



Buenas prácticas que favorecen el cambio psicoterapéutico en casos de agresiones sexuales: Integrando la perspectiva de niños/as y adolescentes que han sido víctimas, sus padres y psicoterapeutas¹

7

Claudia Capella², Loreto Rodríguez.
Departamento de Psicología, Universidad de Chile.

Resumen

Se realizó una investigación cualitativa longitudinal en casos de agresión sexual infantil, que se encontraban en atención en programas de reparación de maltrato de Sename (PRM). Se llevaron a cabo entrevistas a niños/as y adolescentes, sus padres y psicoterapeutas, con el fin de conocer sus perspectivas respecto al cambio psicoterapéutico. A partir del análisis de las entrevistas en 40 casos, se obtuvieron resultados respecto al contenido del cambio psicoterapéutico y factores favorecedores y obstaculizadores de éste. Se discute en base a las perspectivas de los mismos participantes, aspectos que se constituirían en buenas prácticas de intervención que favorecen el cambio en estos casos, destacando mayores tiempos de intervención, regularidad del proceso y del terapeuta.

Palabras claves: Agresiones sexuales, psicoterapia, reparación, niños, adolescentes.

1 Agradecimientos: El siguiente trabajo de investigación contó con Financiamiento de CONICYT, proyecto Fondecyt 11140049. Se agradece al equipo de investigación que hizo posible este estudio, así como a los centros y los participantes.

2 Email: ccapella@u.uchile.cl, fono: 229772410

Abstract

A longitudinal qualitative research was developed in cases of child sexual abuse, that were attending reparation programs in maltreatment of Sename (PRM). Interviews to children and adolescents, their parents and psychotherapist were conducted, aiming to know their perspectives of psychotherapeutic change. The analysis of interviews in 40 cases, show results about the content of psychotherapeutic change and factors that promotes and hinders change. Based on the perspectives of participants, aspects related with good practices for intervention that promotes change in these cases are discussed. Longer intervention periods, stability of the process and therapist are highlighted.

Keywords: sexual abuse, psychotherapy, reparation, children, adolescents.

Introducción

El fenómeno de las agresiones sexuales en contra de niños, niñas y adolescentes (NNA) es considerado como una problemática con una significativa relevancia social (Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales [CAVAS], 2011). En nuestro país, este fenómeno presenta una significativa prevalencia, en tanto 9% de los NNA han reportado haber vivido alguna experiencias de agresión sexual (UNICEF, 2012).

8

Las agresiones sexuales infanto-juveniles (ASI) son consideradas como un tipo de maltrato grave (SENAME, 2015), causando un importante daño psicosocial en quienes han sido víctimas (CAVAS, 2011). La literatura especializada ha descrito las consecuencias negativas de estas experiencias en NNA victimizados sexualmente, indicando efectos nocivos tanto a corto como a largo plazo, afectando las diversas áreas del desarrollo y funcionamiento infantil (Echeburúa y Corral, 2006).

Diversas investigaciones han mostrado la efectividad de las intervenciones psicológicas con el fin de abordar las consecuencias de la experiencia abusiva (Hetzl-Riggin, Brausch & Montgomery, 2007; Sánchez-Meca, Rosa-Alcázar & López-Soler, 2011), refiriendo que los tratamientos que son a más largo plazo, incluyen más sesiones e integran a las figuras de cuidado, así como el tratamiento focalizado en la generación de cambios respecto a la agresión sexual, implicarían mayores cambios positivos y bienestar (Hetzl-Riggin et al., 2007; Sánchez-Meca et al., 2011).

En función de aquello, se desprende la importancia de un tratamiento psicológico especializado orientado a la re-significación y superación de éstas experiencias, siendo aquel un componente esencial dentro de un tratamiento interdisciplinario (CAVAS, 2011; SENAME, 2015).

En nuestro país, es el Servicio Nacional de Menores (SENAME) la institución gubernamental encargada de manera mayoritaria de la oferta de atención en esta temática, con sus programas de reparación en maltrato grave, conocidos por sus siglas PRM. Los lineamientos técnicos de dichos programas establecen objetivos

vinculados a la interrupción de la situación de maltrato, la resignificación de la experiencia de maltrato o abuso y el fortalecimiento de recursos familiares y sociales (SENAME, 2015), con una intervención psicosocial, que incluye como uno de sus componentes la psicoterapia.

