativo se explica a partir del siguiente diagrama, en donde resaltan dos fases centrales de recolección de datos y los análisis que fueron involucrándose. A posterior, se expondrá en detalle cómo estos momentos fueron transcurriendo, fundamentándose las decisiones tomadas.



### Primera Fase: diseño inicial y búsqueda de casos clínicos.

En cuanto a la recolección de datos, se decidió aplicar entrevistas semiestructuradas a terapeutas, siendo un recurso flexible y acorde a la necesidad de acceder a la información desde la perspectiva del actor (Salinas, 2009b). Además, Moncada (2007) señala que es pertinente ahondar en las teorías subjetivas de terapeutas sobre el cambio en psicoterapia, ya que sus perspectivas entregan una visión ampliada sobre los pacientes y los diferentes momentos de la psicoterapia, permitiendo una mayor comprensión del fenómeno.

De esta forma, se diseñó una entrevista en donde se les pedía relatar de forma retrospectiva el proceso terapéutico que se emprendió con algún paciente adulto con quien se trabajaron experiencias de ASI, narrando el transcurso de la terapia desde el inicio y pasando por las fases

que condujeron al alta. Para esto, se solicitó exponer un caso que haya llegado a alta terapéutica, comprendiéndose ésta como el término de la relación profesional por cumplimiento de objetivos en su planificación de tratamiento.

La entrevista se diseñó en base a preguntas abiertas, orientadas desde una lógica inductiva, para luego profundizar y detallarse aspectos ligados a las preguntas de investigación. También se pidió expresamente que en inicio los terapeutas no teorizaran sobre lo ocurrido, sino más bien se enfocaran en la experiencia misma, para luego ir dando sus impresiones desde sus perspectivas teóricas; esto con la finalidad de relevar el proceso terapéutico inicialmente (Ver Anexo 1 Pauta de Entrevista a Terapeutas y Consentimiento Informado)

El efectuar la recolección de datos desde esta metodología, implicaba pedir autorización a los pacientes, bajo la noción de que todo proceso terapéutico es confidencial. Cabe destacar, que durante toda la investigación, las implicancias éticas jugaron un rol relevante, considerando las características de la temática del ASI. Todos estos detalles fueron analizados en conjunto con el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Sociales, sumado a la opinión profesional de psicólogos clínicos implicados en la materia.

Es así como al analizarse el componente relacional del fenómeno del ASI, en donde existe obligatoriedad y transgresión de parte de una figura que ostenta mayor poder, junto con la imposibilidad de dar testimonio de lo ocurrido; se estimó relevante que, en el proceso de autorización, los pacientes no se percibieran presionados a participar ni tampoco descartados en la opción de tener voz sobre su propia experiencia terapéutica. Pero al mismo tiempo, se debía tener presente que, pese a que se trataría de pacientes con procesos terapéuticos exitosos, existía un riesgo de afectación emocional en la narración de las fases complejas de la terapia. Esto además se cruzaba con la premisa de lo complejo de compartir a un tercero su experiencia terapéutica, y por ende, su intimidad; siendo que el ASI habitualmente deja efectos en la línea de la confianza hacia las personas. Con todo esto, se descartó de ante mano que las entrevistas principales se aplicaran a ellos.

Con todo lo anterior, se resolvió que los pacientes cuyos casos serían narrados por sus terapeutas, serían invitados a participar de la investigación bajo dos alternativas: solo autorizar a los profesionales a dar la entrevista o también brindar una entrevista breve, en donde se les consultaba únicamente por los efectos de la psicoterapia cursada en diversos ámbitos de su vida (Ver Anexo 2: Pauta de Entrevista a Pacientes y Consentimiento Informado), lo que igualmente está

considerado en los objetivos de investigación. En estas entrevistas, se recalcó que no era necesario comentar las experiencias de ASI, pudiendo limitarse solamente a la información consultada o negarse a responder preguntas.

De igual forma, como medidas transversales de cuidados éticos, se recalcó a todos los participantes mediante Consentimiento Informado, la confidencialidad en el uso de los datos, transcripción y almacenamiento; además del carácter voluntario de su participación, pudiendo desistir en cualquier momento.

La forma de invitación se inició a través de los terapeutas, quienes bajo su criterio clínico estimarían qué paciente era más apropiado (considerando sus características, situación personal al cierre de la terapia, etc). Esta invitación se diseñó mediante una carta de la investigadora a los pacientes (Ver Anexo 3: Carta de Invitación) a través de la cual los terapeutas les explicarían el contexto de investigación. En este documento se detallaron los objetivos de la investigación, la confidencialidad y la propuesta de participación, quedando abierto un espacio de comunicación para preguntas y comentarios sin compromiso alguno. Una vez que se contó con la autorización firmada, se procedió a entrevistar al terapeuta asociado.

De esta forma, la primera fase de recolección de datos se realizó convocando a terapeutas de formación humanista existencial, a través de asociaciones de profesionales, centros de formación clínica y redes sociales, pidiendo a cada participante recomendar algún colega que pueda aportar a la investigación. Los criterios de inclusión fueron: contar con más de 5 años de experiencia en la práctica clínica, tener formación de post grado o postítulo en psicología clínica humanista-existencial (en cualquiera de sus corrientes) y haber liderado psicoterapia con algún adulto que haya vivido ASI, en donde se haya llegado a alta terapéutica (por cumplimiento parcial o total del plan de psicoterapia).

Se destaca que se buscó invitar a terapeutas de programas públicos de atención en violencia sexual, sin embargo, desde las áreas de coordinación se negaron a participar, argumentando que sus lineamientos institucionales no eran compatibles con la difusión de los casos trabajados. Además, algunos señalaron no contar con terapeutas humanistas en sus equipos.

Durante el contacto inicial con los terapeutas, fueron surgiendo situaciones que si bien dificultaron que se concretara la aplicación de entrevistas, dieron cuenta de la realidad de la psicoterapia con adultos que han vivido ASI, siendo importante de mencionar; ya que además, fundamentaron las decisiones que se fueron tomando en la fase siguiente de la investigación.

Algunos profesionales señalaron resistencia a invitar a determinados pacientes por la complejidad de los efectos de la violencia vivida (como casos de incesto de larga data o poli victimización), refiriendo que si bien la terapia concluyó favorablemente, podían estimar logros parciales, por lo que proyectaban que podían afectarse con la idea de que un tercero conociera su historia. Si bien esto venía desde un criterio clínico, también se observaba en el discurso de los terapeutas, una actitud de cuidado hacia sus pacientes y de evitar incomodarlos pese a que se les recalcaría la voluntariedad de su participación.

En la misma línea, tres pacientes se negaron a participar cuando fueron invitados por sus terapeutas, manifestando desde el punto de vista de los profesionales, incomodidad y desconfianza con el proceso; optando finalmente por abstenerse para no presionarlos.

En otros casos, los profesionales refirieron trabajar con adultos que han vivido ASI, pero que aún se encontraban en tratamiento, mencionando que en general, se trataba de procesos terapéuticos de larga data.

Otros terapeutas se comprometieron a contactar a ciertos pacientes, interesándose en la investigación. Sin embargo, en dicho período post estallido social, había gran estrés y violencia contextual, además de repercusión por la intervención del colectivo Las Tesis “Un violador en tu camino”; lo que movilizó que estos pacientes rememoraran experiencias dolorosas, se desestabilizaran emocionalmente y volvieran a requerir psicoterapia.

De esta búsqueda, solo se logró concretar entrevista con cinco terapeutas. Cabe destacar, que todos los pacientes asociados refirieron como motivación principal para participar, la intención de aportar en que otras personas recibieran un tratamiento apropiado como en sus casos, expresando gran valoración de sus terapeutas. A continuación, se expone la caracterización de los participantes de esta primera fase.

<b>Código participante</b>	<b>Formación</b>	<b>Experiencia clínica</b>	<b>Tipo de participación</b>	<b>Participación de paciente</b>
Terapeuta 1 (T1)	Experiencial	19 años	Entrevista de caso clínico: Hombre, 21 años. 18 meses de terapia.	Paciente 1 (P1) Solo autoriza
Terapeuta 2 (T2)	Humanista transpersonal	8 años	Entrevista de caso clínico: Mujer, 43 años. 2 años y medio de terapia.	Paciente 2 (P2) Autoriza y da entrevista

Terapeuta 3 (T3)	Analista Existencial	20 años	Entrevista de caso clínico: Mujer, 45 años, 3 años y medio terapia	Paciente 3 (P3) Autoriza y da entrevista
Terapeuta 4 (T4)	Humanista transpersonal	5 años	Entrevista de caso clínico: Mujer, 37 años. 14 meses de terapia.	Paciente 4 (P4) Autoriza y da entrevista
Terapeuta 5 (T5)	Junguiana	14 años	Entrevista de caso clínico: Mujer, 42 años, 4 años de terapia.	Paciente 5 (P5) Solo autoriza

Durante el proceso de aplicación de entrevistas, se fueron transcribiendo las ya aplicadas, procediendo a los primeros análisis desde codificación abierta de los datos. Es así como emergieron las primeras categorías de análisis que sirvieron de insumo para el diseño de la segunda fase, en tanto aportaron con temáticas que aún eran necesarias de profundizar.

**Segunda fase: recolección de experiencias clínicas generales sobre adultos que han vivido ASI.**

Tras la primera etapa de análisis, y en consideración con la información de campo obtenida en el contacto inicial con los terapeutas, se estimó relevante acceder a la experiencia clínica general de los profesionales mediante focus group. Con esta técnica, se podía incluir a los interesados en la fase previa que no pudieron participar por diversos motivos, resaltando algunos profesionales que tenían vasta experiencia en la temática del ASI.

De esta forma, se hacía posible explorar el fenómeno desde un ámbito más amplio, buscando diferencias y similitudes en la práctica clínica de los terapeutas desde la interacción y diálogo entre ellos, transformándose en una alternativa y complemento a los datos obtenidos inicialmente. Por ejemplo, permitía generar información sobre la realidad de casos en los que no se llega al alta terapéutica o la psicoterapia se interrumpe, profundizando además en preguntas emergentes desde la primera fase de análisis y saturar lo obtenido.

El criterio de inclusión de los focus group se mantuvo en términos de la formación profesional y experiencia clínica, pero fue más flexible en relación a las entrevistas de caso, solicitándose que los participantes hayan liderado al menos 2 procesos de psicoterapia con adultos que hayan vivido ASI, cuyos objetivos terapéuticos hayan apuntado a la superación de dichas experiencias, pudiendo ser casos con cierre, en proceso o interrumpidos.

La pauta del focus group tenía como eje temático los objetivos de investigación, partiendo de la premisa de resaltar experiencias con los participantes. En esta propuesta, se diseñó una pauta de discusión grupal que permitiera encausar el debate hacia la práctica clínica, evitando centrarnos en la teorización del ASI o la exposición de conceptos. También se cuidó la confidencialidad de los pacientes cuyas experiencias clínicas aludieran los participantes, ya que no tenían que hacer alusión a personas específicas en la discusión grupal, sino más bien referirse a situaciones puntuales de modo de ejemplificación (Ver Anexo 4: Pauta y Consentimiento Informado de Focus Group).

Si bien esta pauta se diseñó previamente, en su aplicación implicó cierta flexibilidad para profundizar datos nuevos y preguntas emergentes desde los análisis llevados a cabo hasta ese momento. En el proceso de la recolección, dos terapeutas con amplia experiencia no pudieron presentarse a los focus group comprometidos, por lo que se optó por aplicar entrevista a cada uno, desde la pauta creada para el proceso grupal, de modo de no perder la información que podían aportar. Al tratarse de las últimas entrevistas, se pudo efectuar una mayor profundización en temáticas emergidas en las instancias anteriores, lo que fue igualmente valioso para el proceso de investigación.

A continuación, se presenta un resumen de la caracterización de los participantes de esta segunda fase:

<b>Código participante</b>	<b>Formación</b>	<b>Experiencia clínica</b>	<b>Tipo de participación</b>
Terapeuta 6 (T6)	Humanista Experiencial	15 años	Grupo de Conversación 1
Terapeuta 7 (T7)	Humanista Transpersonal	6 años	Grupo de Conversación 1
Terapeuta 8 (T8)	Humanista Existencial	5 años	Grupo de Conversación 2
Terapeuta 9 (T9)	Gestalt	20 años	Grupo de Conversación 2
Terapeuta 10 (T10)	Humanista Experiencial	6 años	Grupo de Conversación 2
Terapeuta 11 (T11)	Psicoanálisis Junguiano	16 años	Entrevista general
Terapeuta 12 (T12)	Psicoanálisis Junguiano	33 años	Entrevista general

### **Análisis de los datos.**

A medida que iban concretándose las primeras entrevistas de casos (a terapeutas y pacientes), se preparó el material mediante la transcripción minuciosa de los audios, efectuándose al mismo tiempo la primera revisión general del contenido. Estos apuntes sirvieron de insumo en la aplicación de las entrevistas individuales posteriores y permitieron sondear los primeros códigos.

El análisis de las entrevistas de casos mediante codificación abierta, implicó un proceso dinámico y recursivo donde se fueron identificando conceptos y se exploraron sus propiedades y alcances, apareciendo las primeras categorías y subcategorías. Con este análisis y lo ocurrido en el contacto con terapeutas que no concretaron participación, fueron emergiendo a su vez, preguntas y temáticas que profundizar, que llevaron a la aplicación de los grupos de conversación.

Del mismo modo, tras la codificación abierta de las entrevistas de casos, se pudieron vislumbrar las primeras relaciones entre categorías y subcategorías. Por lo que, al concluir con este análisis, se efectuó agrupación preliminar de datos, en donde de forma espontánea, fueron surgiendo las dimensiones que a posterior conformaron el grueso de los resultados. Algunas de estas dimensiones fueron respondiendo parcialmente a las preguntas de investigación y otras aportaban nuevas áreas temáticas relevantes, ya que permitían generar una mejor comprensión del cambio terapéutico en su conjunto.

En este punto, y previo al análisis de los focus group y entrevistas finales a expertos, se revisó nuevamente el material recopilado con profesor guía, tomándose la decisión de continuar la codificación abierta de los nuevos datos con el objeto de profundizar las grandes categorías emergidas, y responder a preguntas teóricas que surgieron en torno a éstas.

En esta fase de análisis, se fueron analizando comparativamente los dos grupos de datos, de modo de que los casos descritos en su particularidad y profundidad pudieran triangularse con las experiencias clínicas generales de los terapeutas. Además, debido a las características de los casos estudiados, se buscó que los análisis pudieran evidenciar tanto las semejanzas como las diferencias entre tipos de pacientes y características de los casos.

Finalmente, con las subcategorías, categorías y agrupaciones de éstas en dimensiones, se procedió a la codificación axial, en donde se establecieron relaciones entre las categorías, pudiendo describirse el fenómeno del cambio terapéutico en ASI desde los diferentes fenómenos evidenciados, interrelacionados entre sí. Si bien esto implicó establecer relaciones entre las mismas dimensiones que respondían a las preguntas de investigación, se buscó incorporar todo lo recopilado en un modelo relacional.

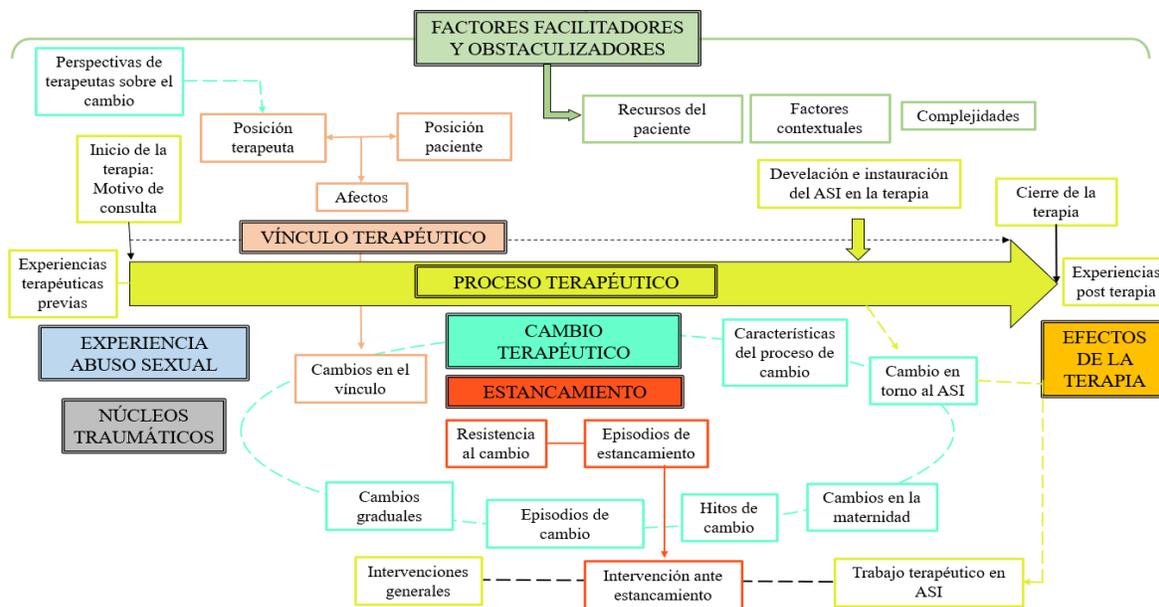
## RESULTADOS

Desde los análisis de las entrevistas y grupos de conversación, se señalan a continuación las categorías, subcategorías y dimensiones emergidas, las cuales fueron agrupadas acorde a los objetivos de investigación, destacando con ello las dimensiones: Vinculo Terapéutico, Cambio Terapéutico, Estancamiento, Efectos y Factores Facilitadores y Obstaculizadores.

No obstante, dentro de los resultados obtenidos también emergieron otros datos que daban cuenta de elementos relevantes para responder a las preguntas de investigación y comprender de mejor forma la temática del ASI en contexto de psicoterapia, tal como Experiencia de Abuso Sexual, Núcleos Traumáticos y Proceso Terapéutico propiamente tal.

Es importante mencionar que las dimensiones surgieron preliminarmente a partir de las 5 entrevistas de caso efectuadas a los terapeutas, desde las cuales fue posible profundizar sobre los micro procesos y detalles en torno a cambio y estancamiento. Por otro lado, los datos de las entrevistas generales a terapeutas y grupos de conversación aportaron información más extensiva y orientada a la globalidad de casos de adultos que han vivido ASI. Éstas ahondaron, por ejemplo, en las complejidades, deserciones o interrupciones precipitadas, además de la visión de los terapeutas sobre las particularidades y generalidades de los casos o sobre sus perspectivas sobre ciertos fenómenos. De esta forma, si bien la incorporación de grupos de conversación se asumió como alternativa a la dificultad de participación de los terapeutas, finalmente brindó un complemento que permitió enriquecer la información obtenida.

En el siguiente cuadro, se exponen los resultados señalados a modo enumerativo. En el apartado posterior, se expondrá de manera sintetizada la relación entre éstos, de modo de aportar un modelo relacional.



En el presente esquema se sintetizan los resultados obtenidos a partir del análisis de las entrevistas y grupos de conversación. Las principales dimensiones se encuentran señaladas con mayúscula y enmarcadas en línea doble; mientras que los cuadros más simples obedecen a sus principales categorías acorde al color que los engloba.

En el diagrama, se observa como eje central la dimensión “Proceso Terapéutico”, el cual se inicia con el motivo de consulta. En la mayoría de los casos revisados y en la impresión subjetiva de los terapeutas, el motivo de consulta no suele asociarse a la superación del ASI, sino enfocarse en temas relacionales, como conflictos de pareja, vínculos problemáticos con familia de origen, angustia traumática emergida en el cuidado de los hijos.

Las dimensiones “Experiencia de ASI” y “Núcleos Traumáticos” permiten contextualizar la sintomatología y el carácter de las experiencias abusivas; siendo la base donde se construyen los procesos de cambio. Se aprecia las experiencias de ASI en general obedecen a abusos reiterados, intrafamiliares o perpetrados por cercanos al círculo familiar; bajo contextos de desprotección, otras vulneraciones y respuestas desfavorables a nivel familiar. En algunos casos, incluso los terapeutas señalan situaciones de ASI transgeneracional y poli victimización.

La dimensión “Núcleos Traumáticos” agrupa manifestaciones clínicas y problemáticas de los pacientes en áreas vitales definidas, conformando ejes centrales de afectación por las experiencias traumáticas vividas, siendo bastante coherentes con la literatura del ASI. Esta dimensión resulta relevante, ya que cuando se observan cambios a lo largo del proceso, se aprecia que éstos van

emergiendo sobre estas áreas. Destacan, por ejemplo, consecuencias en la esfera relacional, como la desconfianza y hostilidad como forma de protección, en contraposición a la sumisión en sus relaciones amorosas, derivando en vulnerabilidad a relaciones asimétricas y maltratantes. En la relación consigo mismos, se aprecia la interiorización de la estigmatización, además de escasa noción de autocuidado. En el funcionamiento emocional, emerge la desregulación de afectos y respuestas asociadas al trauma (congelamiento, disociación), además de escasa conciencia de sus vivencias a nivel corporal. Finalmente, el ASI como experiencia difusa o inaccesible a la conciencia también destaca como núcleo traumático, acompañándose de conflicto en la esfera sexual y activación de malestar en el ejercicio parental.

El Vínculo Terapéutico emerge como una dimensión presente a lo largo de todo el proceso, el cual se va construyendo sobre la dinámica relacional entre terapeuta- paciente, emergiendo afectos entre sí. Los terapeutas relevan el vínculo como factor clave en el cambio, apreciándose además que en la medida en que éste se va acercando a un estilo de vinculación seguro (con sintonía afectiva, confianza, sensibilidad y cuidado), los cambios en otras áreas van emergiendo con mayor facilidad. De esta forma, el vínculo terapéutico tiene un carácter dinámico a lo largo de la terapia, presentando cambios propios que van enlazados con los cambios generales que van presentando los pacientes, brindando la posibilidad de un espacio relacional que permite superar las consecuencias del ASI.

En este punto, se destaca que la posición del terapeuta en el vínculo, está incidida por su perspectiva humanista-existencial y su consecuente noción del cambio. Esto ya que principios como la relación horizontal con los pacientes, empatía y el respeto por sus tiempos y necesidades, se ponen en juego directamente en la relación que buscan construir. Esto se apreció en la codificación de los datos, donde ambas categorías pertenecientes a diferentes dimensiones, mostraban elementos comunes y relaciones claras entre sí.

El Cambio Terapéutico emerge como una dimensión amplia con variadas categorías que van más allá del concepto tradicional de episodio de cambio. En primer lugar, estos cambios tienen características generales, tales como dinamismo, niveles de profundidad, tiempos, ritmos, y un carácter expansivo e interrelacionado con el entorno, además de ser único y particular a cada paciente (sin apreciarse un patrón definido y generalizable). Estos elementos se profundizarán con mayor detalle en el siguiente apartado, de modo de exponerlos con descripciones precisas.

Además de los episodios, los entrevistados relatan otras formas de cambio que muestran procesos graduales, en donde los pacientes van presentando nuevas formas de verse a sí mismos, a sus relaciones o de experimentar sentimientos. Estos procesos progresivos muchas veces derivan en episodios de cambio, que los terapeutas señalan como más significativos y notorios en el espacio de la sesión. También se destacan hitos relevantes que trascienden el espacio terapéutico, como decisiones a nivel familiar o rupturas amorosas, que concuerdan con los cambios que los pacientes están experimentando.

Asimismo, se desprenden determinadas áreas en donde los pacientes presentarían cambios significativos y que estarían más ligados al trabajo terapéutico en torno al ASI, tales como la maternidad, y su relación con la experiencia misma de abuso.

Por otro lado, el Estancamiento se inserta dentro del mismo dinamismo de cambio de los pacientes, con momentos donde emerge resistencia y en otros donde surgen episodios concretos de estancamiento, en donde se re editan problemáticas, sentimientos o patrones de relacionamiento. De esta forma, cambio y estancamiento se encuentran en un dinamismo constante, en donde la terapia va pasando por momentos en donde hay ritmos de avance y en otros, en donde las problemáticas se estancan, sobre todo aquellas ligadas con los núcleos traumáticos más significativos de los pacientes.

De forma simultánea, se sitúan las intervenciones de los terapeutas, las cuales se agrupan en las más generales, ligadas al estancamiento o al trabajo directo con las experiencias de ASI. Las intervenciones generales suelen estar intencionadas sobre ciertas áreas de vida de los pacientes o relacionadas con los principios del humanismo existencial, tales como los reflejos, el acercamiento fenomenológico y la flexibilidad acorde a las necesidades contingentes del paciente.

Dentro del proceso terapéutico, los entrevistados señalan que la develación del ASI suele darse en etapas avanzadas de la terapia, siendo expresado con o sin conciencia de malestar. Pese a este punto, se observa que la develación en el espacio terapéutico constituye un hito significativo (sobre todo en aquellos casos en que esto se mantenía en secreto), enmarcándose en otros movimientos de cambio previos, y generando la antesala para otros posteriores. Por otro lado, la instauración del ASI como foco de intervención puede tomar diferentes matices acorde a las necesidades del paciente y de los criterios del terapeuta.

En cuanto al cierre de la terapia, los terapeutas entrevistados señalan mayor tendencia a que sea una decisión conjunta, aunque habría cierres unilaterales de parte del paciente; surgiendo tras un

“darse cuenta” conjunto sobre los recursos desarrollados, los cambios y la posibilidad de autonomía. El cierre constituiría un proceso paulatino, donde se efectúa distanciamiento de las sesiones, seguimiento y posibilidad de re encuentro explicitado.

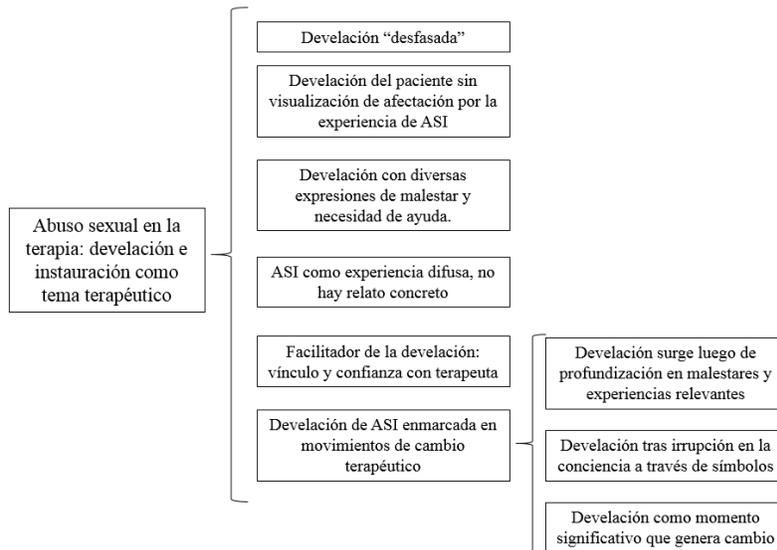
La subcategoría “Experiencias Post Terapia” corresponden a vivencias acontecidas luego del cierre, que han tenido relación con el ASI u otras temáticas abordadas en el proceso terapéutico, en donde los pacientes continúan consolidando los cambios logrados. Los entrevistados reportan percibirse en constante transformación y afrontamiento del recuerdo del ASI, principalmente por razones familiares.

En cuanto a los Efectos de la Terapia, esta dimensión agrupa áreas en que la terapia incide en la vida de los pacientes, como su identidad, la visión de sí mismos, nuevas formas de relacionarse con otros, la conciencia de sus recursos personales e incluso la impresión de desarrollo vital. Al observarse en relación a la dimensión cambio terapéutico, es posible concluir que los efectos se manifiestan como una síntesis general de lo que perdura en los pacientes al concluir la terapia.

Finalmente, la dimensión de “Factores Facilitadores y Obstaculizadores del Cambio”, opera en términos genéricos a lo largo del proceso de terapia, agrupándose en recursos del paciente, elementos contextuales, como el buen trato y el apoyo externo o en opuesto, dinámicas familiares nocivas; además de complejidades en la práctica clínica del ASI.

A continuación, se profundizará el detalle de los resultados de las dimensiones ligadas con los objetivos de investigación. A esto, se sumará la categoría “ASI en la terapia: formas de develación e instauración como tema terapéutico”, correspondiente a la dimensión “Proceso Terapéutico”, la que se considera relevante de profundizar, al relacionarse directamente con la temática central de la investigación.

## Abuso Sexual en la Terapia.



Este apartado muestra cómo emerge la temática del ASI como tema terapéutico. Gran parte de los profesionales participantes refirieron la impresión de que no suele venir aparejado con el motivo de consulta, siendo pocos los casos en que los pacientes consultan con el objetivo de superar las consecuencias de estas experiencias. Las subcategorías se describen desde la develación del ASI a los terapeutas, cuyo hito puede presentarse de diferentes formas.

Un elemento común, fue la noción de que el ASI es planteado por los pacientes luego de tiempo de terapia, pudiendo aparecer después de períodos largos o incluso en segundos procesos; transformándose en una información que amplifica la comprensión clínica del profesional cuando es recibida.

*“...El tema del abuso no aparece inmediatamente, porque a veces ni siquiera el paciente lo conecta y no lo trae a la conciencia tan rápido. Como que viene por otro tema y está preocupado por eso y a veces llegamos a la situación apropósito del trabajo terapéutico...”*

*(Terapeuta 6)*

Desde el discurso de los entrevistados, la noción de malestar sobre el ASI es variable en cada paciente. Algunos muestran afectación al momento de develar lo vivido o necesidad explícita de ayuda en torno a alguna consecuencia que visualizan. Otros, lo develan como un suceso neutral en

su vida, minimizándolo y sin mostrar afecto asociado; dando cuenta del nivel de disociación presentado, sobre todo en casos en que estas experiencias fueron repetitivas o de figuras cercanas, como se aprecia a continuación:

*“... Cuando me hace esta revelación, inmediatamente se explica, me dice ‘esto no te lo he contado, porque hemos estado trabajando otras cosas’. Me lo cuenta como sin sentir la profundidad, pero sí con la conciencia de que me va a impactar (...) que el abuelo sistemáticamente había abusado de todas las mujeres de la familia, no sólo de ella. Yo estaba impactada porque era, una información súper importante y ella lo había dejado afuera bien intencionadamente...” (Terapeuta 5)*

Cabe destacar, que algunos entrevistados señalaron experiencias terapéuticas en donde el recuerdo del ASI es muy difuso o los pacientes solo tienen la noción de haber sido abusados tempranamente, contando con otros indicios que lo afirman. Así y todo, los profesionales orientan el trabajo terapéutico en torno a lo que sus pacientes necesitan y dando validez a lo narrado, sin centrarse en la obtención de un relato específico sobre el hecho.

Todos los profesionales sostienen la impresión que la develación del ASI se facilita por la confianza y el vínculo terapéutico construido. No obstante, cuando la develación surge durante el proceso de terapia y no al inicio, ésta se enmarca además en otros movimientos de cambio, transformándose en sí mismo, en un episodio de cambio terapéutico.

Este hito, que implica la acogida cuidadosa por parte del profesional, trae consigo diferentes significados, pudiendo constituirse en un acto de liberación, en una forma de darle realidad o validez a su experiencia a través de otro. Es así como el terapeuta opera como testigo, permitiendo revertir la instauración inicial del secreto del ASI.

*“...Él estaba súper descolocado cuando me lo cuenta, haciéndolo realidad, pero no entendiendo. Es como ‘¿será que me lo inventé?’, entonces fuimos de a poquito como confirmar que efectivamente había tenido esa experiencia...” (Terapeuta 1)*

Igualmente, se observó en los relatos que la develación tendía a surgir durante la profundización de experiencias relevantes en asociación con los malestares de los pacientes, emergiendo como

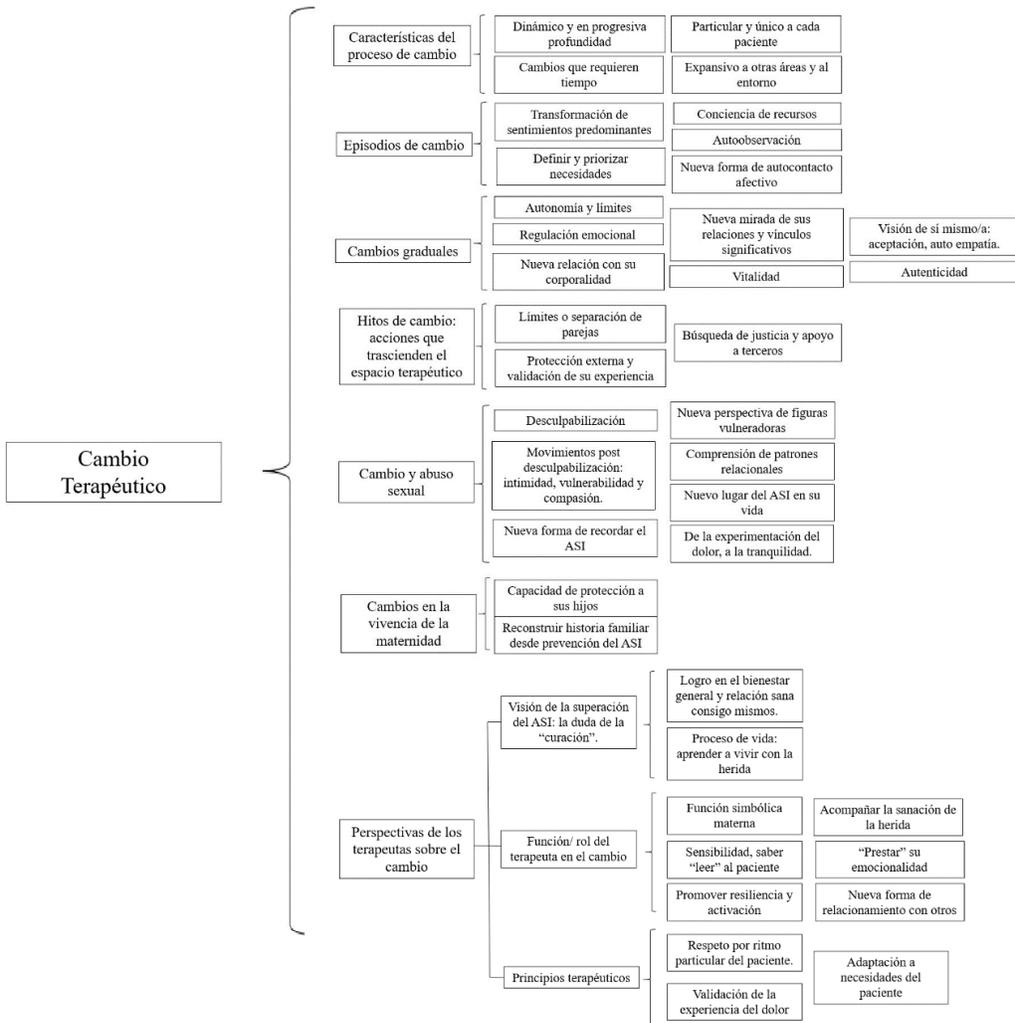
evento vital significativo o desde afectos que les resultan llamativos. También la progresiva capacidad de auto observación como parte del trabajo terapéutico, generaría que los pacientes vuelquen su atención hacia su historia e identidad, permitiendo el contacto con las experiencias abusivas.

En otros casos mencionados por los terapeutas, se apreció que la develación surgió tras la emergencia de símbolos que, tras profundizarse, llevaron a la conciencia del ASI vivido; pudiendo aparecer lo traumático a través de sueños, síntomas específicos, contenidos externos o la propia irrupción de imágenes asociadas a los recuerdos.

*“...Con una paciente hablamos de su hijo, haciendo un par de asociaciones con su infancia, que recordaba muy poco, y le aparece una especie de pánico anestesiado. Incluso se le complicó seguir la conversación, como la emergencia de un estado traumático. En la noche, tuvo un sueño donde entra en un socavón, entra levitando y no ve nada, teniendo la sensación que se estuviera desmembrando, además aparece algo con la sangre (...) Después de unos meses, ella hace averiguaciones y llega a la conclusión de situaciones abusivas siendo guagua, al parecer de parte de unos hermanos...” (Terapeuta 11).*

Se destaca que en los momentos posteriores a la develación del ASI en terapia, los profesionales muestran diferentes trayectorias de trabajo terapéutico con sus pacientes. En su mayoría señalan construir en conjunto los objetivos posteriores, acorde a las necesidades manifestadas; pudiendo proseguir desde la profundización directa de la experiencia abusiva o continuando con otras temáticas, pero haciendo enlaces con el ASI de forma progresiva y siempre al ritmo que los pacientes puedan ir tolerando emocionalmente.

## Cambio Terapéutico



### **Características del proceso de cambio.**

En este ítem, se destacan características globales como el dinamismo: de un cambio, devienen nuevas necesidades y temas emergentes, generándose así una exploración más profunda de algunas problemáticas. Esto implica una suerte de circularidad en donde paciente y terapeuta transitan por fases en donde se experimenta un avance significativo, retornándose después de un tiempo al mismo tema desde otro ángulo y en mayor profundidad, permitiéndose así la re consolidación de lo nuevo.

También los terapeutas señalan que el proceso terapéutico tiene un determinado ritmo, donde algunas temáticas transitan con cambios más fluidos y rápidos, mientras que en áreas más críticas

se requiere de mayor tiempo para irlos observando. Esto se hace más evidente ante el abordaje de las experiencias de ASI en el espacio de sesión como se señala en el siguiente extracto:

*“Él (paciente) tenía muchas habilidades yoicas y terapéuticas personales, en general la terapia con él se daba a gran velocidad. Él tenía mucha habilidad para relacionar y hacer insight, pero cuando llegamos a este tema (ASI), tuvimos que enlentecer mucho y abordarlo con mucho cuidado, él le tenía temor a acercarse y a descubrir algo más, por ejemplo.” (Terapeuta 1)*

Por otro lado, de lo obtenido se desprende que los cambios son particulares a la realidad de cada paciente, sin poder plantearse que en estas psicoterapias deba darse un patrón definido que cada persona deba seguir. Esto fue referido por los terapeutas que participaron en los grupos de conversación y se pudo apreciar en la comparativa de los cinco casos profundizados, que si bien presentaron ciertos indicios comunes que fue posible agrupar y categorizar, fueron emergiendo acorde a la singularidad de cada proceso.

Finalmente, los cambios en un área o problemática, pueden incidir en otra, generándose una suerte de efecto expansivo que incluso se traslada al entorno del paciente, en tanto los cambios personales implican nuevas formas de relacionarse con sus cercanos. Así, por ejemplo, se aprecia en algunos casos que una mayor comprensión de sí mismos, puede llevar a una perspectiva más comprensiva de los hijos o de los padres, permitiendo que se vayan creando otras formas de relación.

### **Episodios de cambio.**

En este apartado, fue posible agrupar episodios específicos que los terapeutas identificaron con sus pacientes.

Si bien la autoobservación sería una capacidad que los terapeutas intencionan constantemente con sus pacientes a lo largo de la terapia, en momentos puntuales esto lleva al reconocimiento de un aspecto de sí mismo/a que se muestra como relevante a la luz de la temática que se está abordando en el momento. Es así como en algunos pacientes se vuelve significativo el momento en que reconocen sus malestares o su sentir frente a sus cercanos, o cuando visualizan la relación entre sus experiencias y su comportamiento actual.

También aparece como episodio de cambio, la transformación de sentimientos que previamente les predominaban o figuraban como estancados, los que pueden tomar curso hacia otros sentimientos o de lleno mermar y emerger con otro contenido.

La nueva forma de auto contacto afectivo fue notoria en torno a relatos de pacientes que presentaban oscilaciones extremas en este ámbito (que se invaden por sus afectos o el auto contacto está interferido). Es así como los pacientes muestran momentos en que logran verbalizar sus emociones o diferenciarlas con mayor claridad, e incluso tomar cierta perspectiva de éstos y auto contenerse.

*“Había minutos en que ella se desarmaba y como que dejaba de estar ahí (...) era sólo su llanto desconsolado. (...) No es como que estuviera llorando, sino que ella se transformaba en el llanto. Después ella salía de este estado, lograba volver. No sin problema, pero lograba decir ¡ya! frente a esto, tal cosa. No sin dolor, le dolía, pero podía hacerse cargo, se podía contener.”*

*(Terapeuta 2)*

La definición y priorización de necesidades fue referido particularmente por terapeutas cuyos pacientes mostraban al inicio de la terapia agobio por múltiples problemas o discursos centrados en diversas circunstancias, lo que implicaba un trabajo paulatino por establecer en conjunto un foco terapéutico y la capacidad de los pacientes para quedarse y profundizar ciertos temas.

Finalmente, la conciencia de recursos emerge como un cambio más transversal que puede presentarse en diferentes casos y momentos de la terapia, pero que se hacía más notorio y frecuente en las fases finales, conllevando un sentimiento de logro y mayor autonomía que era verbalizado.

### **Cambios graduales.**

Este apartado condensa cambios que los entrevistados perciben en la progresión general del avance terapéutico, no quedando remitido a la descripción de episodios específicos. En general, se visualiza que tienen relación con el apartado anterior, sin embargo, también emergen otros elementos distintivos importantes de señalar.

La regulación emocional dice relación con la capacidad que van adquiriendo los pacientes para gestionar y modular sus emociones, lo que en algunos se traducía en el manejo del estrés, en la

progresiva reflexividad sobre sus procesos afectivos y en la transformación de la expresión del llanto en el espacio de sesión.

*“...Me acuerdo que siempre llegaba un punto en que lloraba y no podía parar, como que me ahogaba y ya no podíamos hablar, teníamos que parar hasta tranquilizarme y retomar... Después ya no era así, nos dimos cuenta que ya podía hablar sin llorar y lo podía hacer bien...”*

(Paciente 1)

La nueva relación con su corporalidad surgió principalmente de casos en que los pacientes presentaban escasa conexión con su cuerpo o conflictos en torno a éste. Estos cambios se traducían en el cuidado de su apariencia física, la noción de pertenencia y respeto por su cuerpo o en la conciencia progresiva de sus vivencias a nivel físico.

En la nueva mirada de sus relaciones y vínculos significativos, los entrevistados dan cuenta de la progresiva conformación de una actitud más comprensiva hacia los otros, junto con la conciencia de sus necesidades relacionales. Esto implicaba, por ejemplo, mayor valorización de ciertos vínculos, la posibilidad de confiar en otros y visualizar la necesidad de ser cuidado o pedir ayuda. Los cambios en torno a la autonomía y límites se señalan particularmente notorios en pacientes que mostraban dependencia o sumisión frente a sus cercanos. Los terapeutas mencionaron percibir en ellos una progresiva diferenciación de sus familias de origen, mayor autonomía al momento de tomar decisiones y establecimiento de límites.

*“Se fue fomentando la independencia porque era una relación súper jerárquica (con su ex pareja), la trataba como si fuera una hija... Entonces igual fue generando herramientas de mayor autonomía. Si tenía que ir al supermercado no le pedía a él que la acompañara, iba sola. Si tenía que arreglar algo en la casa intentaba ver un tutorial en YouTube para no pedirle a él, ese tipo de cosas.” (Terapeuta 4)*

Los cambios graduales en la visión de sí mismos implican un progresivo proceso de autoaceptación y auto empatía, evidenciado en la disminución de la crítica interna. Esto derivaba en que al situarse frente a sí mismos desde el buen trato, los pacientes fueron abriéndose al autocuidado.