Al respecto, el objetivo del tratamiento psicoterapéutico con niños/as que han sido víctimas de experiencias de agresión sexual, estaría asociado a la re-significación de dicha experiencia a través de un proceso en el cual el individuo pueda integrar esta vivencia a su continuo vital, re-significándola de manera más adaptativa (Capella et al., 2016; Capella & Gutierrez, 2014; CAVAS, 2011; SENAME, 2015).

En el contexto de las investigaciones en psicoterapia, emerge el concepto de cambio psicoterapéutico, el cual es definido como el crecimiento que ocurre durante el tratamiento (Roussos, 2013). A nivel nacional se ha definido este fenómeno como esencialmente subjetivo, en el cual tendría lugar un “cambio en los patrones subjetivos de interpretación y explicación que lleva al desarrollo de nuevas teorías subjetivas” (Krause, 2011, p.333).

En cuanto a qué es lo que cambia, es decir, el contenido del cambio, se ha apreciado la identificación de nuevas conductas y emociones (Altimir et al., 2010), cambios en la esfera sintomática y conductual, así como en las representaciones, e incluye tanto aspectos afectivos como cognitivos, y se puede elaborar tanto desde la percepción del consultante, el terapeuta o la observación de expertos externos (Krause, 2011).

La evaluación del cambio en psicoterapia, se ha utilizado comúnmente como medida de evaluación de la efectividad de ésta. En general, en las investigaciones se ha evaluado el cambio a través de instrumentos cuantitativos, que recogen mayoritariamente el cambio sintomatológico, dejando fuera la subjetividad del paciente (Altimir et al., 2010).

No obstante, la gran mayoría de los estudios sobre cambio terapéutico, se han desarrollado con pacientes adultos, siendo escasos los estudios realizados con niños y adolescentes (Carlberg, Thoren, Billstrom, & Odhammar, 2009; Midgley, 2004). Aquello resulta aún más evidente en el área de investigación con población infanto-juvenil victimizada sexualmente, especialmente los que incluyen las perspectivas de los propios participantes. No obstante, es posible observar que esta área ha presentado un leve aumento durante los últimos años (Capella et al., 2015; Foster & Hagedorn, 2014; Jessiman, Hackett, & Carpenter, 2017; Nelson-Gardell, 2001).

En consecuencia, al aproximarnos al fenómeno, es posible visualizar la falta de referentes conceptuales, teóricos e investigativos que nos aporten a la comprensión respecto de la psicoterapia y cambio con niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales, así como los factores que favorecen y dificultan este proceso. En esta línea surge la importancia de desarrollar investigaciones en nuestra realidad nacional, que permitan mejorar las prácticas de intervención en esta temática.



Así, en este escenario, es que surge el proyecto FONDECYT 111400049 "Cambio psicoterapéutico en agresiones sexuales: perspectiva de los niños/as y adolescentes que han sido víctimas, sus padres y sus psicoterapeutas", llevado a cabo por un equipo de investigación del Departamento de Psicología de la Universidad de Chile liderado por la académica Claudia Capella, el cual tuvo por objetivo caracterizar el contenido y fases en que se produce el cambio psicoterapéutico en estos casos. Así, este estudio pretendió aportar con elementos que pudieran potenciar las intervenciones psicológicas y las políticas públicas en esta materia, en función de generar información relevante para los equipos profesionales de los Centros que trabajan en esta temática. De esta forma, en el presente artículo se expondrán algunos de los resultados del estudio, especialmente, aquellos sobre los factores que favorecen y dificultan el cambio psicoterapéutico con niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales, que favorezcan el cambio psicoterapéutico y las intervenciones en estos casos.

Metodología

El estudio utilizó una metodología primordialmente cualitativa de tipo longitudinal, en tanto incorporó las perspectivas de los niños/as, padres y terapeutas en distintos momentos del proceso psicoterapéutico.

10

Participantes

La muestra total de la investigación fue de 40 casos de niños/as y adolescentes entre 6 y 17 años al inicio de la intervención, así como sus respectivas figuras cuidadoras y psicoterapeutas. La muestra consideró heterogeneidad de características, siendo un muestreo de tipo teórico (Valles, 2003), en tanto los casos fueron seleccionados en la medida que pudieran representar diferentes características del fenómeno de las agresiones sexuales (víctimas de agresión sexual por diferentes figuras, con diferente cronicidad, etc.), diferentes características de los niños/as y adolescentes (edad, género), de sus figuras cuidadoras (diferentes características familiares, como padres, madres, abuelas, otros), así como de sus psicoterapeutas (diferentes perspectivas teóricas, edad y experiencia clínica).