En cuanto a la vitalidad, los entrevistados perciben que sus pacientes fueron mostrando mayor energía vital y motivación para enfrentar circunstancias adversas o incluso para funcionar cotidianamente. Esto en ocasiones era señalado por los mismos pacientes u observado en su expresión no verbal.

La autenticidad se traduce en una mayor espontaneidad en sus relaciones cotidianas y en el espacio terapéutico. Algunos entrevistados señalaban este punto como un “soltarse” y mostrarse tal cual son, lo que incluso facilitaba el vínculo terapéutico en tanto evidenciaban a sus terapeutas tratantes sus problemáticas con mayor apertura.

### **Hitos de cambio: acciones que trascienden el espacio terapéutico.**

En esta categoría se sitúan cambios que se evidencian fuera del espacio terapéutico y que para los terapeutas tratantes emergen como hitos clave. Estos eventos muchas veces se relacionan con decisiones que los pacientes toman a raíz de los efectos de la psicoterapia, o se expresa en acciones hacia su entorno más directo.

Los límites o separación de parejas, surgen principalmente en casos de pacientes con relaciones problemáticas o poco satisfactorias; por lo que desde el proceso de terapia se activa capacidad para poner límites y visualizarse con mayor autonomía, derivando en que decidan concluir sus relaciones de pareja. Este hito abre nuevas necesidades de trabajo en el espacio terapéutico, por lo que les implica afrontar el proceso de separación.

La búsqueda de justicia y apoyo a terceros emerge principalmente en torno a la misma experiencia de ASI, en donde a raíz de lo trabajado en el proceso terapéutico, emerge en algunos pacientes la necesidad de realizar denuncia o conformar redes de activismo con otras personas victimizadas. Si bien esto no aparece como algo extendido en los procesos terapéuticos señalados por los participantes, en los casos en que los pacientes tomaron esta vía como parte de su proceso de superación, les fue significativo y el proceso de terapia implicó un acompañamiento en esta vía, por los desafíos que implicaba.

La protección externa y validación de su experiencia, fue particularmente relevante en dos casos revisados. En el primero, la terapeuta trabajó directamente con los padres para promover un cambio en su discurso sobre el ASI, y en el segundo, la decisión de denunciar al padre ofensor conllevó la inesperada sanción legal (poco común en estos casos), con el reconocimiento de los hechos de parte de éste. Para ambas pacientes, estas acciones implicaron la sensación de contar con un

entorno que las validaba y de alguna forma las protegía, aportando significativamente en su bienestar. Si bien al tratarse de dos casos, no es posible generalizar este resultado, otorga la posibilidad de valorar el peso del entorno del paciente en su proceso terapéutico.

*“Y hubo un cambio que sé que no se da en todas las personas, es que yo decidí hacer un juicio. En mi proceso de reparación en algún momento me dije "sabí que he estado toda mi vida en psicoterapia, necesito algo más". Justicia con la justicia. Y ese juicio llegó hasta el final, eso no pasa en Chile (...) Yo necesitaba justicia y la (terapeuta) me ayudó, me mandó con un abogado de la red de ellos, con un abogado especialista. Y ese juicio fue lejos, llegó a sentencia.”*

*(Paciente 3)*

### **Cambio y Abuso Sexual Infantil (ASI)**

Aquí se agrupan cambios señalados por los participantes y que tienen directa relación con la experiencia de ASI y el peso de ésta en la vida de los pacientes.

La desculpabilización y visión de sí mismos como víctima, emerge como un cambio transversal y que los terapeutas consideran como significativo en el trabajo terapéutico en esta temática. Esto emerge desde la comprensión de su posición de vulnerabilidad, lo que en algunos casos, conlleva malestar emocional importante desafiando a los terapeutas a intervenir sobre la nueva figura del dolor de lo vivido y confrontarse con la indefensión propia de la existencia humana.

De esta forma, se aprecian ciertos movimientos hacia otras temáticas por el impacto de la desculpabilización. Es así como algunos participantes señalan que los pacientes comienzan a desarrollar una nueva relación consigo mismos, desde la comprensión, la compasión y la aceptación de su parte vulnerable.

Por otro lado, es posible observar como para los pacientes el ASI va tomando un nuevo lugar en su trayectoria de vida, reconociendo la influencia que éste tuvo en su desarrollo al igual que otras experiencias significativas.

*“Al principio narraba el abuso como un paréntesis en su vida, como "yo soy (nombre paciente) y sufrí este abuso. Y eso no tiene nada que ver con como soy yo, ni cómo es mi vida". Y al final de la terapia yo te diría que el abuso ya era parte de su historia, lo tiene mucho más integrado.*

*Entendiendo que eso determina mucho como ella se relaciona y cómo poner antenas a cuando se relaciona de forma sumisa, por ejemplo” (Terapeuta 4)*

La memoria del ASI también va sufriendo cambios. En algunos casos, en el curso de la psicoterapia los pacientes van recordando más detalles o haciendo nexos con otros eventos de su vida, desarrollando sensación de mayor claridad sobre lo vivido. También se observan tránsitos por diferentes emociones en torno al recuerdo, lo que conlleva el contacto con lo doloroso de la experiencia, pudiendo ir desde la tristeza, culpa, rabia o incluso temor a la emergencia de más memorias. En algunos casos, esto genera desestabilización que requiere de la intervención cuidadosa y contenedora del terapeuta.

*“Cuando iba apareciendo el tema del ASI, ella cada vez estaba menos disociada y lograba entrar en contacto un poco más. Se conectaba un poco más con algunas emociones difíciles obviamente, pero lograba salir de ahí y transitar a otras cosas.” (Terapeuta 5)*

*“En algún sentido se deprimió, pero fue distinto las depresiones que había tenido antes, finalmente yo creo que fue un duelo. Quedó súper conectada con el dolor, en el fondo no lloro por su mamá, lloro por la pérdida, por su hermana, por su historia... Yo creo que por eso fue tan duro, porque se cayó, se cayó entera, pero fue logrando tolerar el estar en el suelo...”  
(Terapeuta 3)*

Si bien estos tránsitos se aprecian particulares de caso a caso, en las fases más avanzadas del proceso de terapia sobre el ASI, en general se aprecia que los pacientes muestran mayor sensación de tranquilidad cuando mencionan lo vivido, visualizándolo como un evento pasado que no se hace presente con la regularidad de antes.

*“Hay un momento en que me dice ‘yo siento que estoy en paz con esto, ya no me pregunto si fue la causal de mis problemas de ahora, no tiene sentido. Estoy tranquilo después de haberlo hablado, de haberlo mirado’. A él lo calma mucho haberlo hecho realidad, como que está en paz con esa experiencia.” (Terapeuta 1)*

En cuanto a la perspectiva sobre las figuras vulneradoras, en parte tiene relación con la desculpabilización por el cambio al traspasar responsabilidad a aquellos que los ofendieron sexualmente. También implica que los pacientes visualizan de manera más integrada a sus figuras de cuidado, reconociendo dinámicas de desprotección y negligencias.

Por otro lado, a lo largo de los procesos de terapia van surgiendo cambios en torno a la visión de sus patrones relacionales y el nexa con los abusos vividos. Es así como los pacientes van comprendiendo la influencia del ASI en su vida sexual, en sus relaciones de pareja y otros, desarrollando progresivamente formas de revertir sus efectos y de estar más atentos a la repetición de patrones violentos.

### **Cambios en la vivencia de la maternidad.**

Esta área emergió como punto significativo en las pacientes que tienen hijos, por el temor a que ellos también sufrieran experiencias de ASI o por los antecedentes de abuso transgeneracional. Como cambio a lo largo del proceso terapéutico, emerge la diferenciación de sus figuras maternas no protectoras y el potenciar el rol de cuidado, construyéndose así la sensación de capacidad de protección a sus hijos. Esto conlleva que las pacientes visualizaran la posibilidad de reconstruir la historia familiar y se posicionaran en un rol activo frente al cuidado de los hijos.

### **Perspectivas de los terapeutas sobre el cambio.**

En este apartado se agruparon contenidos que daban cuenta de la visión y reflexiones de los terapeutas sobre el cambio, desde la cual puede apreciarse la perspectiva humanista existencial, y comprender el énfasis que fueron dando a ciertos hitos y momentos clave en los procesos con sus pacientes.

En cuanto a la visión de la superación del ASI, emerge de manera general en los entrevistados la duda de la “curación”. Varios terapeutas se desmarcan del concepto de superación, en tanto para algunos conlleva una noción de triunfo que traspasa el alcance de la psicoterapia sobre la vida de las personas. De esta forma, en general visualizan como logro que sus pacientes tengan un bienestar general, una relación sana consigo mismos y que los abusos vividos no contaminen áreas centrales de su vida.

*“No sé si el trauma se supera en algún momento... yo creo que a veces hay vivencias que te van a acompañar en la cotidianidad y hay ciertas vulnerabilidades, por más trabajo terapéutico que se va haciendo... soy un poco reacio a las lecturas terapéuticas bien triunfalistas, de que vencí el trauma. Creo que todos nosotros en mayor o menor medida, estamos un poco rotos, un poco fracturados y creo que es parte de la condición humana... Sí creo que hay diferencias entre una herida abierta, y una persona que ha logrado seguir un camino” (Terapeuta 11)*

Se aprecia en los entrevistados, la noción de que las personas victimizadas aprenden a vivir con la herida emocional que conlleva el ASI. Esto implica que los efectos traumáticos o el dolor experimentado puede re aparecer en nuevas circunstancias, pero que tras un proceso terapéutico significativo, los pacientes cuentan con mayores recursos para afrontarlo; sin descartar que puedan pedir ayuda profesional nuevamente. Al respecto, se destaca que esto también fue señalado por una paciente que aportó con su experiencia y señaló lo siguiente cuando se le consultó por el cierre de su proceso de terapia:

*“Es que siento que no hemos cerrado ese proceso todavía. Este proceso no se cierra nunca, porque resulta que tengo tres hijos (...) El proceso terapéutico sí creo que está acotado, lo que no quita que yo pueda necesitaren una nueva oportunidad a la (terapeuta 3) para "oye, sabí que necesito armar este tema para mis hijos". (...) Si te das cuenta la herida, esta cicatriz, está sana, pero tengo que seguir construyendo. Claro, a lo mejor por eso no tengo esa respuesta de que se terminó la terapia.” (Paciente 3)*

En sus relatos, los terapeutas también muestran cómo conciben su rol en el proceso de cambio de sus pacientes, lo que enmarca la manera en que se vinculan con ellos. En primer lugar, destacan una serie de imperativos en su quehacer terapéutico sobre la función materna: brindar sostén emocional, contención, validación de la experiencia y acompañar en la experimentación de lo doloroso. En este punto, los terapeutas señalan el desafío de sostener los afectos traumáticos de sus pacientes, lo que requiere para ellos de gran capacidad de autoregulación a nivel emocional.

*“El bastión más difícil de trabajar, es el elemento materno, la madre literal, pero también la madre más profunda (E: claro). Entonces cuando el terapeuta es capaz de estar, observar,*

*acompañar, está reparando la función materna más básica. Es el testigo de los procesos más básicos de cuidar en el dolor. Simbólicamente tú estás ocupando un lugar.” (Terapeuta 12)*

*“Es difícil acompañar, sostener el apuro porque las cosas cambien, de tratar de sacar a la persona rápido (...) Y no querer esta cosa como del "furor curandis", no desesperar, ir con calma, mantener la supervisión, ir mirando y sostenerse uno emocionalmente. Porque toca tan duramente el dolor que es importante para el terapeuta hacerse cariñito, cuidarse.” (Terapeuta*

5)

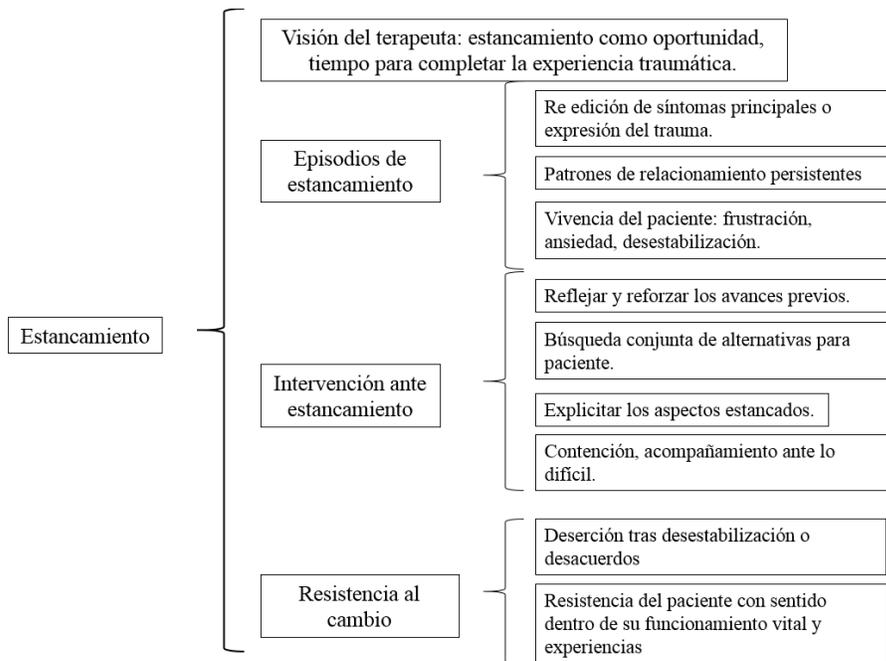
Para los entrevistados, esto también implica ser sensibles a los estados emocionales de sus pacientes, debiendo identificar sus tiempos particulares de cambio, de modo de acoger sus necesidades y alejarse de una posición de control. Los terapeutas se visualizan como facilitadores y acompañantes de sus pacientes, situando su emocionalidad y resonancia al servicio del cambio en tanto esto permite que sus pacientes sean reflejados.

Igualmente, destacan el rol de movilizar a los pacientes hacia una actitud más activa frente a su malestar, promoviendo el reconocimiento de lo doloroso en compatibilidad con la resiliencia. También los terapeutas reflexionan que a través del vínculo terapéutico sus pacientes tienen la posibilidad de experimentar nuevas formas de relacionamiento con otros, pudiendo por ejemplo, reconfigurar dinámicas asimétricas, ser aceptados, o recibir límites saludables, funcionando ellos como posibilidad de una nueva experiencia.

Es así como se desprenden discursos que dan cuenta de los principios terapéuticos bajo los cuales intervienen los terapeutas, y que son coherentes con la perspectiva humanista existencial. Por ejemplo, el respeto por el ritmo de cada paciente, lo que lleva al profesional a sondear las particularidades de cada paciente, acoplándose a su ritmo de trabajo terapéutico y momentos de mayor dificultad. Esto implica que los terapeutas buscan adaptarse a las necesidades y conflictos que sus pacientes evidencian, evitando presionar hacia una dirección definida, acomodándose a ellos de modo de confiar en su curso particular de transformación.

También se encuentra la validación de la experiencia del dolor como parte de la condición humana. Esto último incluso se extrapola a que los entrevistados visualicen momentos de desestabilización o duelo como forma de completar la vivencia emocional de lo traumático, como se apreciará en la siguiente dimensión.

## Estancamiento.



Cabe destacar que ante la pregunta de episodios de estancamiento con sus pacientes, algunos terapeutas se mostraron algo incómodos con el concepto. En sus reflexiones, se aprecia que no tienen una visión de estos momentos como problemáticos, sino como esperables e incluso necesarios para arraigar los cambios y efectuar una revisión de las problemáticas junto con sus pacientes. Se desprende que para ellos, el estancamiento emerge como oportunidad para completar la vivencia emocional del ASI, de modo que la persona desarrolle recursos internos para tolerar los afectos traumáticos, en el marco de un contexto relacional seguro.

*“No usaría esa palabra, no sé si es un estancamiento de la terapia. Visto desde cierto apuro terapéutico, queremos que estén bien. Tienes períodos de sesiones muy intensas, que ven cosas, hacen insight y posteriormente se pegan un retroceso, llegan pésimo. Están en lo mismo de siempre porque hay mucho contenido disociado. Entonces creo que nos está mostrando la magnitud de la detención del momento traumático psíquico y de lo que ha quedado atrapado ahí.” (Terapeuta 12)*

### **Episodios de estancamiento.**

Igualmente, los terapeutas señalan episodios de estancamiento, que suelen tener alternancia con momentos de cambio; generándose un proceso circular que igualmente se dirige a un cambio global progresivo y más profundo. Los episodios de estancamiento, fueron agrupados en dos categorías principales.

Primero, se encuentra la re edición de síntomas o expresión directa de lo traumático, que puede emerger a través de recuerdos intrusivos o sueños en torno al ASI, lo que en algunos casos se activa tras contacto con la figura ofensora o eventos externos que rozan con dicha memoria.

También puede manifestarse en una emocionalidad reiterativa y persistente que afecta el funcionamiento diario del paciente o también épocas de desregulación emocional, en donde los pacientes se perciben invadidos por sus afectos y susceptibles a su entorno. Esto suele activarse cuando la apertura del ASI en el espacio terapéutico implica contacto con el dolor de lo vivido, o cuando se trabaja en puntos centrales de sus efectos, como la culpa o la indefensión.

*“Mi paciente conectó con mucha rabia, y pasaba sesión tras sesión y seguíamos en la misma rabia y la misma rabia y yo siento que ahí, por ejemplo, hubo un estancamiento. Porque como que no fluía, no salíamos de ahí. Nos quedamos pegadas en la emoción y cada sesión fue lo mismo.” (Terapeuta 8)*

Se destacan además episodios en donde los pacientes muestran mecanismos disociativos y escaso contacto emocional, que para los terapeutas resulta comprensible a la luz de los efectos del ASI. Estos mecanismos pueden emerger además ante períodos de estrés contextual o ante el mismo proceso terapéutico.

*“En la primera etapa fue todo el tiempo, un período bien frustrante. Era todo el rato como volver en lo concreto, porque ella olvidaba la sesión anterior. Que es muy típico en pacientes que suelen disociar crónicamente. Entonces yo tenía que repasar ‘hablamos de esto, hablamos de esto otro’, y ahí empezaba acordarse.” (Terapeuta 3)*

Por otro lado, se aprecian episodios de estancamiento ligados a la repetición de patrones de relacionamiento problemáticos, principalmente en el ámbito de pareja, los cuales se presentaban

incluso a posterior de momentos de cambio. Esto llevaba, por ejemplo, al retorno a relaciones abusivas, dinámicas de dependencia y sumisión.

*“Comenzaba a preocuparse en exceso de los demás y dejaba de ir a sesión. Entonces igual se estancaba, volvía a veces peor (...) Le empezó a poner límites (a pareja) y él cambiaba a ratos, una semana, y ella lo perdonaba... Entonces igual fue un tema como de prueba y error, hasta que finalmente se separó con mucho miedo.” (Terapeuta 2)*

Ante estos momentos de la terapia, los pacientes mostraban frustración y angustia por la sensación de no avance, tornándose algunos más demandantes con sus terapeutas o dudando del alcance de la psicoterapia.

### **Intervención ante estancamiento.**

Los terapeutas denotan formas de intervención bastante extendidas entre ellos. Tal como explicitar sin juicio lo que está estancado, definiendo en conjunto la problemática evidenciada y pensar en alternativas o estrategias que pudieran ser de utilidad. También señalan reflejar y reforzar los avances previos, invitando a los pacientes a una revisión de los cambios transitados de modo de comprender cómo se inserta el episodio de estancamiento en el proceso cursado.

Ante los sentimientos de frustración y angustia, los terapeutas señalan que tienden a brindar contención a sus pacientes, y mostrar una actitud de acompañamiento ante lo difícil, evitando presionar o insistir en el cambio, de modo de no sumar más presión.

### **Resistencia al cambio.**

Los terapeutas igualmente dieron cuenta de momentos de resistencia en sus pacientes que solían tensionar en mayor o menor medida la relación terapéutica y dificultar los avances; aunque teniendo sentido dentro del funcionamiento de éstos, desde sus experiencias y noción de mundo. Es así como, por ejemplo, algunos muestran resistencias iniciales a cambiar la forma de posicionarse en sus relaciones de pareja (por la dificultad de afrontar un eventual quiebre) o a la atención con psiquiatra. Incluso algunos terapeutas señalan lo complejo del trabajo sobre la culpa en torno al ASI, ya que puede haber una comprensión cognitiva de que los niños/as no son responsables de los abusos; pero experimentan resistencia a nivel más afectivo, por el costo que

trae el asimilar el estado de indefensión en el que se encontraron. Sobre este punto, resalta el relato de una terapeuta sobre una paciente que mostró este conflicto:

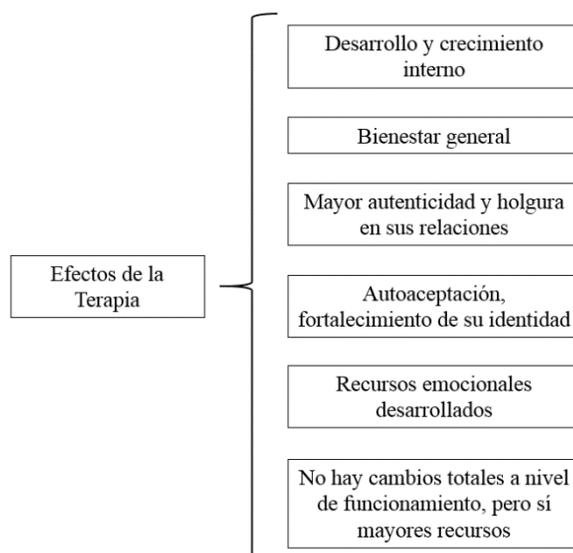
*“Me acuerdo que ella (paciente) que me decía en una sesión ‘mientras yo tenga esta culpa significa que yo pude haber hecho algo. Entonces si tú me quitas la culpa, esto me puede volver a pasar, y a mí nunca más, nadie va a abusar de mí’. Entonces para ella la rabia y la culpa eran formas de sostener su identidad. Ella prefirió y fue una decisión no avanzar en ese punto, porque se venía abajo” (Terapeuta 12)*

En los grupos de conversación, fue posible obtener referencias de los terapeutas sobre pacientes que desertaron tras períodos de estancamiento, desacuerdos o desestabilización. En la reflexión grupal, destacaron experiencias en donde los pacientes desertaban tras acercarse a la temática del abuso o haberlo develado, teniendo la impresión de que les significaba movilidad emocional difícil de sostener, por lo que la deserción permitía la evitación de lo doloroso. Una de las pacientes entrevistadas dio cuenta de este punto, quien transitó por tres procesos de psicoterapia previos, evidenciando la fricción que vivió con su penúltima terapeuta, enmarcado en el trabajo en sesión de sus experiencias de ASI:

*“La cantidad de personas que abortan estos procesos, cuando uno va llegando al tema del abuso hay un retroceso. Yo también lo hice, por eso tuve cuatro terapeutas. Aborté procesos, pero siempre supe que tenía algo pendiente de cerrar. Porque con esa terapeuta (anterior) yo termine mal. La tipa quería que yo fuera dos veces a la semana, me exigía y yo le decía ‘no puedo, no me puedo bancar el proceso, no soy capaz emocionalmente de sostenerlo’” (Paciente*

3)

## Efectos.



Para los terapeutas entrevistados, los efectos de la psicoterapia no implicaban un cambio total en el funcionamiento de sus pacientes, impresionando la tendencia a ciertas formas de sintomatología u afectación por estresores externos; sobre todo en casos que definieron en que los abusos vividos presentaban mayor nivel de gravedad y cronicidad.

No obstante, los profesionales destacaron que sus pacientes desarrollaron mayores recursos para afrontar situaciones adversas o ante el mismo recuerdo del ASI; sintiéndose con la posibilidad de construir un camino personal desmarcado de sus experiencias traumáticas.

*“Yo creo que terminó con más conciencia de sus recursos y de sus áreas más frágiles (...) Tenía una visión mucho más realista, igual en momentos difíciles con una tendencia más negativa, eso está ahí. Pero con más posibilidades de ver sus recursos y de recurrir a ellos también.”*

*(Terapeuta 5)*

Pese a lo anterior, tanto terapeutas como pacientes entrevistados dan cuenta de un conjunto de cambios en varias esferas vitales, que al finalizar la terapia se conformaron como efectos significativos. Los profesionales destacan la impresión de desarrollo y crecimiento personal al momento del cierre con sus pacientes, mostrando mejor desenvolvimiento en la vida adulta y recursos para enfrentar situaciones adversas.

*“Mi sensación es que entró a terapia como niño y salió como hombre. Un hombre de 20 años, fuerte, siendo capaz de decirle al mundo esto soy, esto pienso” (Terapeuta 1)*

*“Tiene que ver con auto responsabilizarse y con crecer de alguna manera. Como que se hizo más adulta en distintas esferas. En sus relaciones de pareja, con ella misma, en su maternidad.”*  
*(Terapeuta 4)*

Destacan también la autoaceptación y el fortalecimiento de su identidad, que en algunos pacientes incluso se podía evidenciar en un discurso de amor propio y una actitud más compasiva hacia sí mismos.

A nivel emocional, los entrevistados señalan como efecto de la psicoterapia mayores recursos emocionales, como reconocimiento de sus procesos afectivos, capacidad de auto regulación y gestión de sus emociones. Esto también fue relacionado con una impresión de bienestar general, con posibilidad de disfrute de distintas esferas de sus vidas, vitalidad e incluso esperanza sobre el futuro.

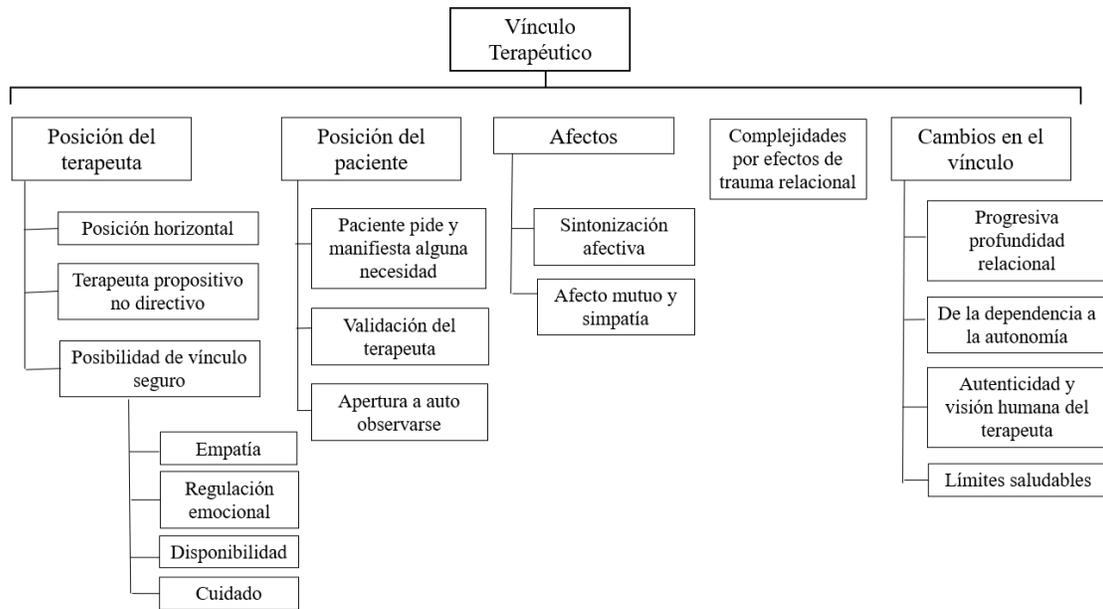
*“Después de la terapia me sentía con más fuerza, más empoderado, sentía que había más caminos (...) como con más ganas y más vitalidad para resolver mis temas, para avanzar y enfrentar las cosas que me quedaban, para seguir viviendo de hecho” (Paciente 1)*

Los pacientes entrevistados, también destacaron percibirse con mayor autenticidad y holgura en sus relaciones con sus cercanos, pudiendo, por ejemplo, comunicar sus incomodidades, pedir límites y experimentar agrado en ambientes sociales.

*“Gente que me conoció de antes, me veía y me decía "estás muy cambiada". Como que me humanicé, ya no era una máquina (...) ahora me encuentran simpática (se ríe). Jamás hubieran dicho eso de mí. Soy capaz de ser el alma de la fiesta. Ando más relajada por la vida.” (Paciente*

*3)*

## Vínculo Terapéutico.



En esta dimensión, pudo apreciarse los elementos que componen el vínculo terapéutico desde los casos referidos por los entrevistados; los cuales se agrupan en aspectos que describen la posición de terapeuta y paciente, los afectos que emergen en la diada y los cambios que va presentando el vínculo a lo largo del proceso. Se incorporó además la categoría complejidades por efectos del trauma relacional, que apunta a reflexiones que los profesionales hicieron sobre desafíos en casos de ASI, en el área del vínculo terapéutico.

### **Posición del terapeuta.**

Los profesionales muestran en sus relatos una actitud propositiva hacia sus pacientes, promoviendo que ellos sean protagonistas, buscando desarrollar una relación horizontal. Esto se traduce, por ejemplo, en que los invitan a poner límites y expresar su opinión, revisando en conjunto decisiones importantes sobre el curso terapéutico, mostrando opciones y respetando la elección o necesidad que manifiestan. Algunos terapeutas reflexionan que esto lo intencionan desde la idea de revertir la posición asimétrica a la que los pacientes se vieron sometidos en sus experiencias abusivas.

También destacan elementos relevantes, que en su conjunto dan cuenta de la posibilidad de conformar un vínculo seguro en el espacio terapéutico. La disponibilidad implica que los terapeutas explicitan apertura a trabajar temáticas que les incomoden en la actualidad, en otro

momento futuro, o también brindan cierta flexibilidad al encuadre pactado, como adelantar sesiones o contar con un contacto extra terapéutico en caso de crisis.

La empatía se relaciona principalmente con la disposición del profesional a sentir aquello que experimenta su paciente, sirviendo como insumo para reflejarlos, para dimensionar el nivel de lo traumático y brindar un espacio para que eso se exprese. La describen como una actitud en donde ponen atención tanto a la vivencia emocional de sus pacientes como a la resonancia de ellos mismos. En este sentido, los entrevistados la refieren como condición básica, aunque desafiante, ya que en la temática del ASI implica confrontarse a sentimientos dolorosos y a una realidad inquietante que incluso les lleva a replantear conceptos personales.

Por otro lado, la actitud de cuidado se traduce en buscar un trato cálido y sensible al hacer reflejos, establecerles límites o presentar otras perspectivas, además del monitoreo constante de los estados emocionales de sus pacientes. Esto incluso implica que algunos expliciten el cuidado del ritmo terapéutico y el no forzar la narración de los hechos abusivos como forma de evitar la victimización.

Además de lo anterior, los terapeutas se posicionan desde un rol contenedor, brindando sostén emocional a sus pacientes, lo que en casos de mayor tendencia a invadirse por sus afectos o desregulación, conlleva a que los profesionales funcionen como yo auxiliar.

*“Para hablar de los temas dolorosos yo creo que fue súper importante el vínculo. En esos momentos necesitó un vínculo de cariño, de aceptación, de ‘ya, te guardo la hora igual, te acompaño’... Era como acompañarla, que se sintiera aceptada en esa fragilidad, que se sintiera apoyada, como un abrazo que se da más con los ojos, se daba esa conexión” (Terapeuta 2)*

### **Posición del paciente.**

La validación del terapeuta opera como un proceso variable para los pacientes, pudiendo surgir desde el inicio del proceso, o irse afianzando con el transcurso de las sesiones. Emerge desde la impresión que su terapeuta manifiesta una comprensión acabada de su problemática y que su trabajo genera un impacto positivo en ellos. En algunos casos, esto implica una idealización en donde proyectan en sus terapeutas la imagen de una figura salvadora, lo que se apreció mayormente en pacientes con rasgos dependientes.

Por otro lado, para los profesionales el vínculo terapéutico puede reflejarse y afianzarse en la medida que los pacientes manifiestan activamente sus problemáticas explicitando las áreas en donde necesitan mayor ayuda. Los terapeutas dieron cuenta de una vinculación más favorable en la medida en que sus pacientes se relacionaban desde la honestidad y menor deseabilidad social, ya que esto les permitía visualizar sus necesidades y establecer un trato más horizontal:

*“La sentí muy honesta en terapia. Era una paciente que no intentaba censurarse, no intentaba complacer, no intentaba quedar como la súper paciente. Cuando estaba angustiada, estaba angustiada y cuando no quería hacer algo lo decía también. Llegaba poco defendida en el discurso. Era muy receptiva a todo lo que se pudiera sugerir o conversar.” (Terapeuta 4)*

Este punto se relaciona además con la confianza que van construyendo entre terapeuta y paciente, y desde la apertura que éstos muestran a auto observarse en el espacio de terapia; lo que, por ejemplo, puede verse reflejado en que los pacientes expresan experiencias difíciles y se disponen a visualizar sus vivencias desde otras perspectivas. Algunos incluso llegan a connotar su psicoterapia como un espacio de introspección y depósito de sentimientos dolorosos.

### **Afectos.**

En la diada terapeuta-paciente, se aprecian elementos distintivos en la línea de lo afectivo, que fueron transversales en los entrevistados, tanto en terapeutas como en pacientes. Cuando refieren sobre la forma de relacionarse en el espacio terapéutico, dieron cuenta de sensación de agrado y simpatía que facilitaba el desarrollo de la confianza. Los pacientes entrevistados mencionaron sentimientos de cariño y agradecimiento hacia sus terapeutas, por la impresión de haber sido acompañados y comprendidos por ellos:

*“Yo le agradezco mucho a la (terapeuta 1) la paciencia que me tuvo... Siempre agradecido de la terapia, es una de las mejores cosas que he hecho en mi vida, yo creo que la buscaría en un par de años para conversar, no sé. Me encantaría verla de nuevo.” (Paciente 1)*

Así mismo, algunos terapeutas señalaron explícitamente el cariño que sentían hacia sus pacientes, o lo significativos que les fue trabajar con ellos. Otros mencionaron el involucramiento afectivo

que implicó llegar a contentarse por sus logros o noticias favorables. Estos afectos emergentes pueden condensarse o hacerse más evidentes en ciertos momentos, brindando un espacio de confianza para profundizar algunos temas; funcionando así el vínculo terapéutico como un soporte contextual de calidez para las intervenciones, como lo describe la siguiente terapeuta:

*“En ese momento tiene que ser, porque justo se da un diálogo, una emocionalidad y hay una confianza que hay que aprovechar en el rato, para decirle y mostrarle al paciente. Tiene que ser en un estilo, no mamá, pero bien amorosa. (...) hay imágenes fuertes que una muestra, pero que una lo hace con hartito cariño.” (Terapeuta 6)*

Por otro lado, la sintonización afectiva implica que en la actitud a empatizar con los pacientes, los terapeutas vivencian el deambular del proceso terapéutico; por ejemplo, pudiendo experimentar igualmente frustración por momentos de estancamiento, animándose con los cambios experimentados, preocupándose y estableciendo un abordaje cuidadoso ante períodos de desestabilización, o admirándose por el desarrollo y resiliencia que van mostrando.

### **Complejidades en el vínculo terapéutico.**

Pese a lo anterior, los profesionales entrevistados señalan el desafío del vínculo con pacientes que han vivido traumas relacionales como el ASI, por los efectos que esto trae en su funcionamiento relacional. Algunos perciben que esta población presenta tendencia a desconfiar, que traspasan a ellos como profesionales, debiendo establecer un ritmo de trabajo paulatino acorde a la confianza que se va construyendo.

Así mismo, todos los entrevistados coinciden que estas complejidades vinculares se tornan más problemáticas con pacientes que presentan un funcionamiento en la línea de lo limítrofe; en donde la polarización de la visión de los otros implica que el terapeuta en momentos les significa una figura salvadora, mientras que en otros, los perciben como personas que los dañan, los abandonan o los transgreden.

### **Cambios en el vínculo.**

En este ítem, destaca el carácter dinámico del vínculo terapéutico, cuyas transformaciones van de la mano con los cambios que propiamente van experimentando los pacientes. De esta forma, el

vínculo no solo opera como un elemento contextual que facilita el proceso terapéutico, sino que en sí mismo, se transforma en un indicador de cambio desde el cual éstos se gestan.

La profundidad relacional implica la conformación paulatina de un espacio de confianza, en donde los pacientes comparten temas más personales y los terapeutas los van conociendo desde ámbitos más amplios de su vida; lo que permite la profundidad del trabajo en lo traumático y que ambos puedan mostrar mayor autenticidad en el relacionamiento. Esto último, puede apreciarse en que los pacientes transitan a una actitud más espontánea con sus terapeutas, comentando experiencias cotidianas, opiniones divergentes y mostrando mayor holgura al desenvolverse en el setting terapéutico.

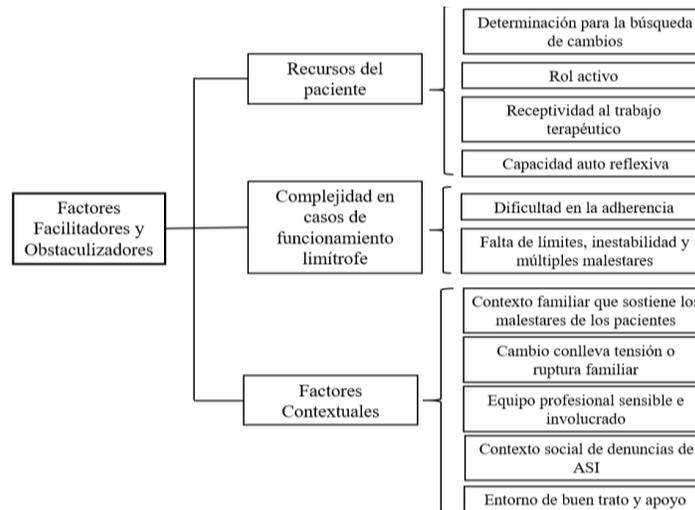
*“Al principio, como nunca había tenido una experiencia terapéutica, fue como a una entrevista, súper nerviosa. Después llegaba mucho más suelta, se desparramaba en el sillón, era otro lenguaje corporal. A veces tiraba la talla. Yo le recomendé un par de libros para leer y luego me decía "oye me quedé pensando en el libro".” (Terapeuta 4)*

Algunos terapeutas reflexionan sobre este cambio como un proceso de humanización que implica visualizar la humanidad del mismo profesional; traducándose en que en ocasiones sus pacientes comenzaron a preguntarles como están, si han tenido problemas de salud o les consultan aspectos personales a modo de preocupación.

Igualmente los profesionales muestran que esta relación más auténtica se enmarca en ciertos límites que operan de forma bidireccional, ya que como forma de intervención deben establecerles límites a sus pacientes (en el tiempo de sesión, en la adherencia, por ejemplo) y viceversa: los pacientes declaran no querer profundizar ciertos temas o mantener determinada distancia. Algunos terapeutas enfatizan el carácter saludable de esto al transformarse en una experiencia correctiva del ASI, en la medida que permite experimentar que un otro respete sus límites.

De forma transversal, se observó que en el avance de la psicoterapia los pacientes van desarrollando recursos propios para lidiar con sus problemas, generándose así una transformación en el vínculo terapéutico de la dependencia al terapeuta a una relación más horizontal, de acompañamiento y no así de “sostén”.

## Factores Facilitadores y Obstaculizadores



Esta dimensión condensa factores que los entrevistados mencionaron como relevantes en el proceso de cambio y que obedecen a aspectos más globales que suelen estar presentes a lo largo de la psicoterapia. Algunos emergieron principalmente en la reflexión grupal (como la categoría alusiva a funcionamiento limítrofe) y otros tanto en la particularidad de los casos indagados, como en las reflexiones generales de los terapeutas.

### **Recursos del paciente.**

Los terapeutas mencionan ciertas características y actitudes de sus pacientes como elementos facilitadores del cambio. La capacidad auto reflexiva la describen como la habilidad para pensar sobre sí mismos, tanto en sus procesos emocionales como relacionales. Algunos señalan que esta se evidencia desde el inicio de la terapia o se va potenciando y haciendo más evidente con el pasar de las sesiones; llevando a que incluso los pacientes reflexionen sobre el trabajo terapéutico en sus actividades cotidianas. Este recurso hacía percibir a los terapeutas que en aquellos que presentaban esta capacidad de base, el ritmo de la terapia era más rápido, aunque no exento de períodos difíciles.

Las otras tres categorías se relacionan con la motivación de los pacientes sobre el proceso de terapia. Los profesionales aprecian la determinación en la búsqueda de cambios desde la voluntad y persistencia con el proceso terapéutico, pese a la incomodidad de los temas trabajados.

*“Yo creo que, aunque ella tuviera dificultad para la determinación en su vida, para ella era una determinación estar mejor. No tenía ambivalencia con eso. Nunca faltó a terapia. Era súper*

*puntual. Y aunque hubo momentos como de estancamiento emocional, qué sé yo, era muy comprometida. Entonces yo la sentí como una paciente súper activa y creo que eso es clave.”*

*(Terapeuta 4)*

Por otro lado, la receptividad implica que los pacientes muestren apertura a lo propuesto por sus terapeutas, a lo que en conjunto van definiendo como focos de trabajo o los sentimientos y necesidades que van descubriendo. Esto igualmente se aprecia en compatibilidad con un rol activo, que se refleja en la iniciativa de los pacientes para compartir material personal, sueños, reflexiones, etc, o en la búsqueda de información y otras instancias de desarrollo personal que impliquen insumo a la psicoterapia.

### **Complejidad en casos de funcionamiento limítrofe.**

Esta categoría emergió en los grupos de conversación, en donde los terapeutas refirieron el desafío de atender pacientes con rasgos o diagnóstico de personalidad limítrofe, puntualizando la dificultad principalmente en dos áreas.

En primer lugar, señalan la irregularidad en la asistencia a sesiones como obstaculizador para el cambio con estos pacientes, siendo una expresión más de la inestabilidad emocional que presentan. Los profesionales refieren que esto se traducía en que la terapia se transformaba en un espacio para buscar calma inmediata o solución parcial a problemas contingentes. Esto implicaba la dificultad de construir un hilo conductor y un proceso de cambio, viéndose en la posición de trabajar básicamente desde la intervención en crisis.

*“...Hay pacientes limítrofes que son complicados de trabajar, porque en un momento eres quien le muestra la luz y después desertan por un rato, son bastante inestables. Eso hace difícil la terapia, dependiendo de si es limítrofe alto, bajo, es súper complicado...” (Terapeuta 7)*

Así mismo, los profesionales reflexionan que esta inestabilidad también se evidencia en el vínculo terapéutico, transitando de la idealización o cercanía con su terapeuta, hasta el rechazo, la impresión de abandono o no comprensión. Además, los terapeutas se señalan desafiados en los múltiples malestares y demandas que suelen presentar, lo que implica dificultad para establecer un foco de trabajo.

*“... (paciente) era súper compleja de abordar, porque sufrió como 4 abusos, de cuatro agresores distintos, y estaba diagnosticada con trastorno limítrofe. Entonces será súper complicado saber qué era lo prioritario, lo que no, cómo abordar, porque se mezclaban cosas, la interacción con ella también era súper compleja...” (Terapeuta 6)*

### **Factores contextuales.**

De manera transversal los terapeutas fueron señalando el rol del contexto social y familiar de los pacientes en el proceso de cambio, pudiendo operar como un facilitador u obstaculizador.