La muestra fue obtenida desde 6 Centros que son Programas de Reparación de Maltrato Grave y Abuso Sexual (PRM) de la región Metropolitana, pertenecientes a 4 instituciones diferentes, que funcionan como organismos colaboradores de SENAME. Los participantes ingresaron a dichos Centros debido a la característica de haber sido víctimas de agresiones sexuales, aún cuando gran parte de los casos también presentaban otros tipos de vulneración (ej. maltrato, negligencia). Todos estos organismos se guían para su intervención por las bases técnicas de SENAME, dentro de las cuales se indican plazos de intervención de doce meses. No obstante aquello, en función de las características finales de la muestra del estudio, es posible señalar que el promedio de tiempo de intervención se situó entre los 12 a 26 meses de terapia, debido a que las intervenciones contaron con extensión de los plazos en varios casos.

Procedimiento

Para llevar a cabo el presente estudio, en una primera instancia, se obtuvo la aprobación por parte del Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Posteriormente, se contó con autorización de los directivos de los Centros, luego de lo cual, se invitó a participar en la investigación a los niños/as y adolescentes, sus padres y terapeutas al inicio de la intervención en los centros. Si estos accedían a participar, se daba paso a la firma de un consentimiento informado por parte de los cuidadores y terapeutas y de un asentimiento informado en el caso de niños/as y adolescentes. Junto con lo anterior, en esta instancia inicial de la intervención se recopilaron algunos datos sociodemográficos generales y se aplicaron instrumentos cuantitativos que evalúan sintomatología (los cuales no serán reportados en este artículo).

Las posteriores etapas consistieron en la realización de entrevistas cualitativas a los diferentes participantes (terapeutas, adultos responsables y niños/adolescentes) en diversos momentos del proceso psicoterapéutico, siendo las entrevistas realizadas aproximadamente a los 6 meses de iniciada la intervención, a los 12 meses (lo cual en algunos casos coincidió con el egreso del centro), y una entrevista al momento del egreso del proceso terapéutico (que en muchos casos estuvo cercano a los 18 meses). Además al momento del egreso del centro, se aplicaron los mismos instrumentos aplicados al inicio de la intervención.

Cabe mencionar que durante las diversas fases de recolección de datos, se mantuvo un monitoreo constante del caso con los terapeutas, quienes señalaban si el momento para realizar la entrevista de la fase correspondiente era el más apropiado para los participantes, con el objetivo de no interferir en el proceso de psicoterapia. Las entrevistas fueron llevadas a cabo por miembros del equipo de investigación debidamente capacitados, siendo éstas realizadas en los centros de atención. Las entrevistas fueron grabadas en audio y posteriormente transcritas, asegurándose la confidencialidad y anonimato de los participantes.

Recolección y análisis de datos

Los datos fueron recolectados a través de entrevistas cualitativas, con el fin de acceder a la subjetividad de los participantes (Valles, 2003). Durante las entrevistas, que se basaron en un guión construido para la investigación, los participantes fueron invitados a producir una narrativa del proceso de psicoterapia llevado a cabo hasta el momento, asociado a como ellos visualizaban el cambio psicoterapéutico y los elementos que favorecieron o dificultaron dicho proceso.

En el caso de los niños/as y adolescentes, las entrevistas fueron complementadas con el uso de dibujos. Así, se utilizó un formato específico de dibujo en cada una de las fases de recolección de datos, el cual es una adaptación de una técnica gráfica llamada "antes y después de la terapia" (Capella et al., 2015, 2016). Este dibujo adaptado consiste en dividir una hoja en dos partes, en la cual en la parte izquierda se consigna "¿cómo estabas antes de la terapia?", mientras que en lado derecho se visualiza "¿cómo estas ahora?". A través de esta técnica gráfica, se le invita al niño



a dibujarse a sí mismo en estos dos diferentes momentos. Se le facilita lápices de colores y materiales para promover la creatividad y espontaneidad.

Además, durante las entrevistas con los niños/as, se les mostró un dibujo de un "termómetro de las emociones", el cual les fue explicado. Esta es una técnica visual modificada desde Carlberg et al., 2009, en la que el termómetro está marcado desde el 0, el cual es identificado como "estar muy triste", hasta el 10, el cual sería "estar muy feliz". Con este apoyo gráfico, se les solicita a los niños poder reportar como ellos se han sentido en diferentes puntos del proceso de psicoterapia (al inicio, momento presente, y como les gustaría sentirse al final de la terapia, o a futuro).