El contexto familiar puede operar como mantenedor de los malestares de los pacientes, desde dinámicas relacionales conflictivas, maltratantes, o vínculos nocivos (dependencia, asimetría, falta de empatía, etc); los que precisamente se relacionan con el origen de la sintomatología. En algunos casos, los profesionales intervienen sobre esta área, incorporando a personas clave del entorno a sesiones, promoviendo conductas en pos del bienestar de los pacientes.

Esto implica que terapeuta-paciente apuntan el cambio en vías de promover nuevas formas de relacionamiento, lo que implica tensionar las dinámicas contextuales o resistir a éstas. Es así como los terapeutas plantean casos en donde emerge resistencia familiar al cambio de los pacientes, o éstos mismos se ven conflictuados en las temáticas tratantes con el ASI, ya que conlleva la posibilidad de cuestionarse toda su realidad contextual y eventualmente generar rupturas.

*“...Creo que hay una limitación cuando la persona que abusó es un familiar cercano y muy cotidiano (...) Es algo que no me ha permitido avanzar con algunos pacientes porque aparece la necesidad de hablarlo, pero está el miedo de romper con la familia completa, que algunos que te van a creer, otros no...” (Terapeuta 6)*

En contraposición, un entorno de buen trato y apoyo fue referido por los profesionales como facilitador de los cambios de los pacientes, lo que incluso puede aportar amortiguando otras relaciones circundantes más nocivas. Por ejemplo, algunos terapeutas puntualizan como una relación de pareja profunda y cálida sirve de apoyo ante un clima familiar nocivo, o como integrantes específicos de la familia que brindan protección y aceptación, compensan la presencia de otras figuras más hostiles. Las figuras de apoyo también operan como testigos y refuerzo de los

cambios de los pacientes, aportando en la visión externa de su bienestar, como se observa en el siguiente relato:

*“... (Mi pareja) me dijo una vez que vio grandes cambios, sobre todo en la comunicación, fue bacán que me dijera eso. Mi mamá también me lo comentó, porque después ya nos pusimos más comunicativos. Me saqué una mochila de encima contándole las cosas que sentía con ella y me dijo que bueno que ahora estuviera como abierto a comunicarme...” (Paciente 1)*

Siguiendo la línea del buen trato y apoyo contextual, destaca el rol del equipo profesional que acompaña al paciente. Si bien esto pudo desprenderse desde un caso en específico, permite apreciar la relevancia que puede adoptar el trato sensible y coordinado de los profesionales involucrados fuera de la psicoterapia, brindando la sensación de sostén contextual y cuidado.

*“... Inclusive el abogado sabe que la denuncia para mí fue reparatorio. Entonces la (Terapeuta 3) tiene las redes para a uno ir la guiando. Y el abogado en el mismo estilo de ella. Tuve que relatarle, pero nada, ya estaba súper acompañada y blindada porque había conversado con la (Terapeuta 3). Entonces sí fue traumático cuando fui a la PDI, cuando fui al tribunal, pero hubo gente que me cuidó. La psiquiatra también estaba presente...” (Paciente 3)*

Finalmente, en el contexto social macro de los pacientes, destaca la incidencia de la mayor visibilización del ASI como problemática y movimientos colectivos que propician la credibilidad a las víctimas. Esta categoría fue fundamentada únicamente por una terapeuta, sin embargo, fue destacada debido a su larga trayectoria profesional, desde la cual plantea como la temática del ASI ha ido emergiendo en los espacios terapéuticos en sintonía con los cambios sociales al respecto. Esto da cuenta de cómo la psicoterapia se inscribe en un contexto social, y como las intervenciones colectivas pueden favorecer que las víctimas lo sitúen como tema terapéutico.

*“...las personas que reportaban abuso sexual, era después de procesos largos de psicoterapia (...) hablo de la década de finales del 80', 90', el abuso sexual no era un tema, ni siquiera lo pasábamos en la universidad (...) Cuando empezaron recién a aparecer en la prensa, año 2010, que hubo una apertura importante, una paciente con una alteración grave, ve en el diario un*

*titular grande de alguno de los primeros casos mediáticos. Y eso provoca la apertura de la temática y de las imágenes. (...) En los últimos diez años, he recibido más gente que viene con la noción de que fueron abusados...” (Terapeuta 12)*

## DISCUSIONES

Desde los resultados emergidos, es posible concluir que los cambios terapéuticos con adultos que van vivido ASI se van construyendo desde los efectos de las experiencias traumáticas y particularidades de cada paciente, desarrollándose de manera dinámica, en donde a partir de cambios específicos, emergen nuevas temáticas o áreas que explorar, cuyo flujo permite mayor profundización de la herida traumática. Estos cambios pueden estar sucedidos por períodos o episodios de estancamiento, momentos en que se re editan patrones de relación de origen traumático, afectos asociados o mecanismos defensivos desadaptativos. Estos momentos difíciles pueden ser comprendidos desde la realidad psíquica del paciente, expresando la dimensión de lo estancado y lo traumático, constituyéndose en oportunidades para la integración de las experiencias abusivas.

Sobre estos procesos dinámicos, y de forma paralela, el vínculo terapéutico constituye el marco de un espacio contenedor, de aceptación, que permite la regulación emocional del paciente de modo de poder expresar sus necesidades y afectos de forma segura. Esto a su vez va permitiendo que los pacientes internalicen progresivamente la función contenedora del terapeuta, por lo que el vínculo va transitando hacia la diferenciación, autonomía y autenticidad.

En cuanto a los contenidos del cambio terapéutico, éstos pueden manifestarse en la construcción de una nueva perspectiva sobre lo vivido, de las figuras vulneradoras, de sí mismos como sobrevivientes y por ende, una nueva forma de relacionarse con sus experiencias abusivas. También se extrapolan a las vivencias emocionales, la mayor capacidad de regulación emocional, posibilidad de construir vínculos saludables, autenticidad, y reactivación del potencial de crecimiento. De esta forma, los cambios terapéuticos conllevan la posibilidad de desarrollarse sin que los efectos del ASI intervengan de sobremanera en sus vidas, siendo un proceso que se mantiene en curso a posterior del cierre de la psicoterapia.

A continuación, se discutirán los resultados de la presente investigación desde áreas relevantes en las cuales es posible agruparlos, de modo de hacer una lectura teórica y reflexiva, tanto en términos investigativos, conceptuales como en la aplicación a la práctica clínica.

### **“Cambios terapéuticos”: dinamismos, complejidades y particularidades.**

A partir de los resultados, es posible desprender que algunas características del cambio terapéutico con adultos que han vivido ASI, se asemejan al planteamiento de otros investigadores, en torno a su dinamismo, la gradualidad de las transformaciones y la particularidad de los cambios acorde a la realidad de cada paciente (Águila et al, 2016; Álvarez, Socorro y Capella, 2012). El dinamismo apreciado en los resultados, más que mostrar un proceso acumulativo y lineal, puede observarse como una suerte de circularidad ascendente, en donde tras un cambio significativo en un área específica, tiempo después terapeuta y paciente vuelven a retornar a dicha temática para la profundización. Además, el hecho de que algo cambie en un área y esto incida en otra, hace sentido con lo planteado por Krause (2005) respecto de que los cambios se construyen unos sobre otros, aumentando el nivel de complejidad.

También fue posible apreciar, la noción de que cada paciente presenta un ritmo particular de avance acorde a sus características y necesidades (Águila et al, 2016). Desde lo recopilado, esto podría deberse, además, a que con los adultos los efectos del ASI forman un entramado complejo por la interacción con otras experiencias vitales, funcionamiento psicológico y mecanismos de sobrevivencia ya instalados por largos períodos de tiempo; de modo que existirían ciertas áreas críticas en torno a la herida traumática que pueden requerir de tiempo de profundización terapéutica.

Destaca que los episodios de cambio referidos por los terapeutas son más bien acotados en relación a la gran cantidad de procesos que van mencionando y que no necesariamente se circunscriben a momentos definidos en el espacio de una sesión (como las categorías “hitos” o “cambios graduales”). Por un lado, sería posible que los profesionales no los recuerden como episodios específicos, pero que igualmente hayan ocurrido, o que el proceso de transformación de los pacientes opere también en niveles internos, no observables directamente; de modo que los cambios graduales serían aquellos que se van gestando y los episodios son el “peak” o punto más evidente del cambio.

Además, lo referido en los resultados como “hitos de cambio”, que son acciones que emprenden los pacientes fuera del espacio terapéutico, resultan tremendamente significativos; ya que van mostrando como lo trabajado intra sesión se expresa en su vida diaria y a la vez, va definiendo necesidades y temáticas para desarrollar con sus terapeutas. De esta forma, se observa que el

proceso de cambio no solamente puede evidenciarse en el setting terapéutico, sino que se encuentra en interacción directa con el entorno.

Para este tipo de metodología en donde se pide narrar el proceso terapéutico de forma retrospectiva, sería más atinente la exploración del cambio desde el concepto de “eventos significativos” (Elliot, 1983), el cual es más amplio y permite conjugar todo lo mencionado anteriormente.

Con todo lo anterior, surge como atinente lo planteado por Krause (2005) en torno a la posibilidad de que el cambio terapéutico no se encuentre directamente relacionado a episodios puntuales, sino a la conexión entre varios. Es así como cobra sentido su sugerencia de observar los episodios o eventos como enmarcados en un proceso terapéutico completo, junto con el contexto vital de/la paciente.

De hecho, en varias psicoterapias revisadas para el trabajo en ASI o trauma, se habla de fases con orientaciones para los terapeutas y posibles objetivos que buscar (Dearly, 2019; Herman, 1997; Mlotek y Paivio, 2017; Scharwächter, 2005). Sin embargo, en los resultados, el transcurso del proceso de cambio fue más complejo y dinámico. Todo esto acorde a las necesidades de los pacientes, su situación de vida, motivo de consulta y forma en que el ASI emergía como temática terapéutica.

### **Estancamiento: lo congelado, lo no vivido y los mecanismos protectores.**

Desde la visualización de los episodios de estancamiento enmarcados en el proceso terapéutico global, es posible concluir que cambio y estancamiento se presentan bajo un continuo dinamismo. Si bien la definición de Herrera et al (2009) permite diferenciarlos para fines conceptuales e investigativos, fue posible apreciar como algunos cambios conllevaban movimientos en los pacientes que los confrontaban con problemáticas nucleares complejas, que significaban transitar a episodios o incluso períodos de estancamiento. Por ejemplo, el cambio por reconocer la afectación por una relación de pareja abusiva, conllevaba visualizar la necesidad de distancia de esta pareja, y por ende, confrontarse con la dependencia emocional y el temor a la soledad (referido por Terapeuta 1). De esta forma, los episodios de estancamiento pueden comprenderse como oportunidades para la emergencia de un cambio significativo.

Resalta como llamativo, que algunos terapeutas hayan mostrado cierta incomodidad con el concepto “estancamiento”, redefiniéndolo en los casos de sus pacientes, como un “contenido estancado en la psique” que evidencia la dimensión del daño traumático (Terapeuta 12), o como

la vivencia del duelo no elaborado, por la herida familiar profunda (Terapeuta 3). Esto último, dice relación con lo planteado por Herman (1997) sobre la necesidad de transitar por el dolor de lo traumático y de la niñez herida, “siendo la causa más común de estancamiento en la segunda fase de recuperación” (p. 290). Es así como pueden emerger variados mecanismos compensatorios que requieren la conformación de nuevas formas de relacionarse con lo doloroso y el tiempo necesario para dar espacio al luto.

De esta forma, el estancamiento en los casos de ASI podría entenderse como expresiones del mismo trauma, como señala Dearly (2019) como aspectos fragmentados del yo que impiden el crecimiento y desarrollo del paciente (“aspectos congelados del experiencing”), o como respuestas del sistema de autocuidado del self, que menciona Kalsched (2010), en donde lo que impera es la necesidad de proteger a la psique de la desintegración.

De esta forma, se hace necesario que, en la emergencia de estas dificultades, los terapeutas podamos apreciar en profundidad qué aspecto de la herida traumática se está evidenciando, bajo una mirada comprensiva de la realidad psíquica del paciente. De hecho, en los relatos de los terapeutas, estos episodios pueden generar frustración y angustia en los pacientes, lo que implica hacer énfasis en el rol de contención, acompañamiento y acercamiento desde la aceptación. Como menciona Fischer (2005), solo en la medida en que la alianza terapéutica se fortalece, es posible escoltar al paciente hacia contenidos abrumadores y transformar sus resistencias.

Así y todo, desde los resultados se desprende que habría consecuencias traumáticas que no siempre serían posibles de movilizar, pudiendo existir síntomas que, de alguna forma, tienen un sentido estructurante en sus vidas, o que los pacientes no se encuentran en posición de transformar acorde a su situación contingente. Esto aplica, por ejemplo, en casos donde la culpa puede conferir sensación de control sobre el ASI (mencionado en relato de Terapeuta 12).

De esta forma, basados en el principio del respeto por las necesidades y proceso particular de los pacientes, se hace necesario que los profesionales nos mantengamos en una constante reflexión de hacia dónde dirigir los cambios y si nuestras intervenciones están en sintonía con estos principios.

### **ASI y cambios: develación, afrontamiento, integración.**

Los resultados de los cambios específicos en torno al ASI, presentan similitudes en relación aquellos que debieran promoverse según Van der Kolk (2017) en términos de la integración del trauma: en la nueva forma de recordar, de sentir el recuerdo y el nuevo lugar que se le asigna al

ASI en su vida. También impresiona como las categorías de cambio devienen de la transformación de las consecuencias traumáticas del ASI, señaladas por Pereda (2010) y Finkelhor y Browne (1985), de modo que la psicoterapia va generando efectos en las áreas señaladas por los autores. También destacan movimientos de cambio más específicos en estos casos, ligados a una nueva visión de sí mismos a raíz de la desculpabilización, de sus figuras vulneradoras y la comprensión de patrones relacionales asociados al ASI. Esto podría vincularse con la transformación de la perspectiva subjetiva del paciente (Krause, 2005), pero aplicado específicamente a la representación interna en torno a las experiencias abusivas vividas.

Por otro lado, en los resultados emerge la develación de la experiencia de abuso como uno de los puntos clave del cambio terapéutico en torno al ASI, sobre todo en aquellos casos en que la psicoterapia surgió desde otro motivo de consulta o en que la persona nunca lo ha develado a nadie. Este hito se encontraría enmarcado en otros movimientos de cambio, en donde, por ejemplo, puede emerger tras logros del paciente en torno a la autoobservación y el auto contacto, en la profundización de sus síntomas en relación a experiencias vitales relevantes y de contenidos simbólicos.

Los resultados muestran que los terapeutas perciben que la develación se ve favorecida por la calidad del vínculo construido, situándolo un hito que incluso les remueve personalmente. En la revisión realizada por Parry y Simpson (2016) también dan cuenta de lo significativo que es este evento para los pacientes, pudiendo resultarles sanador y clave para fortalecer la relación terapéutica. Esto es posible de relacionar con lo planteado por Alaggia (2005) y Barudy (1998) sobre la importancia del contexto al recibir la develación, pudiendo facilitar la elaboración del daño, o agravarlo y re traumatizar. De esta forma, es posible reflexionar sobre la centralidad de la figura del terapeuta y su respuesta frente a este movimiento de cambio, ya que, en el momento de la narración, opera como figura significativa para el paciente, requiriendo de una actitud receptiva, de no juicio y de contención en torno a la activación de correlato emocional.

Dependiendo del nivel y conciencia de afectación, la develación puede resultar compleja para el paciente, o incluso abrirse a un nivel parcial por la dificultad de acceder a más detalles de lo vivido (propio de la memoria traumática). En estos casos, el proceso cuidadoso de acceder a la experiencia y construir una narrativa, favorece la integración de la experiencia en la medida que permite “darle realidad” y poner palabras a aquello que resulta “innombrable”. En este punto, y como destaca Herman (1997), el rol del terapeuta es operar como testigo de la experiencia.

En los movimientos terapéuticos posteriores, los resultados arrojan que el curso a seguir desde la develación, muestran variabilidad acorde a las necesidades que van mostrando los pacientes, sus motivos de consulta y los criterios de los terapeutas. En este punto, tanto terapeutas como una paciente entrevistada detallan lo complejo de afrontar el trabajo terapéutico directo sobre el ASI, corriendo riesgo de desestabilización por la abreacción de los contenidos traumáticos.

Varios terapeutas señalan haber atendido pacientes que tras develar el ASI o confrontarse a aspectos dolorosos de éste, desertaron de los procesos terapéuticos, lo que hace sentido en términos de la “evitación” como síntoma característico de lo traumático. Es así como se reafirma la importancia de abordar esta experiencia bajo el principio de mantener el equilibrio entre la evitación del trauma y su confrontación cautelosa, como señala Scharwächter (2005).

Finalmente, al considerar que esta investigación se enfoca en población adulta, caben diferencias en torno a la definición de cambio terapéutico con niños/niñas y adolescentes propuestos por Álvarez, Socorro y Capella (2012). Si bien se comparte la transformación en la visión de sí mismos y de los otros, en los resultados obtenidos los terapeutas resaltan cambios en la auto regulación y transformación de sentimientos. Esto podría deberse a la etapa evolutiva, en donde dicha capacidad se suele trabajar con los niños/as más en sintonía con los cuidadores a cargo. Puede ser que estos elementos también hayan surgido por el enfoque humanista desde donde se sitúa la investigación y que también se visibiliza en la teoría del cambio de los terapeutas. De esta forma, los participantes dieron relevancia, por ejemplo, al área emocional, relacional y experiencial en la referencia de cambios de sus pacientes, ya que los visualizan desde este marco teórico.

### **La construcción de un vínculo seguro como vehículo de cambios.**

A lo largo de las entrevistas, impresiona que, al consultar por la relación terapéutica, los profesionales centraron sus discursos en los afectos y la sintonía emocional con sus pacientes, siendo un elemento clave en como conciben el vínculo con ellos. De esta forma, se apreciaron escasas referencias directas a las dimensiones de acuerdos sobre objetivos y metas, señaladas por Bordin (1979) como características de la alianza terapéutica. No obstante, el principio de los terapeutas, de constantemente poner atención a las necesidades y tópicos que los pacientes van mostrando, sumado a la actitud propositiva frente a las temáticas a trabajar, podría incidir en una suerte de sintonización fluida entre ambos en torno a estas dimensiones mencionadas por el autor.

Por otro lado, desde los resultados, se desprende que la teoría del cambio y la concepción de los terapeutas sobre su rol, generan un marco desde donde se relacionan con sus pacientes y buscan construir el vínculo. En ambas categorías, se destacan el rol de la empatía y la posición horizontal, que dicen relación con principios de la psicología humanista- existencial. También destacan como relevante, la búsqueda de un estilo de interacción seguro y simbólicamente reparador en relación a las experiencias vinculares traumáticas; encontrándose elementos como la sensibilidad a los estados emocionales de los pacientes, la disponibilidad, actitud de cuidado y búsqueda de la regulación afectiva.

Sin embargo, la intención del profesional no implica que este proceso se geste fácilmente, teniendo presente que los pacientes inician procesos terapéuticos con una historia de interacciones vinculares específicas, reproduciendo este funcionamiento. Es así como en el proceso de ir creando interacciones sensibles con los terapeutas, siendo afirmados en su malestar, reflejados y sostenidos; los pacientes pueden progresivamente reorganizar sus estrategias regulatorias defensivas y sus patrones patógenos de regulación (Sassenfeld, 2018), pudiendo incidir además en la forma de vincularse con otros.

Lo anterior, permite reafirmar el carácter relacional y dinámico de la alianza terapéutica, descrito por Corbella y Botella (2003). También los autores mencionan que esto implica una construcción conjunta entre terapeuta y paciente, lo que se ve reflejado en los resultados, ya que los pacientes también van tomando posición en el espacio terapéutico desde la manifestación activa o no explícita de necesidades, en la apertura a auto observarse y en la validación del profesional como figura de apoyo. Estos ingredientes aportados por ambas partes de la díada, son las que precisamente abren el espacio para las interacciones repetidas que conllevan al ajuste mutuo y a la construcción de un vínculo.

De esta forma, el proceso de cambio a nivel de vínculo terapéutico permite ir creando la base para que los sobrevivientes puedan desarrollar capacidad de acercarse, regular y sostener el dolor traumático, pudiendo así explicar el planteamiento de los terapeutas sobre que el vínculo es el principal facilitador de la develación y abordaje del ASI. Es así como, es posible plantear que esta dimensión no solo es un factor para el cambio, sino que es un elemento terapéutico en sí mismo. Cabe destacar, que además de la construcción progresiva de un vínculo seguro; se aprecian otros movimientos vinculares en estos procesos. Los pacientes, al ir incorporando capacidad de auto regulación y un funcionamiento más adaptativo, van desarrollando un sentido de autonomía que

les permite irse diferenciando de sus terapeutas y finalmente los lleva a la posibilidad de concluir la terapia. Este cambio se relaciona con lo planteado por Krause y Dagnino (2006), quienes refieren como cambio significativo, la disminución en la asimetría entre terapeuta-paciente, por el sentido de competencia que éste último va desarrollando. No obstante, en los resultados de esta investigación, también los terapeutas dan cuenta de una disminución asimétrica por la progresiva autenticidad en la forma en que ambos van interactuando, y en que sus pacientes comienzan a visualizarlos más allá de su rol profesional (ejemplo: como una persona que puede enfermarse, mostrar cansancio o tener intereses más allá del trabajo que realizan). De esta forma, se podría plantear que la disminución asimétrica también se extrapola a una progresiva “humanización del vínculo”.

Finalmente, cabe destacar, como los terapeutas recalcan lo desafiante que resulta ayudar a pacientes que han vivido ASI y re organizar patrones afectivo relacionales, precisamente por la dimensión del daño en esta esfera. A esto hay que sumar, el rol de acompañamiento y regulación diádica de los profesionales, viéndose desafiados en la emergencia de contenidos en extremo dolorosos, ya que por la sensibilidad que requiere su intervención, los moviliza en términos personales confrontándolos con la posibilidad de la traumatización vicaria. Esto lleva a reflexionar sobre el nivel de compromiso afectivo que implica hacer terapia con pacientes traumatizados relacionalmente.

### **Reactivando el proceso de crecimiento.**

Los efectos de la terapia pueden servir para visualizar aquello en lo que incide la intervención en los pacientes, emergiendo desde los resultados como una suerte de síntesis de las áreas que en que los cambios se fueron manifestando, enlazándose además con los contenidos del cambio. Esta área fue posible de apreciar con mayor claridad en el relato de los pacientes entrevistados, mostrando que no necesariamente obedecía a un “antes y después” de la terapia, sino que, en experiencias personales posteriores al cierre, aún seguían presentando cambios y arraigándolos.

De esta forma, se apreció que posterior a la psicoterapia, los pacientes siguen en proceso de crecimiento y transformación, solo que en cierto punto el terapeuta no es el que acompaña ni facilita los cambios, sino es el paciente el que los autogestiona. Esto llevaría a pensar que precisamente la psicoterapia puede tener un efecto de reactivar el proceso de crecimiento y la tendencia a la actualización referida por Rogers (1961).

En este punto, cabe destacar las reflexiones de los terapeutas sobre el alcance de la psicoterapia con pacientes que han vivido ASI y traumas tempranos, en donde emerge la duda y reflexión crítica sobre la posibilidad de “superar” estas experiencias en un sentido amplio. Muchos plantean que, al concluir favorablemente los procesos con sus pacientes, pueden aún apreciarse aspectos de su funcionamiento incididos por el trauma o determinadas vulnerabilidades. No obstante, para terapeuta y paciente, igualmente se llega un punto en que sienten que la psicoterapia aportó lo suficiente para sentirse más plenos y con más herramientas, por lo que el cierre no necesariamente queda situado desde la noción de “lo superado”, sino más bien de “lo transformado”.

Esto podría vincularse con lo emergido en estudios con niños/as y adolescentes (Águila, 2015; Capella, y Gutiérrez, 2014; Lama, 2014), donde las investigadoras sitúan la recuperación como un proceso que se mantiene en curso a lo largo de la vida. De esta forma, cabe plantear el concepto de superación como un proceso dinámico, continuo a lo largo del ciclo vital acorde a las circunstancias emergentes y a las necesidades de crecimiento y actualización del sobreviviente.

### **La psicoterapia contextualizada.**

El contexto de los pacientes emergió a lo largo de los relatos como factor clave en el proceso terapéutico. En primera instancia, al pensar en la mayoría de los casos de ASI ocurridos a nivel intrafamiliar, es posible que algunos pacientes cuenten con contextos problemáticos, conflictivos, dañados por la violencia o con secretos y silencios en torno a los abusos. Ambientes de esta índole, pueden operar como sostenedores de los malestares de los pacientes, o que también los cambios de éstos, generen resonancias familiares que impliquen ser abordadas a nivel terapéutico. Además, cabe destacar, que la herida del ASI no solo puede estar relacionada con el daño infringido por el abusador, sino también vinculado a la sensación de desprotección de figuras primarias de cuidado. Esto hace pensar que la psicoterapia se inserta en un escenario familiar particular, por más que la modalidad de trabajo sea individual. Esto desafía a los terapeutas a detectar a eventuales figuras de apoyo y comprender el malestar del paciente en su interacción con el entorno; y a considerar la posibilidad de intervenciones con personas relevantes para los pacientes.

En la otra vereda, también en los resultados se aprecia como un contexto de buen trato, de apoyo, validación o promotor de bienestar, puede resultar un insumo crucial para el desarrollo de la psicoterapia. Es así como la referencia de autores en que lo herido relacionamente, también debe sanarse en relación con otros (Herman, 1997; Stupiggia, 2010; Van der Kolk, 2017), permite

plantear la relevancia de promover con los pacientes la conformación de vínculos saludables y potenciarlos a favor del proceso de cambio.

En este punto también destaca la experiencia referida por la Paciente 3, en torno a lo sanador que le resultó verse ayudada por un equipo profesional multidisciplinario coordinado desde el buen trato e instruido por su problemática. Esto resulta relevante para el diseño e implementación de programas de atención a sobrevivientes de ASI, en donde cada profesional involucrado forma parte de la alianza terapéutica y se transforma en pieza clave, tal y como menciona Bordin (1979): “una alianza de trabajo entre una persona que busca el cambio y un agente de cambio puede ocurrir en muchos lugares además del lugar de la psicoterapia” (p. 252).

Al revisar la incidencia de estos factores contextuales como facilitadores u obstaculizadores del cambio; cabe pensar en la dialéctica que se genera entre lo ocurrido en el setting terapéutico y lo externo, y cómo la psicoterapia se inserta en un contexto político, social y familiar.

### **Aportes, limitaciones y proyecciones de la presente investigación.**

En el marco de la investigación en psicoterapia humanista, se considera que la presente investigación constituye un aporte en cuanto a la comprensión de la aplicación del enfoque a casos de trauma relacional y sexual; considerando que la literatura en la temática estaba más acotada a reflexiones clínicas, brindando además un acercamiento directo y profundo a la psicoterapia con adultos.

Los resultados emergidos, permiten extraer nociones importantes sobre el transcurso de estos procesos de cambio, para tener presente al momento de abordar intervenciones con esta población y un marco de referencia para comprender las dificultades que puedan emerger en sus procesos. Y si bien la investigación está enmarcada en una línea teórica definida, puede servir de referencia para otros profesionales relacionados con la temática.

En cuanto a la metodología cualitativa, resalta como permite extraer una comprensión dinámica de un fenómeno complejo como la psicoterapia con sobrevivientes de ASI, al poder relacionar datos entre sí y apreciar los procesos terapéuticos en forma amplia. Si bien en un inicio existieron obstáculos en acceder a entrevistas de casos con terapeutas, finalmente la flexibilidad metodológica permitió complementar los datos, saturarlos y rescatar las experiencias clínicas de variados profesionales.

La entrevista retrospectiva de la psicoterapia dio ventaja al acceder a procesos terapéuticos concluidos, sin tener que limitarse a un seguimiento extensivo a largo plazo para esperar resultados. Sin embargo, pese a aportar con datos valiosos, existe la posibilidad de que los terapeutas pasaran por alto información detallada, lo que lleva a considerar que lo recopilado es solo una muestra de todos los procesos y eventos emergidos, que además está supeditado a la mirada del profesional.

También se considera como limitación, la participación acotada en los grupos de conversación, en donde pese a la cita y compromiso de varios profesionales, finalmente pocos se presentaron, lo que llevó a generar un debate más deducido, debiendo complementarse con entrevistas individuales a terapeutas expertos promoviendo reflexión desde las temáticas emergidas en las instancias anteriores.

También se desprenden elementos que, desde los resultados, no pudieron ser comprendidos ni abordados en profundidad en la presente investigación; quedando como temáticas que podrían ser interesantes de investigar a futuro.

Por ejemplo, los terapeutas señalaron marcadas complejidades en la psicoterapia con pacientes que presentan funcionamiento limítrofe o diagnóstico de trastornos severos de la personalidad. Precisamente, los problemas más referidos estuvieron en torno a la vinculación terapéutica, lo que se condice con lo señalado por Herman (1997) sobre pacientes con desordenes de personalidad, quienes representan un extremo de las complicaciones de la transferencia traumática. Solo se pudo constatar que en estos casos los cambios se hacen muy complejos y que los profesionales percibían la imposibilidad de abordar más en concreto la experiencia de ASI, por la desregulación constante de los pacientes. Muchos de estos casos, concluían con procesos desertados, por lo que no fue posible ahondar en mayor profundidad la posibilidad de cambio o si requieren intervenciones diferenciadas.

En lo recopilado, los profesionales dieron cuenta principalmente de etapas de resistencia al cambio y estancamiento, sin obtenerse referencias que permitieran profundizar en eventuales eventos de impasse terapéutico o rupturas en la alianza. Estos conceptos no estaban considerados explícitamente en los objetivos terapéuticos, lo que pudiera explicar que los entrevistados no los refirieran con tanto detalle. Sin embargo, se estima relevante en futuras investigaciones tener presente el elemento general de “dificultades en psicoterapia” (Herrera et al, 2009), de modo de profundizar en cómo suelen emerger con esos pacientes y los profesionales los abordan.

Como proyecciones de esta investigación, sería interesante extender la metodología aplicada a experiencias terapéuticas enmarcadas en otras líneas teóricas, de modo de visualizar si es que existe convergencia en el proceso de cambio y también rescatar otras miradas del abordaje del ASI. Lo mismo con lograr la participación de instituciones especializadas en materia de violencia sexual, ya que en dichos casos suele intervenir de forma multidisciplinaria; siendo interesante apreciar como el cambio se inscribe en un contexto de intervención de esa naturaleza, teniendo presente que, además, en dichas instancias, el ASI suele emerger como motivo de consulta.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Águila, D. (2015). Cambio terapéutico en niños y niñas que han sido víctimas de agresiones sexuales: Narrativas de sus psicoterapeutas [Tesis para optar al grado de magister, Universidad de Chile]. Biblioteca Universidad de Chile.
2. Águila, D., Lama, X., Capella, C., Rodríguez, L., Dussert, D., Gutiérrez, C. y Beiza, G. (2016). Narratives from therapists regarding the process of psychotherapeutic change in children and adolescents who have been victims of sexual abuse. *Studies in Psychology*, 37 (2-3), 344-364. <https://doi.org/10.1080/02109395.2016.1204780>
3. Alaggia, R. (2005). Disclosing the trauma of child sexual abuse: a gender analysis. *Journal of Loss and Trauma*, 10 (5), 453–470. doi: 10.1080/15325020500193895
4. Álvarez, A., Socorro, A. y 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. doi: 10.5354/0719-0581.2012.25836
5. Amado, B., Arce, R. y Herraiz, A. (2015). Psychological injury in victims of child sexual abuse: A meta-analytic review. *Psychosocial Intervention*, 24, 49–62. doi: 10.1016/j.psi.2015.03.002
6. American Psychiatric Association [APA]. (2013) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. Autor.
7. Armenta, J. (2002). Dolor, caos y recuperación: un enfoque experiencial aplicado al abuso sexual. *Revista Mexicana de Psicología Humanista*, 31, 1-14. [http://bibliotecaparalapersona-epimeleia.com/greenstone/collect/ecritos2/import/DOLOR\\_Y\\_CAOS...\\_abuso\\_sexual.pdf](http://bibliotecaparalapersona-epimeleia.com/greenstone/collect/ecritos2/import/DOLOR_Y_CAOS..._abuso_sexual.pdf)
8. Banyard, V. y Williams, L. (2007). Women's voices on recovery: A multi-method study of the complexity of recovery from child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 31(3), 275-290. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.02.016>
9. Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia: una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Editorial Paidós.
10. Batres, G. (1997). *Del ultraje a la esperanza. Tratamiento de las secuelas del incesto*. ILANUD. Programa Regional de Capacitación contra la Violencia Doméstica.

11. Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16 (3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
12. Capella, C. (2010). Develación del abuso sexual en niños y adolescentes: un artículo de revisión. *Revista Chilena de psiquiatría y neurología de la infancia y adolescencia*, 21(1), 44-56. <http://www.sopnia.com/boletines/Revista%20SOPNIA%202010-1.pdf>
13. 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 grado doctoral, Universidad de Chile]. <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/112610/cs39ccs992.pdf>
14. Capella, C. y Gutiérrez, C. (2014). Psicoterapia con niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales: Sobre la reparación, la resignificación y la superación. *Psicoperspectivas: individuo y sociedad*, 13 (2), 93-105. doi: 10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue3-fulltext-348
15. Capella, C., Gutiérrez, C., Rodríguez, L. y Gómez, C. (2018). Change during psychotherapy: the perspective of children and adolescents who have been sexually abused. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 21, 24-39. doi: 10.4081/ripppo.2018.288
16. Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales [CAVAS]. (2004). *Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales CAVAS Metropolitano: 16 años de experiencia*. Policía de Investigaciones de Chile, Instituto de Criminología.
17. Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales [CAVAS]. (2011). *Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales: “Una revisión de la experiencia”*. Policía de Investigaciones de Chile, Instituto de Criminología.
18. Collin-Vézina, D., De La Sablonnière-Griffin, M., Palmer, A. y Milne, L. (2015). A preliminary mapping of individual, relational, and social factors that impede disclosure of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 43, 123–134. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.03.010>
19. Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-22.

- [https://www.researchgate.net/publication/40219901\\_La\\_Alianza\\_Terapeutica\\_Historia\\_investigacion\\_y\\_evaluacion](https://www.researchgate.net/publication/40219901_La_Alianza_Terapeutica_Historia_investigacion_y_evaluacion)
20. Cortés, R., Cantón, J. y Cantón-Cortés, D. (2011). Naturaleza de los abusos sexuales a menores y consecuencias en la salud mental de las víctimas. *Gaceta Sanitaria*, 25 (2), 157-165. doi:10.1016/j.gaceta.2010.10.009
  21. Dearly, B. (2019). Restoring the wholeness of being: Working with trauma from the focusing-oriented experiential therapy perspective. *Psychotherapy and Counselling Journal of Australia*, 7 (2). <https://pacja.org.au/2019/12/restoring-the-wholeness-of-being-working-with-trauma-from-the-focusing-oriented-experiential-therapy-perspective/>
  22. Draucker, C., Martsof, D., Ross, R., Cook, C., Stidham, A. y Mweemba, P. (2009). The essence of healing from sexual violence: a qualitative metasynthesis. *Research in Nursing and Mental Health*, 32, 366-378. doi: 10.1002/nur.20333.
  23. Duarte, J., Martínez, C. y Tomicic, A. (2019). Revisión teórica y metodológica de los eventos relevantes en psicoterapia para el estudio del cambio. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28 (3), 253–265. doi: 10.24205/03276716.2019.1141
  24. Ehring, T., Welboren, R., Morina, N., Wicherts, J., Freitag, J. y Emmelkamp, P. (2014). Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. *Clinical Psychology Review*, 34(8), 645-657. doi: 10.1016/j.cpr.2014.10.004
  25. Elliott, R. (1983). ‘That in your hands’: A comprehensive process analysis of a significant event in psychotherapy. *Psychiatry*, 46 (2), 113-29. PMID: 6856715.
  26. Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: realizing the promise. *Psychotherapy Research*, 20 (2), 123-135. <http://dx.doi.org/10.1080/10503300903470743>
  27. Elliott, R., James, E., Reimschuessel, C., Cislo, D., y Sack, N. (1985). Significant events and the analysis of immediate therapeutic impacts. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22(3), 620–630. <https://doi.org/10.1037/h0085548>
  28. Elliott, R., y Shapiro, D. A. (1988). Brief structured recall: A more efficient method for studying significant therapy events. *British Journal of Medical Psychology*, 61(2), 141–153. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1988.tb02773.x>
  29. Fernández, O., Herrera, P., Krause, M., Pérez, J., Valdés, N., Vilches, O., y Tomicic, A. (2012). Episodios de Cambio y Estancamiento en Psicoterapia: Características de la

- comunicación verbal entre pacientes y terapeutas. *Terapia Psicológica*, 30(2), 5-22. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000200001>
30. Finkelhor, D. (1987). The trauma of child sexual abuse: Two models. *Journal of Interpersonal Violence*, 2(4), 348–366. <https://doi.org/10.1177/088626058700200402>
  31. Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18(5), 409-417. doi: 10.1016/0145-2134(94)90026-4
  32. Finkelhor, D. y Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530-541. doi: 10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x
  33. Finkelhor, D. y Hotaling, G. (1984). Sexual abuse in the National Incidence Study of Child Abuse and Neglect: an appraisal. *Child Abuse & Neglect*, 8 (1), 23-33. doi: 10.1016/0145-2134(84)90046-2.
  34. Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I. y Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics and risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 14 (1), 19-28. doi:10.1016/0145-2134(90)90077-7
  35. Fischer, C. T. (2006). Humanistic Psychology and Qualitative Research: Affinity, Clarifications, and Invitations. *The Humanistic Psychologist*, 34(1), 3–11. [https://doi.org/10.1207/s15473333thp3401\\_2](https://doi.org/10.1207/s15473333thp3401_2)
  36. Fisher, G. (2005). Existential psychotherapy with adult survivors of sexual abuse. *Journal of Humanistic Psychology*, 45 (1), 10-40. doi: 10.1177/0022167804269042
  37. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] y Ministerio de Salud de Chile. (2011). *Guía Clínica: Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Menores de 15 años, Víctimas de Abuso Sexual* [Archivo PDF]. <http://unicef.cl/web/guia-clinica-atencion-de-ninos-ninas-y-adolescentes-menores-de-15-anos-victimas-de-abuso-sexual/>
  38. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2015). Cuarto estudio de maltrato infantil: análisis comparativo. [Archivo PDF]. [https://www.unicef.org/chile/media/1306/file/4to\\_estudio\\_de:maltrato\\_infantil\\_en\\_chile.pdf](https://www.unicef.org/chile/media/1306/file/4to_estudio_de:maltrato_infantil_en_chile.pdf)
  39. Fundación para la Confianza y Centro de Estudios de la Niñez, Corporación Opción. (2012). *Abuso: configuración y supervivencia. Representaciones sociales de niños y niñas y el relato de adultos sobrevivientes de abuso sexual en su niñez*. LOM Editores.

40. Fundación Para la Confianza. (2018). Prevalencia del abuso sexual en la Región Metropolitana [Archivo PDF]. <http://www.paralaconfianza.org/test/wp-content/uploads/2018/12/aqu%C3%AD.pdf>
41. Gendlin, E. (1961/2000). El experiencing: Una variable en proceso del cambio psicoterapéutico. En Riveros, E., *El nuevo paradigma del experiencing*. Ediciones LOM.
42. Gendlin, E. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy. A manual of the experiential method*. Guilford Press.
43. Gonçalves, M., Matos, M., y Santos, A. (2009). Narrative Therapy and the Nature Of “Innovative Moments” in the Construction of Change. *Journal of Constructivist Psychology*, 22 (1), 1–23. doi:10.1080/10720530802500748
44. Greenberg, L. S. (2007). A guide to conducting a task analysis of psychotherapeutic change. *Psychotherapy Research*, 17, 15–30. doi:10.1080/10503300600720390
45. Guerra, C. y Arredondo, V. (2017). Investigación sobre psicoterapia en abuso sexual infantil ¿Una tarea pendiente en Chile? *Summa Psicológica UST*, 14 (1), 1-11. <https://doi.org/10.18774/448x.2017.14.227>
46. Gutiérrez, C., Steinberg, M. y Capella, C. (2016). Develación de las Agresiones Sexuales: Estudio de Caracterización de Niños, Niñas y Adolescentes Chilenos. *Psykhé*, 25(2), 1-15. doi: <https://doi.org/10.7764/psykhe.25.2.852>
47. Herman, J. (1992). Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5 (3), 377-391. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>
48. Herman, J. (1997). *Trauma y recuperación: cómo superar las consecuencias de la violencia*. Editorial Espasa.
49. Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5a. ed.). McGraw-Hill.
50. Herrera, P., Fernández, O., Krause, M., Vilches, O., Valdés, N., y Dagnino, P. (2009). Revisión Teórica y Metodológica de las Dificultades en Psicoterapia: Propuesta de un Modelo Ordenador. *Terapia Psicológica*, 27(2), 169-179. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000200003>

51. Higgins, M. y Nelson, B. (2006). Initial Treatment Decisions with Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Trauma Practice*, 5 (3), 33-56. doi: 10.1300/J189v05n03\_03
52. Holmes, W. y Slap, G. (1998). Sexual abuse of boys: Definition, prevalence, correlates sequelae, and management. *Journal of the American Medical Association*, 280 (21), 1855-1862. doi: 10.1001/jama.280.21.1855.
53. Horvath, A. (2006). The alliance in context: Accomplishments, challenges, and future directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 258–263. doi:10.1037/0033-3204.43.3.258
54. Horvath, A., Del Re, A., Flückiger, C., y Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16. doi:10.1037/a0022186
55. Ibaceta, F. (2007). Agresión sexual en la infancia y viaje al futuro: clínica y psicoterapia en la edad adulta. *Terapia Psicológica*, 25 (2), 189-198. doi: 10.4067/S0718-8082007000200010.
56. Kalsched, D. (1996). *The inner world of trauma*. Routledge.
57. Kalsched, D. (2010). Working with Trauma in Analysis. En Stein, M. (Ed.), *Jungian Psychoanalysis* (pp. 281-295). Open Court.
58. Kalsched, D. (2013). *Trauma and the Soul: A Psycho-Spiritual Approach to Human Development and its Interruption*. Routledge.
59. Kendler K., Bulik C. y Silberg J. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders: an epidemiological and cotwin control analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 57(10), 953-959. doi: 10.1001/archpsyc.57.10.953
60. Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación*, 7, 19-39. [https://www.researchgate.net/publication/215561167\\_La\\_investigacion\\_cualitativa\\_Un\\_campo\\_de\\_posibilidades\\_y\\_desafios](https://www.researchgate.net/publication/215561167_La_investigacion_cualitativa_Un_campo_de_posibilidades_y_desafios)
61. Krause, M. (2005). *Psicoterapia y cambio: una mirada desde la subjetividad*. Ediciones Universidad Católica de Chile.
62. Krause, M. y Dagnino, P. (2006). Evolución del cambio en el proceso terapéutico. *Gaceta Universitaria*, 2(3), 287-298.