En relación al análisis de los datos, las entrevistas recolectadas durante todas las fases fueron analizadas de manera individual a través del análisis narrativo temático, y los dibujos a través del análisis narrativo visual (Riessman, 2008).

Diversas unidades temáticas emergieron desde el análisis de las entrevistas, lo cual dio lugar a la posibilidad de agruparlos en diversos niveles de análisis. Los temas generales considerados fueron el contenido del cambio, como es que este ocurre y los factores que lo influyen. En el caso de los niños/as y adolescentes el análisis de las entrevistas se complementó con el análisis del dibujo.

Posteriormente, un análisis inter-caso fue llevado a cabo, el cual consistió en un análisis integrado de todas las entrevistas y productos obtenidos durante las distintas etapas del proceso de psicoterapia y desde los diferentes participantes, lo que permitió visualizar los aspectos comunes y diferenciales. Además, con el fin de resguardar la validez y rigor del análisis cualitativo (Midgley, 2004; Riessman, 2008), fue realizando un proceso de triangulación en el que participó un grupo de investigadores.

Resultados

I.- Contenido del cambio psicoterapéutico

En primer lugar, se observó que en 30 de los 40 casos incluidos en la investigación los diversos participantes describían cambios positivos en los niños/as y adolescentes. Sólo en 10 de los casos participantes se describieron escasos cambios, los que coincidieron con casos que desertaron de la intervención, dentro de los primeros 9 meses.

Respecto al cambio en los niños/as y adolescentes, esto se aprecia en diferentes esferas y por los diferentes participantes, siendo posible observar cambios cognitivos, sintomáticos, comportamentales, identitarios, relacionales, anímicos y afectivos, y cambios vinculados a la experiencia abusiva.

Si bien es posible observar cambios en las diversas esferas antes mencionadas, es importante relevar que en los diversos momentos y los diversos entrevistados, de manera mayoritaria, destacan los **cambios anímicos y afectivos**. Dentro de estos cambios los más prevalentes son la presencia de una emocionalidad positiva y sensación de bienestar, mayor tranquilidad, disminución de los sentimientos de temor, mejora del ánimo y sentirse más alegres (sentimientos de felicidad). Junto con esto, los terapeutas destacan, el aumento en la expresión y conexión emocional en los pacientes, así como la mayor capacidad de expresar sus experiencias.

Por otra parte, es importante destacar los elementos que emergieron en relación a los **cambios asociados a la experiencia abusiva**, debido a que uno de los objetivos de los PRM es la resignificación de ésta. Dentro de los cambios asociados a la experiencia abusiva fue posible observar de manera más específica:



Reconocimiento de la experiencia de agresión sexual y las emociones asociadas a ésta.

Disminución de efectos y emociones asociadas a ASI, tales como disminución de vergüenza y sentimientos de desculpabilización respecto de ASI.

Menor malestar respecto a ASI, asociado a una sensación de que se piensa menos en la ASI y, hay un mayor bienestar emocional y mayor tranquilidad en relación a la situación de abuso.

Elaboración de ASI, destacando la conceptualización de la ASI como experiencia negativa pasada, que no se olvida, pero es una experiencia más de las experimentadas, pudiendo vivir con ella. A su vez, emerge la percepción de superación de la ASI y de haber salido delante de esta situación.

Respecto de los cambios vinculados a la elaboración de la experiencia abusiva, que podemos pensar como relacionados al objetivo de resignificación de la ASI planteados por los lineamientos para los PRM, llama la atención, que quienes presentan estos cambios son sólo pocos casos respecto del total. Cuando observamos las características de estos casos, observamos que son casos de adolescentes o niños/as que ingresan a terapia con 10 años de edad o más, y son terapias que duran 18 meses o más, observándose cambios elaborativos sólo desde los 12 meses en adelante. Además son casos en que se mantiene el mismo psicoterapeuta durante toda la terapia, o los cambios de terapeutas son muy iniciales en el proceso (durante la fase de evaluación principalmente), y hay acompañamiento de una figura adulta familiar durante todo el proceso.