63. Krause, M., Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Vilches, O., Echávarri, O., Ben-dov, P., Reyes, L., Altimir, C. y Ramírez, I. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso terapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 299-325. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80538206>
64. 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 Clínica Infanto-Juvenil, Universidad de Chile]. Biblioteca Universidad de Chile.
65. Lampert, M. P. (2015). Caracterizando la violencia sexual contra la infancia. En Pérez, A. (Ed), *Violencia sexual contra la infancia: el avance legislativo y sus desafíos* (pp. 53-92). Ediciones Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. <https://www.bcn.cl/publicaciones/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/56664/3/255441.pdf>
66. Langle, A. (2009). Trauma y sentido: Contra la pérdida de la dignidad humana. *Castalia*, 1 (16). 13-25. <http://bibliotecadigital.academia.cl/handle/123456789/2878>
67. Llanos, M., y Sinclair, C. (2011). Terapia de reparación en víctimas de abuso sexual. Aspectos Fundamentales. *Psykhē*, 10 (2), 53-60. doi:10.7764/PSYKHE.10.2.373
68. Lorca, P. (2012). El abuso sexual en el adulto desde la perspectiva del análisis existencial: el impacto sobre las condiciones y motivaciones fundamentales de la existencia. [tesis de magíster]. [https://www.icae.cl/wp-content/uploads/2013/06/Tesis\\_magister.pdf](https://www.icae.cl/wp-content/uploads/2013/06/Tesis_magister.pdf)
69. McElvaney, R. (2016). *Helping children to tell about sexual abuse: Guidance for helpers*. Jessica Kingsley Publishers. <https://doi.org/10.1080/10538712.2019.1573391>
70. Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 647-657. doi: 10.1016/j.cpr.2009.08.003
71. Marmar, C. (1990). Psychotherapy process research: progress, dilemmas, and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 265-72. doi: 10.1037//0022-006x.58.3.265.
72. Martsof, D. y Draucker, C. (2005). Psychotherapy approaches for adult survivors of childhood sexual abuse: an integrative review of outcomes research. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(8), 801–825. doi:10.1080/01612840500184012

73. Maykut, P. y Morehouse, R. (1994). *Investigación cualitativa: una guía práctica y filosófica*. Hurtado Ediciones.
74. Mlotek, A. , y Paivio, S. (2017). Emotion-focused therapy for complex trauma. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 16 (3), 198–214. doi:10.1080/14779757.2017.1330704
75. Moncada, L. (2007). Teorías subjetivas del cambio terapéutico desde la perspectiva de los terapeutas [Tesis Doctoral, Universidad de Chile]. [http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/122060/Moncada\\_Laura\\_tesis\\_2007.pdf?sequence=1](http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/122060/Moncada_Laura_tesis_2007.pdf?sequence=1)
76. Murillo, J., Mendiburo-Seguel, A., Santelices, M., Araya, P., Narváez, S., Piraino, C., Martínez, J. y Hamilton, J. (2021). Abuso sexual temprano y su impacto en el bienestar actual del adulto. *Psicoperspectivas: Individuo y Sociedad*, 20 (1). doi: 10.5027/psicoperspectivas-Vol20-Issue1-fulltext-2043
77. Nieto, I. y López, M. (2016). Abordaje integral de la clínica del trauma complejo. *Clínica Contemporánea*, 7 (2), 87-104. <http://dx.doi.org/10.5093/cc2016a7>
78. Ogden, P., Minton, K. y Pain, C. (2009). *El trauma y el cuerpo: un modelo sensoriomotriz de psicoterapia*. Desclée de Brouwer.
79. Organización Mundial de la Salud [OMS] (8 de junio de 2020). Maltrato infantil. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
80. Parry, S. y Simpson, J. (2016). How Do Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse Experience Formally Delivered Talking Therapy? A Systematic Review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(7), 793-812. doi: 10.1080/10538712.2016.1208704
81. Pereda, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31 (2), 191-201. <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1846.pdf>
82. Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. y Gómez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse & Neglect*, 33(6), 331-342. doi: 10.1016/j.chiabu.2008.07.007
83. Perrone, R. y Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional*. Editorial Paidós.

84. Pereda, N., Gallardo-Pujol, D. y Jiménez, R. (2011). Trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(2), 131-9. <https://actaspsiquiatria.es/repositorio/13/70/ESP/13-70-ESP-131-139-359461.pdf>
85. Pinto-Cortez, C, Pereda, N. y Chacón, F. (2017). Prevalencia de abuso sexual infantil en hombres del norte de Chile y su salud psicológica y sexual. *Interciencia*, 42 (2), 94-100. [https://www.researchgate.net/publication/311327819\\_Prevalencia\\_del\\_Abuso\\_Sexual\\_Infantil\\_en\\_Hombres\\_Jovenes\\_del\\_Norte\\_de\\_Chile\\_y\\_su\\_Salud\\_Psicologica\\_y\\_Sexual](https://www.researchgate.net/publication/311327819_Prevalencia_del_Abuso_Sexual_Infantil_en_Hombres_Jovenes_del_Norte_de_Chile_y_su_Salud_Psicologica_y_Sexual)
86. Plaza, H, Beraud, C. y Valenzuela, C. (2014). Procesamiento traumatogénico del abuso sexual infantil en niñas y su relación con variables victimológicas. *Summa Psicológica UST*, 11 (2), 35-44. <https://doi.org/10.18774/448x.2014.11.184>
87. Putnam, F. (1998). Trauma Models of the Effects of Childhood Maltreatment. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 2 (1), 51-66. doi: 10.1300/J146v02n01\_04
88. Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
89. Rogers, C. (1961). *El proceso de convertirse en persona*. Paidós.
90. Ruiz, J. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. Publicaciones de la Universidad de Deusto.
91. Rull, J. y Pereda, N. (2011). Revisión sistemática de los programas de tratamiento psicológico aplicados a víctimas adultas de abuso sexual en la infancia. *Anuario de Psicología*, 41 (1-3), 81-105. <https://www.redalyc.org/pdf/970/97022648007.pdf>
92. Salinas, P. (2009a). Dimensión teórica epistemológica en la investigación cualitativa. En Cárdenas, M. y Salinas, P. (Ed.), *Métodos de Investigación Social* (pp. 313-366). Ediciones Universidad Católica del Norte.
93. Salinas, P. (2009b). Procedimientos de recolección y producción de información en la investigación social. En Cárdenas, M. y Salinas, P. (Ed.), *Métodos de Investigación Social* (pp. 365-446). Ediciones Universidad Católica del Norte.
94. Sánchez, F. (2013). Terapia sensoriomotriz del trauma. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 3 (2), 1-32. [https://www.psicociencias.org/pdf\\_noticias/Terapia\\_Sensoriomotriz\\_del\\_trauma.pdf](https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Terapia_Sensoriomotriz_del_trauma.pdf)

95. Sassenfeld, A. (2018). *Estar con otros: cuerpo, afectividad y vínculo en psicoterapia relacional*. Editorial Cuatro Vientos.
96. Scott, K. (1992). Childhood sexual abuse: impact on a community's mental health status. *Child Abuse & Neglect*, 16 (2), 285-295. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(92\)90035-P](https://doi.org/10.1016/0145-2134(92)90035-P)
97. Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Editorial Universidad de Antioquia. Disponible en <http://bibliografias.uchile.cl/2902>
98. Stupiggia, M. (2010). *El Cuerpo Violado: Aproximación Psicocorporal al Trauma del Abuso*. Editorial Cuatro Vientos.
99. Subsecretaría de Prevención del Delito. (2015). Víctimas Constatadas en los partes de Denuncias y Detenciones. <http://www.seguridadpublica.gov.cl/estadisticas/datos-por-sexo-y-edad>
100. Summit, R. (1983). The Child Sexual Abuse Accommodation Syndrome. *Child Abuse & Neglect*, 7, 177-193. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(83\)90070-4](https://doi.org/10.1016/0145-2134(83)90070-4)
101. Scharwächter, P. (2005). The Integration of Focusing-oriented Psychotherapy into the Three-phase Model for the Treatment of Post-traumatic Stress Disorder. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 4 (1), 4-19. doi: 10.1080/14779757.2005.9688364
102. Taylor, J. y Harvey, S. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with adults sexually abused in childhood. *Clinical Psychology Review*, 30, 749-767. doi:10.1016/j.cpr.2010.05.008
103. Timulak, L. (2010). Significant events in psychotherapy: An update of research findings. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83 (4), 421-447. doi: 10.1348/147608310X499404.
104. Van der Hart, O., Brown, P., y Van der Kolk, B. A. (1989). Pierre Janet's treatment of post-traumatic stress. *Journal of Traumatic Stress*, 2(4), 379-395. <https://doi.org/10.1002/jts.2490020404>
105. Van der Kolk, B. (2017). *El Cuerpo Lleva la Cuenta: Cerebro, Mente y Cuerpo en la Superación del Trauma*. Editorial Eleftheria.
106. Vitriol, V. (2005). Relación entre psicopatología adulta y antecedentes de trauma infantil. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 43 (2), 88 - 96. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272005000200002>

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

### **GUIÓN DE ENTREVISTA A TERAPEUTAS**

La presente investigación intenta recoger cómo se da el cambio terapéutico en la psicoterapia orientada a la superación de ASI en adultos con altas terapéuticas. Para esto, me gustaría que pudiésemos conversar sobre un caso particular que haya tenido estas características: que parte de los objetivos terapéuticos haya sido la superación de experiencias de abuso sexual y que haya concluido con alta terapéutica. La idea es contar con tu perspectiva sobre el proceso, factores facilitadores y momentos específicos de la terapia que llevaron al cambio en el/la paciente.

Cabe destacar, que en el análisis de las entrevistas aplicadas, el propósito no es hacer juicio crítico de tu quehacer como terapeuta ni de tus competencias profesionales. En todo momento, el análisis apunta a la comprensión del cambio terapéutico y sus diferentes dimensiones, entendiéndose de ante mano la complejidad del trabajo con estos casos que muchas veces puede desafiar a los profesionales.

Para empezar, me gustaría que puedas contar algunos antecedentes que llevaron a la terapia a la persona, modificando sus datos (como edad, nombre, ocupación y otros) para mantener su confidencialidad.

Inicio del proceso terapéutico:

- ¿Cómo se inició el proceso de psicoterapia?
- ¿Quién solicitó la ayuda terapéutica?
- ¿Cuál era la problemática o malestar que traía el/la paciente al inicio?
- ¿Qué objetivos/temáticas se abordaron en una primera etapa de la psicoterapia? ¿Cómo fue respondiendo el/la paciente a esto?

Experiencia de abuso sexual:

- ¿De qué forma el abuso sexual de infancia apareció como tema en la psicoterapia?

- Cuéntame algunos antecedentes de este abuso: ¿quién fue la persona ofensora?, ¿fue reiterado o no y por cuánto tiempo?, ¿fue develado a sus cercanos? ¿Cómo fue esa develación? ¿Le dieron credibilidad?
- ¿Cómo percibías tú el impacto de estas experiencias en tu paciente? ¿Qué percibía tu paciente sobre el impacto de estas experiencias en su vida?

Proceso terapéutico:

- Episodios Relevantes de Cambio Terapéutico:

- Cuéntame en términos generales cómo fue transcurriendo la psicoterapia con este paciente: qué temáticas se fueron abordando, qué cambios significativos fue presentando desde tu punto de vista y en qué momentos.
- Ahora que lo observas en retrospectiva, ¿cómo describirías esos momentos de cambio y como se manifestaban en el/la paciente?

\* Elegir dos episodios más significativos como terapeuta (profundizarlo)

Inmediato tomar: ¿Qué crees que facilitó el cambio? (con ejemplos, lo más descriptivo posible, puntualizado al caso)

- Episodios de Estancamiento:

- ¿Hubieron momentos en donde percibiste “estancamiento”, es decir re ediciones de problemas del paciente, donde persistía en emociones, perspectivas o ciertos comportamientos? Cuéntame en qué momentos de la terapia se presentaron, cómo era dicho estancamiento.
- ¿Cómo se abordaron estos momentos? (Par de ejemplos significativos).
  - Efectos de la psicoterapia:
- ¿Cómo describirías la etapa final de la psicoterapia? ¿Cómo se fue dando el momento del cierre y el alta terapéutica?
- Desde tu punto de vista, ¿qué efectos tuvo la psicoterapia en tu paciente?
- ¿Hubieron aspectos que no pudieron ser abordados en la psicoterapia? ¿Cuáles y por qué crees que no se pudieron abordar?

### Alianza Terapéutica:

Muchas veces en los procesos de terapia uno se siente alineado con los pacientes sobre los objetivos que se trabajarán, y en otras ocasiones esto no se da, pudiendo surgir desacuerdos con lo que busca cada uno, ¿Cómo sentiste esta alianza de trabajo con tu paciente? ¿Había acuerdo entre ambas/os sobre la forma de hacer terapia?

- ¿Cómo describirías el vínculo terapéutico con este/esta paciente? ¿En qué notaste que era favorable o desfavorable?
- ¿Cómo se fue dando este vínculo en diferentes momentos de la terapia?
- ¿Cómo se fue dando el vínculo al trabajar el ASI?
- ¿Sentiste dificultades en algún momento que haya afectado el vínculo entre ambos/as o la alianza de trabajo? ¿Cómo se abordaron estas dificultades?

### Factores Obstaculizadores/Facilitadores:

- ¿Qué aspectos crees que favorecieron los cambios en el/la paciente?
- ¿Hubieron aspectos contextuales que facilitaron estos cambios?
- ¿Qué aspectos crees que dificultaron el proceso psicoterapéutico?

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

### TERAPEUTAS

#### “CAMBIO TERAPÉUTICO EN PSICOTERAPIA DE ABUSO SEXUAL INFANTIL CON ADULTOS: EXPERIENCIAS CLÍNICAS DE ORIENTACIÓN HUMANISTA- EXISTENCIAL”

### I. INFORMACIÓN

Usted ha sido invitado(a) a participar en la investigación “**Cambio terapéutico en psicoterapia de abuso sexual infantil (ASI) con adultos: experiencias clínicas de orientación humanista-existencial**”. Su objetivo es comprender cómo se da el cambio en psicoterapia cuando se trabaja la superación de ASI en adultos, que han tenido altas terapéuticas. Usted ha sido invitado(a) por contar con más de 5 años de experiencia en la práctica clínica, tener formación de post grado o pos título en psicología clínica humanista-existencial; también por haber liderado psicoterapia con algún adulto que haya vivido ASI, cuyos objetivos terapéuticos hayan apuntado a la superación de dichas experiencias, en donde se haya llegado al alta terapéutica (por cumplimiento parcial o total del plan de psicoterapia).

Esta investigación es desarrollada por la Investigadora Responsable Ps. Karina Reyes Manríquez, y corresponde a su tesis para obtener el grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos de la Universidad de Chile. Este estudio cuenta con la supervisión del Doctor en Investigación en Psicoterapia, Pablo Herrera Salinas y es financiada mediante Beca de Magíster Nacional número 21180933, por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT).

Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

**Participación:** Su participación consistirá en responder una entrevista semiestructurada, en donde se le pedirá narrar de forma retrospectiva el proceso terapéutico que emprendió con su paciente, desde el inicio y pasando por las fases que condujeron al alta. En esta entrevista, se irá ahondando en las dificultades o facilitadores que promovieron cambios, qué cambios fue presentando, y las características de la relación que desarrollaron como terapeuta y paciente. Esta entrevista tiene una duración aproximada de una hora y media, siendo grabada mediante audio.

Se destaca que siendo los procesos de terapia confidenciales, es que se debe pedir previamente a su paciente autorización para que usted entregue los antecedentes del proceso. Esto implica como primer paso que usted lo/la contacte presentándole una carta de invitación, de modo que su paciente autorice ser contactado por la Investigadora Responsable para su eventual participación y/o aclarar dudas. En caso de que el/la paciente decida participar, se procederá a leerle el Consentimiento Informado, en donde se detallará todo el proceso de investigación, y en dónde él/ella señalarán específicamente que usted está autorizado/a para referirse al proceso terapéutico

**Riesgos:** Su participación en el presente estudio pudiese implicar incomodidad en recordar la experiencia del trabajo clínico con un/a paciente, por la resonancia emocional que pudo haber implicado. Para esta eventualidad, usted puede pedir que se detenga o pause la entrevista en el momento que requiera, en donde se respetará si hay algún suceso o tema que no desee profundizar.

Del mismo modo, su participación podría implicar incomodidad al exponer el detalle de su trabajo profesional. Ante esto se destaca que la finalidad de lo recopilado no es enjuiciar su desempeño, sino apreciar cómo se desarrollan estos casos en la práctica clínica real, reconociéndose de ante mano la complejidad que implican y que esto puede desafiar a cualquier profesional. Igualmente, usted puede revisar posteriormente la transcripción de la entrevista, teniendo la oportunidad de aclarar, enmendar o modificar ciertas expresiones que haya tenido, de modo de que se sienta cómodo/a con la información entregada.

Para el caso de su ex paciente, el riesgo de su participación podría implicar incomodidad en que un tercero hable en detalle de aspectos personales o sensación de re traumatización al ser invitado. Para amortiguar este riesgo, se pide que el/la paciente que usted estime no haya egresado en un período superior a los 18 meses, y que, bajo su criterio clínico, la invitación o participación implique un riesgo bajo para su estabilidad emocional, considerando su funcionamiento psicológico.

**Beneficios:** Usted no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna, por participar en este estudio. No obstante, su participación permitirá generar información para mejorar la ayuda terapéutica que se brinda a personas que han vivido abuso sexual infantil, permitiendo extraer lineamientos y recomendaciones para profesionales que trabajan en casos similares; información que puede ser de utilidad en su desempeño profesional.

**Voluntariedad:** Su participación es absolutamente voluntaria. Usted tendrá la libertad de efectuar las consultas que desee en el transcurso de la investigación, como también de detener su participación en cualquier momento. Esto no implicará ningún perjuicio para usted. También agregar que usted como terapeuta puede desistir de su participación en cualquier momento, independiente de si su paciente lo autorizó formalmente; para lo cual, la investigadora se compromete a eliminar el audio y transcripción de la entrevista (en caso de ya haber sido aplicada).

**Confidencialidad:** Toda la información proporcionada será confidencial, y mantenida en estricta reserva. La entrevista será grabada en audio, por lo que se le pedirá expresamente al inicio referirse a su paciente bajo un nombre ficticio. Igualmente, en la posterior transcripción, cualquier nombre mencionado (incluso el suyo) será registrado bajo una inicial, al igual que otros datos sensibles como datos geográficos. Esto con la finalidad de mantener la confidencialidad suya y del/a paciente involucrado/a. Las transcripciones contarán con un código de modo de salvaguardar sus datos.

En cuanto a la documentación, los consentimientos informados tanto suyo como de su paciente, serán guardados en distintas carpetas físicas, sin quedar asociados entre sí. Tanto las transcripciones como los audios de entrevista serán almacenados en medios digitales separados, a cargo de la Investigadora Responsable, a la cual solo tendrá acceso ella y el supervisor de tesis, siendo resguardadas con clave de acceso. Estos datos serán almacenados por un plazo de 5 años, que es el plazo máximo que estipula CONICYT para la conclusión de la tesis de investigación, siendo eliminados luego de la conclusión del estudio.

Del mismo modo, en la presentación de los resultados de esta investigación al comité académico evaluador, su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular. Posteriormente la tesis será publicada en el repositorio académico de la universidad, en donde no se adjuntarán las transcripciones de las entrevistas, ni se señalará ningún dato suyo o de su paciente.

**Conocimiento de los resultados:** Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Cuando se publiquen los resultados se te enviará una copia a su correo electrónico, en donde no se agregarán relatos de los participantes, sino una síntesis de los resultados obtenidos a nivel global.

**Datos de contacto:** Si requiere mayor información, o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar a la investigadora responsable de este estudio o al supervisor:

**Karina Reyes Manríquez**

Correo Electrónico: [k.reyes.manriquez@gmail.com](mailto:k.reyes.manriquez@gmail.com)

**Pablo Herrera Salinas**

Teléfono: +56229787819

Correo electrónico: [pabloherrerasalinas@gmail.com](mailto:pabloherrerasalinas@gmail.com)

Dirección: Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

También puede comunicarse con la Presidenta del Comité de Ética de la Investigación que aprobó este estudio:

**Prof. Dra. Marcela Ferrer-Lues**

Presidenta Comité de Ética de la Investigación

Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile

Teléfonos: (56-2) 2978 9726

Dirección: Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile

Correo Electrónico: [comité.etica@facso.cl](mailto:comité.etica@facso.cl)

## II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, ....., acepto participar en el estudio **“Cambio terapéutico en psicoterapia de abuso sexual infantil con adultos: experiencias clínicas de orientación humanista existencial”**, en los términos aquí señalados.

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido, las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

---

Firma Participante

---

Firma Investigadora Responsable

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Correo electrónico para la devolución de la información:

---

**Este documento consta de 4 páginas y se firma en dos ejemplares, quedando una copia en cada parte.**

## ANEXO 2

### **GUIÓN DE ENTREVISTA A PACIENTES**

La presente investigación intenta recoger cómo se da el cambio terapéutico en la psicoterapia orientada a la superación de ASI en adultos con altas terapéuticas. Para esto, me gustaría conocer su perspectiva sobre los efectos que tuvo en usted la psicoterapia cursada. Le haré preguntas generales, pudiendo eventualmente precisar en algunas.

Si hay alguna información que usted no desee profundizar o responder, siéntase en libertad de manifestarlo y se le respetará. También usted puede solicitar pausar o detener la entrevista en caso de requerirlo.

#### **Información general:**

- • ¿Cuándo tiempo duró el proceso de terapia? ¿Con qué regularidad asistía?