Por otro lado, es importante mencionar que los cambios positivos en los niños/as y adolescentes en la mayor parte de los casos, fue acompañado por la descripción de cambios positivos en los adultos responsables que acompañaron a los niños/as y adolescentes a terapia, y muchas veces cambios que también impactaron a otros miembros de la familia, estando los cambios de los niños/as y adolescentes interrelacionados con los cambios de sus figuras significativas.

II.- Aspectos favorecedores del cambio psicoterapéutico

Dentro de los aspectos que los mismos participantes mencionan como favorecedores del cambio psicoterapéutico se observan aspectos de la familia, del paciente, escolares y sociales, extra-terapéuticos, de la intervención psicosocial, del centro y de la psicoterapia. Debido a su relevancia para las prácticas, describiremos especialmente estos últimos.

Aspectos de la familia:

Destacan elementos asociados con el adulto responsable como el acompañamiento y apoyo por parte de éste durante el proceso terapéutico, así como un ambiente familiar estable y la vinculación afectuosa con este núcleo. **Aspectos del paciente:**

Se destacan en los diferentes momentos los recursos y esfuerzos personales del paciente, sus capacidades reflexivas, y elementos como la maduración y crecimiento (asociado a la etapa evolutiva).

Aspectos escolares y sociales:

En este punto se releva la importancia del apoyo del contexto escolar hacia el niño/a o adolescente, la comprensión de su problemática y el apoyo para que pueda asistir a terapia. Por otra parte, tanto los niños/as y adolescentes como sus adultos responsables, destacan la importancia que ha sido en el proceso de cambio y de psicoterapia contar con el apoyo de amigos, parejas y gente cercana, especialmente en términos emocionales. No obstante, los adultos también mencionan apoyos prácticos de gente cercana o permisos desde sus contextos laborales, necesarios para facilitar la asistencia al centro de intervención.

Aspectos extra-terapéuticos:

Respecto a factores externos a los centros de intervención, se destaca la importancia del tratamiento psiquiátrico complementario al psicoterapéutico, en los casos que contaron con ello.

Aspectos de la intervención psicosocial y del Centro:

Un elemento que destacan los niños/as y adolescentes, y sus adultos responsables, y especialmente estos últimos, es la percepción del Centro de intervención como una red de apoyo a la cual pueden recurrir. Acá se releva la sensación que la atención brindada en los centros es diferente a la que percibieron en otros espacios con los cuales tuvieron contacto respecto a la agresión sexual, tales como tribunales de familia u otros centros de atención. En ese sentido destacan que en los centros se sienten comprendidos y contenidos, y aun cuando en algunos casos inicialmente habían resistencias a la intervención, en la medida que se sintieron comprendidos, no juzgados y vieron el compromiso de los profesionales con el caso, estas resistencias disminuyeron y se sintieron cómodos con la intervención en los centros. Vinculado a esto, algo mencionado especialmente por los padres y adultos responsables, es la importancia de la intervención que se realiza con ellos, y no sólo con sus hijos/as, viendo la relevancia de esta intervención para sus procesos y para poder apoyar de mejor manera a sus hijos/as. Incluso algunos padres mencionan que les gustaría que los incorporaran aún más activamente en intervenciones, especialmente aquellos que no tenían sesiones regulares con los profesionales.

Dentro de aspectos de la intervención, los terapeutas destacan la importancia del trabajo en equipo y la buena coordinación con la dupla de trabajo psicosocial, ya que eso favorecería una buena intervención con los casos, y por lo tanto el logro de mayores cambios.

Un aspecto destacado por los niños/as y adolescentes como un favorecedor del proceso de cambio, son la participación en las actividades extraprogramáticas organizadas por los centros, tales como paseos o actividades recreativas. El elemento que se menciona como un favorecedor vinculado a estas actividades, es la posibilidad de compartir con otros niños/as y adolescentes que han vivido experiencias similares a las suyas.



Aspectos de la psicoterapia:

Respecto a la intervención psicoterapéutica del psicólogo/a con el niño/a o adolescente, en las entrevistas en diferentes momentos por parte de los distintos participantes, la psicoterapia es conceptualizada de manera general, como uno de los factores mayormente relevantes para el cambio.

Los elementos de la psicoterapia que más se destacarían, es la importancia de tener un buen vínculo con el psicólogo/a que permita hablar con éste respecto a las preocupaciones y dificultades. A su vez, para los pacientes sería importante la utilización de diversas técnicas, relevándose especialmente las sesiones familiares (conjuntas del niño/a o adolescente con su adulto responsable), y en los niños/as se destaca la relevancia del juego en terapia.