#### **Efectos:**

- • Desde su punto de vista, ¿qué cambios ha tenido en su vida el haber cursado este proceso de psicoterapia?
- • ¿Qué cambios percibe en sí mismo/a a nivel emocional?
- • ¿Percibe cambios en cómo se relaciona con sus cercanos a raíz de la terapia cursada?
- • ¿Sus cercanos han notado cambios en usted en comparación al inicio de la terapia?

#### **Finalización:**

- Para finalizar, ¿quisiera referirse a un tema que le parece importante y sobre el cual no hemos hablado?

Muchas gracias

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PACIENTES**  
**“CAMBIO TERAPÉUTICO EN PSICOTERAPIA DE ABUSO SEXUAL INFANTIL**  
**CON ADULTOS: EXPERIENCIAS CLÍNICAS DE ORIENTACIÓN HUMANISTA-**  
**EXISTENCIAL”**

**I I. INFORMACIÓN**

Usted ha sido invitado(a) a participar en la investigación **“Cambio terapéutico en psicoterapia de abuso sexual infantil (ASI) con adultos: experiencias clínicas de orientación humanista-existencial”**. Su objetivo es comprender cómo se da el cambio en psicoterapia cuando se trabaja la superación de ASI en adultos, que hayan tenido altas terapéuticas. Usted ha sido invitado(a) porque cursó un proceso de terapia que tuvo esta finalidad, con un terapeuta de formación humanista-existencial, que además concluyó con alta terapéutica.

Esta investigación es desarrollada por la Investigadora Responsable Ps. Karina Reyes Manríquez, y corresponde a su tesis para obtener el grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos de la Universidad de Chile. Este estudio cuenta con la supervisión del Doctor en Investigación en Psicoterapia, Pablo Herrera Salinas y es financiada mediante Beca de Magíster Nacional número 21180933, por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT).

Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

**Participación:** Su participación implica, en primer lugar, autorizar que su ex terapeuta colabore en una entrevista semiestructurada, a quien se le pedirá narrar el proceso terapéutico que emprendieron en conjunto, desde el inicio y pasando por las diferentes fases que los condujeron al alta. En esta entrevista, se irá ahondando en las dificultades o facilitadores que promovieron cambios, qué cambios fue presentando, y las características de la relación que desarrollaron como terapeuta y paciente.

Se destaca que su derecho fundamental como paciente, es que su proceso de terapia sea confidencial, por lo que esta autorización es netamente voluntaria. En caso de negarse, no implica ningún perjuicio para su terapeuta en su rol profesional. Usted puede desistir de su participación en cualquier momento, para lo cual la Investigadora se compromete en eliminar el audio y transcripción de la entrevista (en caso de ya haber sido aplicada), sin quedar ningún registro de sus datos.

En segundo lugar, su participación podría incluir una entrevista, en donde se le pedirá su perspectiva sobre los efectos de la psicoterapia cursada y beneficios percibidos, la cual se estima de 30 minutos aproximadamente. Esta entrevista es aplicada por la Investigadora Responsable, quien cuenta con experiencia en psicoterapia con personas que han vivido abuso sexual.

Usted puede escoger libremente entre limitarse a autorizar a su terapeuta a narrar en entrevista el proceso de terapia cursado, o además entregar su perspectiva mediante la entrevista mencionada.

**Riesgos:** Su participación en el presente estudio podría implicar incomodidad en el hecho de que su terapeuta esté hablando de su situación con un tercero. Si usted estima que alguna información no debe ser referida por su terapeuta en entrevista, puede advertírselo previamente con toda libertad; por lo que si el/la profesional no desea ahondarlo o lo omite, se le respetará.

Por otro lado, puede que le sea incómodo hablar de los efectos de su proceso terapéutico, para lo cual se sugiere considerar su participación dando entrevista o limitándose a autorizar a su terapeuta. En caso de que usted desee brindar esta entrevista y surge alguna descompensación emocional, las preguntas se detendrán y la Investigadora Responsable se enfocará en brindarle contención emocional para apoyarle en sentirse mejor.

**Beneficios:** Usted no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna, por participar en este estudio. No obstante, su participación permitirá generar información para mejorar la ayuda terapéutica que se brinda a personas que han vivido abuso sexual infantil, permitiendo contar con lineamientos y recomendaciones para terapeutas que trabajan en casos similares.

**Voluntariedad:** Su participación es absolutamente voluntaria. Usted tendrá la libertad de efectuar las consultas que desee en el transcurso de la investigación, como también de detener su participación en cualquier momento. Esto no implicará ningún perjuicio para usted y para su terapeuta.

**Confidencialidad:** Toda la información proporcionada será confidencial, y mantenida en estricta reserva. La entrevista aplicada a su terapeuta y/o usted serán grabadas en audio. A su terapeuta se le pedirá expresamente al inicio referirse a usted bajo un nombre ficticio. Igualmente, en la posterior transcripción de cualquier entrevista, cualquier nombre mencionado será registrado bajo una inicial, al igual que otros datos sensibles como datos geográficos. Esto con la finalidad de mantener la confidencialidad suya y del profesional entrevistado. Las transcripciones contarán con un código de modo de salvaguardar sus datos.

En cuanto a la documentación, los consentimientos informados tanto suyo como de su terapeuta, serán guardados en distintas carpetas físicas, sin quedar asociados entre sí. Tanto las transcripciones como los audios de entrevista serán almacenados en medios digitales separados, a cargo de la Investigadora Responsable, a la cual solo tendrá acceso ella y el supervisor de tesis, siendo resguardadas con clave de acceso. Estos datos serán almacenados por un plazo de 5 años, que es el plazo máximo que estipula CONICYT para la conclusión de la tesis de investigación, siendo eliminados luego de la conclusión del estudio.

Del mismo modo, en la presentación de los resultados de esta investigación al Comité evaluador, su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular. Posteriormente la tesis será publicada en el repositorio académico de la universidad, en donde no se adjuntarán las transcripciones de las entrevistas, ni se señalará ningún dato suyo o de su terapeuta.

**Conocimiento de los resultados:** Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Cuando se publiquen los resultados se te enviará una copia a su correo electrónico, en donde no se agregarán relatos de los participantes, sino una síntesis de los resultados obtenidos a nivel global.

**Datos de contacto:** Si requiere mayor información, o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar a la Investigadora Responsable de este estudio o al supervisor:

**Karina Reyes Manríquez**

Correo Electrónico: k.reyes.manriquez@gmail.com

**Pablo Herrera Salinas**

Teléfono: +56229787819

Correo electrónico: pabloherrerasalinas@gmail.com

Dirección: Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

También puede comunicarse con la Presidenta del Comité de Ética de la Investigación que aprobó este estudio:

**Prof. Dra. Marcela Ferrer-Lues**

Presidenta Comité de Ética de la Investigación

Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile

Teléfonos: (56-2) 2978 9726

Dirección: Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago. Facultad de Ciencias Sociales,  
Universidad de Chile.

Correo Electrónico: [comité.etica@facso.cl](mailto:comité.etica@facso.cl)

## II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, ....., acepto participar en el estudio **“Cambio terapéutico en psicoterapia de abuso sexual infantil con adultos: experiencias clínicas de orientación humanista existencial”** en los siguientes términos (marcar con una X).

\_\_\_ Autorizar a mi ex terapeuta a brindar una entrevista semiestructurada, en donde podrá narrar mi proceso terapéutico.

\_\_\_ Participar en una entrevista, dando mi punto de vista sobre los efectos de la psicoterapia cursada y los beneficios que percibo de ésta.

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido, las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

\_\_\_\_\_  
Firma Participante

\_\_\_\_\_  
Firma Investigadora Responsable

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Correo electrónico para la devolución de la información:

\_\_\_\_\_

**Este documento consta de 4 páginas y se firma en dos ejemplares, quedando una copia en cada parte.**

### ANEXO 3

#### **CARTA DE INVITACIÓN**

**Estimado/a:**

Mi nombre es Karina Reyes Manríquez. Soy psicóloga clínica y me encuentro cursando mi último semestre de Magíster en Psicología Clínica de Adultos en la Universidad de Chile; en el cual estoy realizando una investigación que busca comprender cómo se dan los cambios en adultos que asisten a psicoterapia, en donde buscan superar experiencias de abuso sexual infantil.

Esta carta ha llegado a usted porque he invitado a su terapeuta a participar de este estudio, sin que esto se haya concretado aún. Yo desconozco su identidad y el proceso de terapia que llevaron a cabo. En base a los objetivos de la investigación, su terapeuta ha pensado en la posibilidad de que usted participe con nosotros.

Este estudio implica pedirle a un terapeuta de formación humanista – existencial, una entrevista en donde se narre el proceso terapéutico que llevó con algún/a paciente que ya haya terminado su terapia, desde el inicio y pasando por las diferentes fases que los llevaron al cierre. Como anexo y solo si los pacientes quieren, también les estoy invitando a contar desde su punto de vista, qué efectos o beneficios les trajo la psicoterapia, mediante una entrevista individual más breve. Si bien estas entrevistas son grabadas, se toman una serie de medidas para mantener la confidencialidad de las personas involucradas.

Con esta investigación, se busca generar información para mejorar la ayuda terapéutica que se da a personas que han vivido abuso sexual infantil, permitiendo contar con recomendaciones para terapeutas que trabajan en casos similares.

Como a usted se le habrá explicado, los procesos de terapia son privados. Esto implica que solo bajo su permiso su terapeuta puede participar contando el proceso de terapia que llevaron. Por lo tanto, esta carta es para invitarle a ser parte de esta investigación mediante su autorización y, si usted lo desea, aportando con su perspectiva sobre los efectos de la terapia en usted. Le destaco, que esto es voluntario y en caso de negarse, es totalmente comprensible, y no perjudicará en ninguna medida a su terapeuta en su rol profesional.

Si usted está interesado/a en participar o desea conocer mayores detalles para tomar una decisión, le pido pueda enviarme sus datos de contacto (nombre y teléfono) a través de su terapeuta, o escribirme al mail [k.reyes.manriquez@gmail.com](mailto:k.reyes.manriquez@gmail.com), o a mi teléfono +56978882041. Así, podremos

hablar de manera más directa, aclararle las dudas que tenga y entregarle mayores detalles del estudio. Este contacto no implica compromiso alguno de su parte con la investigación, siendo también confidencial.

Muchas gracias por su tiempo, que tenga un buen día.

Saludos cordiales.

Atte

Karina Reyes Manríquez

Psicóloga

Candidata a Magíster en Psicología Clínica de Adultos

Universidad de Chile

## ANEXO 4

### **GUION GRUPO DE CONVERSACION**

Bienvenidos a este grupo de conversación sobre experiencias clínicas con adultos que han vivido abuso sexual en la infancia. Esta investigación busca comprender cómo se da el cambio terapéutico con adultos que han vivido este tipo de violencia, por lo que los invitaré a debatir y reflexionar sobre las dificultades, desafíos y facilitadores del cambio en estos casos, desde las experiencias clínicas generales que ustedes hayan tenido. La idea es contar con su perspectiva sobre estos procesos, pudiendo encontrar puntos en común entre ustedes y también divergencias acordes a la diversidad de los casos que han trabajado.

Así mismo, ustedes han sido invitados por estar formados dentro de diversas corrientes que se enmarcan en la psicología clínica humanista- existencial, pudiendo tener entre ustedes marcos teóricos diferentes, lo que también es válido. Durante el diálogo, los voy a invitar a relevar las experiencias clínicas que ustedes han tenido y reflexiones que extraen a partir de éstas. Es probable que sus perspectivas y teorías de formación se evidencien en el diálogo, pero lo ideal es aterrizarlas a como lo han observado en su práctica profesional.

Les destaco que cada experiencia de ustedes es única y valiosa. El propósito de esta instancia no es hacer juicio de su quehacer como terapeutas ni de sus competencias profesionales.

Les iré haciendo una serie de preguntas que aluden a su experiencia clínica. Si desean ejemplificar aludiendo a un momento de trabajo terapéutico, les pediré que lo refieran en términos generales, sin dar datos como nombre, residencia, ocupación u otros que pudieran identificar a sus pacientes.

Dentro del diálogo, es importante escucharnos con respeto y plantear sus puntos de vista de una manera constructiva. Esta reunión es grabada, de modo de yo poder transcribir sus relatos y luego analizarlos, siempre manteniendo las medidas de confidencialidad que están descritas en los consentimientos que firmaron. Les pediré que, durante la conversación, hablen de a uno de modo de facilitar la transcripción de sus relatos.

Para empezar, les pediré que cada uno señale tiempo de experiencia en psicoterapia y en qué contexto ejerce la práctica clínica actualmente. Si bien durante la conversación puede que los

mencione por su nombre para liderar el diálogo, una vez transcrito, los datos de cada uno se codificarán, de manera de mantener la confidencialidad.

Experiencias de abuso sexual infantil:

- Dentro de sus experiencias clínicas, ¿qué tipos de abusos sexuales han vivido sus pacientes? ¿Quiénes suelen ser las personas ofensoras? ¿Son experiencias que sus pacientes han develado a sus cercanos?

Inicio del proceso terapéutico:

- En su experiencia, ¿cómo suele iniciarse la psicoterapia con adultos que han vivido ASI? ¿Quién solicita la ayuda terapéutica?

- ¿Cuáles suelen ser las problemáticas o malestares que traen los pacientes al inicio?

- ¿Cómo suele instalarse la experiencia de ASI en el contexto terapéutico con estos pacientes?

Proceso terapéutico:

• Episodios Relevantes de Cambio Terapéutico:

- Les pediré a cada uno que mencione un momento en el que un paciente con quien estaban trabajando la superación de ASI, mostró un cambio significativo y notorio ¿Cómo notaron el cambio? ¿De qué manera se evidenciaba en el contexto de terapia?

- ¿Qué creen que puede facilitar estos cambios que han descrito? ¿A qué lo atribuyen?

• Episodios de Estancamiento:

- Les voy a pedir a cada uno que piense en algún momento en que un paciente pasó por momentos de estancamiento en la psicoterapia (donde se reeditaban sus problemas, persistiendo en emociones o ciertos comportamientos). ¿En qué momento de la terapia se presentó? ¿Cómo se abordó?

- ¿De qué manera creen que han abordado estos episodios para apoyar a estos pacientes?

Alianza Terapéutica:

- Desde su experiencia clínica, ¿Perciben diferencias en la forma de establecer la alianza en relación a pacientes que no han vivido estas experiencias? ¿Cómo lo describirían?

- ¿Qué desafíos ha implicado para ustedes como terapeutas la construcción de la alianza terapéutica con sus pacientes que han vivido ASI?

Efectos de la psicoterapia:

- ¿Cómo llegan habitualmente a definir el alta terapéutica con estos pacientes?
- En pacientes que cursaron alta terapéutica, ¿qué efectos percibieron en ellos tras cursar la psicoterapia?
- ¿Perciben limitaciones de la psicoterapia con estos pacientes? ¿Cuáles?

Factores Obstaculizadores/Facilitadores:

- ¿Qué factores relacionados con la terapia creen que favorecen los cambios con estos pacientes? ¿por qué?
- ¿Qué factores extra terapéuticos creen que favorecen los cambios con estos pacientes?
- ¿Qué factores creen que dificultan el proceso psicoterapéutico y de qué forma?

Finalmente, pensando en terapeutas que están en formación, ¿qué recomendaciones les harían sobre cómo trabajar con adultos que han vivido abuso sexual infantil, desde su experiencia clínica?

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

### “CAMBIO TERAPÉUTICO EN PSICOTERAPIA DE ABUSO SEXUAL INFANTIL CON ADULTOS: EXPERIENCIAS CLÍNICAS DE ORIENTACIÓN HUMANISTA-EXISTENCIAL”

#### I. INFORMACIÓN

Usted ha sido invitado(a) a participar en la investigación “Cambio terapéutico en psicoterapia de abuso sexual infantil (ASI) con adultos: experiencias clínicas de orientación humanista existencial”. Su objetivo es comprender cómo se da el cambio en psicoterapia cuando se trabaja la superación de ASI en adultos, que han tenido altas terapéuticas. Usted ha sido invitado(a) por contar con más de 5 años de experiencia en la práctica clínica, tener formación de post grado o pos título en psicología clínica humanista-existencial; también por haber liderado al menos 2 procesos de psicoterapia con adultos que haya vivido ASI, cuyos objetivos terapéuticos hayan apuntado a la superación de dichas experiencias.

La investigadora responsable de este estudio es la Psicóloga Karina Reyes Manríquez, estudiante del Magíster en Psicología Clínica de Adultos de la Universidad de Chile, contando con la supervisión del Doctor en Investigación en Psicoterapia, Pablo Herrera Salinas. La investigación es financiada mediante Beca de Magíster Nacional número 21180933, por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT).

Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

**Participación:** Implica participar de un Focus Group con otros terapeutas, donde se le invitará a debatir y consensuar sobre las particularidades del cambio terapéutico con adultos que han vivido ASI, generándose una reflexión grupal sobre las dificultades, desafíos y facilitadores, desde las experiencias clínicas generales que usted y otros profesionales hayan tenido. Este Focus Group tiene una duración aproximada de una hora y media, siendo grabada mediante audio. Dentro de la conversación, no se le pedirá hacer referencia a pacientes específicos y sus procesos de terapia, manteniéndose resguardo absoluto de detalles particulares de éstos. En este sentido, se le pedirá

plantear sus opiniones y reflexiones desde aspectos parciales y generales de sus casos atendidos, cuyo apego a la consigna será moderado por la investigadora responsable.

**Riesgos:** Su participación en el presente estudio pudiese implicar incomodidad en recordar experiencias de trabajo clínico (por la resonancia emocional que pueden generar). Para esta eventualidad, usted puede abstenerse de responder ciertas preguntas que se plantearán durante el Focus Group, en donde se le respetará si hay algún tema u opinión que no desee compartir.

Del mismo modo, su participación podría implicar incomodidad al exponer frente a otros colegas parte de su forma de trabajo y su perspectiva profesional. Ante esto se destaca que la finalidad de lo recopilado no es enjuiciar su desempeño, sino apreciar cómo se desarrollan estos casos en la práctica clínica real, reconociéndose de ante mano la complejidad que implican y que esto puede desafiar a cualquier profesional. Así mismo, como parte del encuadre del Focus Group, se planteará que frente al debate sobre diferentes perspectivas, se propiciará el respeto entre los participantes, en donde además la investigadora responsable moderará las interacciones de modo de garantizar este principio. En última instancia, usted es libre de abstenerse a participar en cualquier momento, pudiendo incluso retirarse del Focus Group anticipadamente si así lo requiere.

**Beneficios:** Usted no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna, por participar en este estudio. No obstante, su participación permitirá generar información para mejorar la ayuda terapéutica que se brinda a adultos que han vivido abuso sexual infantil, permitiendo extraer lineamientos y recomendaciones para profesionales que trabajan en casos similares; información que puede ser de utilidad en su desempeño profesional.

**Voluntariedad:** Su participación es absolutamente voluntaria. Usted tendrá la libertad de efectuar las consultas que desee en el transcurso de la investigación, como también de detener su participación en cualquier momento, sin quedar registro de su consentimiento previamente firmado. Esto no implicará ningún perjuicio para usted.

**Confidencialidad:** Toda la información proporcionada será confidencial, y mantenida en estricta reserva. El Focus Group será grabado en audio, en donde se le pedirá expresamente que si llega a hacer alusión a un momento de trabajo en psicoterapia con algún paciente, se refiera únicamente al momento sin alusión a nombre u otros datos de identificación. Igualmente, en la posterior transcripción, cualquier nombre mencionado (el suyo y el de otros terapeutas participantes) será registrado bajo una inicial, al igual que otros datos sensibles. Esto con la finalidad de mantener

su confidencialidad. Las transcripciones contarán con un código de modo de salvaguardar sus datos.

En cuanto a la documentación, su consentimiento informado, la transcripción del Focus Group y el audio serán almacenados en medios digitales separados, a cargo de la investigadora responsable, a la cual solo tendrá acceso ella y el supervisor de tesis, siendo resguardadas con clave de acceso. Estos datos serán almacenados por un plazo de 5 años, que es el plazo máximo que estipula CONICYT para la conclusión de la tesis de investigación, siendo eliminados luego de la conclusión del estudio.

Del mismo modo, en la presentación de los resultados de esta investigación ante el comité académico evaluador, su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular. Posteriormente la tesis será publicada en el repositorio académico de la universidad, en donde no se adjuntarán las transcripciones del Focus Group.

**Conocimiento de los resultados:** Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, le pido agregar su correo electrónico en el formulario de Consentimiento Informado, en donde una vez finalizado el estudio, podrá recibir un documento con los principales resultados en donde no se agregarán relatos de los participantes, sino una síntesis de los resultados obtenidos a nivel global.

**Datos de contacto:** Si requiere mayor información, o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar a la investigadora responsable de este estudio o al supervisor:

**Karina Reyes Manríquez**

Correo Electrónico: k.reyes.manriquez@gmail.com

**Pablo Herrera Salinas**

Teléfono: +56229787819

Correo electrónico: pabloherrerasalinas@gmail.com

Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago.

También puede comunicarse con el Presidente del Comité de Ética de la Investigación que aprobó este estudio:

**Prof. Dr. Uwe Kramp Denegri**

Presidente Comité de Ética de la Investigación

Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile

Teléfonos: (56-2) 2772443

Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago.

Correo Electrónico: [comite.etica@facso.cl](mailto:comite.etica@facso.cl)

## II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, ....., acepto participar en el estudio “Cambio terapéutico en psicoterapia de abuso sexual infantil con adultos: experiencias clínicas de orientación humanista existencial”, en los términos aquí señalados.

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido, las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

---

Firma Participante

---

Firma Investigadora Responsable

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Correo electrónico para la devolución de la información:

---

**Este documento consta de 4 páginas y se firma en dos ejemplares, quedando una copia en cada parte.**