Otro aspecto mencionado como relevante, tanto por los pacientes como por sus padres, es que en un momento más avanzado de psicoterapia se aborde la experiencia de abuso. Especialmente se menciona en las entrevistas de los 12 meses, que inicialmente los pacientes no estaban preparados para abordar la experiencia de abuso, y agradecen que los terapeutas no lo hayan realizado; no obstante, mencionan que más avanzada la terapia es importante poder abordarla, para recibir ayuda al respecto. Aquí es importante aclarar, que describen el abordaje de la experiencia abusiva en terapia, no en el sentido de relatar lo sucedido, sino de poder abordar los sentimientos, emociones y experiencias vinculadas al abuso.



III.- Aspectos obstaculizadores del cambio psicoterapéutico

Los aspectos obstaculizadores del cambio psicoterapéutico, mencionados por los mismos participantes se observan principalmente en relación a la familia, el contexto judicial y los vinculados a la terapia y el centro. Al igual que en el punto anterior, nos focalizaremos en estos últimos.

Elementos de la Familia:

Estos son los obstaculizadores mayormente mencionados, destacando los participantes la ausencia de apoyo parental, la ausencia de credibilidad por parte de miembro/s de la familia respecto a la situación de agresión sexual o la minimización de ésta, y la presencia de relaciones conflictivas entre el adulto responsable y el paciente. También los terapeutas mencionan la dificultad de intervenir en casos con diversas problemáticas familiares y psicosociales, tales como cambios de cuidadores, presencia de violencia intrafamiliar, entre otras. También se destaca como obstaculizador, cuando no se han desarrollado mecanismos que permitan el alejamiento del agresor, y por el contrario se mantiene el contacto, ya sea de manera regular o esporádica con éste. Así, en los casos que hay contacto con el agresor, incluso los mismos pacientes mencionan que cuando han visto agresor hay un retroceso o se sienten inseguros, o los terapeutas mencionan lo compleja que es la intervención o el cambio cuando los niños/as y adolescentes continúan viviendo con el agresor. Por otra parte, los terapeutas mencionan como obstaculizadores las dinámicas familiares que mantienen el silenciamiento respecto a experiencias de violencia, o tienden a presentar resistencias importantes con la intervención.

17

Asociados al proceso y contexto judicial:

Principalmente son los padres quienes mencionan cómo aspectos del paso por el sistema judicial han afectado los procesos de cambio tanto en ellos como en sus hijos. Dentro de esto, mencionan la afectación emocional y retrocesos tanto para ellos como en sus hijos/as asociados al declarar en instancias judiciales, así como intervenciones inapropiadas por parte de profesionales del sistema judicial que han generado conflictos en los niños/as y adolescentes, tales como por ejemplo, amenazas de alejarlos de los cuidadores.



ARTÍCULO 1

Vinculados a la terapia y al centro:

Aspectos de la terapia y del centro que desde los participantes se connotan como obstaculizadores, son los largos tiempos en listas de espera para poder ser atendidos, lo que disminuye la motivación por la intervención, y en algunas familias genera la sensación que la intervención por parte del centro es tardía, cuando la familia ha tenido que encontrar los propios recursos para afrontar las consecuencias de la agresión sexual en sus vidas.

A su vez, y un aspecto que resulta muy relevante, es que en alrededor de 15 de los casos, se han producido cambios de terapeutas (psicólogos/as y/o trabajadores sociales). Incluso en algunos casos estos cambios han sido reiterados, presentando algunos niños/as 3 o 4 psicoterapeutas diferentes durante la intervención. Tanto los niños/as y adolescentes, como los terapeutas destacan los cambios de terapeuta como un elemento que dificultaría el proceso de intervención, afectando la

continuidad del proceso y el abordaje de los objetivos de intervención. Los niños/as y adolescentes en general mencionan la tristeza por el cambio de terapeuta y la dificultad de adaptarse a un nuevo profesional, y los padres mencionan la dificultad de vincularse nuevamente con otros terapeutas, debido a la relevancia de la relación personal y el vínculo que se establece tanto por parte de ellos como sus hijos/as con el psicólogo/a o trabajador social. Por su parte, los terapeutas destacan la dificultad de tomar un caso que ya ha comenzado la terapia con otro profesional, lo que afectaría la continuidad de la intervención. Cabe mencionar, que aun cuando de manera general el cambio de terapeuta es visto como un aspecto que dificulta la psicoterapia y el cambio, la interferencia en el proceso pareciera ser menor en los casos que sólo ocurre un cambio de terapeuta y especialmente cuando este cambio es inicial en el proceso (en la etapa de evaluación, en los primeros 3 meses de intervención), e interfiere de mayor manera cuando el cambio de terapeutas es repetido y más avanzado el proceso terapéutico.

Además, la falta de continuidad y regularidad de la terapia también es visualizado como un obstaculizador, ocurriendo esta situación debido a diversas razones, tales como inasistencia de los pacientes a sesiones, tiempos sin intervención debido a cambios de terapeutas o licencia de profesionales, entre otros.



Por otro lado, los terapeutas, mencionan que aspectos que dificultan realizar procesos que favorezcan el cambio en los pacientes, es no contar con suficientes espacios de supervisión clínica de los casos (ya sea por parte del equipo o supervisores externos), siendo esto especialmente relevante en casos complejos, en los cuales se requeriría supervisión para discutir su correcto abordaje. Los terapeutas también mencionan como en muchos casos la existencia de plazos institucionales fijos para la realización de las intervenciones, dificultarían el cambio, en la medida que muchas veces se egresan del centro casos en los cuales los terapeutas visualizan no se han cumplido todos los objetivos de intervención. Junto con esto, los terapeutas mencionan que en los casos en los cuales no había un motivo de consulta claro asociado a la agresión sexual, ya sea en el niño/a, adolescente o su familia, se dificultaba el proceso de intervención.

Conclusiones

A partir de los resultados de esta investigación es posible concluir la presencia de diversos cambios relacionados a la psicoterapia, la cual en general es visualizada de manera positiva. Se aprecian cambios en diferentes esferas en los niños/as y adolescentes, siendo especialmente relevante cambios a nivel emocional que implican un logro de bienestar. Por otra parte la intervención, y la psicoterapia resulta fundamental en el proceso de cambio en agresiones sexuales, desde la perspectiva de los participantes. No obstante, otros factores también son esenciales, como el apoyo familiar, social, entre otros. La importancia de diversos factores en el proceso de superación de las agresiones sexuales ha sido mencionado en diversas investigaciones (Capella et al., 2016; Draucker et al 2011; Foster y Hagedorn, 2014). Por otro lado, resulta interesante poder observar los favorecedores y dificultadores de la intervención, tal como lo perciben los participantes, en tanto nos orientan, desde sus voces y experiencias respecto a cómo mejorar las prácticas de manera que las intervenciones realizadas en los centros favorezcan el cambio en casos de agresiones sexuales.

Por otro lado, también resulta llamativo, que de los tres objetivos centrales propuestos en los lineamientos para los PRM, pareciera que aquel vinculado al logro de la resignificación de la agresión sexual, pareciera lograrse de manera completa sólo en algunos casos, observándose cambios vinculados a la elaboración de la agresión sexual sufrida especialmente en casos de adolescentes o niños/as que ingresan con edades sobre los 10 años a la intervención, suelen tener procesos de intervención con mayor regularidad (por ejemplo, con menores cambios de terapeutas) y más extensos (con terapias de más de 18 meses). Lo anterior, permite preguntarnos acerca de la actual extensión de los procesos de psicoterapia y la posibilidad de resignificación que estos permiten, pareciendo que los cambios vinculados a la elaboración de la experiencia abusiva requieren procesos de intervención con extensiones mayores a los 18 meses. Además nos lleva a preguntarnos respecto de cómo logramos procesos de resignificación en niños/as más pequeños, lo cual se debiera seguir investigando y explorando.



De esta manera, e integrando los diferentes resultados de este estudio, una de las conclusiones relevantes para mejorar las prácticas, es que el proceso de resignificación de la experiencia abusiva y la psicoterapia en estos casos, pareciera requerir ciertas condiciones para obtener más cambios, tales como el trabajo familiar en conjunto con el proceso focalizado en el niño/a o adolescente, sin cambio de terapeuta (o con cambios muy iniciales en el proceso), trabajar inicialmente en tener claridad del motivo de consulta, y que haya acompañamiento de un adulto responsable, entre otros.

Además, resulta importante la incorporación de los padres, especialmente en los casos con dificultades psicosociales o de adherencia en la intervención, siendo mencionados como obstaculizadores. En esta misma línea, se connota la importancia de re-pensar la intervención en familias con múltiples problemáticas, en



función de la necesidad de un trabajo más articulado con la red proteccional y de salud mental en general, con el fin que la terapia en centros especializados en agresión sexual, puedan abocarse a trabajar ese objetivo, y por lo tanto lograr más cambios con los niños/as, adolescentes y sus familias.

A su vez, también fue posible visualizar la influencia de los aspectos institucionales en la intervención como el cambio de terapeutas. Este debería ser, por lo tanto, un elemento a considerar por las instituciones que realizan este tipo de tratamientos especializados, con el fin de intentar establecer las condiciones que permitan reducir lo más posible la rotación profesional, con el fin de que los procesos terapéuticos puedan ser más estables. Además favorecer el trabajo en equipo que permita un trabajo coordinado en dupla, y la posibilidad de contar con instancias de supervisión, ya sea interna o externa de los casos, que permita un análisis clínico de los casos que favorezca los procesos de intervención.



Referencias

- Altimir, C., Krause, M., De la Parra, G., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N. et al. (2010). Clients', therapists', and observers' agreement on the amount, temporal location, and content of psychotherapeutic change and its relation to outcome. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 20(4), 472-487.
- Capella, C. & Gutiérrez, C. (2014). Psicoterapia con niños/as y adolescentes que han sido víctimas de agresiones sexuales: Sobre la reparación, la resignificación y la superación. *Psicoperspectivas*, 13(3), 93-105.
- Capella, C., Lama, X., Rodríguez, L., Águila, D., Beiza, G., Dussert, D. & Gutiérrez, C. (2016). Winning a race: Narratives of healing and psychotherapy in children and adolescents who have been sexually abused. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25, 73-92.
- Capella, C., Rodríguez, L., Águila, D., Dussert, D., Lama, X., Gutiérrez, C., & Beiza, G. (2015). Storied images of psychotherapeutic change: Approaching children's voices through drawings. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 18(2), 141-151. DOI: 10.7411/RP.2015.109.

- Carlberg, G., Thoren, A., Billström, S. & Odhammar, F. (2009). Children's expectation and experiences of psychodynamic child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 35(2), 175-193.
- Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales [CAVAS] (2011). *Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales: Una revisión de la experiencia*. Santiago: Instituto de Criminología, Policía de Investigaciones de Chile.
- Draucker, C. B., Martsof, D., Roller, C., Knapik, G., Ross, R., & Stidham, A. (2011). Healing from childhood sexual abuse: A theoretical model. *Journal of Child Sexual Abuse*, 20(4), 435-466.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12, 43-44.
- Foster, J. & Hagedorn, B. (2014). Through the eyes of the wounded: A narrative analysis of children's sexual abuse experiences and recovery process. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23(5), 538-557.
- Hetzel-Riggin, M., Brausch, A. & Montgomery, B. (2007). A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: An exploratory study. *Child Abuse & Neglect*, 31, 125-141.
- Jessiman, P., Hackett, S. & Carpenter, J. (2017). Children's and carers perspectives of a therapeutic intervention for children affected by sexual abuse. *Child & Family Social Work*, 22, 1024-1033.
- Krause, M. (2011). *Psicoterapia y cambio. Una mirada desde la subjetividad* (2ª ed). Santiago: Ediciones Universidad Católica.
- Midgley, N. (2004). Sailing between Scylla and Charybdis: Incorporating qualitative approaches into child psychotherapy research. *Journal of Child Psychotherapy*, 30 (1), 89-111.
- Nelson-Gardell, D. (2001). The voices of victims: Surviving child sexual abuse. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 18 (6), 401-416.
- Riessman, C. K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. California, USA: Sage Publications.
- Roussos, A. (2013). Introduction to the special section on clients perspective of change in psychotherapy. *Psychotherapy*, 50(4), 503-504.
- Sanchez-Meca, J., Rosa-Alcazar, A., & Lopez-Soler, C. (2011). The psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: A meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11 (1), 67-93.
- Servicio Nacional de Menores [SENAME]. (2015). *Bases técnicas específicas: Programa de protección especializado modalidad maltrato infantil grave y abuso sexual*. Extraído desde www.sename.cl
- United Nations Children's Fund [UNICEF] (2012). *Cuarto estudio de maltrato infantil*. Santiago de Chile: UNICEF.
- Valles, M. (2003). *Técnicas cualitativas de investigación social* [Qualitative techniques of social research]. Madrid: Editorial Síntesis.